

PEDİATRİK ONKOLOJİ HASTALARININ EVDE FİZİKSEL BAKIM GEREKSİNİMLERİ

PHYSICAL CARE NEEDS OF THE PEDIATRIC ONCOLOGY PATIENTS AT HOME

Ph.D. Medine ÇALIŞKAN YILMAZ* Doç.Dr. Mehmet KANTAR**

* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Kök Hücre Nakil Ünitesi

** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Bilim Dalı

ÖZET

Gelişmiş ülkelerde kaliteli sağlık bakımı için "bakımın sürekliliği, taburculuk planlama ve evde sağlık bakımının" ana konular olduğu üzerinde durulmaktadır. Kanser tanısı alarak hastaneden taburcu olmanın aileler için çok stresli bir durum olduğu bilinmektedir. Bu süreçte çocuklarının yaşamını tehdit eden karmaşık kanser tedavileri, yaşamlarının hastane merkezli olması ve birçok sağlık çalışanıyla iletişim kurmaları nedeniyle ailelerin karar verici ve primer bakım veren olarak bakıma katılmaları beklenmektedir. Buna ek olarak ailelerin evde çocuklarının sağlığını ve tedavi şeklini yakından izleme sorumlulukları bulunmaktadır. Ailelerin hastanın diyetini/beslenmesini düzenleme, semptom ve ilaç yönetimi, ağrı yönetimi, ağız bakımı ve kateter bakımı gibi fiziksel bakım alanlarında bilgi gereksinimleri bulunmaktadır. Ülkemiz sağlık sisteminde pediatrik onkoloji hastalarını kapsayan organize ve sistemli hizmet veren evde bakım kurumları yer almamakta, gereksinimler aileleri tarafından karşılanmaktadır. Bu nedenle hastaneye ilk yatıştan başlamak üzere taburculuğa kadar çocuk ve ailenin evde bakım gereksinimlerine yönelik konularda eğitilmesi son derece önem kazanmaktadır. Bu derleme kanserli çocuk ve ailesinin evde bakım gereksinimlerine dikkat çekmek, klinik alanda çalışan hemşireler tarafından bakım verenlere/ailelere yönelik düzenlenecek taburculuk planlama programlarında kullanılmak üzere bir kaynak olması amacıyla yazılmıştır.

Anahtar kelimeler: Fiziksel bakım gereksinimi, kanser, çocuk, hemşirelik

ABSTRACT

Continuity of care, discharge planning, and home care are the main topics for quality of health care in the developed countries. Receiving the diagnosis of cancer and being discharged from the hospital are known to be stressful situations for families. The families of children with cancer are anticipated to be a decision-maker and primary caregiver in this process due to complex cancer treatment threatens their childrens lives, their lives are hospital-centered, and they are in the communication with many health care workers. In addition to this, families are responsible for close monitoring of their child's health condition. They have educational needs in the physical care areas such as organizing patients diet, symptom and medication management, pain management, mouth care and catheter care. In our country discharge planning is not well organized in hospitals, and is not coordinated by physician or nurse and their needs are meet by families. Therefore it is important to train families on home care needs of their children from hospital admissions to discharge. Pediatric oncology team take responsibility for education and counselling approach to children with cancer and their families. The aim of this review is to highlight physical care needs of children with cancer and their families at home, to ensure in use for discharge planning program by clinical nurses.

Key words: Physical care needs, cancer, children, nursing

GİRİŞ

Kanser, ileri teknoloji tedavilerinin kullanımını gerektiren ve hastane masrafları yüksek olan kronik bir hastalıktır. Kanserli hastalar ve aileleri, hastanede yatmaktan kaynaklanan emosyonel gerginlik, ev içi rollerin ve yaşam şeklinin değişmesi, ekonomik sıkıntılar, sağlık ekibiyle algı ve gereksinimler konusundaki farklılıklar nedeniyle bakımlarını evde sürdürmek istemektedirler (Fieler 2000). Sağlık hizmetinin bireyin kendi ortamında veriliyor olması, iyileşmeyi hızlandırması, ailenin bir arada kalabilmesi, ekonomik olması, yaşam süresini uzatması, birey için maksimum özgürlük sağlanması evde bakımın tercih edilme nedenleri arasında yer almaktadır. Özellikle kanserli çocukların yaşam süresinin uzaması nedeniyle evde sağlık bakımından yararlanan çocukların sayısı gelişmiş ülkelerde giderek artmaktadır (Friedrich ve ark. 2003, Savaşer 2000).

