OVER KANSERİ HASTALARDA, SİTOREDÜKTİF CERRAHİ VE HİPERTERMİK İNTRAPERİTONİYAL KEMOTERAPİ OPERASYONUNA KATILAN HEMŞİRELERİN DENEYİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Can Ömer ŞAHBAZ
181502205

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Demet AVCI ALPAR

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Ağustos, 2022

OVER KANSERİ HASTALARDA, SİTOREDÜKTİF CERRAHİ VE HİPERTERMİK İNTRAPERİTONİYAL KEMOTERAPİ OPERASYONUNA KATILAN HEMŞİRELERİN DENEYİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Can Ömer ŞAHBAZ
181502205
ORCHİD: 0000-00003-1471-1893

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Demet AVCI ALPAR

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Ağustos, 2022



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans öğrenimim de bana her türlü katkıyı veren, bilgi birikimini benden esirgemeyen, tez sürecimin her aşamasında yanımda olan çok değerli danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Demet Avcı Alpar'a

Over kanserinde kullanılan ilaçlar hakkında bilgi sahibi olmamı sağlayan, kemoterapik ajanlar konusunda beni eğiten, çok değerli hocam, birlikte çalışma şansı bulduğum Dr. Ecz. Ali Rıza Kepsutlu'ya

Tez çalışmamda bana ilham kaynağı olan, çalışmamın tüm zorlu süreçlerinde bilgi ve birikimiyle yanımda olan, desteğini hiçbir zaman benden esirgemeyen Uzm. Dr. Serdar Ulus'a

Bana onkolojiyi ve kemoterapiyi sevdiren, Sitoredüktif Cerrahi ve Hipertermik İntraperitoniyal Kemoterapi (HİPEK) konusunda ilgi duymamı sağlayan ve bu konuda beni yüksek lisans yapmaya yönlendiren çok değerli büyüğüm, meslektaşım Sayın Zübeyde Evirgen'e

Over kanseri ve diğer kanser türleri konusunda içimde hep çözüme dayalı meraklar uyandıran başta kemoterapi alan hastalarım olmak üzere tüm onkoloji hastalarına,

Çalışmam da büyük katkıları olan İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Jinekolojik onkoloji servisinde ve ameliyathanesinde çalışan çok değerli hemşirelere,

Yüksek lisans sürecimde bana her türlü zamanı ve imkanı sağlayan, çalışmamda bana öncülük eden çok değerli büyüğüm, sorumlu hemşirem Sebahat Durdu'ya

Benim bu zamanlara gelmemde en büyük katkıya sahip olan, desteklerini hiçbir zaman benden esirgemeyen çok kıymetli annem ve babama sonsuz teşekkürlerimi borç bilirim.

Can Ömer ŞAHBAZ

Ağustos, 2022

ÖZ

OVER KANSERİ HASTALARDA, SİTOREDÜKTİF CERRAHİ VE HİPERTERMİK İNTRAPERİTONİYAL KEMOTERAPİ OPERASYONUNA KATILAN HEMŞİRELERİN DENEYİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Can Ömer Şahbaz
Yüksek Lisans Tezi
Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Demet Avcı Alpar
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2022

Bu çalışma, over kanseri tanısı alan hastalarda, Sitoredüktif Cerrahi ve Hipertermik İntraperitoniyal Kemoterapi operasyonuna katılan hemşirelerin deneyimlerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan, Sitoredüktif Cerrahi ve Hipertermik İntraperitoniyal Kemoterapi operasyonlarına katılan 30 ameliyathane hemşiresi ve 16 jinekolojik onkoloji servisi hemşiresi oluşturmaktadır. Araştırma yüzyüze derinlemesine görüşme tekniği kullanılarak gerçekleştirilmiş, tanımlayıcı kesitsel nitel bir çalışmadır. Araştırma bulgularında ise hemşirelerin deneyimleri doğrultusunda over kanseri tanısı alan hastalarda Hipertermik İntraperitoniyal Kemoterapi ve Sitoredüktif Cerrahi' nin güncel bir yaklaşım olduğu, hemşirelik boyutunda mesleki deformasyon, kemoterapik ajana maruz kalma faktörleri ve psikolojik sorunların ele alındığı, hastaların ise yaşamsal kalitesini olumlu ölçüde etkilediği, ameliyat öncesi dönemde farklı hazırlık prosedürlerinin incelendiği, ameliyat sırası dönemde oluşabilecek olası komplikasyonlar doğrultusunda, ameliyat sonrası ve taburculuk döneminin uzun sürebileceği gözlemlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Hipertermik İntraperitoniyal Kemoterapi, Sitoredüktif Cerrahi, Over Kanseri, Hemşirelik

ABSTRACT

EVALUATION OF EXPERIENCES OF NURSES PARTICIPATING IN CYTOREDUCTIVE SURGERY AND HYPERTHERMIC INTRAPERITONIAL CHEMOTHERAPY OPERATION IN PATIENTS WITH OVARIAN CANCER

Can Ömer Şahbaz
Master Thesis
Department of Interdisciplinary Nursing
Surgical Nursing Programme
Advisor: Asst. Prof. Demet Avcı Alpar
Maltepe University Graduate School of Education, 2022

This study was conducted to evaluate the experiences of nurses who participated in Cytoreductive Surgery and Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy in patients diagnosed with ovarian cancer. The sample of the study consists of 30 operating room nurses and 16 gynecological oncology service nurses working at Istanbul University Medical Faculty Hospital and participating in Cytoreductive Surgery and Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy operations. The research is a descriptive cross-sectional qualitative study conducted using face-to-face in-depth interview technique. In the research findings, it was found that Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy and Cytoreductive Surgery is an up-to-date approach in patients diagnosed with ovarian cancer in line with the experience of nurses, occupational deformation, exposure factors to chemotherapeutic agents and psychological problems in the nursing dimension are discussed, and it positively affects the quality of life of patients before surgery. It has been observed that different preparatory procedures were examined in the period and in line with possible complications that may occur during the intraoperative period, the postoperative and discharge period may take longer.

Keywords: Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy, Cytoreductive Surgery, Ovarian Cancer, Nursing

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI i

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI ii

TEŞEKKÜR iii

ÖZ iv

ABSTRACT v

İÇİNDEKİLER vi

TABLOLAR LİSTESİ ix

ŞEKİLLER LİSTESİ x

KISALTMALAR xi

BÖLÜM 1. GİRİŞ 1

1.1 Problem 1

1.2 Amaç 6

1.3 Önem 7

1.4 Varsayımlar 7

1.5 Sınırlıklar 7

1.6 Tanımlar 8

BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER 9

2.1. Over Kanseri Epidemiyolojisi ve İnsidansı 9

Şekil 1. Türkiye Kanser İstatistikleri (Kadın- 2014) (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014) 11

Şekil 2. Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanserin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2017)(Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide) 11

2.2. Over Kanserinde Cerrahi Evreleme 12

2.3. Sitoredüktif Cerrahi 14

2.4. Sitoredüktif Cerrahi Operasyonu Öncesi Hasta Seçimi 15

2.5. Sitoredüktif Cerrahide Genel İlkeler 17

2.6. Hipertermik İntraperitoniyal Kemoterapi (HİPEK) 18

Şekil 3. Hipertermik İntraperitoniyal Kemoterapi Uygulaması (Özdoğan, 2021) 20

2.7. Hipertermik İntraperitoniyal Kemoterapinin Fizyolojik Etkileri 21

2.8. Hipertermik İntraperitoniyal Kemoterapi'de Çevresel Güvenlik 22

2.9. Sitoredüktif Cerrahi ve Hipertermik İntraperitoniyal Kemoterapi'de Hemşirelik Yaklaşımı 24
BÖLÜM 3. YÖNTEM 25
3.1 Araştırma Modeli 25
3.2 Evren ve Örneklem 25
3.3 Veriler ve Toplanması 25
Şekil 4. Araştırma Akış Şeması 26
3.4 Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 27
BÖLÜM 4. BULGULAR VE TARTIŞMA 28
4.1 Nicel Verilere İlişkin Bulgular 28
Tablo 4. Katılımcıların Demografik Özellikleri 28
Tablo 5. Katılımcıların Over Kanseri ile Karşılaşma Evreleri 29
Tablo 6. Katılımcıların HİPEK ve SRC Operasyonunu Takip Sıklığı 29
Tablo 7. Katılımcıların Kapalı Uçlu Sorulara Verdiği Yanıtlar 30
Tablo 8. Katılımcıların Over Kanseri Hastalarda Karşılaştığı Farklı Hazırlık Prosedürleri 32
Tablo 9. Katılımcıların HİPEK ve SRC Operasyonunda Karşılaştığı Komplikasyonlar 33
Tablo 10. Katılımcıların, Hastaların Taburcu Olma Sürelerinin Uzamalarına Dair Görüşleri ... 34
Tablo 11. Katılımcıların HİPEK ve SRC Operasyonu Geçiren Over Kanseri Hastalarda Karşılaştığı Semptomlar 35
Tablo 12. Katılımcıların HİPEK ve SRC Operasyonunda Karşılaştığı Teknikler 35
Tablo 13. Katılımcıların HİPEK ve SRC Operasyonu Risklerine Verdiği Yanıtlar 36
Tablo 14. Katılımcıların SRC ve HİPEK Operasyonu Olan Over Kanseri Hastalarda Taburcu Etme Planları 37
Tablo 15. Hemşire Tanılama Verilerinin Cinsiyet Değişkeni İle Karşılaştırılması 38
Tablo 16. Hemşire Tanılama Verilerinin Yaş Değişkeni İle Karşılaştırılması 39
Tablo 17. Hemşire Tanılama Verilerinin Eğitim Durumu Değişkeni İle Karşılaştırılması 40
Tablo 18. Hemşire Tanılama Verilerinin Tecrübe Değişkeni İle Karşılaştırılması 41
4.2. Nitel Verilere İlişkin Bulgular 42
Tablo 19. Hemşire Grubu İçin Oluşturulan Temalar- Alt Temalar- Kodlar 42

Şekil 5. Enfeksiyon Risklerine İlişkin Görüşler 44
Şekil 6. Psikolojik Sorunlara İlişkin Görüşler 45
Şekil 7. Beslenme Sorunlarına İlişkin Görüşler 46
Şekil 8. Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşler 47
Şekil 9. Psikolojik Desteğe İlişkin Görüşler 48
Şekil 10. Koruyucu Sağlık Ekipmanları ve Atık Yönetimine İlişkin Görüşler 49
Şekil 11. Hemşirelerin Olumlu Görüşleri 50
Şekil 12. Hemşirelerin Olumsuz Görüşleri 51
Tablo 20. Olumlu-Olumsuz Hemşire Görüşleri ve Öneriler 52
4.3 Tartışma 53
BÖLÜM 5. SONUÇ VE ÖNERİLER 58
5.1 Özet 58
5.2 Yargı 59
5.3 Öneriler 60
KAYNAKLAR 61
EKLER 71
Ek 2. T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Kararı 72
Ek 3. T.C. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Tez Çalışma Uygunluğu .. 73
Ek 4. T.C. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Yönetim Kurulu Kararı 74
Ek 5. Hemşire Tanılama Formu 75
ÖZGEÇMİŞ 80

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. FIGO Evrelemesi 12

Tablo 2. Sitoredüktif Cerrahi Terminolojisi 14

Tablo 3. HİPEK İçin Çevresel Güvenlik Önlemleri 22

Tablo 4. Katılımcıların Demografik Özellikleri 28

Tablo 5. Katılımcıların Over Kanseri ile Karşılaşma Evreleri 29

Tablo 6. Katılımcıların HİPEK ve SRC Operasyonunu Takip Sıklığı 29

Tablo 7. Katılımcıların Kapalı Uçlu Sorulara Verdiği Yanıtlar 30

Tablo 8. Katılımcıların Over Kanseri Hastalarda Karşılaştığı Farklı Hazırlık Prosedürleri 32

Tablo 9. Katılımcıların HİPEK ve SRC Operasyonunda Karşılaştığı Komplikasyonlar 33

Tablo 10. Katılımcıların, Hastaların Taburcu Olma Sürelerinin Uzamalarına Dair Görüşleri... 34

Tablo 11. Katılımcıların HİPEK ve SRC Operasyonu Geçiren Over Kanseri Hastalarda Karşılaştığı Semptomlar 35

Tablo 12. Katılımcıların HİPEK ve SRC Operasyonunda Karşılaştığı Teknikler 35

Tablo 13. Katılımcıların HİPEK ve SRC Operasyonu Risklerine Verdiği Yanıtlar 36

Tablo 14. Katılımcıların SRC ve HİPEK Operasyonu Olan Over Kanseri Hastalarda Taburcu Etme Planları 37

Tablo 15. Hemşire Tanılama Verilerinin Cinsiyet Değişkeni İle Karşılaştırılması 38

Tablo 16. Hemşire Tanılama Verilerinin Yaş Değişkeni İle Karşılaştırılması 39

Tablo 17. Hemşire Tanılama Verilerinin Eğitim Durumu Değişkeni İle Karşılaştırılması 40

Tablo 18. Hemşire Tanılama Verilerinin Tecrübe Değişkeni İle Karşılaştırılması 41

Tablo 19. Hemşire Grubu İçin Oluşturulan Temalar- Alt Temalar- Kodlar..... 42

Tablo 20. Olumlu-Olumsuz Hemşire Görüşleri ve Öneriler 52

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Türkiye Kanser İstatistikleri (Kadın- 2014) (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014)..... 11

Şekil 2. Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanserin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2017)(Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide) .. 11

Şekil 3. Hipertermik İntraperitoniyal Kemoterapi Uygulaması (Özdoğan, 2021) 20

Şekil 4. Araştırma Akış Şeması 26

Şekil 5. Enfeksiyon Risklerine İlişkin Görüşler 44

Şekil 6. Psikolojik Sorunlara İlişkin Görüşler 45

Şekil 7. Beslenme Sorunlarına İlişkin Görüşler 46

Şekil 8. Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşler 47

Şekil 9. Psikolojik Desteğe İlişkin Görüşler 48

Şekil 10. Koruyucu Sağlık Ekipmanları ve Atık Yönetimine İlişkin Görüşler 49

Şekil 11. Hemşirelerin Olumlu Görüşleri 50

Şekil 12. Hemşirelerin Olumsuz Görüşleri 51

KISALTMALAR

HİPEK	:	Hipertermik İntraperitoniyal Kemoterapi
SRC	:	Sitoredüktif Cerrahi
OVER CA	:	Over Kanseri
FİGO	:	Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu
BRCA	:	Meme Kanseri Duyarlılık Mutasyonu
CA125	:	Kanser Antijeni 125
EOC	:	Epitelyal Over Karsinomu
TNM	:	Tümör, Nodül, Metastaz
BT	:	Bilgisayarlı Tomografi
MR	:	Manyetik Rezonans
PET	:	Pozitron Emisyon Tomogrofisi
ERAS	:	Enhanced Recovery After Surgery

BÖLÜM 1. GİRİŞ

1.1 Problem

Hipertermik İntraperitoniyal Kemoterapi (HİPEK) ve Sitoredüktif Cerrahi (SRC) son 20 yılda popülerleşmiş multimodal bir tedavi yöntemidir. Over kanseri hastalarda, mide, kolon kanseri gibi vakaların peritoniyal karsinomatozisli olgularında tercih edilmektedir. HİPEK ve SRC operasyonları son derece riskli fakat hastaların yaşam süresi ve yaşam kalitesi açısından iyi sonuçlar verdiği yapılan çalışmalar ile kanıtlanmış operasyonlardır. Bu operasyonlarda en büyük rol hemşirelere düşmektedir. Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyonlara karşı hemşirelerin, dikkatli olması ve sıkı takip yapması gerekmektedir.

Over kanseri (over ca), cerrahi ve kemoterapi alanında meydana gelen gelişmelere rağmen yüksek mortaliteye sahip ve hayati tehdit oluşturan tehlikeli bir kanser türüdür (Permuth-wey & Sellers, 2009). 2011 yılında kadın ölümlerinin %6 sını over ca oluşturmaktadır (Siegel, Ward, Brawley , & Jemal, 2013). Türkiye de kadınlarda 2009 yılında 100000'de 6.9 oranında over kanseri görülmüştür (Girgeç, Çalışkan, & Sevil, 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013.. Ankara., 2014). Genel olarak kadınların %1.4'ü over ca riski altındadır. Göğüs Kanseri Duyarlılık Mutasyonu (BRCA) olan kadınlarda bu oran %40 a kadar çıkmaktadır (National Cancer Institute, 2015). Over ca semptomları arasında inatçı karın-kasık ağrısı, sık idrara çıkma, batında şişkinlik gibi asemptomatik belirtiler bulunmaktadır. Semptom vermez ve bu nedenledir ki ileri evre de farkına varılır. (Cancer Research UK, 2016). Over kanserine evre 3-4 de yakalanılmaktadır ve sağ kalım oranları da oldukça düşüktür (Bilgin, 2004). Jinekoloji ve Obstetri Federasyonuna (FİGO) göre over ca 4 evreden oluşmaktadır (Cancer Research UK, 2016). Evre 1 de kanser sadece overlerdedir. %20 oranında görülür ve sağ kalım %73'dür. Evre 2 de kanser over dışına taşmış ve pelvis sınırları içinde büyümeye başlamıştır. %5 oranında görülür ve sağkalım %45 dir. Evre 3 de ise kanser artık batına yayılmıştır. %58 oranında görülür ve %21 sağkalım mevcuttur.

Evre 4 ise son evredir ve kanser artık diğer doku ve organlara metastaz yapmıştır. %17 oranında görülür ve %5 den daha az sağkalım mevcuttur. Yani ileri evre 5 yıllık sağ kalım oranı %37.6 dır. Bundan dolayıdır ki sistemik kemoterapiye ek güncel ve modern tedaviler gerekmektedir (Cancer Research UK, 2016; Angelis, Sant, Coleman, & Francisci, 2014).

Over kanserinin %70 i kemoterapiye dirençlidir ve kanser ilk evrelerde olmalıdır ki kemoterapiye cevap verebilsin. Ayrıca over kanserinin yapısını, yayılımı hızlı, yüksek dereceli seröz yapı oluşturur (Weil & Chen, 2011). Bu nedenle son dönemde over ca tedavisinde güncel tedavi yöntemi olan sitoredüktif cerrahi (SRC) ve hipertermik intraperitoniyal kemoterapi (HİPEK) başarılı bir şekilde uygulanmaktadır.

SRC ve HİPEK kavramının ilk tanımı 1995 yılında Sugarbaker tarafından yapılmıştır. Bu operasyonlar ile kolorektal, gastrik, overyan gibi farklı kanserlerden kaynaklanan hastaların hayat kalitesinin ve yaşam standartlarının arttığı gözlemlenmiştir. 2008 yılında yapılan 6. Peritoniyal yüzey kanseri çalıştayında ise SRC ve HİPEK rutin tedavi şeklini almıştır.Bu operasyonlarda morbidite %12-67 arasındayken mortalite %0-9 arasındadır (Elias, Honore , & Ciuchendea , 2008; Witkamp , De Bree , Kaag , & Van Slooten , 2001).

SRC ve HİPEK birbirleriyle bağlantılı ve ardışık yapılan operasyonlardır. SRC'de makroskopik hücreler temizlenirken ardından yapılan HİPEK işlemiyle de mikroskopik hücreler temizlenmektedir.

Sitoredüktif Cerrahi, intraabdominal makroskopik tüm hücrelerin çıkarıldığı fazdır. Dalak, safra kesesi, uterus, over, karaciğerin bir parçasının ve 2,5 mm'den büyük lenf nodlarının alındığı işlemdir.Operasyon alanının geniş olduğu, kan ve sıvı kaybının fazla olduğu HİPEK öncesi yüzeysel temizliğin yapıldığı bölümdür. Kemoterapik ajanın etkisini arttırmak amaçlı yapılır. Peritona yayılan kemoterapik ajanların 3 mm ye kadar ilerleyebilmesi için sitoredüksiyona ihtiyaç duyulmaktadır (Dedrick , Myers , Bungay , & DeVita, 2003).

HİPEK fazı hematolojik, hemodinamik ve metabolik değişimlerin gözüktüğü fazdır. HİPEK te amaç, mikroskopik hücreleri temizlemek ve maligniteyi azaltmak, anastomoz riskini en aza indirgemektir.

HİPEK ilk olarak genel cerrahlar tarafından uygulamaya sokulmuş ve ilk olarak intraperitoniyal yayılımlı apandiks, sonra kolon ve mide tümörlerinin tedavisinde

kullanılmaya başlanmıştır. Günümüzde over kanseri başta olmak üzere intraperitoniyal yayılımlı endometrium kanseri gibi jinekolojik kanserlerde uygulanmaya başlanmıştır. Literatürlere bakıldığında over kanserinde HİPEK uygulaması çok çeşitlidir. Nüks esnasında (ilk nüks ve ya sonra ki nükslerde), SRC ile beraber, primer evreleme cerrahisi esnasında, primer cerrahi ve adjuvan kemoterapiyi takiben ve kurtarma(solvaj) tedavisi olarak uygulanır (Di Giorgio , De Iaco , , De Simone , & Garofalo , 2017).

HİPEK işlemi 4 adet dren ve 1 adet ısı probu yardımı ile gerçekleşir. Drenlerden biri kemoterapik ajanı batın içinden hücrelere verirken diğer 3 dren ise hücre dışına sirkülasyonu sağlar. Isı probu ise bölge ısısı kontrolünü sağlar. Sıcak kemoterapi batın içine 60-90/dk roller pompa aracılığıyla uygulanır. Kemoterapinin sıcaklığı ise 41-42 derece de ısı probu ile sabitlenir.

Kemoterapik ajanın ısısı HİPEK işlemi için oldukça önemlidir. Isı artışı doku penetrasyonunu ve kemoterapinin sitotoksisitesini arttırır. 39-43 derece arası ısı, tümör hücresinin metrabolizmasını değiştirir ve membran reseptörlerinin inaktivasyonuna, değiştirilmiş enzim aktivitesine, kromozom hasarına ve yanlış onarımına, tümörün hücresel yapılarının değişmesine neden olur (González-Moreno , González-Bayón, & Ortega-Perez, 2010; Ashvin & Nikhilesh , 2016; De Bree & Tsiftsis , 2007; Moyer & Delman , 2008; Song , Park , Lee , & Griffin , 2005; Van de Vaart , van der Vange , & Zoetmulder , 1998).

Sitoredüktif Cerrahi ve HİPEK işleminin kombinasyon ortalama süresi 5 ile 10.5 saat aralığındadır (Chua , Yan , Saxena , & Morris , 2009). İşlemin süresinin uzunluğu, değişen kan kaybı ve ameliyatın kapsamına göre büyük ölçüde değişebilir. Ortalama kan kaybı ise 0,4 litre ile 30 litre aralığında 3,5 litredir (Verwaal , Van Tinteren , Ruth , & Zoetmulder , 2004).

HİPEK fazında kemoterapik ajanlar büyük rol oynamaktadır. En yüksek konsantrasyonla, hücrelere kemoterapik ajan verilir. Verilecek kemoterapik ajan bölgesel bazda seçilir. Kolorektal kanserlerde kemoterapik ajan olarak Mitomicin C kullanılırken, over kanseri hastalarda ise Sisplatin+Doksorubisin kullanılmaktadır. Sisplatinin, periferal nöropati, miyelotoksisite ve nefrotoksisite gibi yan etkileri olduğu bilinmektedir. Ayrıca kemoterapik ajanların kullanıldığı taşıyıcı solüsyon da oldukça önemlidir. Kemoterapik

ajanlar için en uygun taşıyıcı solüsyonlar %5 Dekstroz ve İzotonik salindir. Sisplatin ise ışığa karşı duyarlı ve sadece izotonik ile geçimlidir.

