JAREN 2022;8(2):107-113
doi:10.55646/jaren.2022.99810

Metastatik Kolorektal Kanseri Olan Hastanın Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Postoperative Nursing Care Patient With Metastatic Colorectal Cancer: Case Report

Zeynep Kızılcık Özkan, Bülent Ünal

ÖZ

Bu çalışmada amaç metastatik kolorektal kanser nedeniyle eş zamanlı anterior rezeksiyon, sağ hepatektomi ve kolesistektomi yapılan bir hastanın Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeline göre NANDA - I Taksonomi II sınıflama sistemini uygulayarak ameliyat sonrası hemşirelik bakımını sunmaktır. Çalışma Temmuz 2018 - Ekim 2018 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde gerçekleştirildi. Hastaya etkisiz sağlık bakımı, bulantı, dengesiz beslenme; beden gereksiniminden az, bozulmuş gastrointestinal motilite işlevi, aktivite intoleransı riski, etkisiz solunum örüntüsü, banyo yapmada öz bakım eksikliği, uyku örüntüsünde bozulma olmak üzere sekiz hemşirelik tanısı koyuldu. Uygun hemşirelik girişimleri uygulandı ve bakımın sonuçları değerlendirildi. Sonuç olarak Gordon'un FSÖ modeli ve NANDA'nın hemşirelik tanılama sistemi baz alınarak uygulanan hemşirelik bakımının postoperatif derlenmeyi hızlandırdığı gözlendi.

Anahtar kelimeler: *Hemşirelik bakımı, metastatik kolorektal kanser, postoperatif dönem, eş zamanlı rezeksiyon, Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeli*

ABSTRACT

The aim of this study was to present postoperative nursing care according to the Marjory Gordon's Functional Health Patterns Model, applying the Nursing Diagnosis NANDA - I Taxonomy II classification system in a patient who underwent simultaneous anterior resection, right hepatectomy and cholecystectomy for metastatic colorectal cancer. The study was conducted in a university hospital between July 2018 and October 2018. The patient was diagnosed as eight nursing diagnoses ineffective health maintenance, nausea, imbalanced nutrition: less than body requirements, dysfunctional gastrointestinal motility, risk for activity intolerance, ineffective breathing pattern, bathing self-care deficit, disturbed sleep pattern. Appropriate nursing interventions were performed and the results of the care were evaluated. As a result, it was observed that the nursing care applied based on Gordon's FSP model and NANDA's nursing diagnostic system accelerated postoperative recovery.

Keywords: *Nursing care, metastatic colorectal cancer, postoperative period, simultaneous resection, Model of Marjory Gordon's Functional Health Patterns*

Received/Geliş: 05.02.2019
Accepted/Kabul: 24.09.2019
Published Online: 15.06.2022

Cite as: Kızılcık Özkan Z, Ünal B. Metastatik kolorektal kanseri olan hastanın ameliyat sonrası hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. Jaren. 2022;8(2):107-113.

Zeynep Kızılcık Özkan
Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Edirne, Türkiye
✉ zeynepkizilcik26@hotmail.com
ORCID: 0000-0003-1892-241X

B. Ünal 0000-0003-2538-7961
İstanbul Aydın Üniversitesi VM Medical Park Florya Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

© 2022 Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Bu, Creative Commons Atıf-Gayri Ticari 4.0 Uluslararası Lisansı altında dağıtılan açık erişimli bir makaledir.
© 2022 Gaziosmanpaşa Education and Research Hospital. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

GİRİŞ

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (International Agency for Research on Cancer- IARC) 2018 yılı raporunda küresel boyutta en sık (%10,2) gözlenen ve en çok kansere bağlı ölüme (%9,2) neden olan kanserler içerisinde kolorektal kanserlerin üçüncü sırada yer aldığı bildirilmektedir [1]. Ülkemizde 2015 yılı kanser verilerine göre kolorektal kanserler kadınlarda yüz bin kişide 14,4 insidansla, erkeklerde yüz bin kişide 23,1 insidansla en sık karşılaşılan kanserler arasında ilk üçte yer almaktadır [2]. Kolorektal kanser en sık karaciğer olmak üzere akciğer, periton, beyin, uzak lenf nodları ve diğer organlara (adrenal bez, dalak vb.) metastaz yapmaktadır [3]. Kolorektal kanserin ve metastazlarının primer tedavisi cerrahidir ve cerrahi tedavi yaşam süresini uzatmaktadır [4]. Karaciğer metastazlarının uygun hastalarda sistemik/kısmi hepatektomi ile küratif rezeksiyonu yapılabilmektedir [5]. Eş zamanlı cerrahi rezeksiyonlar düşük morbidite ve mortalite oranları ile seçilmiş hastalarda yaşam süresini arttıran güvenli bir tedavi seçeneği olarak kabul edilmektedir [6,7].