Kanser tanısı alarak hastaneden taburcu olmanın aileler için çok stresli bir durum olduğu bilinmektedir. Aileler çoğunlukla çocuklarının bakım ve gereksinimlerini karşılama konusunda sıkıntı yaşarlar (Clarke ve ark. 2005, Hanson 2000, Yiu ve Twinn 2001). Bu süreçte çocuk onkoloji ve evde bakım hemşiresi arasında iletişim ve işbirliği olmalıdır. Bu işbirliği hastalık ve hastalığın tipine ilişkin bilgi, tedavi planı, taburculuk eğitimi ve evde bakım gereksinimlerini içermelidir. Evde sunulan hemşirelik bakım hizmetleriyle plansız başvuru ve yeniden yatışlar azaltılarak plansız yatışlardan kaynaklanan maliyet ve işgücü kaybı engellenebilir, hastanede kalış süresi kısalmaktadır (Friedrich ve ark. 2003, Pate 2000, Yılmaz ve Özsoy 2010).

Kanserli Çocuk ve Ailelerinin Evde Bakım Gereksinimleri

Yapılan araştırmalar kanserli çocukların ve ailelerinin hastalığın ciddiyeti, seyri, özel bakım gerektirmesi ve yaşamı tehdit eden kronik bir sorun olmasından kaynaklanan çeşitli fiziksel, psikososyal, bilgi, ekonomik ve manevi gereksinimleri olduğunu göstermektedir (Clarke ve ark. 2005, Yılmaz ve Özsoy 2010, Yiu ve Twinn 2001). Bununla birlikte gün geçtikçe kanser insidansının artması, bazı beceri gerektiren işlem ve uygulamaların hastaların bakım verenlerince evde yapılmasını gerekli kılmaktadır. Kanser sürecinin değişkenlik göstermesi nedeniyle hastaların evde desteğe gereksinimleri de artmaktadır (London 2004, Pyke-Grimm ve ark. 1999).

Evde kanserli çocuğa bakım vermenin birincil amacı taburculuk eğitimi güçlendirme, komplikasyonları önleme ve erken belirleme, optimal sağlığı sürdürme, ailenin her bireyinin kronik hastalığa uyumunu sağlama, aile iletişimini geliştirme ve toplum kaynaklarını kullanmadır (Savaşer 2000, London 2004). Bu amaçla aileye çocuğa evde nasıl bakım vereceği öğretilir ve emosyonel destek sağlanabilir. Hastanın bağımsızlığının sürdürülmesine ve önemli aile rollerine katılmasına yardımcı olarak ailenin fonksiyonlarını sürdürmesi sağlanabilir (Clarke ve ark.2005). Kanserli çocuklarda hemşirelik bakımı kemoterapiden kaynaklanan komplikasyonları önleme, erken dönemde belirleme ve kontrol etmeye odaklanır. Komplikeasyonların erken belirlenmesi ve semptom kontrolü hasta bakımında hastaların yaşam kalitesini artırır. Özellikle remisyon döneminde çocuğun tedavisi sonlandırılıp evine gönderildiğinde "evde çocuğa nasıl bakacakları" konusunda ebeveynlerin stresleri artmaktadır. Kanser tanısı alan çocukların aile üyeleri tanıdan sonra stres nedeniyle kendilerine verilen