HİPEK operasyonu açık, kapalı ve laparoskopik olarak yapılabilmektedir. 2019 yılında 168 vaka ile yapılan HİPEK çalışmasında, cerrahların yaklaşık yarısının kapalı tekniği, %42'sinin açık tekniği ve %5'inin laparoskopi dahil diğer alternatif yöntemleri kullandığı ortaya çıkmıştır (Helderman, Löke, & Kok , 2019). Kapalı HİPEK yönteminde, drenler ve ısı probu batına yerleştirilir, ardından batın kapatılır. Ardından batın açılır ve perfüzat drenler yardımı ile boşaltılır. Bu teknik ısı kaybını en aza indirir ve ameliyathane hemşiresinin, cerrahın, personelin kemoterapik ajana maruz kalma riskini azaltır, ancak kemoterapik ajanın dağılımı eşit olmayabilir. Bu sorunu laparoskopik yaklaşım ile cerrahın desteği, eşit dağılımı sağlamaktadır. Ayrıca kapalı teknik infüzyon sırasında karın içi basınçta artışa neden olur; bu açık teknikte daha az sorun teşkil eder. Çoğu merkez bu işlemi daha iyi penetrasyon sağlaması, çevre kontaminasyonunu azaltması ve ısı kaybının az olmasından dolayı kapalı uygular. Açık HİPEK tekniğinde ise Coliseum tekniği olarak adlandırılan yöntem kullanılarak kemoterapik ajan batın içine infüze edilir. Açık batın tekniğinde solüsyon ve ısının eşit dağılımına izin verilir. Ancak ameliyathane hemşiresi, cerrahı ve diğer personellerin aerosolize kemotepik ajanlara maruziyetini arttırabilir (Yonemura , Mizumoto , & Ishibashi , 2016) .

HİPEK işlemi için kullanılan kemoterapi solüsyonları doğrudan veya dolaylı olarak çevresel kontaminasyon riskini oluşturur. Kontaminasyon yüzeye temas ile yada daha az yaygın olarak görülen solunum yolu ile bulaşabilir (Balakrishnan & Survesan , 2018). Yapılan çalışmalar, sıkı önlemler alınmadığında cerrahların eldiveni ve terliklerinde, ameliyathane masasının yakınında ki zeminde, ameliyathane masasında kemoterapi ajanları ile ağır kontaminasyon tespit edildiğini göstermektedir (Kamal , Elshaikh , Nabil , & Mohamad , 2013).

Kemoterapi ajanlarına maruziyet, koruyucu ekipman kullanılarak önlenebilir. HİPEK işlemi sırasında kullanılan koruyucu ekipmanlar hava, damlacık ve temas izolasyonu önlemlerini içermelidir (Miao , Pingpank , & Alexander , 2009).

HİPEK işlemi öncesi cerrah, hemşire ve personel çevre kaygısı konusunda eğitilmeli, işlem öncesi kemoterapi ajanlarına karşı temas önlenmelidir. İşlem esnasında N95 maske, koruyucu gözlük, tek kullanımlık önlük, koruyucu terlik kılıfı ve eldiven kullanılmalıdır.

Zemine kemoterapi ajanlarının dökülmesini önlemek amacı ile emici havlular ameliyathane masası etrafına yerleştirilmelidir. Ameliyathane de kemoterapi ajanı imha kutuları bulundurulmalıdır. Ameliyathanenin uygun havalandırma ve iklimlendirilmesi sağlanmalıdır. Kemoterapi ajanı ile temas halinde olan cerrahlar dirsek uzunluğunda 3'lü eldiven giymelidir. İşlem sonrası ameliyathaneyi temizleyen personel koruyucu ekipmanlar ile temizliğini yapmalıdır. Dökülen kemoterapi solüsyonlarını su ve nötr sabun ile temizlemelidir. Cerrahi alet ve ekipmanlar 3'er defa yıkanmalı, kemoterapi ajanlarının atıldığı kutular sızdırma olasılığına karşı kontrol edilmelidir (Bhatt , Mittal , & Gopinath , 2016; Easty , Coakley, & Cheng , 2015; González-Bayón, González-Moreno, & Ortega-Pérez, 2006) .

HİPEK günümüzde uygulanan sistemik kemoterapiye göre çok daha etkilidir. Sistemik kemoterapi ile yaşam süresi 16-24 ay iken HİPEK ile 5 yıllık yaşam süresi %30-45 oranındadır (Elias , ve diğerleri, 2009; Elias , ve diğerleri, 2010).

Jinekolojik kanserlerde HİPEK ile ilgili ilk randomize prospektif çalışma, Spiliotis ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yayınlanmıştır. Bu çalışmada, 2006 – 2013 arasını kapsayan sekiz yıllık bir dönemde, primer evreleme cerrahisi ve sistemik kemoterapi sonrası hastalık nüksü yaşayan ileri evre over kanseri (FIGO IIIc ve IV) olan 120 kadın randomize edilmiş, iki gruba ayrılan hasta grubunun bir grubuna yalnız SRC ve takiben sistemik kemoterapi, diğer grubuna SRC + HİPEK ve sistemik kemoterapi uygulanmıştır. Sonuçlar incelendiğinde, HİPEK yapılan grupta ortalama sağkalım, yapılmayan grupla kıyaslandığında anlamlı farklılık (26.7'ye karşı 13.4 ay, $p<0.006$) ortaya çıkmıştır. Buna ek olarak HİPEK yapılan gruptaki hastalar, platine dirençli ve duyarlı hastalık olarak alt gruplara ayrılıp değerlendirildiğinde, hastalar arasında ortalama sağkalımın farklı olmadığı saptanmıştır (26.6'ya karşı 26.8 ay). Çalışma ayrıca, tam sitoredüksiyon daha uzun sağkalım ile ilişkili olduğunu diğer bir çok çalışma ile paralel şekilde ortaya koymuştur (Spiliotis , ve diğerleri, 2015). Ancak bu çalışma, bir çok araştırmacı tarafından dikkat çekmiştir. Bunlardan en belirgini, Harter ve ark. tarafından yapılan eleştirisel kısa raporda; birincil ve ikincil hedeflerin seçiminde, hastalıksız sağkalım verilerinde ve hastaların randomizasyonu ile istatistiksel analizde metodolojik ve bilimsel hatalara düşüldüğü belirtmiş, ayrıca ameliyat sonrası komplikasyon verilerinin olmayışı gibi eksikliklere dikkat çekilmiştir (Arter , Reuss , Sehouli , Chiva , & Du Bois , 2017).

SRC ve HİPEK operasyonunda hasta seçimi oldukça önemlidir.Peritoniyal karsinomatozus tanısı konulmuş olan, 3 veya daha az karaciğer metastazı olan, biliyer obstrüksiyonu olmayan ve sistemik kemoterapiye iyi yanıt veren (neoadjuvan) hastalarda uygulanmaktadır. Aktif kardiyak şikayeti olmayan, retroperitoniyal yayılımı olmayan, 70 yaş altı ve peritoniyal rezeksiyonu tam yada tama yakın hastalarda yapılmalıdır (Esquivel , ve diğerleri, 2007; Fleisher , ve diğerleri, 2008).

1.2 Amaç

Bu araştırmanın amacı, over kanseri tanısı alan hastalarda HİPEK ve SRC operasyonuna bağlı hemostatik değişim ve yaşamsal kaliteyi ölçmek önemlidir. Bu süreçte kilit rol oynayan hemşirelerin deneyimlerini bu süreçte yaşanan problemleri değerlendirmek çalışmada amaçlanmıştır. Bu çalışma ile cevaplandırılmaya çalışılan sorular:

- Sistemik kemoterapi (eski tip tedavi yöntemi) ile HİPEK operasyonu süreçleri arasında hemşireleri etkileyen ne tür farklılıklar vardır ?
- HİPEK ve SRC operasyonu hasta üzerinde ne gibi risk faktörleri taşımaktadır? Hemşirelerin bu konudaki görüş ve gözlemleri nelerdir?
- HİPEK operasyonu esnasında hemşirelerin kemoterapik ajana maruz kalma durumu var mıdır?
- SRC ve HİPEK operasyonu sırasında hastada ne gibi semptomlar saptanmaktadır? Hemşirelerin bu konudaki gözlemi nedir?
- Sadece SRC operasyonu yapılan hastalar ile SRC ile birlikte HİPEK operasyonu yapılan hastaların ameliyat sonrası süreçteki farkları nelerdir?
- SRC ve HİPEK operasyonu ile hastanın over kanserinden kurtulma şansı var mıdır?
- SRC ve HİPEK operasyonu sonrası hastalar da ne gibi bulgular dikkat çekmektedir?
- HİPEK ve SRC operasyonu öncesi ve sonrası arasında ki farklar nelerdir?
- HİPEK ve SRC operasyonu sonrası hastaların semptomları değişkenlik gösterir mi?

1.3 Önem

Bu araştırmanın önemi, hemşirelerin deneyimleri doğrultusunda over kanseri tanısı alan hastalarda HİPEK ve SRC operasyonunun güncel bir yaklaşım olduğunu, epitelyal over kanseri hastalarda tercih edilen bir yöntem olduğunu ortaya koymaktır. Hemşirelerin ve hastaların prosedür sırasında yaşanan sıkıntılarını ve ya yeni prosedürlerin avantajlarını ortaya çıkararak literatüre katkı koymak amaçlanmaktadır.

1.4 Varsayımlar

Araştırma yüzyüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacıların geliştirdiği soru formu üzerinden yapılmıştır. Örneklemde bulunan katılımcıların soruları doğru ve samimiyetle cevaplandırdıkları varsayılmıştır. Araştırmayı katılan hemşirelerin bu operasyonlara katılma tecrübesi, bu konuda bilgili ve donanımlı olduğu kabul edilmiştir.

1.5 Sınırlıklar

HİPEK ve SRC operasyonu yapılan hastanelerin sınırlı sayıda olmasında ve buna bağlı olarakta bu konuda bilgili hemşirelerin sayısının sınırlı olacağı düşünülerek az sayıda örneklem ile çalışma sınırlandırılmıştır.

1.6 Tanımlar

Morbidite : Belirli bir nüfusta belirli bir zaman dilimi içerisinde hastalığa tutulanların sayısı, hastalık nispetidir.

Mortalite : Bir hastalığa bağlı ölüm oranlarının toplam nüfusa bölünmesiyle elde edilen sonuçtur.

Anastomoz : Cerrahi operasyonlardan sonra içi boş kalan organlar birbirine dikilmesi işlemidir.

Adjuvan : Ana kanser tedavisi sonrası, kanserin nüks (tekrar) riskini azaltıcı uygulamalardır.

Neoadjuvan : Ana tedaviden önce, tümörü küçültmek için verilen tedavidir. Küçültücü kanser tedavisi olarak ifade edilir.

Epidemiyoloji : Toplumdaki hastalık, kaza ve sağlıkla ilgili durumların dağılımını, görülme sıklıklarını ve bunları etkileyen belirteçleri inceleyen bir tıp bilimi dalıdır.

İnsidans : Risk altındaki sağlam kişilerin belirli sürede, belirli bir hastalığa yakalanma olasılığını gösteren ölçüt.

Nulliparite : Hiç doğum yapmamış olma hali.

Debulking : Gözle görülen tüm tümörlerin temizlenmesini ifade eden debulking cerrahinin bir diğer ismi sitoredüktif cerrahidir.

Omentum : Midenin büyük kurvatüründen başlayarak, bağırsakların üst kısmına kadar örten yapıya verilen isimdir.

Diseksiyon : Dokuların-yapıların, cerrahi olarak izole edilmesi, açığa çıkarılmasıdır, anatomizasyon da denir.

BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER

2.1. Over Kanseri Epidemiyolojisi ve İnsidansı

Over kanseri, kadınlarda sık görülen 6. kanser türü olup, jinekolojik kanser ölümlerinin en sık sebeplerinden biridir. Over kanseri kadınlarda görülen kanserlerin %4'ünü jinekolojik kanserlerin ise %27'sini oluşturmaktadır (Hinkula, Pukkala, Kyyrönen, & Kauppila, 2001; Runnebaum & Stickeler, 2001).

Yaşla beraber görülme sıklığı artan over kanserinin ortalama tanı yaşı 63'tür (Webb , ve diğerleri, 2004). Erken menarş, geç menopoz, infertilite, nulliparite önemli risk faktörlerindendir. Her gebeliğin, over kanseri gelişme riskini %10 azalttığı tahmin edilmektedir (Ayhan & Yapar , 1997).

Prognostik faktörler değerlendirildiğinde, demografik, histolojik, biyolojik ve genetik faktörler over kanserlerinin prognozu üzerinde etkilidirler. Kadının jinekolojik malignensileri arasında en fazla ölüme neden olan over kanserinin ortaya çıkmasında hazırlayıcı risk faktörlerinin bilinmesi, büyük bir önem taşımaktadır. Kadına özgü kanserlerden biri olan over kanseri önemli mortalite ve morbiditeye neden olan, özelde kadının, genelde ailenin ve toplumun saglığını etkileyen bir sağlık problemidir.

Çocuklu kadınlarda ve oral kontraseptif kullanımı sonrası azalan risk, gonodotropin salgısının azalmasıyla tanımlanabilir. Bu husus sürekli ovulasyonun over kanseri gelişim mekanizmalarından birisi olduğu hipotezini desteklemektedir (Wilkens, ve diğerleri, 2005).

1998 yılında Risch, over kanseri patogenezinde androjenin önemli bir rolü olduğunu öne sürmüstür. Yüksek gonodotropin seviyeleri ve yüksek androjen seviyeleri teorileri, devamlı ovulasyon teorisine karşı infertil hastalarda over kanseri riskinin yüksek olduğu ve infertilite ilaçlarının over kanseri riskini artırabileceği, gözlemi sonucunda ortaya atılmıştır (Ayhan & Yapar , 1997).

Polikistik over sendromunun büyük bir kohort çalışmasında over kanseri riskini arttırdığı yönünde bir iliski bulunmuştur. Ayrıca androjen seviyelerinin baskılanması ile oral kontraseptif kullanımının over kanseri riskini azaltabileceği belirtilmektedir (Arvas & Göker, 2002; Dune , 2003).

Postmenapozal kadınlarda karşılanmamış hormon takviye tedavisinin riski artırdığı belirtilmiştir. Yine gebeliğin önemli ölçüde progesteron seviyesini artırarak riski azalttığı yönünde ilişki bulunmuştur. Kombine oral kontraseptiflerin kullanımının riski azaltacağı bilinmektedir (Kramer, L, & M, 2000; Tavani, Bosetti, Maso, Giordano, & Franceschi, 2004).

Perinede kullanılan talk pudrasının uterus ve tüpler yolu ile overlere ulaşması ile ilgili çalışmalar yapılmış, perineal talkın uzun süre kullanılmasının over kanseri açısından riskli olabileceği belirtilmiştir (Webb , ve diğerleri, 2004).

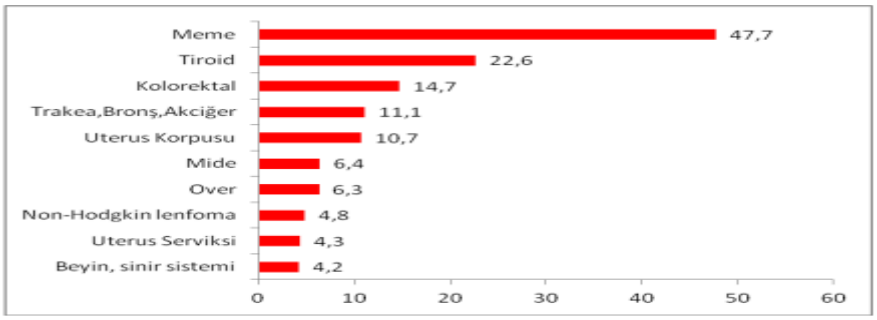
Over kanserinde yıllık insidans 17/100000; yaşam boyu total risk ise %1.4 dür. En yüksek görülme sıklığı ise 75-79 yaş grubundadır. Over kanseri görülme olasılığı 40-44 yaş grubunda yaklaşık 16/100000 iken, 50 yaşın üzerinde 35/100000, 75-79 yaş grubunda ise 54/100000'e ulaşmaktadır (Webb , ve diğerleri, 2004; Runnebaum & Stickeler , 2001).

Tüm over kanserlerinin %10'u herediterdir. Over kanseri ile ilgili sendromların çoğu otozomal dominant kalıtıma sahip ancak penetransı değişken heterojen bir gruptur (Greggi, ve diğerleri, 1990).

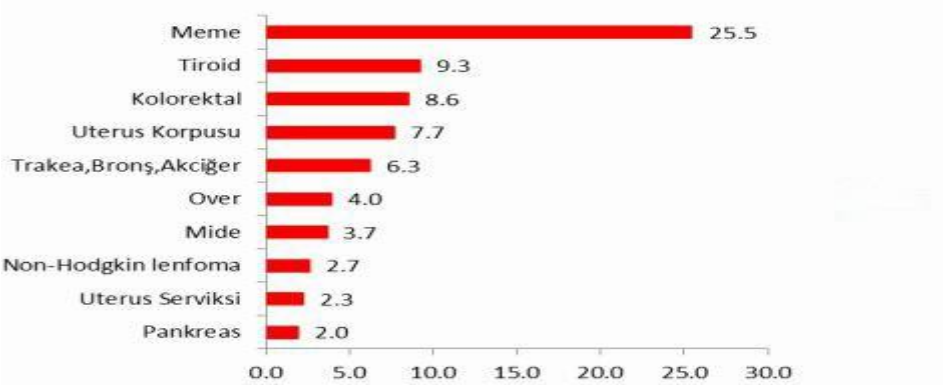
Erken menarş, geç menopoz, infertilite, nulliparite önemli risk faktörlerindendir. Her gebeliğin, over kanseri gelişme riskini %10 azalttığı tahmin edilmektedir (Chiaffarino, ve diğerleri, 2001). Ayrıca ovulasyon indüksiyonu için kullanılan ajanların, ovulasyonu arttırarak over kanseri gelişimine yol açabileceği yönünde görüşler olmakla beraber kesinliği ispatlanamamıştır. Oral kontraseptiflerin ise over kanseri gelişimini %30-60 oranında azalttığı, 5 yıl ve üzerinde oral kontraseptif kullanımının süresi ile risk azalması arasında yakın bir ilişki olduğu ve yaklaşık olarak %50 over kanseri gelişme riskini azalttığı gözlemlenmiştir (P, ve diğerleri, 1989).

Ailede mevcut olan kanser türünün over kanserine etkisini inceleyen bir vaka kontrol çalışmasında, ailesinde mide kanseri olanlarda over kanseri riskinin 1.5 kat, kolon kanseri olanlarda 1.7 kat, akciger kanseri olanlarda 1.3 kat, meme kanseri olanlarda 2.3 kat, lenfoma olanlarda 2.3 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Webb , ve diğerleri, 2004; Tung, ve diğerleri, 2004). Endometriozis hikayesi mevcudiyeti over kanseri riskini artırmaktadır (Modugno, ve diğerleri, 2004; Ness, ve diğerleri, 2000; Ness, Grisso, Klapper, & Schlesselman, 2000).

CA125 (Kanser antijeni 125) ve transvaginal ultrasonografi ile tarama yapmanın, over kanserinde mortalite ve morbiditeyi düşürmediği bildirilmiştir (Baker, ve diğerleri, 2006). Yüksek riskli kadınlarda ise, fertilite tamamlanana kadar yıllık pelvik muayene, transvaginal ultrasonografi ve CA125 taraması önerilmektedir (Ayhan & Basaran, 2002). Hangi ülkede olursa olsun, en sık rastlanan ya da en yüksek mortaliteye sahip kadın kanserleri arasında her zaman ilk 5 sırada yer aldığı kabul edilen over kanserinde ooferektomi dahil mutlak bir koruma yöntemi yoktur (Ayhan & Yapar , 1997). Günümüzde over kanseri için serviks kanseri benzeri rutin tarama programı yoktur. Yüksek riskli olarak görülen kadınlarda tarama yapılabilir (Ayhan & Yapar , 1997).



Şekil 1. Türkiye Kanser İstatistikleri (Kadın- 2014) (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014)



Şekil 2. Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanserin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2017)(Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide)

2.2. Over Kanserinde Cerrahi Evreleme

Overler, fallop tüpü ve peritoneal kanserler cerrahi olarak evrelendirilir. Genel olarak bu bölgelerdeki karsinomlar epitelyal over karsinomu (EOC) olarak adlandırılır. Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (FIGO), Tümör, Nodül, Metastaz (TNM) sınıflandırma sistemine göre cerrahi olarak evrelendirir (Prat , Olawaiye , & Bermudez , 2017).

Tablo 1. FIGO Evrelemesi

Evre I: Over veya overlerde sınırlı tümör
IA Tek overde sınırlı tümör; dış yüzeyde tümör ya da malign hücre içeren asit ve/veya yıkama sıvısı yok; kapsül intakt.
IB Her iki overde sınırlı tümör; dış yüzeyde tümör ya da malign hücre içeren asit ve/veya yıkama sıvısı yok; kapsül intakt.
IC Tek veya iki overde sınırlı tümör ancak malign hücre içeren asit veya yıkama sıvısı veya dış yüzeyde tümör mevcut veya kapsül yırtılmış.
2014 evrelemesi
1c1 Cerrahi esnasında kist/tümör patlaması ile yayım
1c2 Cerrahi öncesi kapsül rüptürü veya over yüzeyinde tümör
1c3 Ascitte veya peritoneal yıkamada malign hücreler
Evreleme (Over Ca cerrahi olarak evrelendirilir)
EVRE II: Pelvik yayılım gösteren tek veya her iki overde sınırlı tümör
IIA Uterus ve/veya tüplere yayılım gösteren tümör
IIB Diğer pelvik organlara yayılım gösteren tümör
IIC Tümör evre IIA veya IIB ancak malign hücre içeren asit veya yıkama sıvısı veya dış yüzeyde tümör mevcut ya da kapsül yırtılmış(**2014 evrelemesi ile IIC kaldırıldı**.).

EVRE III: Pelvis dışında peritoneal implantlar ve/veya retroperitoneal ve/veya inguinal lenf nodu tutulumu (Karaciğer yüzeyindeki metastatik implantlar Evre III olarak kabul edilir).

IIIA Pelvis dışında mikroskopik metastazlar

IIIB Abdominal peritoneal yüzeylerde 2 cm'yi aşmayan makroskobik implantlar mevcut;

IIIC Abdominal peritoneal yüzeylerde 2 cm'nin üzerinde makroskobik implantlar mevcut ve/veya retroperitoneal veya inguinal lenf nodları tutulmuş.

2014 evrelemesi

IIIA1 Sadece Positif retroperitoneal lenf nodları

IIIA1(i) <10 mm metastaz

IIIA1 (ii) >10 mm Metastaz

IIIA2 Mikroskopik ekstrapelvik (girimin üzerinde) peritoneal tutulum ± Positif retroperitoneal lenf nodları

IIIB <2 cm Makroskopik ekstrapelvik peritoneal metastazlar ± Positif retroperitoneal lenf nodları. Dalak ve karaciğer kapsülü tutulumu da dahil

IIIC >2 cm Makroskopik ekstrapelvik peritoneal metastazlar ± Positif retroperitoneal lenf nodları. Dalak ve karaciğer kapsülü tutulumu da dahil

EVRE IV: Uzak metastaz Malign hücre içeren plevral efüzyon veya parankimal karaciğer metastazı(2014 evrelemesi)

IVA Sitoloji positif plevral efüzyon

IVB Dalak ve karaciğerde parankimal metastaz, batın dışı organ metastazı (inguinal lenf nodları ve abdominal kavite dışındaki lenf nodu metastazları)

2.3. Sitoredüktif Cerrahi

Sitoredüktif cerrahi ve kemoterapi, evre II, III ve IV over kanseri tedavisinin temel taşlarındandır. Agresif primer cerrahi tedavisinde, özellikle ileri evre over kanseri olan hastalarda birçok faydası vardır. Bunlar:

- Neoadjuvan kemoterapiye optimal yanıt verir ve minimum operasyon sonrası komplikasyon verir.
- İleri evre over kanseri ile ilgili semptomlar (karın ağrısı, batında şişkinlik, nefes darlığı) tümör yükü ile ilişkilidir; sitoredüktif cerrahi ile tümörün ortadan kaldırılması, semptomları ve yaşam kalitesini arttırmaktadır.
- Over kanserine bağlı neoplazmalar, en azından bazıları immünosupresif olan, çoklu sitokinler üretir (Merogi & Ramesh, 1997; Santin , Hermonat , & Ravaggi , 1999). Tümörün çıkarılması, immün sistemi güçlendirir veya eski haline getirebilir.