Kolorektal kanser tanısı koyulan hastalarının tedavi ve bakımını cerrah, girişimsel radyoloji, medikal ve radyasyon onkolojisi uzmanları, hemşire (uzman klinik hemşiresi ve palyatif bakım hemşiresi vb.), ekip koordinatörü gibi birçok sağlık profesyonelini içeren multidisipliner ekibin üstlenmesi kanıt düzeyi C olarak önerilmektedir [8,9]. Hemşireler, hemşirelik bakımını organize edip sistemik hale dönüştürerek hastanın sorunlarını tanılamakta ve sağlığının geliştirilmesinde gerçekçi hemşirelik girişimlerini sunmaktadırlar [10]. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüsü (FSÖ) modeli hastaya ait verilerin sistematik şekilde toplanması ve gruplandırılmasında standardizasyon sağlamaktadır [11]. Bu hemşirelik modeli ile birey 11 fonksiyonel kategoride biyopsikososyal olarak bütüncül olarak değerlendirilmektedir [12].

Bu çalışmada amaç metastatik kolorektal kanseri (mKRK) nedeniyle eşzamanlı anterior rezeksiyon, sağ hepatektomi ve kolesistektomi yapılan bir hastanın ameliyat sonrası NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association- International) Taksonomisi II sınıflama sistemine göre hemşirelik bakımını sunmaktır.

OLGU SUNUMU

Altmış bir yaşında evli olan kadın hasta, ev hanımıdır. Sigara/alkol kullanımı bulunmamaktadır. Geçirilmiş ameliyatları sağ kol fraktür redüksiyonu, tüp ligasyonu ve apendektomidir. Hasta rutinde 5 yıldır Metoprolol Suksinat 50 mg 1*1 ve Lansoprazol 30 mg1*1 kullanmaktadır. Yaşam bulguları normal (Kan basıncı: 110/70mmHg, Nabız: 84atım/dk ve vücut sıcaklığı: 36.4°C), ASA skoru 2'dir.

Hasta 3 ay önce halsizlik, kilo kaybı (~10 kg), midede yanma, konstipasyon şikayetleri ile dış merkezde gastroenteroloji polikliniğine başvurmuştur. Hemoglobin ve Hematokrit değerinde düşüklük (11g/dl Referans aralığı: 12-15 ve 33,8% Referans aralığı: 34,8-45,0) ve tümör marker değerlerinde yükseklik (CEA: 638,1 ng/ml; Ca 19-9: 219,81 U/ml; Ca 15-3: 32,67 U/ml; Ca 125: 22,9 U/ml ve AFP: 6,925 ng/ml) saptanmıştır. Yapılan endoskopik (Temmuz 2018) ve radyolojik tetkiklerin sonucunda kolonda sigmoid fleksura düzeyinde 4,5 cm'lik bir segmentte 2 cm'e varan kitle lezyonu ve karaciğer sağ lob 8. segmentte 8 cm çapında metastatik lezyon saptanmış ve hastaya mKRK tanısı koyulmuştur. Hasta tedavi amacı ile üniversite hastanesi cerrahi onkoloji bölümüne yönlendirilmiştir. Hastaya Ağustos 2018'de cerrahi öncesi rezidü karaciğer rezervini yeterli hale getirmek amacı ile perkütan portal ven embolizasyonu uygulanmıştır. Hastanın Eylül 2018'de ameliyat için genel cerrahi servisine yatışı yapılmıştır. Hastaya genel anestezi altında low anterior rezeksiyon, sağ hepatektomi ve kolesistektomi yapılmıştır. Postoperatif 0. ve 1. günde cerrahi yoğun bakım ünitesinde izlenen hastada foley sonda, santral venöz katater ve 2 adet dren bulunmaktadır. Nazogastrik tüpün 1.günde çekilmesinin ardından rejim I ile oral alıma başlanmıştır. Hasta postoperatif 2.gün servise çıkartılmış ve ilk mobilizasyonu aynı gün oda içinde gerçekleşmiştir.

Hastaya rutin ilaçlarına ek olarak Ornidazol 500 mg 2*1, İmipenem Silastatin Sodyum 500 mg 4*1, Asetilsistein 300 mg 3*1, Parasetamol 100 mg 3*1, Tramadol Hcl 100 ml (lüzum hali) intravenöz (IV) olarak, Enoksaparin Sodyum 4000 ml 2*1 subkutan olarak, TPN solüsyonu tek torba karışımı (all in one) 2580 ml (ilave: potasyum klorür 60 ml, multivitamin 10 ml ve eser element 10 mg), TDP 200 ml 2*1 ve Albümin infüzyonu 2*1 olarak IV yoldan uygulanmıştır.