bilginin birçoğunu hatırlamayabilirler. Evde bakım hemşiresi ailenin bilgi gereksinimlerini tanıyarak eğitim ve danışmanlık konularını belirlemelidir. Çocuk ve ailenin tedavi protokollerine ilişkin bilgilendirilmesi ailenin stres ve korkularının azaltılmasında büyük önem taşır. Bu nedenle hemşire kanserin tipi ve tedavi şekillerine, tedavinin yan etkilerine ve evde bakımına, evde ilaç uygulamalarının amacı ve şekline, yapılan testler ve sıklıklarına, ağız bakımı, kateter bakımı, enteral beslenme gibi fiziksel bakım gereksinimlerine ilişkin eğitim vermelidir. Hemşire evde aile ve çocuğa yan etkilerle nasıl baş edebilecekleri konusunda eğitim ve danışmanlık yapmalıdır (Bryant 2003, Kelly ve Parock 2005, Woodgate 2003, Yılmaz ve Özsoy 2010, Yiu ve Twinn 2001). Aileler evde bu yan etkilerle karşılaştığında “kimden” ve “ne zaman” bilgi alabilecekleri konusunda aydınlatılmalıdırlar (London 2004, Fukui 2002).

Kanserli Çocukların Evde Fiziksel Bakım Gereksinimleri

Kanserli çocukların evde fiziksel bakım gereksinimleri Tablo 1’de görülmektedir.

Tablo 1: Fiziksel Bakım Gereksinimleri

Enfeksiyon kontrolü
Ağız bakımı
Deri bakımı
Kateter bakımı
Beslenme ve diyet yönetimi
Ağrı yönetimi
Yorgunluk ve yönetimi
Gastrointestinal değişikliklerin yönetimi
Ev ortamının düzenlemesi

Kaynaklar: Bryant 2003, Fieler 2000 Gordon ve Dearmun 2003, Taş ve Başbakkal 2009, Wohlschlaeger 2004, Yılmaz ve Özsoy 2010

Enfeksiyon Kontrolü

Enfeksiyon, kemoterapi alan çocuklarda sık görülen bir komplikasyon olup bu çocuklarda morbidite ve mortalitenin en büyük nedenidir. Kemoterapi nedeniyle kemik iliğinin baskılanması sonucu nötropeni gelişir. Mukoza ve deri bütünlüğünün bozulması, kemoterapi sonucu uzayan nötropeni süresi bakteriyel ve fungal enfeksiyon riskini artırır. Tedaviden yaklaşık bir hafta sonra enfeksiyon ortaya çıkabilir, 4-10 gün veya daha fazla sürebilir (Fieler 2000).

Enfeksiyon belirti ve bulguları için vücut alanlarının değerlendirilmesi gerekir. Bu amaçla enfeksiyon belirleme ve izleme formları kullanılabilir. Aile ağız içinde solgunluk, eritem, şişlik, sızı ve ağrı; rektumda hassasiyet, endurasyon, renk bozuklukları, hemoroidler; ciltte kızarıklık, lezyonlar, şişlik ve ağrı, üriner sistemde ağrı, idrar yaparken yanma, idrar yapma sıklığı ve koku; boğazda ağrı, öksürük, sekresyonların renk ve miktarında artış konularında dikkat etmeleri konusunda eğitilmelidir. Hasta ve ailesine beden sıcaklığını ölçme ve hangi sınırlar içerisindeki değerlerin normal ve normalden sapma olduğu konusunda beceri kazandırma eğitimi gereklidir (Yuska ve Nedved 2000).