Tablo 2. Sitoredüktif Cerrahi Terminolojisi

- **Primer sitoredüksiyon** - Kemoterapiden önce gerçekleştirilen sitoredüksiyon.
- **Aralıklı sitoredüksiyon** – Neoadjuvan kemoterapiden sonra gerçekleştirilen sitoredüksiyon.
- **İkincil sitoredüksiyon** – Nüks over kanserı sonrası gerçekleştirilen sitoredüksiyon.
- **Komple sitoredüksiyon** - Büyük ölçüde görünür bir tümoral hücre kalmayıncaya kadar yapılan sitoredüksiyon.
- **Optimal sitoredüksiyon** – Jinekolojik Onkoloji Grubu tarafından tanımlandığı şekliyle optimal sitoredüksiyon, maksimum tümör çapında ≤1 cm olan sitoredüksiyondur (Hoskins , McGuire , & Brady , 1994; Wimberger , Lehmann , & Kimmig , 2007).
- **Suboptimal sitoredüksiyon** – Suboptimal sitoredüksiyon, maksimum tümör çapında >1 cm sitoredüksiyon olarak tanımlanır.

Sitoredüktif cerrahiden sonra kalan tümoral hücre hacmi, sağkalım ile ters orantılıdır (Hoskins , McGuire , & Brady , 1994; Teramukai , Ochiai , & Tada , 2007).

Bu nedenle cerrahinin amacı tüm makroskopik tümoral hücreleri ortadan kaldırmaktır (tam sitoredüksiyon) (Chi , Eisenhauer , & Lang , 2006; Bristow , Tomacruz , & Armstrong , 2002). Optimal sitoredüksiyon, tüm tümoral hücrelerinin mecburi olarak alınamaması durumunda makul bir seçenektir. Optimal sitoredüksiyon adayı olmayan hastalar, neoadjuvan kemoterapi ile sitoredüksiyon aşamasına getirilmelidir.

Sitoredüktif cerrahi ve sağkalım üzerinde yapılan bazı çalışmalar aşağıda gösterilmiştir:

Sitoredüksiyon ve adjuvan kemoterapi uygulanan evre IIB veya daha yüksek ileri evre over kanseri hastalarına ilişkin 18 çalışmanın (hem retrospektif hem de prospektif çalışmalar) 2013 yılındaki bir meta-analizinde, ek hastalık olmaksızın tam sitoredüksiyon uygulanan hastaların sağ kalım oranında yüzde 10 artış, optimal sitoredüksiyon (rezidüel hastalık ≤1 cm olarak tanımlanır) için 1.8 aylık bir artışa kıyasla ortalama sağkalımda 2.3 aylık bir artış ile ilişkilendirilmiştir (Chang , Hodeib , Chang , & Bristow , 2013).

81 ileri evre over kanseri hastalar üzerine yapılan 2002 yılındaki bir meta-analizinde, maksimum sitoredüksiyondaki her %10'luk artış, ortalama sağkalım süresinde %5.5'lik bir artışla ilişkilendirilmiştir (Bristow , Tomacruz , & Armstrong , 2002). Maksimum sitoredüksiyonu %25'ten az olan hastaların genel sağkalımları 22.7 ay, maksimal sitoredüksiyonu %75 veya daha fazla olan hastaların genel sağkalımları 34 ay'dır.

2.4. Sitoredüktif Cerrahi Operasyonu Öncesi Hasta Seçimi

Debulking girişiminden önce, sonuç üzerinde optimal sitoredüktif çabanın önemi ve majör abdominal cerrahinin performansıyla ilişkili potansiyel morbidite göz önüne alındığında, hangi hastaların en azından optimal bir sitoredüksiyona sahip olabileceği araştırılmalıdır.

Cerrahi adayı olan hastalarda, tam sitoredüksiyonun fizibilitesine ilişkin karar verebilmek için öncelikle bilgisayarlı tomografi (BT) ve fizik muayene kullanılır.

BT görüntüleme ve fizik muayene bulguları tam sitoredüksiyonun mümkün olduğunu gösteriyorsa sitoredüktif cerrahi sunulur. Görüntüleme tetkikleri ve fizik muayene sitoredüksiyonu tamamlamaya uygun olmayan hastalık özellikleri gösteriyorsa (ekstra-

abdominal veya yaygın retroperitoneal hastalık, büyük tümör kitlesi) neoadjuvan kemoterapi önerilir (porta hepatis bölgesinde, yaygın bağırsak tutulumu, parankimal karaciğer tutulumu, mezenterik kök tutulumu). Görüntüleme bulguları primer sitoredüksiyon için over kanseri ile ilgili bariz kontrendikasyonları göstermiyorsa, sitoredüktif fizibiliteyi değerlendirmek için tanısal laparoskopi ile devam edilir (Rutten , van Meurs , & van de Vrie , 2017).

Her hasta sitoredüktif cerrahiyi tolere edemeyebileceğinden, yaş, performans durumu, tıbbi geçmişi ve ameliyat öncesi beslenme durumu gibi hasta faktörlerinin değerlendirilmesi de dikkate alınmalıdır (Axtell , Lee , & Bristow , 2007) (Tamussino , Lim , & Webb , 2001).

Karsinomatozisi olmayan (bağırsak serozasının yüzeylerinin çoğunu, batın ve pelvisin parietal peritonunu yaygın olarak kaplayan tümör nodülleri olarak) over kanseri hastalarda optimal sitoredüksiyon olasılığı anlamlı olarak daha yüksektir (Aletti, Gostout , Podratz , & Cliby , 2006). Ameliyat öncesi yüksek bir kanser antijeni 125 (CA 125) seviyesinin de, daha düşük bir optimal sitoredüksiyon olasılığını orta derecede öngördüğü bulunmuştur (Eltabbakh , Mount , & Beatty, 2004; Gilani , Karimi Zarchi , & Ghaemmaghami , 2007). Preoperatif serum CA 125 seviyelerinin bir meta-analizinde, ≥500 ünite/mL'lik bir seviye, optimal sitoredüksiyonu öngörmek için sırasıyla %69 ve %63'lük bir duyarlılık ve özgüllüğe sahiptir (Kang , Kim , & Nam , 2010).

Ameliyat Öncesi Görüntüleme – Ameliyat öncesi görüntüleme (BT, MR veya PET) sitoredüktif cerrahi de klinik yönetimi yönlendirmek için gerekli kesinlikten yoksundur ve büyük çalışmalarda doğrulanmamıştır (Axtell , Lee , & Bristow , 2007; Salani , Axtell , & Gerardi , 2008). Bu görüntüleme yöntemleri, bazı durumlarda, suboptimal sitoredüksiyonu tahmin etmek ve böylece neoadjuvan kemoterapi için hastaları seçmek için yararlı olabilir. Neoadjuvan kemoterapi kullanımına neden olan görüntüleme bulguları arasında ise evre IV hastalık, büyük hacimli asit (>1000 mL), üst batında hacimli (>1 ila 2 cm) tümoral hücreler, dalağa omental uzanım, suprarenal adenopati, parankimal karaciğer bulunur (Salani , Axtell , & Gerardi , 2008).

Laparoskopi - Preoperatif görüntüleme primer sitoredüksiyon için hastalıkla ilgili belirgin kontrendikasyonları göstermiyorsa, tanısal laparoskopi sitoredüktif cerrahiyi değerlendirmenin en etkili yoludur (Rutten , van Meurs , & van de Vrie , 2017). Laparoskopik skorlama yöntemleri ile omental kek, yaygın aglütine intraabdominal metastatik hastalık, yaygın peritoneal ve diyafragmatik karsinomatozis, mezenterik retraksiyon, barsak ve mide infiltrasyonu, dalak ve/veya karaciğer yüzeyel metastazı gibi özellikler görüntüleme bulguları ile birlikte sağlanabilir.

2.5. Sitoredüktif Cerrahide Genel İlkeler

- ✓ Optimal sitoredüksiyonun elde edilmesi kısmen cerrahın yargısına, deneyimine, becerisine ve agresifliğine bağlı olduğundan, cerrahi sitoredüksiyonu ameliyatta deneyimli bir jinekolojik onkolog tarafından yapılmalıdır.
- ✓ Tümoral hücrelerin çoğunluğu tipik olarak pelvis, omentum ve sağ diyaframa dağılır, ancak tümoral hücreler üst batına da yayılmış olabilir. Bu nedenle, cerrahi ekip, optimal bir prosedür elde etmek için splenektomi, bağırsak rezeksiyonu, parsiyel hepatektomi ve diyafram rezeksiyonları gibi potansiyel olarak kapsamlı ameliyatları üstlenmeye hazır olmalıdır. Bu tür kapsamlı cerrahi, yalnızca optimal sitoredüksiyonun uygulanabilir olduğu bir ortamda kullanılmalıdır.
- ✓ Optimum primer sitoredüksiyonu sağlamak için kapsamlı üst abdominal kitle giderme prosedürleri gerekli olabilir ve daha iyi sağkalım için şarttır (Chi , Franklin , & Levine , 2004; Chi , Eisenhauer , & Zivanovic , 2009).
- ✓ Over kanseri olan hastalarda pelvis anatomisi sıklıkla bozulur. Birleşmiş, hacimli hastalığın retroperitoneal bir teknikle rezeksiyonu, mesane veya üreterlerde yaralanma riskini en aza indirir ve kan dolaşımına mükemmel erişim sağlamaktadır.
- ✓ En zor alanlar öncelikle değerlendirilmeli ve yaklaşılmalıdır. Çoğu hastada olması gerektiği gibi, hastalığın büyük kısmının rezeksiyonu teknik olarak mümkün görünüyorsa, tümoral hücrelerinin tamamının veya çoğunun çıkarılmasını amaçlayan agresif bir cerrahi yaklaşım garanti edilmelidir. Optimal sitoredüksiyona karşı tam sitoredüksiyon ile artan morbidite kanıtı yoktur.
- ✓ Diyafram ve abdominopelvik yüzeylerin agresif peritoneal sıyrılması dahil olmak üzere keskin diseksiyon ve elektrokoter, tam sitoredüksiyonu sağlamak için kullanılan geleneksel yöntemlerdir. Kavitasyonel ultrasonik cerrahi aspiratör, karbondioksit

lazer ve argon ışını pıhtılaştırıcı bu geleneksel tekniklere ek olarak kullanılmıştır (Bristow & Montz , 2001) (Patsner , 1990). Cerrahlar, uygunluk ve becerilerine göre ekipman ve aletleri seçmelidir.

2.6. Hipertermik İntraperitoniyal Kemoterapi (HİPEK)

Sitoredüktif cerrahi'yi takiben, batın içine ısıtılmış kemoterapi solüsyonunun infüze edilmesi işlemidir. Sitoredüktif cerrahi'den hemen sonra kemoterapi, pompa aracılığı ile infüze edilerek, solüsyonun tüm periton boşluğu boyunca yayılmasını kolaylaştırır ve ameliyat sonrası adezyon oluşumundan sonra meydana gelebilecek tümörün yayılımını önler.

HIPEK'in faydaları, kan akışına bağlı olmaksızın doğrudan tümör hücrelerine verilen yüksek konsantrasyondaki kemoterapiden ve hiperterminin kemoterapi ajanlarının sitotoksik etkisini arttırmasından kaynaklanmaktadır.

Kemoterapik Ajanlar – Yaygın olarak kullanılan kemoterapötik ajanların intraperitoneal instilasyonu, sistemik absorbsiyon ve toksisiteyi en aza indirirken, tümör nodüllerine difüzyona izin vererek çok yüksek lokal dozlara ulaşır (Dedrick , Myers , Bungay , & DeVita, 2003). Düşük sistemik alımı olan kemoterapik ajanlar, yüksek moleküler ağırlıklı, hidrofilik ve iyonize bileşiklerdir. HİPEK için en yaygın olarak kullanılan ajanlar mitomisin ve platin bazlı ilaçlar, oksaliplatin , sisplatin ve karboplatin ve daha az yaygın olarak kullanılan doksorubisindir. Bu ilaçlar hücre döngüsüne özgü değildir ve ısı ile sinerjistik olarak hareket ederler (Neuwirth , Alexander , & Karakousis , 2016).

Isının Etkileri -

- ✓ Isı, tümör damar sistemi üzerinde ki etki ile doku penetrasyonunu arttırır.
- ✓ Isı, ilacın farmakokinetiğini ve atılımını değiştirerek kemoterapinin sitotoksisitesini arttırır.
- ✓ Kemoterapik ajanı 39-43°C'de ısıtmak, tümör hücresi metabolizmasını değiştirir ve membran reseptörlerinin inaktivasyonuna, enzim aktivitesinin değişmesine, kromozom hasarına ve yanlış onarımına ve tümör hücresel yapılarının değişmesine neden olur (González-Moreno , González-Bayón, & Ortega-Perez, 2010; Ashvin &

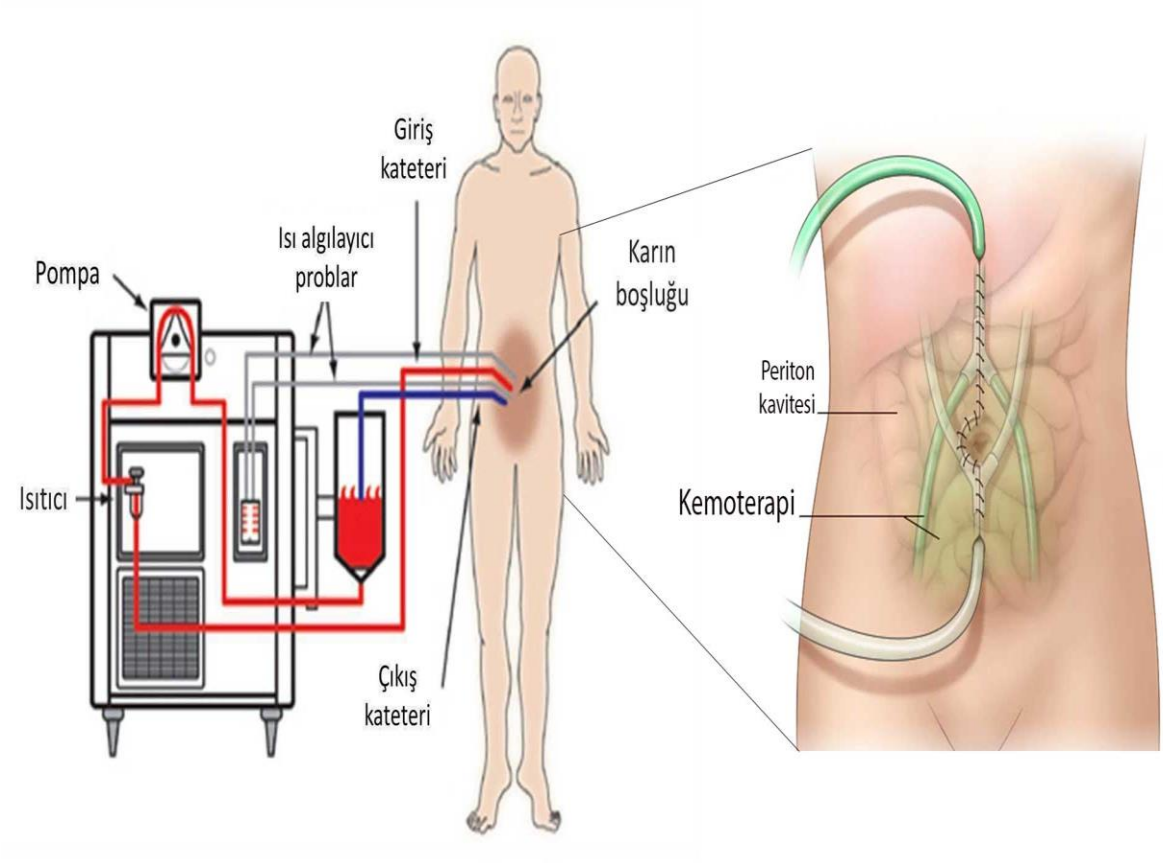
Nikhilesh , 2016; De Bree & Tsiftsis , 2007; Moyer & Delman , 2008; Song , Park , Lee , & Griffin , 2005).

HİPEK İnfüzyon Prosedürü - Kemoterapi ilaçları, çoğu HIPEK protokolünde 41-43°C sıcaklıkta 30-120 dakika süreyle infüze edilir. İnfüzyonun özelliklerine bağlı olarak HİPEK tedavisinin süresinde önemli farklılıklar vardır. HIPEK'in optimal süresi belirlenmemiştir. Sitoredüksiyondan sonra HİPEK, kapalı veya açık karın tekniği veya daha az yaygın olarak yarı açık teknik kullanılarak gerçekleştirilebilir. Sitoredüksiyonlu HIPEK teknikleri standardize edilmemiştir ve uygulama önemli ölçüde farklılık göstermektedir. HIPEK ile ilgili 168 çalışmanın 2019 yılındaki bir incelemesinde, merkezlerin yaklaşık yarısının kapalı tekniği, %42'sinin açık tekniği ve %5'inin laparoskopi dahil alternatifleri kullandığını bulmuştur (Helderman, Löke, & Kok , 2019).

Kapalı batın tekniğin de, kemoterapi solüsyonunu dağıtmak için infüzyon kateterleri ve drenler yerleştirilir ve ardından batın kapatılır. Cerrah, perfüzatın eşit dağılımını sağlamak için infüzyon sırasında batına manuel olarak manipüle eder. Perfüzyondan sonra karın yeniden açılır ve perfüzat boşaltılır. Bu teknik, HİPEK sırasında ısı kaybını en aza indirir ve ameliyathane personelinin tehlikeli ilaçlara maruz kalmasını azaltabilir, ancak ilaç çözeltisinin dağılımı eşit olmayabilir. Bir laparoskopik yaklaşım bu son sorunu çözer. Cerrahın karın boşluğunda eşit dağılım için infüzyon sırasında batını sık sık hareket ettirmesi gerekmektedir. Ayrıca kapalı teknik, infüzyon sırasında karın içi basıncın artmasına neden olur; bu açık teknikte daha az sorun yaratır.

Açık batın tekniği için, kemoterapi solüsyonu, genellikle Colliseum tekniği olarak adlandırılan yöntemi kullanarak, batını kapatmadan karın içine infüze edilir. Operasyon bölgesinde ki kenarları yükseltmek ve ilaç solüsyonunu karın içinde tutmak için plastik bir tabaka ile birlikte kendi kendini tutan bir karın ekartörüne dikilir. Cerrah, solüsyonu infüzyon boyunca manipüle etmek için plastik tabakadaki bir boşluğa elini sokar. Aerosol haline getirilmiş ilaca ameliyathane maruziyetini azaltmak için plastik tabakanın altına bir doziwmetre cihazı yerleştirilir. Açık batın tekniği, solüsyon ve ısının eşit dağılımını sağlar, ancak ameliyathane personelinin aerosolize kemoterapötik ajanlara maruz kalmasını artırabilir (Yonemura , Mizumoto , & Ishibashi , 2016). Tekniğe

bakılmaksızın, birkaç çalışma, uygun koruyucu ekipman kullanıldığında ameliyathane personeli için herhangi bir sağlık riski belirtisi bulamadı.



Şekil 3. Hipertermik İntraperitoniyal Kemoterapi Uygulaması (Özdoğan, 2021)

2.7. Hipertermik İntraperitoniyal Kemoterapinin Fizyolojik Etkileri

Isı - HİPEK sırasında şiddetli hipertermiden kaçınmayı amaçlayan soğutma önlemleri kullanılmalıdır. Hedef sıcaklık, kurumlar ve cerrahlar arasında değişir. Ortalama sıcaklık 39 ila 39,5°C arasında olmalıdır. Hipertermi, metabolik hız, oksijen ihtiyacı ve tüketimi, karbondioksit üretimi ve serum laktat artışı ile karakterize edilen bir hipermetabolik yanıtı tetikler (Balakrishnan & Survesan , 2018; Kamal , Elshaikh , Nabil , & Mohamad , 2013).

Hemodinami - Hastanın hemodinamisi, açık veya kapalı abdominal yaklaşımın kullanılmasına bağlı olarak farklılık gösterebilir. Kapalı batın tekniğinde infüzyonla oluşan karın içi basınç artışı, santral venöz basınç, intratorasik basınç ve inspiratuar basınçlarda artışa neden olur (Miao , Pingpank , & Alexander , 2009; Schmidt, Creutzenberg , & Piso , 2008). Bu değişiklikler HİPEK için açık batın tekniğinde daha az problemdir (Esquivel , Angulo , & Bland , 2000).

Taşikardi ve Hipertansiyon - Isı kaynaklı sıvı kayıpları ve hiperdinamik hipertermi, artan oksijen tüketimi ve doku perfüzyonundaki değişikliklerle birlikte hipermetabolik bir durum oluşturabilir (Schmidt, Creutzenberg , & Piso , 2008; Webb, Weyker , Moitra , & Raker , 2013). Çekirdek sıcaklığı yükseldikçe, hasarlı habis hücreler, inflamatuar sitokinlerin üretimini arttırır ve mikro çevrede pH'da bir değişiklik üretir. Dolaşımdaki inflamatuar sitokinler, sistemik vasküler dirençte önemli bir düşüşe neden olarak kalp hızında ve kalp debisinde bir artışa yol açar (Shime , Lee , & Hatanaka , 1994). Bu etkiler, peritondaki inflamatuar sitokin interlökin-6'da artış ve sistemik vasküler dirençte ve etkin dolaşım hacminde azalma ile sepsiste meydana gelen fizyolojik değişikliklere benzemektedir (Esquivel, Angulo, & Bland, 2000; Coccolini, Corbella, & Finazzi, 2016; Rankovic, Masirevic, & Pavlov, 2007).

2.8. Hipertermik İntraperitoniyal Kemoterapi'de Çevresel Güvenlik

HIPEK için kullanılan kemoterapi solüsyonları, doğrudan veya dolaylı cilt teması (kontamine bir yüzeyle temas) veya daha az yaygın olarak aerosollerin solunması yoluyla ameliyathane personeli ve hemşireler için risk oluşturur (Villa , El Balkhi , & Aboura , 2015). HİPEK sonrası cerrahın eldivenlerinde, ameliyathane masasının yanındaki zeminde, ameliyathane masasının kendisinde ve ya cerrahın ayakkabılarında kemoterapi ajanlarıyla ağır kontaminasyon tespit edilmiştir (Bhatt , Mittal , & Gopinath , 2016; Ndaw , Hanser , & Kenepekian , 2018).

Kemoterapi ajanlarına maruziyet, uygun koruyucu ekipman kullanılarak önlenebilir (Villa , El Balkhi , & Aboura , 2015). HIPEC sırasında ameliyathane personeli için önerilen kişisel koruyucu ekipman, hava yoluyla bulaşma, damlacık ve temas önlemlerini (uygun şekilde takılmış N95 maskeleri; gözlükler veya yüz siperi; geçirimsiz önlük, eldivenler ve galoşlar) içerir (Dubé , Sideris , & Law , 2015). (González-Bayón, González-Moreno, & Ortega-Pérez, 2006).

Tablo 3. HİPEK İçin Çevresel Güvenlik Önlemleri

HİPEK Öncesi Dönemdeki Önlemler
-Tüm ameliyathane personeline HİPEK operasyonundan önce izolasyon konusunda eğitim verilmelidir.
- Ameliyathane personelleri koruyucu ekipman kullanımı hakkında bilgi sahibi olmalıdır (N95 maske, gözlük, üç kat eldiven, tek kullanımlık su geçirmez önlük ve ayakkabı kılıfı).
- Ameliyathane de geçirimsiz, tek kullanımlık cerrahi örtüler kullanılmalıdır.
- Kemoterapik ajanların dökülmesine karşı zemine ve ameliyathane masasının tabanına arkası geçirimsiz emici havlular yerleştirilmelidir.
- Ameliyathanede sızdırmaz biyolojik tehlikeli atık kutuları kullanılmalıdır.
- Uygun ameliyathane havalandırmasını ve iklimlendirmesini sağlanmalıdır.

HİPEK Sırası Dönemdeki Önlemler

- Kemoterapi solüsyonu ile temas halinde olan cerrahlar, dirsek uzunluğunda eldivenler de dahil olmak üzere üçlü eldiven giymelidir.