Gordon'un FSÖ modeline göre hastanın hemşirelik süreci yönetimi

1. Sağlığı algılama/Sağlık yönetimi

Hasta kalın bağırsağında ve karaciğerinde yaraları olduğunu, ameliyatla bu yaralarından kurtulduğunu ifade etti. Şu anki fonksiyonel kayıplarını geçici bir durum olarak algıladığı ve tedaviye genellikle uyumlu olduğu belirlendi. Hasta ameliyat sonrası eski sağlığına kavuşmak için nasıl beslenmesi gerektiğini bilmediğini ve drenle taburcu edildiği için dren takibine ilişkin bilgilendirmeye ihtiyacı olduğunu ifade etti. Hastanın sağlık kontrolleri ve onkolojik takibin önemi hakkında yönlendirmeye gereksinimi olduğu saptandı. Evde 20 gün boyunca kullanması için antitrombotik ilaçlar reçete edildi.

Hemşirelik Tanısı 1: Etkisiz sağlık bakımı (Alan 1: Sağlığı geliştirme, Sınıf 2: Sağlık yönetimi, Kod: 00099)

Amaç: Hastanın tedavi sürecine, postoperatif beslenme düzenine ve evde bakımına yönelik bilgi eksikliğini gidermek, sağlığını geliştirmek için sorumluluk almasını sağlamak.

Hemşirelik girişimleri: Hasta yeni beslenme düzeni hakkında bilgilendirildi. Sindirimi kolay yüksek kalorili, yüksek proteinli, az yağlı ve vitamin bakımından zengin yiyecekler alması, peristaltizmi uyaracak besinlere (kepekli ekmek, meyve vb.) her öğünde yer vermesi, hazır gıdaları tüketmemesi konusunda bilgi verildi. Günlük en az 2000 ml sıvı alması önerildi. Sağlığı geliştirmek için fiziksel aktivite düzeyi arttırıldı. Hastanın/bakım vericinin dren takibi için sorumluluk alması sağlandı. Dren güvenliği için bağlantılarının kıvrılmamasına ve tıkanmamasına özen göstermesi, enfeksiyon riskine karşı dreni insizyon hattından 90 cm aşağıda tutması gerektiği belirtildi. Dren bakımında 24 saatte gelen drenaj miktarını izlemesi ve drenaj miktarı 50ml> olduğunda drenin çekilmesi için ilgili sağlık kurumuna başvurması gerektiği hakkında bilgilendirildi. Olası komplikasyon (anastomoz kaçağı, enfeksiyon vb.) belirtileri (ateş, distansiyon vb.) ve enfeksiyon kontrolünde el hijyeninin önemi anlatıldı. Hastaya taburculuk sonrası evde kullanacağı antitrombotik ve analjezik ilaçların kullanımı, klinik kontrolün önemi, yaşı ve hastalığı nedeniyle gerekli tarama yöntemleri (mamografi, kolonoskopi vb.) hakkında açıklama yapıldı.

Değerlendirme: Hasta sağlık uygulamaları hakkındaki bilgisinin arttığını belirtti ve sağlığını geliştirme konusunda sorumluluk aldı. Hastada komplikasyon gözlenmedi.

2.Beslenme ve metabolik

Üç ay öncesinde yaklaşık 10 kg kaybeden hasta postoperatif 7 gün boyunca total parenteral beslenme ile desteklendi ve 1.günde oral alımına izin verildi. Postoperatif 2.günden itibaren kusmaları olan hastanın 4.günde oralı alımı durduruldu ve 5.günde tekrar oral alım başlatıldı. Hastaya postoperatif 0-5. günlerde Albümin infüzyonu 2*1 yapıldı. Hasta mevcut diş protezini kullanamadığını, protezi takarken midesinin bulandığını belirtti. Hasta enteral solüsyonları ameliyat sonrası tolere etmede zorlandığını belirtti. Ayrıca Rejim I'den rejim II'ye geçiş sırasında kusma korkusu nedeniyle besinlere karşı önyargılı davrandığı ve metabolik gereksinimlerini karşılamaya yetmeyecek düzeyde besin aldığı ve kusma ile sonuçlanan bulantıları olduğu gözlendi (Tablo 1).

Hemşirelik Tanısı 2: Bulantı (Alan 12: Konfor, Sınıf 1: Fiziksel konfor, Kod: 00134)

Amaç: Bulantıyı azaltmak.