Dirençli organizmaların sayısındaki ve intravenöz kateterlerin kullanımındaki artış nedeniyle evde enfeksiyon kontrol programı geliştirilmelidir. Evde kapsamlı enfeksiyon kontrol programı, hasta ve aile üyelerinin birbirlerine enfeksiyon geçişini en aza indirmelerine olanak sağlar. Öksürük, burun akıntısı vb. solunum yolu şikayeti olan, herpes zona geçiren aile üyeleri ve yakınlarının hasta yanına ziyareti engellenmelidir. Bununla birlikte enfeksiyonu önlemek açısından çevresel faktörlerin de kontrol altına alınması gerekir. Hemşire aile eğitiminde enfeksiyon açısından kişisel hijyenin (el yıkamanın önemi, sık duş alma, diş fırçalama vb.) üzerinde durmalıdır (Bryant 2003, Yuska ve Nedved 2000). El yıkama tekniği, jiletlerin tek kullanımlık olması, çöplerin uygun koşullarda saklanması, iğne ve kanlı atıkların (kateter yıkama enjektörleri, mide içeriği gibi vücut atıkları) evde kapalı ve sert kutular içerisinde saklanması, tıbbi araç-gereçlerin (mama makinesi vb.) dezenfeksiyonu gibi noktalarda enfeksiyondan korunma önlemleri aileye anlatılmalıdır (Woodgate 2003, Yuska ve Nedved 2000). Vücut üzerinde kemoterapötik ajanların etkileri ile ilişkili olarak travma riski artmaktadır. Bu nedenle hemşire ev ortamında çarpma ve kazaları önleyecek şekilde yaşam ortamlarının düzenlenmesi konusunda aileye danışmanlık yapmalı ve eğitim vermelidir (Savaşer 2000).

Ağız bakımı

Kanserli çocukları en çok sıkıntıya sokan komplikasyon mukozit ve stomatittir. Mukozitler ağız ve gastrik mukozal dokunun ilerleyici, inflamatuvar, ülseratif bir durumudur. Mukozitleri hazırlayıcı faktörler kötü ağız hijyeni, radyoterapi, kemoterapi, trombositopeni, nötropeni ve yetersiz beslenme olup çocuğun yeterli oral alımına engel olurlar. Kemoterapi alan hastaların yaklaşık %40'ında mukozit görülür. Bulgular genellikle kemoterapi alındıktan sonraki 5-14 gün arasında ortaya çıkmaktadır. Hemşire mukozit belirtisini izlemeli, sağlıklı ve bakımlı bir ağız sağlamada her gün çocuğun ağızını gözleyerek kanama, enfeksiyon, mukus birikimi konularında eğitim vermelidir (Rubenstein ve ark. 2004, Wohlschlaeger 2004).

Deri bakımı

Hastalar kemoterapi ve radyoterapiye bağlı olarak kızarıklık, deride tahriş olma, renk koyulaşması, sivilce ve fotosensivite gibi deri sorunlarıyla karşılaşabilirler. İlaçlar ve kemoterapi ajanları kızarıklıklara neden olabilir. Kızarıklıklar genellikle geçicidir. Tırnak dipleri, diş /dişetleri ve uzun süreli kemoterapi için kullanılan damarlar bu durumdan etkilenir. Renk koyuluğu tedavi bittikten sonra da birkaç ay devam edebilir. Fotosensivite ultraviyole ışınlarına karşı derinin duyarlılığının artmasıyla oluşur (özellikle metotreskat tedavisinde). Çok kısa süreyle güneş ışınlarına maruz kalmak bile ciddi güneş yanıklarına neden olabilir. Çocuk ve ailesi, günde 30 dakikadan daha uzun süre güneş ışığına maruz kalacakları zaman 15-25 faktörlü, hipoallerjik su bazlı güneş koruyucuları kullanmaları ve koruyucu giysi ve şapka kullanabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidirler (Fieler 2000).

Kateter Bakımı

Hematolojik ve onkolojik hastalığı olan çocuklarda kateterlerin kullanımı son 20 yılda giderek artmaktadır. Kateterler hem hastanın yaşam kalitesini yükseltme hem

de tedavilerin uygulanmasında kolaylık sağlar. Kateterler aylardan yıllara kadar kullanım uygunluğuna bağlı olarak uzun dđnemli kalabilirler. Kateterlerin bakım şekli ve sıklığı kateterin tipine (santral venöz veya port kateter) gđre değişir. Bu nedenle hastanın kateterinin tipine (port/hickman) gđre eğitim verilmelidir. Ancak kateterle hastaneden taburcu olan çocukların bakımı aileler için bđyđk stres kaynağıdır. Evde bakım hemşiresi aile ve çocuğu kateter bakımı (pansuman sıklığı, şekli) konusunda bilgilendirmelidir. Aile veya primer bakım veren kişiye hastaneden taburcu olmadan önce kateter bakımı öğretilmeli, maket üzerinde uygulama yaptırılmalı, evde bakım için yazılı bilgiler içeren el kitapçığı verilmelidir. ocuk okula devam ediyorsa okul hemşiresi ve ğretmen de bu konuda bilgilendirilmelidir (Bryant 2003, Gordon ve Dearmun 2003).