- Sitotoksik ajanlarla çalışan personeller için, açık kontaminasyondan hemen sonra, her 30 dakikada bir eldivenler değiştirilmelidir.

- Maruz kalan cilt, katkısız sabunla hemen yıkanmalıdır. Göze maruz kalma durumunda, beş dakika boyunca su veya tuzlu su ile yıkanmalıdır.

- HIPEK sırasında sürekli çalışması için batın bölgesini kaplayan plastik örtünün altına bir doziwmetre cihazı yerleştirilmelidir.

- Gerekli olmayan personel ameliyathaneden ayrılmalıdır.

- HIPEK'in devam ettiğini ve girişin kısıtlandığını belirtmek için ameliyathanenin dışına uyarı levhaları yerleştirilmelidir.

HİPEK Sonrası Dönemdeki Önlemler

- HIPEK'den sonra ameliyathaneyi temizleyen personel, kişisel koruyucu ekipman kullanmalıdır.

- Dökülen kemoterapik ajanlar hemen temizlenmelidir. Bölge kurulanıp su ve nötr sabunla temizlenmelidir. Sitotoksik ajanlarla reaksiyona girebilecek antibakteriyel temizleme solüsyonları kullanılmaktan kaçınılmalıdır.

- Tüm çöpler sızdırmaz çöp kutularına atılmalıdır.

- Cerrahi alet ve ekipmanlar su ve saf sabunla en az üç kez yıkanmalıdır.

- HIPEK ile ilgili ameliyathane personelinin tıbbi gözetimi sağlanmalıdır.

2.9. Sitoredüktif Cerrahi ve Hipertermik İntraperitoniyal Kemoterapi'de Hemşirelik Yaklaşımı

Sitoredüktif Cerrahi ve HİPEK operasyonu ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönem olarak ele alınır. Bu operasyon süreçlerinin hepsinde en etkin rol hemşirelere düşmektedir. Hemşireler bu süreçlerin her döneminde vardır.

Sitoredüktif cerrahi ve HİPEK operasyonunun ameliyat öncesi döneminde hastayı psikolojik ve fizyolojik olarak ameliyata hazırlayan hemşirelerdir. Ameliyat öncesi dönemde yapılan premedikasyonlar, hastayı aç bırakma durumu ve ameliyat öncesi hasta hazırlık prosedürleri hekimler ile birlikte hemşirelerin sorumluluğunda olduğu unutulmamalıdır.

Sitoredüktif cerrahi ve HİPEK operasyonunun ameliyat sırası döneminde hastanın ameliyat öncesi hazırlığını kontrol eden operasyon sırasında deneyimleri ve bilgileri ile hekim ile iş birliği halinde olan, operasyon sürecini yakından takip eden hemşirelerdir. HİPEK ve sitoredüktif cerrahi operasyonları komplikasyon gelişme olasılığı yüksek ameliyatlardır. Bu yüzdendir ki deneyimli ve tecrübeli hemşireler ve hekimler bilgi birikimi ile komplikasyonların üstesinden gelebilmelidir.

Sitoredüktif cerrahi ve HİPEK operasyonunun ameliyat sonrası dönemde hastanın oral alımı, mobilizasyonun desteklenmesi ve taburculuğun erken süreçlenmesi hemşirelerin başarılı bir bakım planı ile gerçekleşebilir. Ameliyat sonrası hastaların hemodinamisinin bozulacağı unutulmamalı ve halsizlik, iştahsızlık, bulantı, kusma gibi süreçlerle karşılaşılaşılacağı bilinmelidir. Bu süreç yönetiminde hekim ve hemşirelerin hastaları yakın takip etmesi gerektiği, hastaları fizyolojik ve psikolojik açıdan desteklemeleri gerekmektedir.

Sitoredüktif cerrahi ve HİPEK operasyonunun ameliyat öncesi, sırası ve sonrası döneminde hemşirelerin önemli bir yeri ve görevi vardır. Hastanın bu dönemler de fizyolojik, psikolojik ve spirituel ihtiyaçları, iyi bir hemşirelik yaklaşımı ile sonuca ulaşabilmektedir.

BÖLÜM 3. YÖNTEM

3.1 Araştırma Modeli

Araştırma yüzyüze derinlemesine görüşme tekniği kullanılarak tanımlayıcı, nitel boyutları olan kesitsel bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2 Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini; İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi jinekolojik onkoloji kliniğinde ve ameliyathanede HİPEK ve SRC operasyonuna katılan hemşireler 46 hemşire çalışmanın evrenini oluşturmuştur.Örnekleme ise çalışmaya katılmaya kabul eden evrendeki tüm hemşireler (16 servis 30 ameliyathane hemşiresi olmak üzere toplam 46 kişi) dahil edilmiştir.

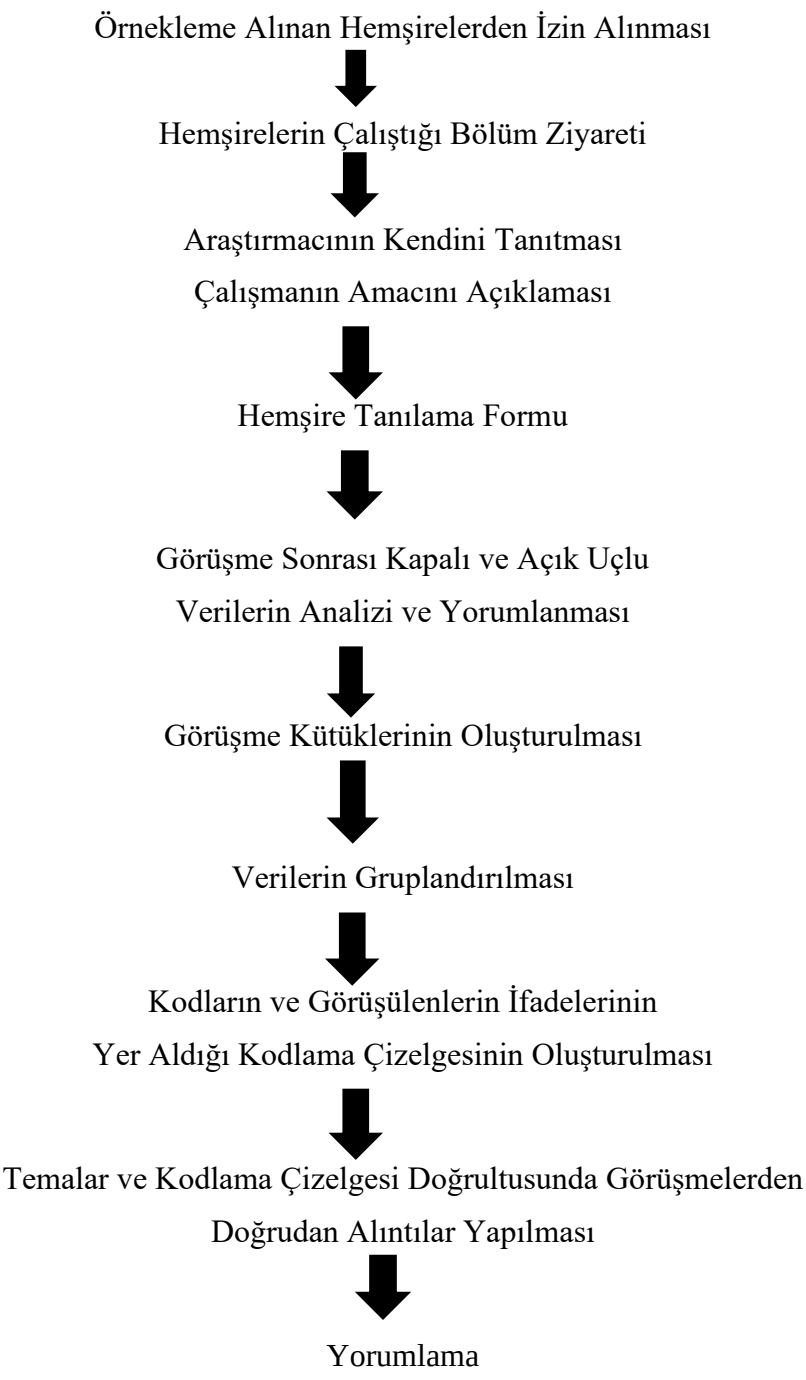
Dahil Edilme Kriterleri; Araştırmanın örneklemine İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde, Kasım 2021- Şubat 2022 tarihleri arasında çalışan ve HİPEK operasyonuna katılan 30 ameliyathane hemşiresi ve HİPEK-SRC operasyonlarında deneyimli 16 jinekoloji onkoloji servisi hemşiresi dahil edilmiştir.

Dışlanma Kriterleri; İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışmayan, ameliyathane ve jinekoloji onkoloji servisi dışında çalışan, HİPEK ve SRC operasyonunda bu konu özelinde bilgi ve deneyimi olmayan hemşireler çalışma grubuna dahil edilmemiştir.

3.3 Veriler ve Toplanması

Veriler literatürde önerildiği şekilde soru formu, yarı yapılandırılmış olarak yüzyüze derinlemesine bireysel görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Katılımcılara H1, H20, H46 gibi kodlar verilerek katılımcı kimliği açığa vurulmadan mahremiyetine dikkat edilmiştir. Nitel verileri oluşturan açık uçlu sorular için derinlemesine görüşme birey özelinde cevaplar tekrarlanmaya başlayıncaya kadar(görüşmenin doyum noktasına ulaşıldığı anlaşılana dek) süre olarak sürdürülmüş, görüşmeler minimum 7 dakika, maksimum 35 dakika olup ortalama 17 dakika sürmüştür. Araştırmacı ayrıntılı notlar alarak verileri bizzat görüşme ile doldurmuş, ifade etmede sıkıntı yaşanan/çekinilen konularda katılımcıların yüz, mimik ifadeleri de kayıt formuna not edilmiştir.

Ayrıntılı veri toplama aşamaları **Araştırma Akış Şeması'**nda verilmiştir.



Şekil 4. Araştırma Akış Şeması

3.4 Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Verilerin çözümlenmesinde, çalışmanın tanımlayıcı kısmı için istatistiklerde kesikli değişkenler frekans ve yüzdelik değerleri olarak gösterilmiştir. Gruplar arası değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. Veriler SPSS 15.0 programı ile analiz edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p<0.05$ değeri kabul edilmiştir.

Çalışmanın nitel kısmını değerlendirmek üzere; açık uçlu sorular bireysel derinlemesine görüşme sonrasında araştırmacının aldığı notlar ile birlikte veri analizi yapılmıştır.

Betimsel analiz için toplanan veriler daha önceden belirlenmiş ana temalar altında özetlenmiş ve yorumlanmıştır. Devamında içerik analizi için yorumlar incelenerek belirli kelime ve cümle kalıpları değerlendirilmiş, alt temalar ve kodlamalar oluşturulmuştur.

BÖLÜM 4. BULGULAR VE TARTIŞMA

4.1 Nicel Verilere İlişkin Bulgular

Araştırmadaki katılımcılar 16 servis 30 ameliyathane hemşiresi olmak üzere toplam 46 kişidir. Bu kişilere ait demografik bilgiler aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 4. Katılımcıların Demografik Özellikleri

		Frekans (n)	**% (yüzde)**
YAŞ	25 Yaşından küçük	20	43,5
	25-30 Yaş arası	18	39,1
	30 Yaşından büyük	8	17,4
CİNSİYET	Erkek	2	4,3
	Kadın	44	95,7
EĞİTİM DURUMU	Meslek lisesi mezunu	5	10.9
	Ön lisans mezunu	5	10.9
	Lisans mezunu	32	89.6
	Lisans üstü mezunu	4	8.7
TECRÜBE	5 yıldan az	23	50,0
	5-10 yıl	18	39,1
	10 yıldan fazla	5	10,9

Yukarıdaki demografik bilgiler tablosunda da görüldüğü gibi çalışmada yer alan kişilerin cinsiyet grubu ağırlıklı olarak kadın olmakla beraber %5'e yakın bir oran da erkek katılımcılar mevcuttur.

Katılımcıların %43,5'i 25 yaşından küçük, %39,1'i 25-30 yaş grubu arasında ve %17,4'ü 30 yaşından büyük olmakla beraber eğitim durumu açısından katılımcıların %89,6'sı lisans mezunudur. Tecrübe açısından katılımcıların %50'si 5 yıldan az, %39,1'i 5-10 yıl arası ve %10,9'u 10 yıldan fazla bir tecrübe geçmişine sahiptir.

Katılımcıların %100'ü Over kanseri (Over Ca) hastalarla sık karşılaşır mısınız sorusuna "evet" cevabı vermiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Over Kanseri ile Karşılaşma Evreleri

Evre	Frekans (n)	Yüzde (%)
Evre 3	6	13,0
Evre 4	40	87,0
Toplam	46	100,0

Over Ca hastalarla daha çok hangi evrede karşılaşırsınız sorusuna katılımcıların %13,0'ı EVRE 3 cevabını verirken %87,0'ı EVRE 4 cevabını vermiştir.

Tablo 6. Katılımcıların HİPEK ve SRC Operasyonunu Takip Sıklığı

Operasyon Takip Sıklığı	n	%
3 Yıldan az	27	58,7
3-6 yıl arası	16	34,8
6 yıldan fazla	3	6,5
Toplam	46	100,0

'Kaç yıldır HİPEK ve SRC operasyonu geçiren Over kanseri hastaları takip ediyorsunuz?' Sorusuna katılımcıların; %58,7'si 3 yıldan az, %34,8'i 3-6 yıl arası, %6,5'i ise 6 yıldan fazla cevabını vermiştir.

Tablo 7. Katılımcıların Kapalı Uçlu Sorulara Verdiği Yanıtlar

Tanımlayıcı Sorular	Evet	%	Hayır	%	Kısmen	%	Toplam	%
Over kanseri hastalarda HİPEK ve SRC operasyonuyla çok sık karşılaşır mısınız?	21	45,7	25	54,3	-	-	46	100
HİPEK ve SRC operasyonu olacak Over Kanseri hastalarda ameliyat öncesi dönemde farklı hazırlık prosedürleriyle karşılaşıyor musunuz?	20	43,5	26	56,5	-	-	46	100
HİPEK ve SRC operasyonu geçirecek Over kanseri hastalarda gözlemlediğiniz kadarıyla ameliyat sırası dönemde komplike bir durumla karşılaşıyor musunuz?	32	69,6	14	31,4	-	-	46	100
HİPEK ve SRC operasyonu olan Over kanseri hastalarınızda ameliyat sonrasından taburcu olmaya kadar ki süreç uzamakta mıdır?	30	65,2	16	34,8	-	-	46	100
HİPEK ve SRC operasyonu geçiren over kanseri hastalarınızda ameliyat sonrası dönemde beklenmedik semptomlarla karşılaşıyor musunuz?	16	34,8	30	65,2	-	-	46	100
Gözlemlerinize göre Over kanseri hastalarda HİPEK ve SRC yöntemini, sistemik kemoterapiye göre daha başarılı görüyor musunuz?	39	84,8	1	2,2	6	13	46	100
HİPEK ve SRC operasyonunu güncel bir yaklaşım olarak görüyor musunuz?	43	93,5	3	6,5	-	-	46	100
Over kanseri hastalarınızda HİPEK ve SRC operasyonunu, sistemik kemoterapi ile kıyasladığınızda anlamlı bir Mortalite değişikliği görüyor musunuz?	32	69,6	4	8,7	10	22,7	46	100
HİPEK ve SRC operasyonunu riskli buluyor musunuz?	19	41,3	18	39,1	9	29,6	46	100
SRC ve HİPEK operasyonunu riskli buluyorsanız terminal dönemde Over kanseri hastaları için bu riskler olmalı mıdır?	25	54,3	3	6	-	-	28	60,3
SRC ve HİPEK operasyonu olan Over kanseri hastalarınızda taburcu etme Planlamasında farklı prosedürler izler misiniz?	20	43,5	26	56,5	-	-	46	100

“Over kanseri hastalarda Hipertermik İntraperitonal Kemoterapi (HİPEK) ve Sitoredüktif Cerrahi (SRC) operasyonuyla çok sık karşılaşır mısınız?” Sorusuna katılımcıların; %45,7’si “evet” cevabını verirken %54,3’lük bir kesim “hayır” cevabını vermiştir.

“Hastalarınızda gözlemlediğiniz kadarıyla HİPEK ve SRC operasyonu olacak Over Kanseri hastalarda ameliyat öncesi dönemde farklı hazırlık prosedürleriyle karşılaşıyor musunuz?” Sorusuna katılımcıların %43,5’i “evet” cevabını verirken %56,5’i “hayır” yanıtını vermiştir.

“Hastalarınızda gözlemlediğiniz kadarıyla HİPEK ve SRC operasyonu olacak Over Kanseri hastalarda ameliyat öncesi dönemde farklı hazırlık prosedürleriyle karşılaşıyor musunuz?” Sorusuna katılımcıların %43,5’i ““evet”” cevabını verirken %56,5’i “hayır” yanıtını vermiştir.

“HİPEK ve SRC operasyonu geçirecek Over kanseri hastalarda gözlemlediğiniz kadarıyla ameliyat sırası dönemde komplike bir durumla karşılaşıyor musunuz?” Sorusuna katılımcıların %69,6’sı “evet”, %30,4’ü “hayır” cevabını vermiştir.

“HİPEK ve SRC operasyonu olan Over kanseri hastalarınızda gözlemlerinize dayanarak ameliyat sonrasından taburcu olmaya kadar ki süreç uzamakta mıdır?” Sorusuna katılımcıların %65,2’si “evet”, %34,8’i ise “hayır” cevabını vermiştir.

“HİPEK ve SRC operasyonu geçiren over kanseri hastalarınızda ameliyat sonrası dönemde beklenmedik semptomlarla karşılaşıyor musunuz?” Sorusuna katılımcıların %34,8’i “evet”, %65,2’si “hayır” cevabını vermiştir.

“Gözlemlerinize göre Over kanseri hastalarda HİPEK ve SRC yöntemini, sistemik kemoterapiye göre daha başarılı görüyor musunuz?” Sorusuna katılımcıların %84,8’i “evet” cevabını vermiştir.

“SRC ve HİPEK operasyonunu riskli buluyorsanız terminal dönemde Over kanseri hastaları için bu riskler olmalı mıdır?” Sorusuna katılımcıların %54,3’ü “evet” cevabını vermiştir.

“SRC ve HİPEK operasyonu olan Over kanseri hastalarınızda taburcu etme planlamasında farklı prosedürler izler misiniz?” Sorusuna katılımcıların %43,5’i “evet” cevabını vermiştir.

Katılımcılar kapalı uçlu sorulara verdiği yanıtlarda farklı hazırlık prosedürlerini dile getirmişlerdir ve bu farklı prosedürlerin neler olduğu sorusuna verilen cevaplar ise Tablo 8'de yer almaktadır.

Tablo 8. Katılımcıların Over Kanseri Hastalarda Karşılaştığı Farklı Hazırlık Prosedürleri

Hazırlık Prosededürleri(n=20)	n	%
ERAS protokolü uyguluyoruz	18	39,1
Kan şekeri takibi yapıyoruz	2	4,3
Toplam	20	43,5
Bu Gruba dahil olmayan katılımcı	26	56,5
Total	46	100,0

Tablo 8'de görüldüğü gibi gruba dahil olan katılımcıların %39,1'i 'ERAS Protokolu uyguluyoruz' yanıtını verirken %4,3'lük kısım ise 'Kan şekeri takibi yapıyoruz' yanıtını vermiştir.

HİPEK ve SRC operasyonu geçirecek Over kanseri hastalarda gözlemlediğiniz kadarıyla ameliyat sırası dönemde ne gibi komplikasyonlarla karşılaştıkları Tablo 9'da HİPEK ve SRC operasyonunda karşılaşılan komplikasyonlar tablosunda yer almaktadır.

Tablo 9. Katılımcıların HİPEK ve SRC Operasyonunda Karşılaştığı Komplikasyonlar

Komplikasyonlar(n=32)	**n**	**%**
Anemi	15	32,6
Hipertermi	9	19,5
Hipotansiyon	5	10,8
Taşikardi	2	4,3
Kardiyak arrest	1	2.1
Toplam	32	69,5
Bu Gruba Dahil Olmayan Katılımcı	14	30,5
Total	46	100,0

Tablo 9'da görüldüğü gibi gruba dahil olan %32,6'lık bir çoğunluk anemi cevabını verirken en az karşılaşılan komplikasyon ise %2,1'lik bir değer ile Kardiyak arrest, Hipotansiyon, Hipertermi olmuştur.

Katılımcılara HİPEK ve SRC operasyonu olan Over kanseri hastalarda ameliyat sonrası taburcu olma sürecinin neden uzadığı sorulmuş ve katılımcıların verdikleri cevaplar Tablo 10'da yer almaktadır.

Tablo 10. Katılımcıların, Hastaların Taburcu Olma Sürelerinin Uzamalarına Dair Görüşleri

Taburculuk Uzama Nedenleri(n=30)	n	%	Geçerli %	Kümülatif %
Anemiye bağlı hipotansiyon geç mobilizasyona sebep olmakta bu nedenle taburculuk süresi uzamaktadır.	17	36,9	50,0	50,0
Hastanın bulantı-kusma şikayetlerinden dolayı oral alımı gecikmekte, taburculuk sürecinin uzamasına sebep olmaktadır.	7	15,2	16,7	66,7
Hastanın gaz-gaita çıkışının olmaması mobilizasyonu etkilemekte ve taburculuk sürecini uzatmaktadır.	2	4,3	6,7	73,3
Hastaların enfeksiyona açık olması ve olası hastane içi enfeksiyonlar taburculuk sürecini uzatır.	2	4,3	6,7	93,3
İşlemin komplike ve birden çok bölgeye temas eden bir işlem olması taburculuk sürecini uzatır.	2	4,3	6,7	100,0
Toplam	30	65,2	100,0	
Bu Gruba Dahil Olmayan Katılımcı Sayısı	16	34,8		
Total	46	100,0		

Tablo 10'da görüldüğü gibi HİPEK ve SRC operasyonu olan Over kanseri hastalarda ameliyat sonrası taburcu olma sürecinin uzamasının birçok nedeni vardır.

Bu nedenler arasında gruba dahil olan katılımcıların çoğu, yani %36,9'u "Anemiye bağlı hipotansiyon geç mobilizasyona sebep olmakta bu nedenle taburculuk süresi uzamaktadır" cevabını vermiştir.

Tablo 11. Katılımcıların HİPEK ve SRC Operasyonu Geçiren Over Kanseri Hastalarda Karşılaştığı Semptomlar

Semptomlar(n=16)	**n**	**%**	**Geçerli%**	**Kumulatif%**
Batın içi aşırı şişkin ve gergin olması	1	2,2	6,3	6,3
Hipoglisemi	3	6,5	18,8	25,0
Aşırı halsizlik ve uyku hali	9	19,6	56,3	81,3
Takipneik solunum	2	4,3	12,5	93,8
Bulantı-kusma	1	2,2	6,3	100,0
Toplam	16	34,8	100,0	
Bu Gruba Dahil Olmayan Katılımcı Sayısı	30	65,2		
Total	46	100,0		

Tablo 11'de görüldüğü gibi HİPEK ve SRC operasyonu geçiren Over kanseri hastalarda ameliyat sonrası dönemde karşılaşılan semptomlar arasında en sık aşırı halsizlik ve uyku hali yer almaktadır.

Tablo 12. Katılımcıların HİPEK ve SRC Operasyonunda Karşılaştığı Teknikler

Teknik Kullanımı	**n**	**%**
Açık Teknik	30	65,2
Kapalı Teknik	16	34,8
Toplam	46	100,0

“Gözlemlerinize dayanarak Over kanseri hastalarda HİPEK operasyonunda hangi teknik daha sık kullanılmaktadır?” Sorusuna katılımcıların %65,2’si “açık teknik” cevabını verirken,%34,8’i “kapalı teknik” cevabını vermiştir.

“Gözlemlerinize göre Over kanseri hastalarda Sitoredüktif Cerrahiyi, HİPEK operasyonu ile kombinasyonu olmadan başarılı buluyor musunuz?” Sorusuna katılımcıların tamamı “hayır” cevabını vermiştir.

“Sitoredüktif Cerrahi ile birlikte yapılan HİPEK operasyonunu başarılı buluyor musunuz?” Sorusuna katılımcıların tamamı “evet” cevabı vermiştir.

Tablo 13. Katılımcıların HİPEK ve SRC Operasyonu Risklerine Verdiği Yanıtlar

Risk Yanıtları(n=19)	**n**	**%**
Hemolitik ve hemodinamik değişimlerin çok fazla olduğu bir işlem	12	26,1
Uzun süreli bir operasyon ve diğer operasyonlara göre mortalite oranı daha yüksek	3	6,5
Ameliyat sonrası hayat kalitesi azalabilir	2	4,3
Ameliyat sonrası komplikasyonlar sık olabilir	2	4,3
Toplam	19	41,3
Bu Gruba Dahil Olmayan Katılımcı	27	58,7
Total	46	100,0

Tablo 13’de görüldüğü gibi gruba dahil olan katılımcıların %26,1’i “Hemolitik ve hemodinamik değişimlerin çok fazla olduğu bir işlem” cevabını verirken %6,5’i “Uzun süreli bir operasyon ve diğer operasyonlara göre mortaliye oranı yüksek” cevabını vermiştir. Bu cevaplardan yola çıkarak HİPEK ve SRC operasyonuna ait risklerin neredeyse %80’ini bu iki risk grubu oluşturmaktadır diyebiliriz.

Tablo 14. Katılımcıların SRC ve HİPEK Operasyonu Olan Over Kanseri Hastalarda Taburcu Etme Planları

Taburculukta İzlenen Farklı Prosedürler(n=20)	n	%
HİPEK ve SRC operasyonu geçiren over kanseri hastalarda planlama sıkı takip gerektirir.	6	13,0
Enfeksiyon riski taburculuk planlamasında ön plandadır.	10	21,7
Beslenme açısından diyetisyenden destek almaları önemlidir.	2	4,3
Güvenli alternatif tıp planlamanın bir parçasıdır.	1	2,2
Ameliyat sonrası komplikasyon riskini en aza indirmek planlamanın amaçlarındandır.	1	2,2
Toplam	20	43,5
Bu gruba dahil olmayan Katılımcı sayısı	26	56,5
Total	46	100,0

Tablo 14'den anlaşılacağı üzere SRC ve HİPEK operasyonu olan Over kanseri hastalarınızda taburcu etme planlamasında taburculukta farklı prosedürlere ihtiyaç vardır diyenlerin %21,7'si enfeksiyon riski taburculuk planlamasında ön plandadır, cevabını vermiştir.

Tablo 15. Hemşire Tanılama Verilerinin Cinsiyet Değişkeni İle Karşılaştırılması

Tanılama Verileri	CİNSİYET: Erkek n	Erkek %	Kadın n	Kadın %	Toplam n	Toplam %	Değerlendirme
Katılımcıların Over Kanseri ile Karşılaşma Evreleri							
Evre 3	0	0	6	13,6	6	13,0	x^2=p=1,000
Evre 4	2	100	38	86,4	40	87,0	(Fisher's)
Toplam	2	100	44	100,0	46	100,0	
Katılımcıların 'HİPEK ve SRC Operasyonu ile Sık Karşılaşır mısınız?' Sorusuna Verdiği Yanıtlar							
Evet	2	100	19	43,2	21	45,7	x^2=p=0,203
Hayır	0	0	25	56,8	25	54,3	(Fisher's)
Toplam	2	100	44	100,0	46	100,0	
Katılımcıların HİPEK ve SRC Operasyonunu Takip Sıklığı							
3 yıldan az	0	0	27	61,4	27	58,7	
3-6 yıl	0	0	16	36,4	16	34,8	x^2=29,970
6 yıldan fazla	2	100	1	2,3	3	6,5	**p<0,001****
Toplam	2	100	44	100,0	46	100,0	
HİPEK ve SRC Operasyonunda Farklı Hazırlık Prosedürleriyle Karşılaşır mısınız?							
Evet	2	100	18	40,9	20	43,5	
Hayır	0	0	26	59,1	26	56,5	x^2=p=0,184
Toplam	2	100	44	100,0	46	100,0	(Fisher's)
Katılımcıların Over Kanseri Hastalarda Karşılaştığı Farklı Hazırlık Prosedürleri							
Eras protokolü uyguluyoruz.	2	100	16	88,9	18	90	x^2=p=1,000
Kan şekeri takibi yapıyoruz.	0	0	2	11,1	2	10	(Fisher's)
Toplam	2	100	18	100,0	20	100	
HİPEK ve SRC Operasyonu Sırasında Komplikasyon İle Karşılaşıyor musunuz							
Evet	2	100	30	68,2	32	69,6	x^2=p=1,000
Hayır	0	0	14	31,8	14	30,4	(Fisher's)
Toplam	2	100	44	100,0	46	100,0	
SRC ile yapılan HİPEK Operasyonunu Başarılı Buluyor musunuz?							
Evet	2	100	44	100	46	100	x^2=6,726
Hayır	0	0	0	0	0	0	**p=0,035****
Toplam	2	100	44	100	46	100	
HİPEK ve SRC Operasyonlarını Riskli Buluyor musunuz?							
Evet	2	100	17	38,6	19	41,3	
Hayır	0	0	18	40,9	18	39,1	x^2=2,971
Kısmen	0	0	9	20,5	9	19,6	p=0,226
Toplam	2	100	44	100,0	46	100,0	
HİPEK ve SRC Operasyonlarında Risk Olmalı mı?							
Evet	2	100	23	52,3	25	54,3	
Hayır	0	0	3	6,8	3	6,5	x^2=1,756
Riskli Bulmuyorum	0	0	18	40,9	18	39,1	p=0,416
Toplam	2	100	46	100,0	46	100,0	

Tablo 15'de katılımcıların deneyimlerinin cinsiyet değişkeni ile karşılaştırmalı analizleri yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre 6 yıldan fazla HİPEK-SRC operasyonunda deneyim sahibi hemşirelerin erkek hemşireler olması yüksek anlamlılıkla tanımlanmıştır (p<0,001). Yapılan karşılaştırmalı istatistiklerde erkek hemşirelerin deneyimli olduğu

gözlemlenmiş, SRC ile yapılan HİPEK operasyonunu başarılı bulduklarını tanımlamışlardır(p=0,035).

Tablo 16. Hemşire Tanılama Verilerinin Yaş Değişkeni İle Karşılaştırılması

	YAŞ								
Tanılama Verileri	25 Yaş>	%	25-30 yaş	%	30 yaş<	%	Toplam	%	Değerlendirme
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Katılımcıların Over Kanseri ile Karşılaşma Evreleri									
Evre 3	5	25	1	5,6	0	0	6	13,0	x^2=5,406
Evre 4	15	75	17	94,4	8	100	40	87,0	p=0,067
Toplam	20	100	18	100,0	8	100	46	100,0	
Katılımcıların 'HİPEK ve SRC Operasyonu ile Sık Karşılaşır mısınız?' Sorusuna Verdiği Yanıtlar									
Evet	10	50	3	16,7	8	100	21	45,7	x^2=19,475
Hayır	10	50	15	83,3	0	0	25	54,3	**p<0,001 ****
Toplam	20	100	18	100,0	8	100	46	100,0	
Katılımcıların HİPEK ve SRC Operasyonunu Takip Sıklığı									
3 yıldan az	20	100	4	22,2	3	37,5	27	58,7	
3-6 yıl	0	0	14	77,8	2	25,0	16	34,8	x^2=42,561
6 yıldan fazla	0	0	0	0	3	37,5	3	6,5	p<0,001 **
Toplam	20	100	18	100,0	8	100,0	46	100,0	
HİPEK ve SRC Operasyonunda Farklı Hazırlık Prosedürleriyle Karşılaşır mısınız?									
Evet	9	45	3	16,7	8	100	20	43,5	x^2=19,239
Hayır	11	55	15	83,3	0	0	26	56,5	**p<0,001 ****
Toplam	20	100	18	100,0	8	100	46	100,0	
Katılımcıların Over Kanseri Hastalarda Karşılaştığı Farklı Hazırlık Prosedürleri									
Eras protokolü uyguluyoruz.	8	88,9	3	100,0	7	87,5	18	90	x^2=0,696
Kan şekeri takibi yapıyoruz.	1	11,1	0	0	1	12,5	2	10	p=0,706
Toplam	9	100,0	3	100,0	8	100,0	20	100	
HİPEK ve SRC Operasyonu Sırasında Komplikasyon İle Karşılaşıyor musunuz?									
Evet	19	95	5	27,8	8	100	32	69,6	x^2 =27,323
Hayır	1	5	13	72,2	0	0	14	30,4	**p<0,001 ****
Toplam	20	100	18	100,0	8	100	46	100	
SRC ile yapılan HİPEK Operasyonunu Başarılı Buluyor musunuz?									
Evet	20	100	18	100	8	100	46	100	x^2=6,726
Hayır	0	0	0	0	0	0	0	0	**p=0,035****
Toplam	20	100	18	100	8	100	46	100	
HİPEK ve SRC Operasyonlarını Riskli Buluyor musunuz?									
Evet	11	55	3	16,7	5	62,5	19	41,3	
Hayır	8	40	7	38,9	3	37,5	18	39,1	x^2=15,405
Kısmen	1	5	8	44,4	0	0	9	19,6	**p=0,004****
Toplam	20	100	18	100	8	100	46	100	
HİPEK ve SRC Operasyonlarında Risk Olmalı mı?									
Evet	11	55	9	50	5	62,5	25	54,3	
Hayır	1	5	2	11,1	0	0	3	6,5	x^2=1,769
Riskli Bulmuyorum	8	40	7	38,9	3	37,5	18	39,1	p=0,778
Toplam	20	100	18	100	8	100	46	100	

Tablo 16'da hemşire tanılama verilerinin yaş değişkeni ile kıyaslaması yapılmış 30 yaş üzeri hemşire grubunun HİPEK ve SRC operasyonu ile sık karşılaştığı gözlemlenmiştir

(p<0,001). 25 yaş altı grubunun ise HİPEK ve SRC takip sıklığının 3 yıl altında olduğu gözlemlenmiştir(p<0,001). 30 yaş üzeri hemşire grubunun HİPEK ve SRC operasyonlarında farklı hazırlık prosedürleriyle karşılaştıklarını dile getirmiş ve operasyon sırasında komplikasyon ile karşılaşıldığını ifade etmişlerdir(p<0,001).

Tablo 17. Hemşire Tanılama Verilerinin Eğitim Durumu Değişkeni İle Karşılaştırılması

	EĞİTİM DURUMU								
	Meslek Lisesi		Lisans		Lisans Üstü				
Tanılama Verileri	**n**	%	**n**	%	**n**	%	Toplam	%	Değerlendirme
Katılımcıların Over Kanseri ile Karşılaşma Evreleri									
Evre 3	4	36,4	2	6,9	0	0	6	13	x^2=6,648
Evre 4	7	63,6	27	93,1	6	100	40	87	**p=0,036****
Toplam	11	100	29	100	6	100	46	100	
Katılımcıların 'HİPEK ve SRC Operasyonu ile Sık Karşılaşır mısınız?' Sorusuna Verdiği Yanıtlar									
Evet	1	9,1	14	48,3	6	100	21	45,7	x^2=16,551
Hayır	10	90,9	15	51,5	0	0	25	54,3	**p<0,001 ****
Toplam	11	100	29	100	6	100	46	100	
Katılımcıların HİPEK ve SRC Operasyonunu Takip Sıklığı									
3 yıldan az	6	54,5	17	58,6	4	66,7	27	58,7	x^2=3,227
3-6 yıl	5	45,5	10	34,5	1	16,7	16	34,8	p=0,521
6 yıldan fazla	0	0	2	9 ,4	1	16,7	3	6,5	
Toplam	11	100	29	100	6	100	46	100	
HİPEK ve SRC Operasyonunda Farklı Hazırlık Prosedürleriyle Karşılaşır mısınız?									
Evet	1	9,1	13	44,8	6	100	20	43,5	x^2=16,391
Hayır	10	90,9	16	55,2	0	0	26	56,5	**p<0,001 ****
Toplam	11	100	29	100	6	100	46	100	
Katılımcıların Over Kanseri Hastalarda Karşılaştığı Farklı Hazırlık Prosedürleri									
Eras protokolü uyguluyoruz	1	100	11	84,6	6	100	18	90	x^2=1,841
Kan şekeri takibi yapıyoruz.	0	0	2	15,4	0	0	2	10	p=0,398
Toplam	1	100	13	100	6	100	20	100	
HİPEK ve SRC Operasyonu Sırasında Komplikasyon İle Karşılaşıyor musunuz?									
Evet	6	54,5	20	69	6	100	32	69,6	x^2=5,452
Hayır	5	45,5	9	31	0	0	14	30,4	p=0,065
Toplam	11	100	29	100	6	100	46	100	
SRC ile yapılan HİPEK Operasyonunu Başarılı Buluyor musunuz?									
Evet	11	100	29	100	6	100	46	100	x^2=6,726
Hayır	0	0	0	0	0	0	0	0	**p=0,035****
Toplam	11	100	29	100	6	100	46	100	
HİPEK ve SRC Operasyonlarını Riskli Buluyor musunuz?									
Evet	1	9,1	14	48,3	4	66,7	19	41,3	$x^{2=}$9,679
Hayır	6	54,5	10	34,5	2	33,3	18	39,1	**p=0,046 ***
Kısmen	4	36,4	5	17,2	0	0	9	19,6	
Toplam	11	100	29	100	6	100	46	100	
HİPEK ve SRC Operasyonlarında Risk Olmalı mı?									
Evet	5	45,5	16	55,2	4	66,7	25	54,3	x2=3,913
Hayır	0	0	3	10,3	0	0	3	6,6	p=0,418
Riskli Bulmuyorum	6	54,5	10	35,5	2	33,3	18	39,1	
Toplam	11	100	29	100	6	100	46	100	

Tablo 17'de hemşire tanılama verilerinin eğitim durumu ile kıyaslaması yapılmış anlamlı oranda değişkenler görülmüştür. Lisans üstü mezunu hemşirelerin HİPEK ve SRC operasyonlarıyla sık karşılaştıklarını ve ameliyat öncesi dönemde farklı prosedürlerle karşılaştıkları yüksek anlamlılık ile değerlendirilmiştir (p<0,001). Lisans üstü mezunlarının over kanseri ile evre 4 de karşılaştığı anlamlı olarak değer görmüştür (p=0,036).

Tablo 18. Hemşire Tanılama Verilerinin Tecrübe Değişkeni İle Karşılaştırılması

	TECRÜBE								
	5 Yıldan Az		5-10 Yıl		10 Yıldan Fazla		Toplam		Değerlendirme
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Katılımcıların Over Kanseri ile Karşılaşma Evreleri									
Evre 3	6	26,1	0	0	0	0	6	13	x^2=9,221
Evre 4	17	73,9	18	100	5	100	40	87	**p=0,010 ****
Toplam	23	100	18	100	5	100	46	100	
Katılımcıların 'HİPEK ve SRC Operasyonu ile Sık Karşılaşır mısınız?' Sorusuna Verdiği Yanıtlar									
Evet	8	34,8	8	44,4	5	100	21	45,7	x^2=8,970
Hayır	15	65,2	10	55,6	0	0	25	54,3	**p=0,011 ****
Toplam	23	100	18	100	5	100	46	100	
Katılımcıların HİPEK ve SRC Operasyonunu Takip Sıklığı									
3 Yıldan az	17	73,9	8	44,4	2	40	27	58,7	x^2=10,761
3-6 yıl	6	26,1	9	50	1	20	16	34,8	**p=0,029 ***
6 Yıldan fazla	0	0	1	5,6	2	40	3	6,5	
Toplam	23	100	18	100	5	100	46	100	
HİPEK ve SRC Operasyonunda Farklı Hazırlık Prosedürleriyle Karşılaşır mısınız?									
Evet	7	30,4	8	44,4	5	100	20	43,5	x^2=9,987
Hayır	16	69,6	10	53,6	0	0	26	56,5	**p=0,007 ****
Toplam	23	100	18	100	5	100	46	100	
Katılımcıların Over Kanseri Hastalarda Karşılaştığı Farklı Hazırlık Prosedürleri									
Eras protokolü uyguluyoruz	6	85,7	8	100	4	80	18	90	x^2=2,258
Kan şekeri takibi yapıyoruz	1	14,3	0	0	1	20	2	10	p=0,323
Toplam	7	100	8	100	5	100	20	100	
HİPEK ve SRC Operasyonu Sırasında Komplikasyon İle Karşılaşıyor musunuz?									
Evet	18	78,3	9	50	5	100	32	69,6	x^2=7,496
Hayır	5	21,7	9	50	0	0	14	30,4	**p=0,024 ****
Toplam	23	100	18	100	5	100	46	100	
SRC ile yapılan HİPEK Operasyonunu Başarılı Buluyor musunuz?									
Evet	23	100	18	100	5	100	46	100	x^2=6,726
Hayır	0	0	0	0	0	0	0	0	**p=0,035****
Toplam	23	100	18	100	5	100	46	100	
HİPEK ve SRC Operasyonlarını Riskli Buluyor musunuz?									
Evet	7	30,4	7	38,9	5	100	19	41,3	x^2=10,123
Hayır	11	47,8	7	38,9	0	0	18	39,1	**p=0,038 ****
Kısmen	5	21,7	4	22,2	0	0	9	19,6	
Toplam	23	100	18	100	5	100	46	100	
HİPEK ve SRC Operasyonlarında Risk Olmalı mı?									
Evet	11	47,8	9	50	5	100	25	54,3	x^2=7,433
Hayır	1	4,3	2	11,1	0	0	3	6,5	p=0,115
Riskli Bulmuyorum	11	47,8	7	38,9	0	0	18	40,2	
Toplam	23	100	18	100	5	100	46	100	

Tablo 18'de hemşire tanılama verileri tecrübe değişkeni ile değerlendirilmiş ve anlamlı veriler elde edilmiştir.10 yıldan fazla tecrübesi olan hemşireler over kanseri ile evre 4 de karşılaştıkları (p=0,010) ve sık karşılaştıkları gözlemlenmiştir (p=0,011). 10 yıldan fazla tecrübesi olan hemşirelerin ameliyat sırasında komplikasyonlar ile karşılaştıkları (p=0,024) , HİPEK ve SRC operasyonunu riskli buldukları (p=0,038) gözlemlenmiştir.

4.2. Nitel Verilere İlişkin Bulgular

Tablo 19. Hemşire Grubu İçin Oluşturulan Temalar- Alt Temalar- Kodlar

Tema 1. Hemşirelerin HİPEK ve SRC Prosedürü Hakkında Hastaların Yaşadığı Zorluklara İlişkin Görüşleri

Alt Tema 1. Enfeksiyon Riskleri
Kod 1. Hastanede Yatmaya Bağlı Hastane Enfeksiyonu Riski (6)
Kod 2. Operasyona Bağlı Enfeksiyon Riski (12)
Alt Tema 2. Psikolojik Sorunlar
Kod 1. Operasyon Öncesi Psikolojik Sorunlar (5)
Kod 2. Operasyon Sonrası Psikolojik Sorunlar (7)
Kod 3. Terminal Dönem Over Kanseri Hastalarda Psikolojik Sorunlar (3)
Alt Tema 3. Beslenme Sorunları
Kod 1. Operasyon Öncesi Anksiyeteye Bağlı İştahsızlık (3)
Kod 2. Operasyon Sonrası İştahsızlık (10)

Tema 2. HİPEK ve SRC Prosedürü Hakkında Hemşirelerin Yaşadığı Zorluklara İlişkin Görüşleri

Alt Tema 1. Ekip Çalışması

Kod 1. Sabit Ekip Çalışması (8)

Kod 2. Deneyimli ve Donanımlı Ekip Çalışması (12)

Alt Tema 2. Psikolojik Destek

Kod 1. Hemşirelerde Yıpranmaya Bağlı Psikolojik Destek (10)

Kod 2. Hemşirelerde Yorgunluğa Bağlı Psikolojik Destek (6)

Alt Tema 3. Koruyucu Sağlık Ekipmanları ve Atık Yönetimi

Kod 1. Koruyucu Sağlık Ekipmanlarının Yanlış Kullanımı (7)

Kod 2. Kemoterapik Ajana Maruziyet Konusunda Eğitim Eksikliği (3)

Tema 3. HİPEK ve SRC Prosedürü Hakkında Hemşirelerin Olumlu veya Olumsuz Görüşleri

Alt Tema 1. Hemşirelerin Olumlu Görüşleri

Kod 1. Hastaların Yaşam Kalitesi ve Konforunda Artış (12)

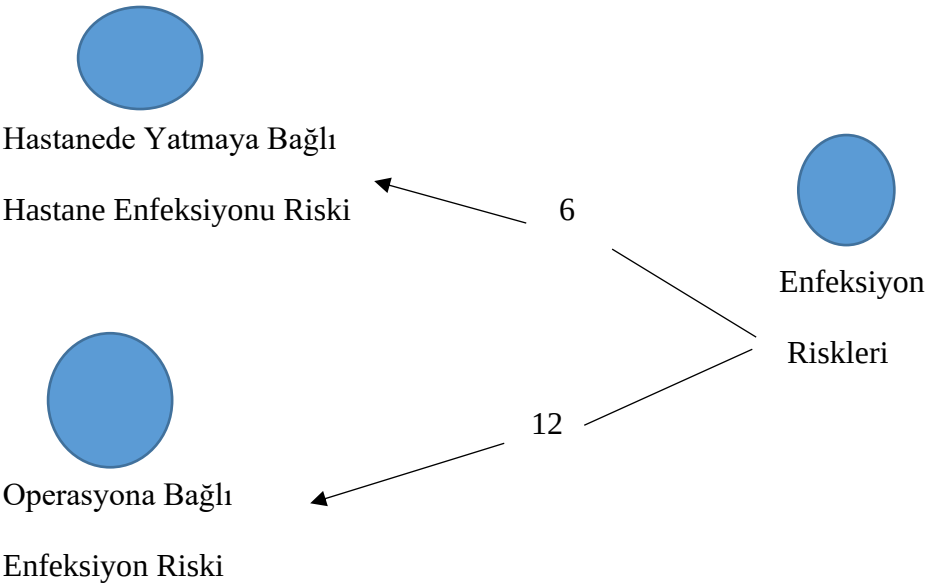
Kod 2. Over Kanseri Hastaların Mortalitesinde Azalma (16)

Alt Tema 2. Hemşirelerin Olumsuz Görüşleri

Kod 1. Hastalar İçin Riskli Operasyon Olması (9)

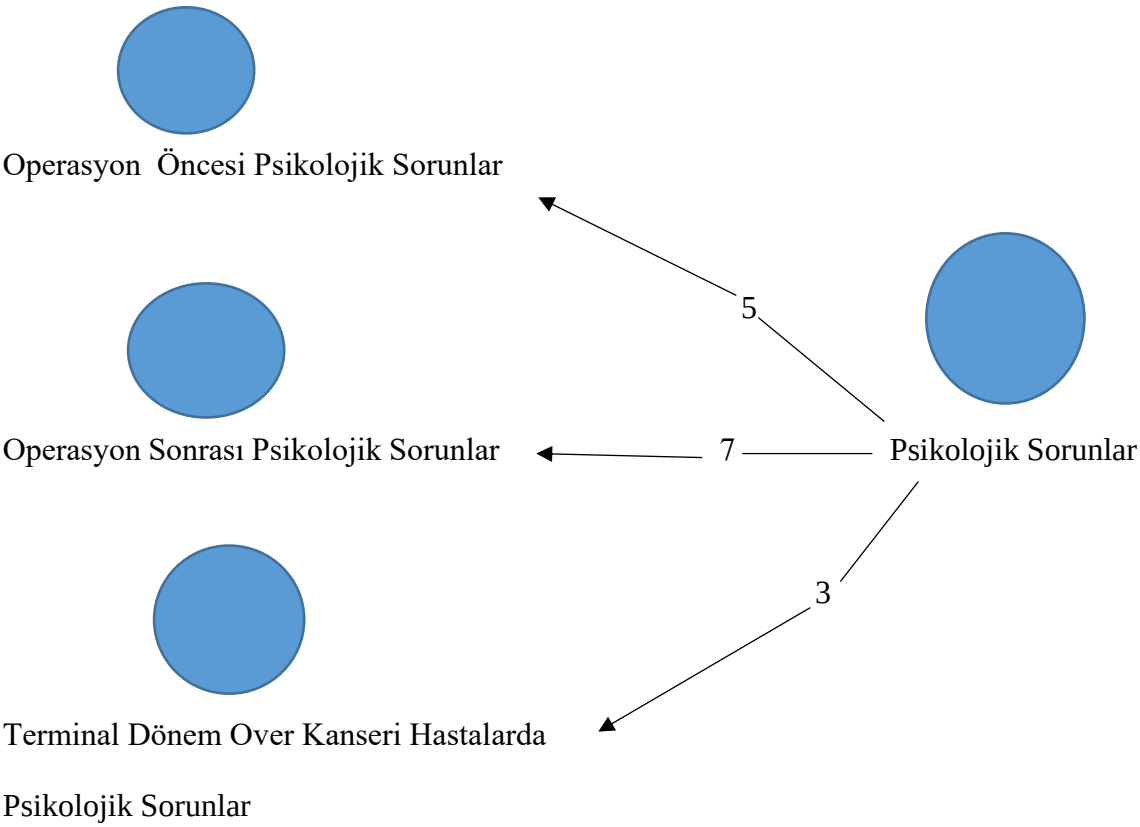
Kod 2. Hemşireler İçin Riskli Operasyon Olması (9)

Hemşirelerin SRC ve Hipek Prosedürleri hakkında hastaların yaşadığı zorluklara ilişkin görüşleri nelerdir? Sorusuna cevap aranmış. Analiz sonucunda şu veriler elde edilmiştir.