Gastrointestinal Sistem (GIS) Değişikliklerinin Yönetimi

Kemoterapiden en çok etkilenen sistem GIS'dir. Bu nedenle bulantı-kusma, diyare, konstipasyonu önlemeye yönelik beslenme kanserli çocuklarda yönetilmesi gereken önemli GIS değişiklikleridir. Evde bakım hemşiresi diyare, konstipasyon, bulantı ve kusma konusunda beslenme danışmanlığı yapabilir. Bu semptomlar uzun sđrdđđnde hekim tarafından önerilen ilaçlar çocuğu rahatlatılabilir. Hemşire evde bu ilaçları uygulayabilir.

Diyare

Diyare 24 saatte iki veya üç kezden fazla sulu dışkılama olarak tanımlanmaktadır. Eğer 24 saatte altı ve daha fazla sulu dışkılama var ise mutlaka doktora haber verilmelidir. Enfeksiyon, kemoterapi, radyoterapi, antibiyotikler ve enteral beslenme gibi durumlar diyareye neden olabilir. Diyare, sıvı ve elektrolit kaybı nedeniyle dehidratasyona ve iyon eksikliklerine yol açabilir. Bu nedenle defekasyon sayısı ve içeriğinin değerlendirilmesi (rengi, kanlı-sulu-partiküllü olma durumu), dengeli sıvı alımını sağlama konusunda aile eğitilmelidir (Fieler 2000, Rutledge ve Angelking 1998).

Konstipasyon

Konstipasyon 48 saatten daha uzun süre dışkılama olmamasıdır. Kemoterapinin nörotoksik etkileri, hareketsizlik ve yeme alışkanlıklarındaki değişiklikler sonucu ortaya çıkabilir. Aile eğitiminde sıvı ve bol lifli beslenmeyi artırma, ocuk ve aileyi hareket etmeye cesaretlendirme ve defekasyon sıklığını izleme konuları üzerinde durulmalıdır (Fieler 2000, Woolery ve ark. 2006).

Bulantı-Kusma

Kemoterapi, ağrı ve anksiyete gibi nedenlerle, mide ve duodenum mukozasının irritasyonu sonucu vagal ve sempatik sinirlerin medulladaki kusma merkezini uyarması ile bulantı-kusma oluşabilir. Bulantı, ağrı ve yorgunluk gibi subjektif olarak algılanan bir histir. Bulantı-kusma kemoterapi uygulanmaya başladıktan 1-6 saat sonra meydana gelebilir, ilk 24 saat içinde (akut faz) ya da kemoterapinin başlangıcından sonra 24 saat ile birkaç gün arasında olabilir (gecikmiş faz). Çocukların bulantı -kusmadan bir süre sonra (24-48 saat) yemek yeme için zorlanmaması, az ve sık beslenmenin önemi üzerinde durulmalıdır (Bryant 2003, Fieler 2000).

Beslenme yönetimi

Kanser tedavisinin sistemik etkileri kaşeksi, anoreksia, kilo kaybı, malnütrisyon, besin alımının değişmesi, protein kaybettiren enteropatidir. Kanserli bir çocuğun beslenme tanılması kanserin tipi, hastalığın aşaması ve önceki kanser öyküsü ile ilişkilidir. Beslenme tanılması beslenme durumunu ve tıbbi öyküyü, diyet öyküsü, fizik muayene ve antropometrik ölçümleri içeren kapsamlı bir değerlendirmedir. Diyet öyküsü ile yeme alışkanlıklarının birkaç ay içinde değişip değişmediği değerlendirilmelidir. Kaşeksi fonksiyonel durumu bozabilir ve yaşam kalitesini düşürebilir. Yüksek doz steroid tedavisi görmeleri nedeniyle steroidlerin potansiyel yan etkilerine karşı hasta ve aile uyarılmalıdır. Kilo artışı ya da kaybı ve anoreksiya yakından izlenmeli, günlük veya haftalık kilo izlemi yapılmalıdır. Küçük kilo kayıpları bile çocuk için çok önemli olabilir. Hemşire az beslenmenin nedenlerini tanılamalı, beslenme danışmanlığı yapmalıdır. Yeterli kalori desteğini alamayan çocuklar için diyetisyen ve hekim ile görüşülerek gerektiğinde enteral beslenme desteği sağlanabileceği bilgisi aileye aktarılmalıdır (Kantar 2009).