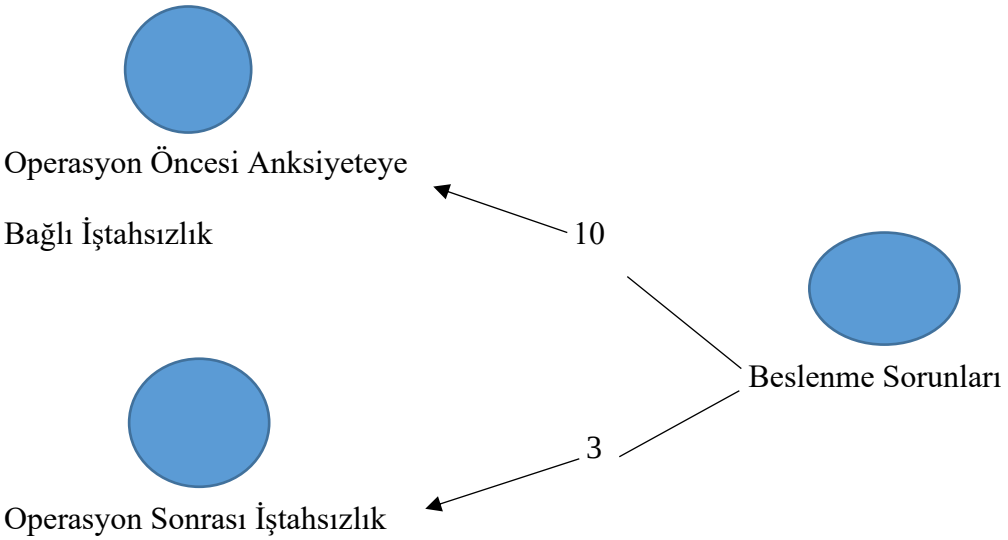
Şekil 5. Enfeksiyon Risklerine İlişkin Görüşler

Araştırma sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde 46 hemşirenin 18'inin (%40) prosedürler sonrası enfeksiyon risklerine dikkat çektiği görülmüştür. H3 bu görüşü; " *Uzun süre yatmaya bağlı olarak enfeksiyon riski hastaların yaşadığı zorluklarda ilk sıradadır"* şeklinde ifade etmiştir. H12 görüşünü; "*Hastaların yaşayacağı zorluğun olası enfeksiyon problemleri olacağını düşünüyorum" olarak ifade etmiştir.* Yine prosedürler sonrası enfeksiyon risklerini temel alan H27 görüşünü; "*Bu tür hastaların en fazla yaşadığı zorluğun operasyona bağlı enfeksiyon riskinin yüksek olması durumu olduğunu düşünüyorum"* şeklinde ifade etmiştir.



Şekil 6. Psikolojik Sorunlara İlişkin Görüşler

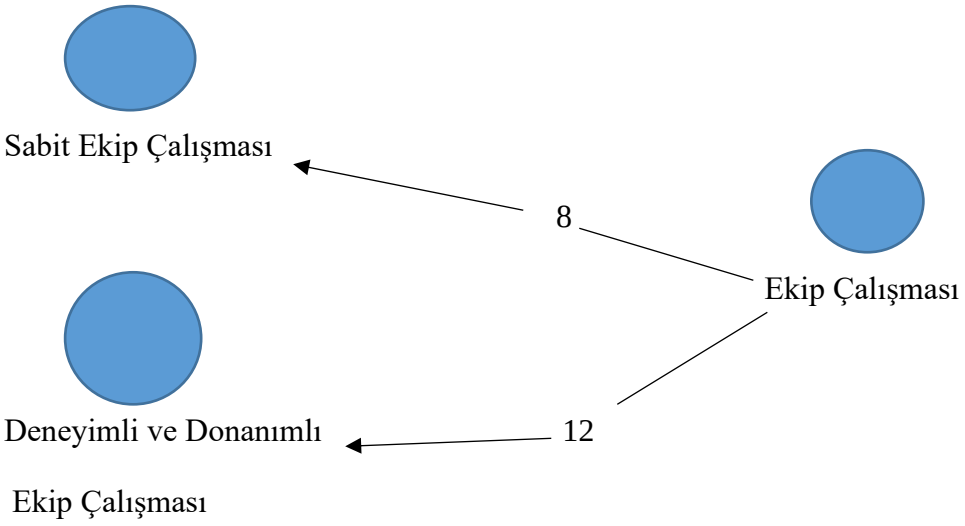
Araştırma sorusunda 46 hemşirenin 15'inin (%32) prosedür sonrası psikolojik sorunlara dikkat çektiği görülmüştür. H5 bu görüşünü; "*Yapılan işlem uzun süreli ve ağır bir işlem, operasyon sonrası hastalar psikolojik açıdan zor bir dönem geçirmektedirler, psikolojik destek almaları gerektiğini düşünüyorum"* şeklinde ifade etmiştir. H42 görüşünü; " *Terminal dönem over kanseri hastaların psikolojik destek almaları gerektiğini düşünüyorum"* şeklinde ifade etmiştir. Yine prosedürler sonrası psikolojik sorunları temel alan H35 görüşünü; "*Kesinlikle hastanede yatma sürecinin uzun olması hastalarda, hastane öncesi anksiyete sorununun oluşmasını sağlar"* şeklinde ifade etmiştir.



Şekil 7. Beslenme Sorunlarına İlişkin Görüşler

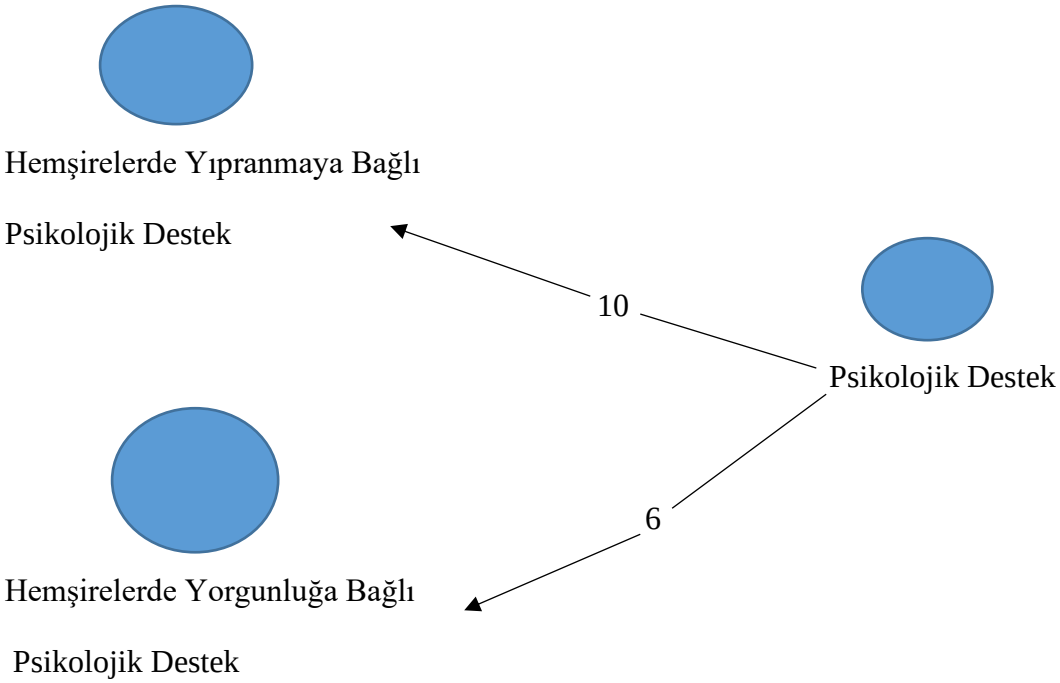
Araştırma sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde 46 hemşirenin 13'ünün (%28) prosedürler sonrası beslenme sorunlarına dikkat çektiği görülmüştür. H15 bu görüşü; "*Hastalar ameliyat sonrası dönemde beslenme konusunda zorluk yaşadığını söyleyebiliriz*" şeklinde ifade etmiştir. H2 görüşünü; " *Operasyon öncesi anksiyeteye bağlı beslenme zorluğu oluştuğunu düşünüyorum"* şeklinde ifade etmiştir.

SRC ve Hipek Prosedürleri hakkında bu işlemlerde görev alan sizlerin yaşadığı zorluklar arasında sayabileceğiniz bir husus var mı sizce? Sorusuna cevap aranmış. Analiz sonucunda şu veriler elde edilmiştir.



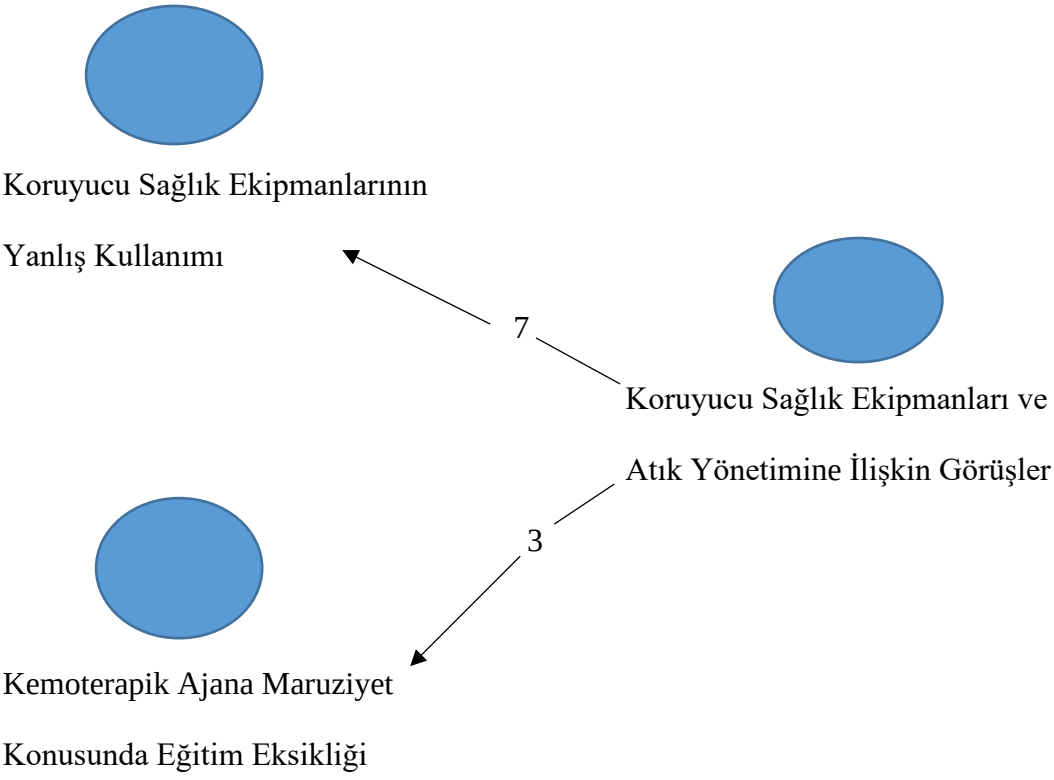
Şekil 8. Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşler

Araştırma sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde 46 hemşirenin 20'sinin (%43) eğitimli ve deneyimli ekibe dikkat çektiği görülmüştür. H7 bu görüşü; "*Deneyimli ve donanımlı hemşirelerin bu operasyon sürecinde olması gerektiğini düşünüyorum*" şeklinde ifade etmiştir. H11 bu görüşü; "*Sadece bu alanda çalışma yetisine sahip sabit bir ekibe ihtiyaç olduğunu düşünüyorum*" şeklinde ifade etmiştir. H34 bu görüşü; "*... bu operasyonlar da görevli deneyimli sağlık personelleri olması gerektiğini düşünüyorum*" şeklinde ifade etmiştir.



Şekil 9. Psikolojik Desteğe İlişkin Görüşler

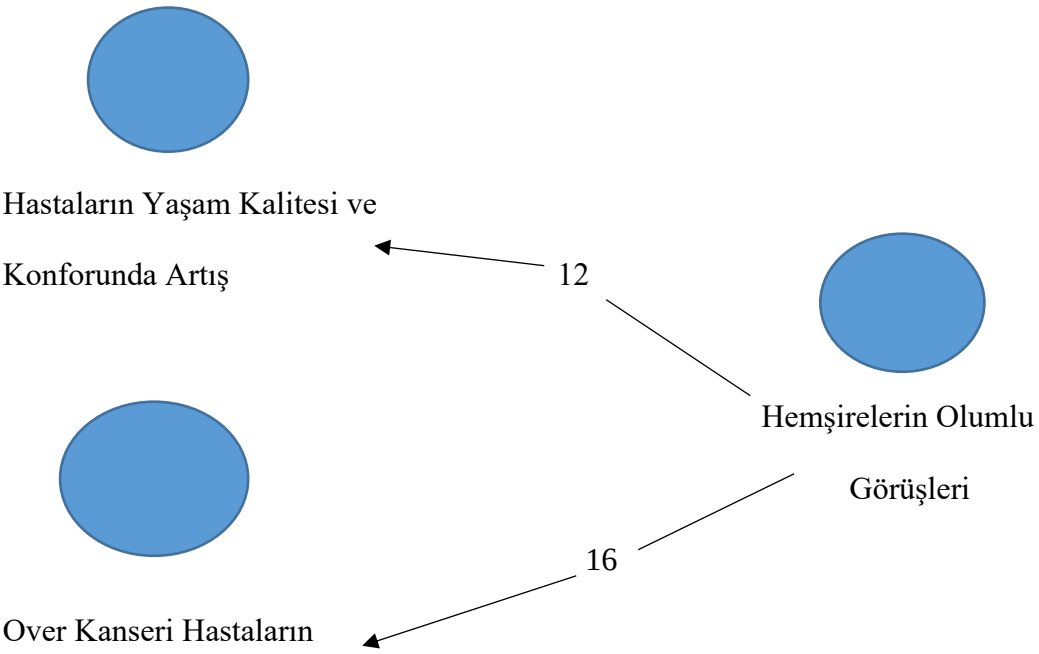
Araştırma sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde 46 hemşirenin 16'sının (%34) psikolojik desteğe dikkat çektiği görülmüştür. H9 bu görüşü; "*Bu operasyonlar psikolojik ve bedensel açıdan çok zorlu operasyonlar ve bu operasyonlara katılan, yıpranan ben ve tüm sağlık ekibinin psikolojik destek alması gerektiğini düşünüyorum*" şeklinde ifade etmiştir. H35 görüşünü; "*Son dönem over kanseri hastalara bu operasyonu çoğunlukla yapıldığını düşünürsek hem bizim hem hastalar için psikolojik desteğe ihtiyacımız var."* olarak ifade etmiştir. H41 görüşünü; "*Ben bu işlemlerin yorucu olduğunu düşünüyorum, dışarıda bir hayatım yok ve evde yorgunluktan uyuyorum, psikolojik destek alımının zorlukları çözebileceğini düşünüyorum."* olarak ifade etmiştir.



Şekil 10. Koruyucu Sağlık Ekipmanları ve Atık Yönetimine İlişkin Görüşler

Araştırma sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde 46 hemşirenin 10'unun (%23) koruyucu sağlık ekipmanları ve atık uzaklaştırma sorununa dikkat çektiği görülmüştür. H46 görüşünü; "*Koruyucu sağlık ekipmanları konusunda eğitim eksikliği ve yanlış kullanımı büyük zorluklara yol açmaktadır" olarak ifade etmiştir*. H40 görüşünü; "*Kesinlikle atıklar konusunda özellikle kemoterapik ajanlar da hem bizim hem de etrafımızda ki çalışanların sağlığı açısından çok önemli olduğunu düşünüyorum*." olarak ifade etmiştir.

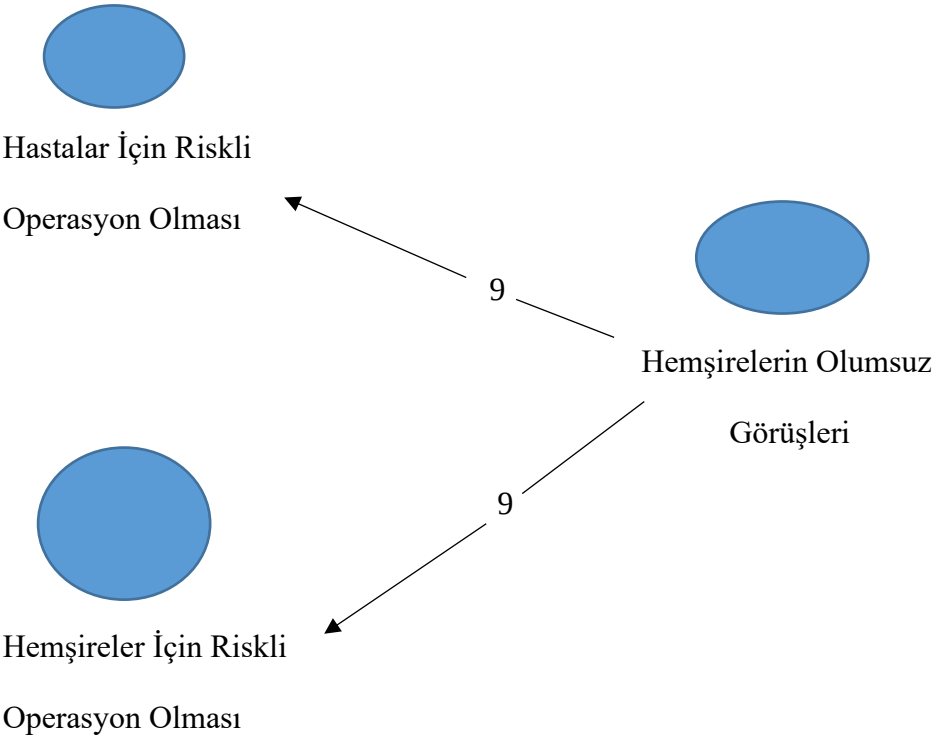
SRC ve Hipek Prosedürleri hakkındaki olumlu veya olumsuz başka bir görüşünüz veya deneyimlerinizi paylaşmak ister misiniz? Sorusuna cevap aranmış. Analiz sonucunda şu veriler elde edilmiştir.



Şekil 11. Hemşirelerin Olumlu Görüşleri

Araştırma sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde 46 hemşirenin 16'sının (%34) ölüm oranında azalmaya dikkat çektiği görülmüştür. H10 bu görüşünü; "*Bu operasyonlar geldikten sonra son dönem over kanseri hastalarda ölüm oranında ciddi bir azalma olduğunu düşünüyorum*" olarak ifade etmiştir. H22 görüşünü; "*Bu operasyonlar da ölüm oranlarında azalma olduğunu gördüm"* olarak ifade etmiştir.

Araştırma sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde 46 hemşirenin 12'sinin (%26) hastaların yaşam kalitesinde yükselmeye dikkat çektiği görülmüştür. H11 görüşünü; *"Eski yöntemler ile kıyasladığımız da hastanın yaşamsal aktivite ve konforunda önemli değişkenler görüyorum"* olarak ifade etmiştir. H31 görüşünü; *"Sitoredüktif cerrahi ve hipek operasyonunun yaşam kalitesi ve hayat konforunu olumlu ölçüde etkilediğini düşünüyorum"* olarak ifade etmiştir.



Şekil 12. Hemşirelerin Olumsuz Görüşleri

Araştırma sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde 46 hemşirenin 18'inin (%40) hasta ve hemşireler için operasyonların riskli olduğu görüşünü ilettiği görülmüştür. H1 görüşünü; *"Sadece hemşire ve hekimlerin değil diğer yardımcı personellerin de iyi eğitilmiş olması operasyon riskini azaltacaktır*" olarak ifade etmiştir. H39 görüşünü; "*Yapılan işlem hemolitik değişimlerin fazla olduğu, uzun süreli, komplike, hastalar için riskli bir operasyon*" olarak ifade etmiştir.

Tablo 20. Olumlu-Olumsuz Hemşire Görüşleri ve Öneriler

	H2	H3	H5	H9	H10	H11	H12	H15	H22	H27	H31	H34	H35	H39	H40	H41	H42	H46
Olumlu																		
Ölüm oranlarında azalma					X	X			X		X							
Yaşam kalitesi ve hayat konforunda artış	X						X	X										
Olumsuz																		
Sabit bir ekip yok						X						X						
Kemoterapik ajana Maruziyet														X	X			X
Koruyu ekipmanların Yanlış Kullanımı														X	X			X
Yorgunluk, yıpranma, Tükenmişlik Durumu				X									X			X	X	
Öneri																		
Koruyucu ekipman kullanımı Eğitimi verilmeli															X	X		X
Kemoterapik ajana maruz Kalmayı Azaltmak adına çalışmalar yapılmalı															X	X		X
Atıklar konusunda eğitimler verilmeli															X	X		X
Çalışanlara psikolojik destek sağlanmalı				X										X			X	X
Bu operasyonlara özel donanımlı sabit ve düzenli bir ekip kurulmalı						X							X					

4.3 Tartışma

Hipertermik İntraperitoniyal Kemoterapi (HİPEK) ve Sitoredüktif Cerrahi (SRC) son 20 yılda popülerleşmiş multimodal bir tedavi yöntemidir. Over kanseri hastalarda, mide, kolon kanseri gibi vakaların peritoniyal karsinomatozisli olgularında tercih edilmektedir. HİPEK ve SRC operasyonları son derece riskli fakat hastaların yaşam süresi ve yaşam kalitesi açısından iyi sonuçlar verdiği, yapılan çalışmalar ile kanıtlanmış operasyonlardır. Bu operasyonlarda en büyük rol hemşirelere düşmektedir. Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyonlara karşı hemşirelerin, dikkatli olması ve sıkı takip yapması gerekmektedir.

Yapılan araştırmalarımız sonucunda katılımcı hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun (%87.0) over kanseri ile evre 4 de karşılaştığı gözlemlenmiştir. HİPEK ve SRC operasyonlarına katılan hemşirelerin epitelyal over kanserinde 4. evre de karşılaşmalarıda, bu operasyonun son cerrahi tedavi yöntemlerinden biri olduğunu göstermektedir. Ayrıca katılımcıların HİPEK ve SRC operasyonlarında görev aldığını düşünürsek Evre 3 ve 4'de karşılaşmaları normal karşılanmaktadır. Günümüz de over kanseri ile ilgili yapılan çalışmaları düşünürsek, semptom göstermemesi ve bireylerin over kanseri taramalarına dikkat etmemesi doğrultusunda evre 3-4 aşamalarında over kanseri ile karşılaşmaktayız (Cancer Research UK, 2016).

Katılımcıların HİPEK ve SRC operasyonu ile karşılaşma oranı ise %45.7 lik bir oran ile gözlemlenmiştir. Oranın az olması çok sık tercih edilen bir tedavi yöntemi olmaması, operasyon için gerekli şartların sağlanamaması, operasyonun riskli olması ve son yıllarda popülerleşen bir tedavi yöntemi olmasından kaynaklıdır. Aslında %45.7 lik bir oran az gibi görünen ancak geçmişi baz alırsak son derece yüksek bir orandır.

Katılımcılar arasında 6 yıl üzeri HİPEK ve SRC operasyonu geçirmiş hastaları takip edenlerin oranı %6,5 olması ve katılımcıların 3-6 yıl arası tecrübelerinin %34.8 olduğunu gözlemlendiğinde ise bu operasyonların geçmiş yıllarda tercih edilmediği sonucuna ulaşılmıştır. Hemşire katılımcılar arasında 3 yıldan az HİPEK ve SRC operasyonunu takip edenlerin oranının ise %58.7 olması, bu operasyonların artık güncel bir yaklaşım olduğunun göstergesidir (Elias, Honore , & Ciuchendea , 2008).

Araştırma sonuçlarına göre gruba dahil olan katılımcıların çoğunluğu (%90,0) ameliyat öncesi hazırlık döneminde ERAS protokolü uyguladıklarından bahsetmişlerdir. Bu

protokol ile hastalar gece 12 den sonra aç bırakılmıyor, işlemden önce oral karbonhidratlı sıvılar alınmakta ve profilaktik antibiyoterapi uygulanmaktadır.HİPEK ve SRC operasyonunda bu protokole ek olarak kan şekeri takibi yapıldığı ve işlemden önce glikoz kısıtlamasına gidildiği gözlemlenmiştir. Bunun nedeni ise tamamen metabolik fonksiyonlar ve tümoral hücrelerin glikoz ile tutulumunu azaltmak olduğu gözlemlenmiştir (González-Moreno , González-Bayón, & Ortega-Perez, 2010).

Hemşireler ile yapılan araştırmamızda katılımcılar HİPEK ve SRC operasyonu esnasında komplikasyonlardan bahsetmişlerdir. Bu komplikasyonlar arasında en sık alınan yanıt, aslında beklenen bir cevap anemidir (%32.6). İşlemin uzun süreli olması, hemolitik ve hemodinamik değişimlerin çok sık gözlemlenmesi, kan kaybının fazla olduğu bir işlem olması aneminin başlıca sebeplerindendir (Verwaal , Van Tinteren , Ruth , & Zoetmulder , 2004). Araştırmada bu sorunun bir diğer önemli unsuru, işlemin riskli olduğunu düşünerek, mortalite oranında fikir yürütebilmektir. Araştırma sonucu katılımcıların verdiği cevaplar arasında kardiyak arrest sadece %2.1 lik kısmı oluşturmaktadır. İşlemin uzun süreli olması ve hemolitik değişimlerin gözlemlenmesi kritik bir risk, ancak verilen cevaplar arasında sıklıkla hipertermi, anemi, taşikardiden bahsedilmekte ve kardiyak arrest en son verilen cevaplar arasında yer almaktadır. Literatür de işlem sırasında mortaliteden bahseden çalışma gözlemlenememiştir.

Katılımcılar, taburcu olma sürecini değerlendiren soruya ise katılımcıların %65,2'si ameliyat sonra taburculuk süreci uzar cevabı vermiştir. Nedenlerinde ise en çok alınan cevap geç mobilizasyon olmuştur (%50.0). Aslında ERAS protokolünün bu hastaların tamamında uygulandığını düşündüğümüzde erken mobilizasyon ve erken taburculuk sonucuna ulaşmamız gerekir. Ancak ERAS protokolüne rağmen olabilecek en erken mobilizasyon bile geç mobilizasyondur. HİPEK ve SRC operasyonu sonrası enfeksiyon riski, iştahsızlık, bulantı-kusma, halsizlik, ağrı gibi sebepler mobilizasyonu geciktirmektedir. Siddarthan ve arkadaşları HİPEK ve SRC operasyonlarına katılan hastalarda ERAS protokolünü, geleneksel yöntemlerle kıyaslamış ve ERAS protokolü uygulanan hastalarda yatış sürelerinde azalma ve geleneksel yönteme göre erken mobilizasyon gözlemlemiştir (Siddarthan, Reway, Billingsley, Gilbert, & Tsikitis, 2019).

Araştırmaya katılan hemşirelere HİPEK ve SRC operasyonu ile sistemik kemoterapi kıyaslaması yapıldığında ise HİPEK ve SRC operasyonunun %84.8 gibi yüksek bir

oranla daha başarılı olduğu cevabı alınmıştır. Sistemik kemoterapi kullanımının günümüzde hala yaygın olarak kullanıldığı bilinmektedir. Ancak HİPEK ve SRC operasyonlarında ise neoadjuvan olarak tümoral hücreyi bir bölgeye sabitlemek amacıyla kemoterapik ajanlar kullanılmaktadır (Elias , ve diğerleri, 2009).

Katılımcılara HİPEK ve SRC operasyonunda hangi teknik kullanımı ile karşılaşıyorsunuz diye sorduğumuzda %65.2 ile açık teknik cevabına ulaştık. Daha önce yapılan çalışmalarda genel olarak kapalı teknik daha sık kullanıldığı belirtilmektedir. Bu çalışma İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yapılmaktadır ve açık teknik tercih edilmektedir. Açık teknik ile kemoterapik ajanın etkisi ve batın içine yayılımı daha iyi ve daha etkindir. Tek problem çevre kontaminasyonu olmasıdır ama bu sorun da gerekli çevresel ve kişisel ekipmanlar kullanıldığı sürece güzel sonuçlar vermektedir. Helderman ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptığı çalışmada ise operasyonların yaklaşık yarısının kapalı olarak yapıldığını saptamıştır. (Helderman, Löke, & Kok , 2019).

Araştırmaya katılan hemşirelerin tamamı HİPEK ve SRC operasyonunu güncel bir yaklaşım olarak gördüğünü ve sistemik kemoterapiye oranla anlamlı mortalite değişikliği gördüklerini dile getirdi. HİPEK ve SRC operasyonları son zamanlarda tercih edilen, yaşam kalitesi ve konforunda olumlu yönde değişkenler gösteren bir cerrahi tedavi yöntemidir. Elias ve arkadaşlarının yaşamsal kaliteyi ölçmek amacıyla yaptığı çalışmada bu çalışmayı doğrular niteliktedir (Elias, Honore , & Ciuchendea , 2008).

Katılımcılar, HİPEK operasyonu Sitoredüktif Cerrahi ile birlikte yapılmadığı sürece başarılı olamayacağını vurgulamışlardır. Aynı şekilde SRC ve HİPEK operasyonu kombinasyonlu bir şekilde yapıldığında ise katılımcılar daha başarılı olacağı cevabını vermiştir. Spiliotis ve arkadaşlarının 2015 yılında yapmış olduğu randomize prospektifli çalışma da, araştırma sonucumuzu doğrular niteliktedir (Spiliotis , ve diğerleri, 2015).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %41,3'ü HİPEK ve SRC operasyonunu riskli bulmaktadır. Bu riskin nedenlerini ise %63,2 ile aşırı kan kaybının olduğu her işlem risklidir şeklinde tanımlanmaktadır. Bir diğer katılımcı kitlesi ise %10.5 oran ile operasyon sonrası yaşam kalitesinin düştüğünden bahsetmişlerdir. HİPEK ve SRC operasyonu riskli ve uzun bir süreçtir. Terminal evre epitelyal over kanserinde yapılacak kaliteli bir yaklaşımdır. Risk süreci konusunda yapılan literatür çalışmaları eksik ve yetersiz görülmüştür (Arter , Reuss , Sehouli , Chiva , & Du Bois , 2017).

Araştırmaya katılan hemşirelere ‘Sizce terminal dönem over kanseri hastalarda HİPEK ve SRC operasyonunda ki bu riskler olmalı mı?’ Diye sorduğumuzda ise katılımcıların %54,3’ünden evet olmalı cevabı alındı. Katılımcıların yanıtları bize bu operasyonların riskli olduğunu ama o evrede ki hastalar için tek çözüm yolunun bu işlem olduğunu göstermektedir.

Taburculuk planlaması aşamasına geldiğimizde ise araştırmaya katılan hemşirelerin %43,5’i diğer operasyonlara göre farklı prosedürler izlediklerini dile getirmişlerdir. Hemşirelerin büyük bir çoğunluğu planlamada enfeksiyon riskini ön planda tuttuklarından bahsetmişlerdir (%50,0). HİPEK ve SRC operasyonu geçiren hastalarda sıkı takip ve sık kontol de hemşirelerin vurguladığı diğer konulardandır. Literatür de HİPEK ve SRC işlemlerinde taburculuk,bakım rolünde hemşireler genelinde bir çalışma bulunmamaktadır.

Hemşirelerin SRC ve Hipek Prosedürleri hakkında hastaların yaşadığı zorluklara ilişkin görüşleri nelerdir? Sorusuna cevap aranmış. Araştırma sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde 46 hemşirenin 18’inin prosedürler sonrası enfeksiyon risklerine, 15’inin prosedür sonrası psikolojik sorunlara, 13’ünün prosedürler sonrası beslenme sorunlarına dikkat çektiği görülmüştür. Katılımcılar nicel verilerde tartışıldığı gibi nitel verilerde de hastaların enfeksiyon riskini, iştahsızlık ve operasyon sonrası psikolojik zorluk dönemini vurgulamışlardır. Literatür de HİPEK süreci sonrası psikolojik sorunlara değinilmemiştir.

SRC ve Hipek Prosedürleri hakkında bu işlemlerde görev alan sizlerin yaşadığı zorluklar arasında sayabileceğiniz bir husus var mı sizce? Sorusuna cevap aranmış. Araştırma sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde 46 hemşirenin 20’sinin eğitimli ve deneyimli ekibe, 16’sının psikolojik desteğe, 10’unun koruyucu sağlık ekipmanları ve atık uzaklaştırma konusuna dikkat çektiği görülmüştür.. Bu nitel verileri ele alacak olursak katılımcılar HİPEK ve SRC operasyonunu bilgi ve deneyime bağlı olduğunu düşünerek tecrübeli ve donanımlı bir ekip çalışmasının önemini vurgulamaktadır. Katılımcıların bu operasyonları açık teknik ile yapıldığını söylediklerinden, koruyucu bakım ekipmanlarının kullanımının öneminden ve bu ekipman kullanımının eğitimlerinin düzenli olarak verilmesi gerektiğinden bahsetmişlerdir. Miao ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada çevresel güvenlik, koruyucu ekipman kullanımının eğitimine dikkat çekmiştir. (Miao , Pingpank , & Alexander , 2009). Bir diğer çalışmada ise Kamal ve arkadaşları

sağlık çalışanları, özellikle cerrahların eldiven,terlik ve ameliyat masası yakınındaki zeminde kemoterapik ajan ile ağır kontaminasyon tespit ederek çalışmamızdaki açık operasyonların ne kadar riskli olduğunu vurgulamıştır (Kamal , Elshaikh , Nabil , & Mohamad , 2013). Stuart ve arkadaşları mitomycin c ile ısıtılmış intraperitoniyal kemoterapi operasyonunun ortama ve çevreye verdiği maruziyeti incelemiş ve kemoterapik ajanın ortama zararı olmadığını saptamıştır (Stuart , Stephens , Welch , & Sugarbaker , 2002). Naslund Andreasson ve arkadaşları da HİPEK ve SRC operasyonlarına katılan ekibin kanın da ve idrarında kemoterapik ajana maruziyeti tanılamaya çalışmış ancak herhangi bir kemoterapik ajana maruziyet görülmemiştir. (Näslund Andréasson , Anundi , Thorén , Ehrsson , & Mahteme , 2010). Bu operasyonu geçiren hastalar gibi hemşirelerinde psikolojik desteğe ihytiyaç duydukları, işlemin uzun süreli ve dikkat gerektiğin düşünülecek olursa yorgunluğunda vermiş olduğu mesleki deformasyondan bahsetmek mümkündür. Literatürde hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanların bu operasyonlara bağlı mesleki deformasyonundan bahsedilmemiştir.

SRC ve Hipek Prosedürleri hakkındaki olumlu veya olumsuz başka bir görüşünüz veya deneyimlerinizi paylaşmak ister misiniz? Sorusuna cevap aranmış. Araştırma sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde 46 hemşirenin 18'inin operasyonları yapan ekibin iyi eğitim alması gerektiğini 16'sının ise ölüm oranında azalmaya dikkat çektiği görüşünü ilettiği görülmüştür. Operasyona katılan hemşirelerin görüşlerine baktığımız da daha önce ki veriler gibi iyi eğitilmiş bir ekip çalışmasından bahsedilmektedir. Operasyon hakkında görüşleri ise HİPEK ve SRC ile birlikte mortalite oranlarında ciddi azalma olduğu dile getirilmiştir.

BÖLÜM 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1 Özet

HİPEK ve SRC operasyonu over kanseri hastalarda güncel cerrahi tedavi yöntemidir. Bu operasyon uzun süreli, hemolitik ve hemodinamik değişimlerin görüldüğü, komplike ve spesifik bir işlemdir. Bu operasyonları ameliyat öncesi. ameliyat sırası ve ameliyat sonrası yakın takip eden hemşirelere büyük görev düşmektedir.

Over kanseri hastalarda HİPEK ve SRC operasyonuna katılan 46 hemşirenin yapılan anket sonuçlarında görüşlerini aldık. Bu operasyonlara katılan hemşirelerin çoğunluğunun evre 4 over kanseri takip ettiğini ve hemşirelerin son 3 yıl içerisinde HİPEK ve SRC operasyonuyla sık karşılaştığını gözlemledik. Bu durumda bize HİPEK ve SRC operasyonunun son zamanlarda popülerleşen multimodal bir tedavi yöntemi olduğunu doğrular niteliktedir. Bu çalışma İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesinde yapılmıştır ve yapılan araştırmalarda hemşireler ameliyat öncesi dönemde yine son zamanlarda uygulanan güncel bir protokol olan ERAS protokolüne göre hasta hazırlığı yapıldığından bahsetmişlerdir. Yapılan daha eski araştırmalarda olduğu gibi katılımcıların çoğu bu operasyonun riskli ve komplike olduğundan bahsetmişlerdir. Ancak son evredeki over kanseri hastalarda bu riskin olması gerektiğinide eklemişlerdir. Yapılan anket çalışmasında işlemin uzun süreli olması ve hemolitik değişimlerin fazla olması ameliyat sonrası taburculuğu uzatmakta olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ameliyat sonrası halsizlik, iştahsızlık,bulantı,kusma,enfeksiyon riski ve anemi semptomları başlıca taburculuğun uzama sebeplerinden olduğu gözlemlenmiştir.

HİPEK ve SRC operasyonunu sistemik kemoterapi ile kıyaslaması yapıldığında katılımcıların tamamı HİPEK ve SRC operasyonunu daha başarılı bulmuşlardır. Sistemik kemoterapiye göre alınan nicel veriler ile ki-kare test analizi yapılmış, HİPEK ve SRC operasyonunun daha başarılı olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($P<0.05$).

Hemşireler ile yapılan çalışmada katılımcıların tamamı HİPEK ve SRC operasyonunu başarılı bulduklarını fakat ameliyat sonrası enfeksiyon riskinin büyük bir problem olduğunu, yaşam kalitesinde ve konforunda azalmaya sebep olabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Nitel veriler ile yapılan analizler ve değerlendirmeler sonucunda ise HİPEK ve SRC operasyonunun hemodinamik değişkenlerin fazla olması aynı zamanda uzun süren ve dikkat gerektiren bir işlem olması, hasta ve hemşirelerin psikolojik desteğe ihtiyaç gereksinimini arttırdığı gözlemlenmektedir. Bu alanda çalışacak donanımlı ve bilgili hemşire ihtiyacı olduğu, iyi bir ekip çalışması gerektiren işlemler olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

5.2 Yargı

Bu çalışma over kanseri tanısı alan hastalarda Sitoredüktif Cerrahi ve Hipertermik İntraperitoniyal Kemoterapi operasyonuna katılan hemşirelerini deneyimlerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Katılımcı tanılama formları ile hemşirelerin deneyimleri yüzyüze görüşme tekniği uygulanarak analiz edildi.

Bu doğrultuda ağırlıklı kadınlardan oluşan 46 hemşirenin deneyimleri ele alınmış ve yapılan karma çalışma ile bazı konulara dikkat çekilmiştir. Bu konular arasında ilk sırada çevresel güvenlik tedbirleri ve kemoterapik ajana maruziyet, çalışan hemşire ve sağlık personelleri açısından gerekli tedbirler alınmadığı sürece, büyük riskler ortaya çıkarabileceği gözlemlenmiştir. Ayrıca bu operasyonlara katılan hemşirelerin uzun süre ayakta kalma, işlem esnasında dikkatli ve tetikte olma, dışarıda kendilerine vakit ayıramama ve hastalarla aile bağı kurması doğrultusunda psikolojik destek gereksinimleri ortaya çıkmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda kişisel koruyucu ekipman kullanımı ve çevresel güvenlik önlemleri kapsamında eğitim eksikliği gözlemlenmiş, atık yönetimi konusunda da personellerin bilinçlenmesinin, kemoterapik ajana maruziyeti azaltacağı sonucu ortaya çıkmıştır.

5.3 Öneriler

Over kanseri hastalarda HİPEK ve SRC operasyonuna katılan hemşirelerin deneyimleri değerlendirildiğinde yapılan nicel veriler ve nitel araştırmalar ile katılımcıların bahsettiği bazı sorunlar öne çıkmaktadır.

Yapılan çalışmalar doğrultusunda katılımcılar çoğunlukla İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesinde HİPEK ve SRC operasyonlarında açık teknik uygulaması gözlemlemektedir. Gerekli çevresel önlemler ve kişisel koruyucu ekipmanlar kullanılmaktadır. Ancak yardımcı sağlık personeli, hemşire, hekim arasındaki sirkülasyondan kaynaklı koruyucu ekipman kullanımı, atık kullanımı, çevresel güvenlik tedbirleri kapsamında eğitimlerin sık aralıklarla verilmesi önerilir.

HİPEK ve SRC operasyonlarında teknik, donanımlı, pratik ve bilgili hemşireler olması gerekmektedir. Son zamanlarda güncel olan bu operasyonlar hastalar üzerinde birden çok fizyolojik değişimin görüldüğü işlemlerdir ve bu tempoya ayak uydurabilecek hemşirelere ihtiyaç vardır. Alandaki hemşirelerin yeni yetişen hemşirelere rol model olması önerilir.

Yapılan araştırmada nitel veriler ele alındığında katılımcılar hastalar ve hemşireler için psikolojik destekten bahsetmişlerdir. Bu işleme katılan hemşireler uzun süreli operasyonda kalmaya bağlı oluşabilecek fizyolojik gelişmelere ve tempoya adapte olmakta, mesleki deformasyona uğradığı gözlemlenmiştir. Hastalar da ise uzun süre yatağa bağlı kalma, taburculuk süresinin uzama durumu, operasyon sürecinin vermiş olduğu stres, anksiyete oluşumunun başlıca sebeplerinden olmuştur. Bu sebepledir ki hastaların ve hemşirelerin psikolojik desteğe ihtiyacı olduğu öngörülmüştür.

KAYNAKLAR

Aletti, G., Gostout , B., Podratz , K., & Cliby , W. (2006). Ovarian cancer surgical resectability: relative impact of disease, patient status, and surgeon. *Gynecol Oncol,* 100:33.

Angelis, R., Sant, M., Coleman, M., & Francisci, S. (2014). Cancer Survival in Europe 1999–2007 by Country and Age. *Results of EUROCARE-5—A Population-Based Study. Lancet Oncol,* 15: 23–34.

Arter , P., Reuss , A., Sehouli , J., Chiva , L., & Du Bois , A. (2017). Brief Report About the Rale of Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy in a ProspectiveRandomized Phase 3 Study in Recurrent Ovarian Cancer From Spiliotis et al. *Int J Gynecol Cancer. .,* 246-247.

Arvas, M., & Göker, B. (2002). Germ Hücreli Over Tümörleri. E. H. Güner) içinde, *Jinekolojik Onkoloji* (s. 199-245). Ankara: Çagdas Medikal Kitabevi.

Ashvin , R., & Nikhilesh , J. (2016). Preoperative Preparation and Patient Selection for Cytoreductive Surgery and HIPEC. *Indian J Surg Oncol,* 7:208.

Axtell , A., Lee , M., & Bristow , R. (2007). Multi-institutional reciprocal validation study of computed tomography predictors of suboptimal primary cytoreduction in patients with advanced ovarian cancer. *J Clin Oncol,* 25:384.

Ayhan, A., & Basaran, M. (2002). Epitelyal Over Kanserleri, 3. Baskı. E. H. Güner içinde, *Jinekolojik Onkoloji* (s. 199-245). Ankara: Çagdas Medikal Kitapevi,.

Ayhan, A., & Yapar , E. (1997). Overin Malign Hastalıkları, 'Malign Over Tümörleri, Jinekolojik Onkoloji', (Editör T. Atasü, , K. Aydınlı), , istanbul. *Logos Tıp Yayıncılık,* s. 407-477.

Baker, J., Odunuga, O., Rodabaugh , K., Reid, M., Menezes, R., & Moysich, K. (2006). Active and passive smoking and risk of ovarian cancer. *İnternational Journal of Gynecological Cancer,* 16, 211-218.

Balakrishnan , K., & Survesan , S. (2018). Anaesthetic management and perioperative outcomes of cytoreductive surgery with hyperthermic intraperitoneal chemotherapy: A retrospective analysis. *Indian J Anaesth*, 62:188.

Bhatt , A., Mittal , S., & Gopinath , K. (2016). Safety considerations for Health care Workers involved in Cytoreductive Surgery and Perioperative chemotherapy. *Indian J Surg Oncol*, 7:249.

Bilgin, T. (2004). Üreme Çağındaki Over Kanserinde Konservatif Cerrahi Hangi Olgulara Hangi Limitasyonda Yapılmalıdır? *TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*, 7: 108- 12.

Bristow , R., & Montz , F. (2001). Complete surgical cytoreduction of advanced ovarian carcinoma using the argon beam coagulator. *Gynecol Oncol*, 83:39.

Bristow , R., Tomacruz , R., & Armstrong , D. (2002). , et al. Survival effect of maximal cytoreductive surgery for advanced ovarian carcinoma during the platinum era: a meta-analysis. *J Clin Oncol*, 20:1248.

Cancer Research UK. (2016). Ovarian Cancer Symptom: http://www.cancerresearchuk.org/cancer-help/type/ovarian-cancer/about/ovarian-cancer-symptoms adresinden alındı. Erişim Tarihi:10/04/22

Cancer Research UK. (2016). Ovarian Cancer Symptoms: http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer- statistics/statistics-by-cancer-type/ovarian-cancer/survival adresinden alındı. Erişim Tarihi:10/04/22

Cancer Research UK. (2016). Ovarian Cancer Symptoms: http://www.cancerresearchuk.org/cancer help/type/ovariancancer/treatment/stages-of-ovarian-cancer adresinden alındı. Erişim Tarihi:10/04/22

Chang , S., Hodeib , M., Chang , J., & Bristow , R. (2013). Survival impact of complete cytoreduction to no gross residual disease for advanced-stage ovarian cancer: a meta-analysis. *Gynecol Oncol*, 130:493.

Chi , D., Eisenhauer , E., & Lang , J. (2006). et al. What is the optimal goal of primary cytoreductive surgery for bulky stage IIIC epithelial ovarian carcinoma (EOC)? *Gynecol Oncol*, 103:559.

Chi , D., Eisenhauer , E., & Zivanovic , O. (2009). Improved progression-free and overall survival in advanced ovarian cancer as a result of a change in surgical paradigm. *Gynecol Oncol*, 114:26.