Ağrı Yönetimi

Kanserli hastaların yaklaşık % 50-80'i hastalıklarının herhangi bir aşamasında ağrı yaşarlar. Kanser ağrısı akut ya da kronik özellikte olabilir. Akut ağrı genellikle doku hasarı nedeniyle olur ve süresi sınırlıdır buna karşın kronik ağrı üç aydan daha uzun sürer. Çocukluk çağı kanserlerinde ağrı şu nedenlerle olabilir (Bryant 2003, Gedaly-Duff ve ark. 2006):

- Hastalıkla ilişkili (tümörün değişik doku ve organlara infiltrasyonu nedeniyle)
- Tedaviyle ilişkili (kemoterapi ve radyoterapinin yan etkilerinden kaynaklanan ağrılar: mukozitle ilişkili ağrılar, vinca alkaloidleriyle ilişkili nöropatik kemik ağrıları, karın ağrıları, anal ağrıları, büyüme faktörünün neden olduğu kemik ağrıları)
- Tanı-tedavi ve işlemlerle ilişkili ağrı (lomber ponksiyon, kemik iliği biyopsisi ve aspirasyonu, kateter takılması vb.)
- Tedavinin yan etkileriyle ilişkili ağrılar (konstipasyon vb.)

Sözü edilen kategoriler içerisinde tanı-tedavi ve işlemlerle ilişkili ağrı kanserli çocukların birçoğu tarafından yaşanan bir semptomdur (Ljungman ve ark. 2000).

Ağrı subjektif bir algılama olduğu için çocuklarda da en önemli ölçüt kendi ağrı bildirimleridir. Evde bakım hemşiresi çeşitli tanılama araçları kullanarak ağrı yaşayan çocuklarda ağrının yerini, yoğunluğunu ve olası nedenlerini tanımlayabilir (Yuska ve Nedved 2000).

Ağrı kontrolünde amaç sadece ağrının giderilmesi değil aynı zamanda hastanın normal yaşam kalitesinin de sürdürülmesidir. Ağrı kontrolünde ilaç ve ilaç dışı yöntemler yer alır. İlaç dışı yöntemler "dikkati başka yöne çekme, oyun oynama, ebeveynlerle birlikte olma, çocuğu kucağa alma, sıcak ve soğuk uygulama, pozisyon verme, masaj yapma ve egzersizdir". Halk sağlığı hemşireleri ağrı kontrolünde hasta, ailesi ve primer bakım verenler arasında danışman olarak rol alır (Donovan ve Lathem 2000, Hanson 2000).

Yorgunluk Yönetimi

Yorgunluk, kontrol altına alınmadığında bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen semptomlardan biridir (Hockenberry - Eaton ve Hinds 2000). Yorgunluğun süresi ve derecesi bireysel farklılıklar gösteren subjektif bir durumdur (Fieler 2000).

Kemoterapinin yol açtığı yorgunluğun yönetiminde öncelikle yorgunluğun tanılanması önemlidir. Yorgunluğu artıran ya da azaltan etmenlerin neler olduğu belirlenmelidir. Evde bakım hemşiresi yorgunluğu önlemek için güvenli oyun çevresi ve enerji yönetimi konusunda önerilerde bulunabilir. Okula gitme, en çok tolere edilebilecek dönemler dikkate alınarak planlanabilir. Ağrı, uyku bozuklukları ve anksiyete gibi yorgunluğa neden olabilecek diğer nedenler açıklanabilir ve bu sorunları azaltmaya yönelik uygun girişimler planlanabilir (Fieler 2000, Gedaly-Duff ve ark. 2006, Hockenberry -Eaton ve Hinds 2000).