Chi , D., Franklin , C., & Levine , D. (2004). Improved optimal cytoreduction rates for stages IIIC and IV epithelial ovarian, fallopian tube, and primary peritoneal cancer: a change in surgical approach. *Gynecol Oncol*, 94:650.

Chiaffarino, F., Pelucchi , C., Parazzini, F., Negri, E., Franceschi, S., Talamini, R., . . . La Vecchia , C. (2001). Reproductive and hormonal factors and ovarian cancer, . *J. Annals of Oncology*,, 337-341,.

Chua , T., Yan , T., Saxena , A., & Morris , D. (2009). Should the treatment of peritoneal carcinomatosis by cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy still be regarded as a highly morbid procedure?: a systematic review of morbidity and mortality. *Ann Surg*, 249-900.

Coccolini , F., Corbella , D., & Finazzi , P. (2016). Time course of cytokines, hemodynamic and metabolic parameters during hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. *Minerva Anestesiol*, 82:310.

De Bree, E., & Tsiftsis , D. (2007). Principles of perioperative intraperitoneal chemotherapy for peritoneal carcinomatosis. *Recent Results Cancer Res*, 169:39.

Dedrick , R., Myers , C., Bungay , P., & DeVita, V. (2003). Yumurtalık kanseri tedavisinde peritoneal ilaç uygulamasının farmakokinetik mantığı. Cancer Treat Rep. 62: 1.

Di Giorgio , A., De Iaco , , P., De Simone , M., & Garofalo , A. (2017). Cytoreduction (Peritonectomy Procedures) Combined with Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (HIPEC) in Advanced Ovarian Cancer. *Retrospective Italian Multicenter Observation*, 914-922.

Dubé , P., Sideris , L., & Law , C. (2015). Guidelines on the use of cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy in patients with peritoneal surface malignancy arising from colorectal or appendiceal neoplasms. *Curr Oncol*, 22:e100.

Dune , N. (2003). Natural Health Solutions for PCOS, “What Do PCOS and Ovarian Cancer Have In Common?” January 22. *int. j. Cancer*.

Easty , A., Coakley, N., & Cheng , R. (2015). Safe handling of cytotoxics: guideline recommendations. *Curr Oncol*, 22:e27.

Elias , D., Gilly , F., Boutitie , F., Quenet , F., Bereder , J., & Mansvelt , B. (2010). Peritoneal colorectal carcinomatosis treated with surgery and perioperative intraperitoneal chemotherapy: retrospective analysis of 523 patients from a multicentric French study. *Clin Oncol*, 28:63–8.

Elias , D., Lefevre , J., Chevalier , J., Brouquet , A., Marchal , F., & Classe , J. (2009). Complete cytoreductive surgery plus intraperitoneal chemohyperthermia with oxaliplatin for peritoneal carcinomatosis of colorectal origin. *J Clin Oncol*, 27:681–5.

Elias, D., Honore , C., & Ciuchendea , R. (2008). Peritoneal pseudomyxoma. *results of a systematic policy of complete cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. Br J Surg*, 95:1164 –71.

Eltabbakh , G., Mount , S., & Beatty, B. (2004). Factors associated with cytoreducibility among women with ovarian carcinoma. *Gynecol Oncol*, 95:377.

Esquivel , J., Angulo , F., & Bland , R. (2000). Hemodynamic and cardiac function parameters during heated intraoperative intraperitoneal chemotherapy using the open "coliseum technique". *Ann Surg Oncol*, 7:296.

Esquivel , J., Sticca , R., Sugarbaker , P., Levine , E., Yan , T., & Alexander , R. (2007). Society of Surgical Oncology Annual Meeting. Cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy in the management of peritoneal surface malignancies of colonic origin.: a consensus statement. Society of Surgical Oncology. *Ann Surg Oncol*, 14:128-33.

Fleisher , L., Beckman , J., Brown , K., Calkins , H., Chaikof , E., & Fleischmann , K. (2008). ACC/AHA 2007 guidelines on perioperative cardiovascular evaluation and care for noncardiac surgery: executive summary—a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Anesth Analg*, 106:685-12.

Gilani , M., Karimi Zarchi , M., & Ghaemmaghami , F. (2007). A study to evaluate the utility of presurgical CA125 to predict optimal tumor cytoreduction of epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol*, 105:780.

Girgeç, S., Çalışkan, İ., & Sevil, Ü. (2015). Türkiye'deki Hemşirelerin Jinekolojik Kanserler İle İlgili Yaptığı Yüksek Lisans ve Doktora Tezlerinin İncelenmesi . *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 2: 26-38.

González-Bayón, L., González-Moreno, S., & Ortega-Pérez, G. (2006). Safety considerations for operating room personnel during hyperthermic intraoperative intraperitoneal chemotherapy perfusion. *Eur J Surg Oncol*, 32:619.

González-Moreno , S., González-Bayón, L., & Ortega-Perez, G. (2010). Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. *Rationale and technique, World J Gastrointest Oncol*, 2:68.

Greggi, S., Genuardi , M., Benedetti-Panici, P., Cento , R., Scambia , G., Neri , G., & Mancuso , S. (1990). Analysis of 138 consecutive ovarian cancer patients: incidence and characteristics of familial cases. *Gynecol Oncol*, 39:300-30.

Helderman, R., Löke, D., & Kok , H. (2019). Variation in Clinical Application of Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy. *A Review. Cancers (Basel)*, 11.

Hinkula, M., Pukkala, E., Kyyrönen, P., & Kauppila, A. (2001). İncidence of ovarian cancer of grand multiparous women-A population- based study in Finland,. *J.Cancer Causes and Control Agust*, 12, 491-500.

Hoskins , W., McGuire , W., & Brady , M. (1994). The effect of diameter of largest residual disease on survival after primary cytoreductive surgery in patients with suboptimal residual epithelial ovarian carcinoma. *Am J Obstet Gynecol*, 170:974.

Kamal , J., Elshaikh , S., Nabil , D., & Mohamad , A. (2013). The perioperative course and anesthetic challenge for cytoreductive surgery with hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. *Egypt J Anaesth*, 29:311.

Kang , S., Kim , T., & Nam , B. (2010). Preoperative serum CA-125 levels and risk of suboptimal cytoreduction in ovarian cancer: a meta-analysis. *J Surg Oncol*, 101:13.

Kramer, J., L, G., & M, H. (2000). Epidemiology of Ovarian Fallapian Tube, and Primary Peritoneal Cancers, ‘Gynecologic Cancer Contro-versies in Management’ (Ed. D. M. Gershenson, W. P. McGuire, M. Gore, M. A. Guim, G. Thomas)’da,.

Merogi , A., & Ramesh, R. (1997). Tumor-host interaction: analysis of cytokines, growth factors, and tumor-infiltrating lymphocytes in ovarian carcinomas. 28:321.

Miao , N., Pingpank , J., & Alexander , H. (2009). Cytoreductive surgery and continuous hyperthermic peritoneal perfusion in patients with mesothelioma and peritoneal carcinomatosis: hemodynamic, metabolic, and anesthetic considerations. *Ann Surg Oncol*, 16:33.

Modugno, F., Ness, R., Allen, G, O., Schildkraut , J., Davis , F., & Goodman , M. (2004). Oral contraceptive use, reproductive history, and risk of epithelial ovarian cancer in women with and without endometriosis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191 (3), 733-740, .

Moyer , H., & Delman , K. (2008). The role of hyperthermia in optimizing tumor response to regional therapy. *Int J Hyperthermia*, 24:251.

Näslund Andréasson , S., Anundi , H., Thorén , S., Ehrsson , H., & Mahteme , H. (2010, Jul 1). Is Platinum Present in Blood and Urine from Treatment Givers during Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy? *J Oncol 2010*, s. 2010:649719.

National Cancer Institute. (2015). BRCA1 and BRCA2: Cancer Risk and Genetic Testing: http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/BRCA adresinden alındı

Ndaw , S., Hanser , O., & Kenepekian , V. (2018). Occupational exposure to platinum drugs during intraperitoneal chemotherapy. Biomonitoring and surface contamination. *Toxicol Lett*, 298:171.

Ness, B, N., Cramer, D, W., Goodman, T, M., . . . H. A. (2000). Infertility, Fertility Drugs, and Ovarian Cancer: A Pooled Analysis of Case-Control Studies. *American Journal of Epidemiology*, 155, 217-223.

Ness, B., Grisso, A., Klapper, J., & Schlesselman, J. (2000). Risk of ovarian cancer in relation to estrogen and progestin dose and use charecteristics of oral contraceptiv,. *American Journal of Epidemiology*, 152, 233-241, 20.

Neuwirth , M., Alexander , H., & Karakousis , G. (2016). Then and now: cytoreductive surgery with hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC), a historical perspective. *J Gastrointest Oncol*, 7:18.

Özdoğan, M. (2021, mayıs 19). *Peritoneal mezatelyoma nedir*. https://www.drozdogan.com/peritoneal-mezotelyoma-nedir-peritonektomi-sitoreduktif-cerrahi-ve-hipek/ adresinden alındı. Erişim Tarihi: 16/06/22

P, M., Chatenoud, L., Legge, F., Mancuso, S., Greggi, S., Parazzini, F., & Paratore. (1989). Epithelial ovarian cancer and combined oral contraceptives. The WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. *Int J Epidemiol*, 18:538-54.

Patsner , B. (1990). Carbon dioxide laser vaporization of diaphragmatic metastases for cytoreduction of ovarian epithelial cancer. *Obstet Gynecol*, 76:724.

Permuth-wey, j., & Sellers, T. (2009). Epidemiology of Ovarian Cancer. *Methods Mol Biol*, 472: 413-37.

Prat , J., Olawaiye , A., & Bermudez , A. (2017). Yumurtalık, fallop tüpü ve primer peritoneal karsinom. İçinde: ,8. baskı. A. M. (Ed) içinde, *AJCC Kanser Evreleme Kılavuzu* (s. 681). Chicago.

Rankovic , V., Masirevic , V., & Pavlov , M. (2007). Hemodynamic and cardiovascular problems during modified hyperthermic intraperitoneal perioperative chemotherapy. *Hepatogastroenterology*, 54:364.

Runnebaum , I., & Stickeler , E. (2001). Epidemiological and molecular aspects of ovarian cancer risk. *J Cancer Res Clin Oncol*, 127:73-79.

Runnebaum , I., & Stickeler, E. (2001). Epidemiological and molecular aspects of ovarian cancer risk. *J Cancer Res Clin Oncol*, 127:73-79.

Rutten , M., van Meurs , H., & van de Vrie , R. (2017). Laparoscopy to Predict the Result of Primary Cytoreductive Surgery in Patients With Advanced Ovarian Cancer: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*, 35:613.

Salani , R., Axtell , A., & Gerardi , M. (2008). Limited utility of conventional criteria for predicting unresectable disease in patients with advanced stage epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol*, 108:271.

Santin , A., Hermonat , P., & Ravaggi , A. (1999). Secretion of vascular endothelial growth factor in ovarian cancer. *Eur J Gynaecol Oncol*, 20:177.

Schmidt, C., Creutzenberg , M., & Piso , P. (2008). Peri-operative anaesthetic management of cytoreductive surgery with hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. *Anaesthesia*, 63:389.

Shime , N., Lee , M., & Hatanaka , T. (1994). Cardiovascular changes during continuous hyperthermic peritoneal perfusion. *Anesth Analg*, 78:938.

Siddarthan, R., Reway, E., Billingsley, K., Gilbert, E., & Tsikitis, V. (2019, Haziran 20). Feasibility and benefits of an enhanced recovery after surgery protocol for patients undergoing cytoreductive surgery and heated intraperitoneal chemotharpy: A single institution experience. s. 219(6):1073.

Siegel, R., Ward, E., Brawley , O., & Jemal, A. (2013). Cancer Statistics, 2011 The Impact of Eliminating Socioeconomic and Racial Disparities on Premature Cancer Deaths—‖. *Cancer J Clin*, 61: 212-36.

Song , C., Park , H., Lee , C., & Griffin , R. (2005). Implications of increased tumor blood flow and oxygenation caused by mild temperature hyperthermia in tumor treatment. *Int J Hyperthermia*, 21:761.

Spiliotis , J., Halkia , E., Lianos , E., Kalantzi , N., Grivas , A., Efstathiou , E., & Giassas , S. (2015). Cytoreductive surgery and HIPEC in recurrent epithelial ovarian cancer: a prospective randomized phase III study. *Ann Surg Oncol*, 570-5.

Stuart , O., Stephens , A., Welch , L., & Sugarbaker , P. (2002). Safety monitoring of the coliseum technique for heated intraoperative intraperitoneal chemotherapy with mitomycin C. *Ann Surg Oncol*, s. 9(2):186.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). *Türkiye Kanser İstatistikleri*. 2014 Yılı Kanser İstatistikleri: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/2014-yili-turkiye-kanser-istatistikleri.html adresinden alındı.Erişim Tarihi: 15/05/22

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013.. Ankara. (2014). http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/per/belge/2013_istatistik. pdf adresinden alındı. Erişim Tarihi: 15/05/22

Tamussino , K., Lim , P., & Webb , M. (2001). Gastrointestinal surgery in patients with ovarian cancer. *Gynecol Oncol*, 80:79.

Tavani, A., Bosetti, C., Maso, L., Giordano, L., & Franceschi, S. (2004). Lifestyle factors on familial propensity to ovarian cancer. *J. Gynecologic Oncology*, 92, 922-926.

Teramukai , S., Ochiai , K., & Tada , H. (2007). PIEPOC: a new prognostic index for advanced epithelial ovarian cancer--Japan Multinational Trial Organization OC01-01. *J Clin Oncol*, 25:3302.

Tung, K., Goodman,, T, M., Wu, H, A., McDuffie, K., . . . N, L. (2004). Aggregation of Ovarian Cancer with Breast, Ovarian, Colorectal, and Prostate Cancer in First-degree Relatives, ,159. *American Journal of Epidemiology*, 750-758.

Van de Vaart , P., van der Vange , N., & Zoetmulder , F. (1998). Intraperitoneal cisplatin with regional hyperthermia in advanced ovarian cancer: pharmacokinetics and cisplatin-DNA adduct formation in patients and ovarian cancer cell lines. *Eur J Cancer*, 34:1.

Villa , A., El Balkhi , S., & Aboura , R. (2015). Evaluation of oxaliplatin exposure of healthcare workers during heated intraperitoneal perioperative chemotherapy (HIPEC). *Ind Health*, 53:28.

Verwaal , V., Van Tinteren , H., Ruth , S., & Zoetmulder , F. (2004). Toxicity of cytoreductive surgery and hyperthermic intra-peritoneal chemotherapy. *J Surg Oncol*, 85:61.

Webb , P., Purdie , D., Grover , S., Jordan , S., Dick , M., & Green , A. (2004). Symptoms and diagnosis of borderline, early and advanced epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol*, 92:232-239.

Webb, C., Weyker , P., Moitra , V., & Raker , R. (2013). An overview of cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemoperfusion for the anesthesiologist. *Anesth Analg*, 116:924.

Weil, M., & Chen, A. (2011). PARP Inhibitor Treatment in Ovarian and Breast Cancer. *Curr Probl Cancer, .*, 35 (1): 7–50.

Wilkens, L., Wu, A., McDuffie, K., Nomura, A., Kolonel, L., Terada, K., & D, M. (2005). Goodman Effect of Anovulation Factors on Pre- and Postmenopausal Ovarian Cancer Risk: Revisiting the Incessant Ovulation Hypothesis Am. , February 15. *J. Epidemiol*, 161(4): 321 – 329.

Wimberger , P., Lehmann , N., & Kimmig , R. (2007). Prognostic factors for complete debulking in advanced ovarian cancer and its impact on survival. An exploratory analysis of a prospectively randomized phase III study of the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Ovarian Cancer Study Group AGO-OVA. *Gynecol oncol*, 106-69.

Witkamp , A., De Bree , E., Kaag , M., & Van Slooten , G. (2001). Extensive surgical cytoreduction and intraoperative hyperthermic intraperitoneal chemotherapy in patients with pseudomyxoma peritonei. Br J Surg. 88:458–63.

Yonemura , Y., Mizumoto , A., & Ishibashi , H. (2016). A New Comprehensive Treatment for Peritoneal Metastases Using Cytoreductive Surgery Combined with Hyperthermic Intraperitoneal Chemoperfusion. In: Hyperthermic Oncology from Bench to Bedside, Kokura S, Yoshikawa T, Ohnishi T (Eds), Springer, Singapore. 371.

EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi CAN ÖMER ŞAHBAZ tarafından yürütülen "OVER KANSERİ HASTALARDA, SİTOREDÜKTİF CERRAHİ VE HİPERTERMİK İNTRAPERİTONİYAL KEMOTERAPİ OPERASYONUNA KATILAN HEMŞİRELERİN DENEYİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Amacı: Over kanseri tanısı alan hastalarda,Hipertermik İntraperitoniyal Kemoterapi ve Sitoredüktif Cerrahisi operasyonuna bağlı ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde kilit rol oynayan hemşirelerin deneyimlerini yorumlamak, bu süreçte yaşanan problemleri değerlendirmek amaçlanmıştır.

Araştırmanın İçeriği: Araştırmanın evrenini İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde jinekolojik onkoloji servisinde ve ameliyathanede çalışan, Sitoredüktif Cerrahi ve Hipertermik İntraperitoniyal Kemoterapi operasyonuna katılan hemşireler oluşturmaktadır.Toplam 46 kişi çalışmanın evreni olarak belirlenmiştir. Araştırmanın örneklemini ise 30 ameliyathane hemşiresi ve 16 jinekoloji onkoloji servis hemşiresi oluşturmaktadır.Veriler literatürde önerildiği şekilde soru formu yüzyüze derinlemesine görüşme tekniği ile uygulanacaktır.Verilerin çözümlenmesinde spss 24 paket programı ve AtlasTi uygulaması kullanılacak olup nicel veriler için frekans, yüzdelikler ve Kikare analizi; nitel veriler için kullanılan söylem analizi, içerik çözümlemesi yapılması planlanmaktadır.

Araştırmanın Nedeni: □ Bilimsel araştırma Tez ☒ışması

Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)
İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;
Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)
İmzası:

Not: *Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.*

Ek 2. T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Kararı

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

Ek 3. T.C. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Tez Çalışma Uygunluğu

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

Ek 4. T.C. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Yönetim Kurulu Kararı

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

Ek 5. Hemşire Tanılama Formu

1. Kaç yaşındasınız?

25 yaşından küçük ( ) 25-30 ( ) 30 yaşından büyük ( )

2. Cinsiyetiniz?

Erkek ( ) Kadın ( )

3. Eğitim durumunuz?

Meslek Lisesi mezunuyum ( ) Ön lisans mezunuyum ( )
Lisans mezunuyum ( ) Lisansüstü mezunuyum ( )

4. Kaç yıldır hemşirelik yapıyorsunuz?

5 yıldan az ( ) 5-10 yıl ( ) 10 yıldan fazla ( )

5. Over kanseri (Over Ca) hastalarla sık karşılaşır mısınız?

Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen ( )

6. Over ca hastalarla daha çok hangi evre de karşılaşırsınız?

Evre 1-2 ( ) Evre 3 ( ) Evre 4 ( )

7. Over kanseri (over ca) hastalarda Hipertermik İntraperitoniyal Kemoterapi (HİPEK) ve Sitoredüktif Cerrahi (SRC) operasyonuyla çok sık karşılaşır mısınız?

Evet ( ) Hayır ( )

8. Kaç yıldır Hipertermik intraperitoniyal kemoterapi (HİPEK) ve Sitoredüktif Cerrahi (SRC) operasyonu geçiren over kanseri (over ca) hastaları takip ediyorsunuz?

3 yıldan az ( ) 3-6 yıl ( ) 6 yıldan fazla ( )

9. Hastalarınızda gözlemlediğiniz kadarıyla HİPEK ve SRC operasyonu olacak over ca'lı hastalarda ameliyat öncesi dönemde farklı hazırlık prosedürleriyle karşılaşıyor musunuz?

Evet ( ) Hayır ( )

10. Evet ise gözlemlediğiniz over ca'lı hastalar da ne gibi prosedürlerle karşılaşıyorsunuz?

11. HİPEK ve SRC operasyonu geçirecek over ca'lı hastalarda gözlemlediğiniz kadarıyla ameliyat sırası dönemde komplike bir durumla karşılaşıyormusunuz?

Evet ( ) Hayır ( )

12. Evet ise gözlemlediğiniz over ca'lı hastalarda ne gibi komplikasyonlarla karşılaşabiliyorsunuz?

13. HİPEK ve SRC operasyonu olan gözlemlediğiniz over ca'lı hastalarınızda ameliyat sonrasından taburculuk işlemine kadar ki olan süreç uzamakta mıdır?

Evet ( ) Hayır ( )

14. Evet ise gözlemlediğiniz over ca'lı hastalarınızda sizce süreç neden uzamaktadır?

15. HİPEK ve SRC operasyonu geçiren gözlemlediğiniz over ca lı hastalarınızda ameliyat sonrası dönemde beklenmedik semptomlarla karşılaşıyormusunuz?

Evet ( ) Hayır ( )

16. Evet ise gözlemlerinize göre hastalarınız ne gibi semptomlar yaşayabiliyor?

---

17. Gözlemlerinize göre over ca'lı hastalarınızda HİPEK ve SRC'yi, sistemik kemoterapiye göre daha başarılı görüyor musunuz?

Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen ( )

18. Gözlemlerinize dayanarak over ca'lı hastalarda HİPEK operasyonunda hangi teknik daha sık kullanılmaktadır?

Açık Teknik ( ) Kapalı Teknik ( ) Diğer (Laparoskopik vs.) ( )

19. HİPEK ve SRC operasyonunu güncel bir yaklaşım olarak görüyor musunuz?

Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen ( )

20. Gözlemlerinize dayanarak over ca'lı hastalarınızda HİPEK ve SRC operasyonunu, sistemik kemoterapi ile kıyasladığınızda anlamlı bir mortalite değişikliği görüyor musunuz?

Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen ( )

21. Gözlemlerinize göre over ca'lı hastalarınızda Sitoredüktif Cerrahiyi, HİPEK operasyonu ile birlikte kombinasyonu olmadan başarılı buluyor musunuz?

Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen ( )

22. SRC ile birlikte yapılan HİPEK operasyonunu başarılı buluyor musunuz?

Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen ( )

23. SRC ve HİPEK operasyonunu riskli buluyor musunuz?

Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen ( )

24. Evet ise ne gibi riskler var sizce?

25. SRC ve HİPEK operasyonunu riskli buluyorsanız terminal dönem over ca hastaları için bu risk olmalı mı?

Evet ( ) Hayır ( ) Riskli bulmuyorum ( )

26. SRC ve HİPEK operasyonu olan over ca'lı hastalarınız da taburculuk planlamasında farklı prosedürler izler misiniz?

Evet ( ) Hayır ( )

27. Evet ise gözlemlediğiniz hastalarınızda ne gibi prosedürler izlenmektedir?

28. SRC ve Hipek Prosedürleri hakkında hastaların yaşadığı zorluklar arasında sayabileceğiniz bir husus var mı sizce?

……

……..

29. SRC ve Hipek Prosedürleri hakkında bu işlemlerde görev alan sizlerin yaşadığı zorluklar arasında sayabileceğiniz bir husus var mı sizce?

……

……

30. SRC ve Hipek Prosedürleri hakkındaki olumlu veya olumsuz başka bir görüşünüz veya deneyimlerinizi paylaşmak ister misiniz?

……

……..

ÖZGEÇMİŞ

Can Ömer ŞAHBAZ

Disipinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı

Eğitim

Lisans Maltepe Üniversitesi / Hemşirelik Yüksekokulu (2017)

Lise Zeyenep Kamil Anadolu Sağlık Meslek Lisesi / Hemşirelik (2013)

İş / İstihdam

Yıl	Görev
1 yıl	Servis Hemşiresi, Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
2 yıl	Kemoterapi Hemşiresi, Medicana İnternational Hospital
3 yıl	Yoğun Bakım Hemşiresi, İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi

Üyelik

Onkoloji Hemşireler Derneği (2018)

Türk Hemşireler Derneği (2022)