Ev Ortamının Düzenlenmesi

Ev ortamının tanılanması hastanın bakım planının önemli bir parçasıdır. Hastanın yaşadığı ortamın güvenilir olduğundan emin olunmalıdır. Hemşire ev ortamını temizlik yönüyle de gözlemlemelidir. Buna ek olarak yangın, elektrik, banyo, yatak ve mobilya çevresinin güvenliği yönünden fiziksel çevrenin tanılanması da son derece önemlidir (Savaşer 2000, Yuska ve Nedved 2000).

Hastalık sürecinin erken dönemlerinde aile ile iletişim kurulursa, aile üyeleri daha etkili bakım için ev çevresini düzenleme girişiminde bulunabilirler (Donovan ve Lathem 2000). Islak zemin ve yerlerin kaygan olmayan maddelerden yapılması, banyoda tutunacak yerlerin olması düşme riskini önlemek için alınabilecek önlemlerdir. Eğer yerler kaygan ise çocuğa altı kaymayan ayakkabı/terlikler giydirilmelidir. Düşme ve çarpmalarda yaralanmayı önlemek için mobilyalar uygun şekilde yerleştirilmeli, oda girişi ve çıkışlarında düzey farkı olmamalıdır. Yatak çok yüksek olmamalı ve yatak kenarlıkları kullanılmalıdır. Gerekli ise oturma ve yaşam alanları çocuğun ihtiyacına göre değiştirilmelidir. Bu düzenlemelerle ilgili olarak aile bilgilendirilmelidir (Savaşer 2000, Thompson 2000).

SONUÇ

Ülkemiz sağlık sisteminde diğer birçok kronik hastalığı olan hastalar gibi pediyatrik onkoloji hastalarını da kapsayan organize ve sistemli evde bakım hizmetleri yer almamaktadır. Bu hizmetlerin eksikliğinin bir sonucu olarak kanserli çocukların evde bakımı aile bireylerince sağlanmaktadır. Bu nedenle hastaneye ilk yatıştan başlamak üzere taburculuğa kadar çocuk ve ailenin evde bakım gereksinimlerine yönelik konularda eğitilmesi son derece önem kazanmaktadır. Evde bakım hizmetleri olmadığı için klinik uygulamada pediyatrik onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelere büyük rol ve sorumluluk düşmekte, birinci ve ikinci/üçüncü basamakta çalışan hemşireler arasında işbirliği kurulması kaçınılmaz olmaktadır.

KAYNAKLAR

- Bryant R (2003). Managing side effects of childhood cancer treatment. *J Pediatr Nurs*, 5(2): 113-125.
- Clarke JN, Fletcher PC, Schneider MA (2005). Mother's home health care work when their children have cancer. *J Pediatr Oncol Nurs*, 22 (6) : 365-73.
- Donovan E, Latham P (2000). Rehabilitation Issues. (içinde) V.K. Fieler, Hanson, P.A.(ed). *Oncology Nursing in the Home*. Pennsylvania, Oncology Nursing Press Inc, 127-136.
- Fieler VK (2000). Symptom Management. (içinde) V.K. Fieler, Hanson, P.A.(ed). *Oncology Nursing in the Home*. Pennsylvania, Oncology Nursing Press Inc,33.
- Friedrich S, Goes C, Dadd G (2003). Community and home care services provided to children with cancer: a report from the Children's Cancer Group Nursing Committee- Clinical Practice Group. *J Ped Oncol Nurs*, 20 (5): 252-259.
- Fukui S (2002). Information needs and the related characteristics of japanese family caregivers of newly diagnosed patients with cancer. *Cancer Nurs*, 25(3): 181-86.
- Gedaly-Duff V, Lee KA, Nail LM ve ark. (2006). Pain, sleep disturbance, and fatigue in children with leukemia and their parents: A pilot study. *Oncol Nurs Forum*, 33 (3): 641-46.
- Gordon K, Dearmun AK (2003). Occlusion problems in central venous catheters: the child and family perspectives. *J Child Health Care*, 7(1): 55-69.
- Hanson PA (2000). Caregiver Issues. (içinde) V.K. Fieler, Hanson, P.A.(ed). *Oncology Nursing in the Home*. Pennsylvania, Oncology Nursing Press Inc, 159-162.
- Hockenberry-Eaton M, Hinds PS (2000). Fatigue in children and adolescents with cancer: evaluation of a program of study. *Semin Oncol Nurs*, 16 (4): 261-272.
- Kantar M (2009). Kanserli çocukta beslenme. (içinde)Ed. Alp Özkan, *Pediyatrik Onkoloji*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1327-1331.
- Kelly KP, Parock D (2005). A Survey of pediatric oncology nurses' perceptions of parent educational needs. *J Pediatr Oncol Nurs*, 22(1) : 58-66.
- Ljungman G, Gordh T, Sörensen S ve ark.(2000). Pain variations during cancer treatment in children: A descriptive survey. *Ped Hematol Oncol*, 17:211-221.
- Lundblad B, Burne MV, Hellström, A (2001). continuing nursing care needs of children at time of discharge from one regional medical center in Sweden. *J Pediatr Nurs*, 16(1).73-78.
- London F (2004). How to prepare families for the discharge in the limited time available. *Pediatr Nurs*, 30(3): 212-216.
- Pate S (2000). The Future of Home Care. (içinde) V.K. Fieler, Hanson, P.A.(ed). *Oncology Nursing in the Home*. Pennsylvania, Oncology Nursing Press Inc, 247-258
- Pyke-Grimm KA, Degner L, Small A ve ark.(1999). Preferences for participation in treatment decision making and informational needs of parents of children with cancer: A pilot study. *J Ped Oncol Nurs*, 16 (1): 13-24.
- Rubenstein BE, Peterson DE, Schubert M (2004). Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis. *Cancer*, 100 (9): 2026-2046.
- Rutledge D, Engelking C (1998). Cancer-related diarrhea: selected findings of a national survey of oncology nurse experiences. *Oncol Nur Forum*, 25 (5): 861-873.
- Sayaşer S (2000). Kanserli çocuğun taburculuğa hazırlanması ve evde bakımında hemşirenin rolü. *Atatürk Üniv. HYO Dergisi* , 3(1): 51- 56.
- Taş F, Başbakkal Z (2009). Kemoterapi alan çocukların yaşadıkları semptomlar ve ebeveynlerin uygulamaları, *Ege Pediyatri Bülteni*; 16(1):33-44.
- Thompson JM (2000). Pediatric assesment in the home. *Home Health Care Nurse* , 5(10) : 639-646
- Wohlschlaeger A (2004). Prevention and treatment of mucositis: A guide for nurses. *J Ped Oncol Nurs*, 21 (5): 281-289.
- Woodgate, RL, Degner, LF, Yanofsky, RA (2003). Different perspective to approaching cancer symptoms in children. *J Pain Symp Manage*: 26(3): 800-817.
- Woolery M, Carroll E, Fenn E ve ark. (2006).A Constipation Assessment Scale for Use in Pediatric Oncology. *J Pediatr Oncol Nurs*, 23 (2): 65-74.
- Yılmaz ÇM, Özsoy SA (2010). Effectiveness of a discharge-planning program and home visits for meeting the physical care needs of children with cancer. *Support Care Cancer* 18; 243-253.
- Yiu JM, Twinn S (2001). Determining the needs of chinese parents during the hospitalization of their child diagnosed with cancer: An explatory study. *Cancer Nurs*, 24(6): 483-489.
- Yuska CM, Nedved PG (2000). Home Care. (içinde) Margaret H. Frogge, Michelle Goodman, Susan L. Groenwald (ed). *Cancer Nursing: Principles and Practice*. Jones and Barlett Publ.Inc. 1661-1680.