Hemşirelik girişimleri: Hekim istemiyle öğünlerin öncesinde antiemetik ilaç uygulandı. Yağlı besinlerden uzak durması sağlandı. Öğünler sıklaştırıldı, porsiyonlar azaltıldı. Öğün sonrasında hastanın yarı oturur pozisyonunda dinlenmesi sağlandı. Karbonatlı gargara ile ağız bakımı verildi. Kusma içerik ve miktar yönünden izlendi. Yüz bölgesine soğuk kompres uygulandı ve odanın havalandırılması sağlandı. Aldığı çıkardığı sıvı izlemi yapıldı ve hasta dehidratasyon riski açısından değerlendirildi.

Tablo 1. Hastanın Postoperatif Beslenme ve Aktivite Durumuna İlişkin Çıktıları

	1.gün (RI)	2.gün (RI)	3.gün (RI)	4.gün (RI)	5.gün (RI)	6.gün (RII)	7.gün (RII)
Alınan enteral sıvı miktarı (ml)	50	200	400	-	400	800	1500
Kusma miktarı (ml)	-	200	500	300	100	50	-
Mobilizasyon sıklığı	3 kez*	6 kez*	9 kez*	6 tur†	15 tur†	15 tur†	16 tur†

*RI; Rejim I(açık sıvı diyet), RII; Rejim II (yumuşak diyet), RIII; Rejim III (normal diyet) *Oda içi ~15 adımlık yürüyüş; †Her tur ~8 dakika sürmektedir.*

Değerlendirme: Hastanın postoperatif 5.günden itibaren bulantıları azaldı ve 7.günden itibaren bulantı gözlenmedi. Balansın dengede devam ettiği belirlendi.

Hemşirelik Tanısı 3: Dengesiz beslenme: beden gereksiniminden az (Alan 2: Beslenme, Sınıf 1: Yeme, Kod: 0002)

Amaç: Hastanın besin tolerasyonunu arttırmak ve metabolik gereksinimlerini karşılamak.

Hemşirelik girişimleri: İştahı artırmak için yemek öncesi/sonrası ağız bakımı verildi. Bulantıya neden olabilecek kötü görüntü ve kokular ortadan kaldırıldı. Öğün saatleri invaziv işlemlerden hemen sonra olmayacak şekilde düzenlendi. Beslenmenin ameliyat sonrası derlenmedeki önemi hakkında bilgi verildi. Kalori ve protein bakımından zengin yiyecekler alması sağlandı. Bağırsak sesleri dinlendi, abdominal distansiyon belirtileri ve serum albümin düzeyi, hemoglobin, total protein vb. beslenme ile ilişkili laboratuvar değerleri izlendi.

Değerlendirme: Hastanın bağırsak seslerinde artış oldukça (Postoperatif 4.günde 4, 5.günde 6 ve 6.günde 7 kez duyuldu.) ve kusma miktarı azaldıkça besin tolerasyonu arttı. Postoperatif 6. günde hastanın rejim II'ye ve 7. günde rejim III'e geçiş sağlandı. Albümin düzeyinin postoperatif dönemde 1,2-4,3 g/dl aralığında, Hemoglobin düzeyinin 8,7-11,6 g/dl ve total protein değerinin 4,9-7,3 g/dl aralığında değişiklik göstermiştir.

3.Boşaltım

Hastanın postoperatif 1. ve 2. günde abdominal distansiyonun olduğu gözlenirken, gaz çıkışının 3. günde gerçekleştiği görüldü. Foley sondası 4. günde çekildi.

Hemşirelik Tanısı 4: Bozulmuş gastrointestinal motilite işlevi (Alan 3: Boşaltım ve gaz değişimi, Sınıf 2: Gastrointestinal fonksiyon, Kod: 00196)

Amaç: Hastanın ilk dışkı çıkışını sağlamak, abdominal distansiyonu gidermek ve normal bağırsak boşaltımını sağlamak.

Hemşirelik girişimleri: Hastanın günlük yaşamındaki bağırsak boşaltım alışkanlığı sorgulandı. Her gün kahvaltı öncesi ılık su içmesi sağlandı ve her gün aynı saatte defekasyon ihtiyacını karşılaması için desteklendi. Peristaltizmi uyaran sıvı ve besinlere (meyve suyu, haşlanmış sebze vb.) diyette yer verildi ve sevdiği sıvıları (ayran vb.) alması sağlandı. Enteral sıvı alımı arttırıldı (en az 2000 ml) ve aldığı çıkardığı sıvılar izlendi. Yatak dışı aktivite düzeyi arttırıldı ve distansiyonu azaltmak için yatak içinde tolere edebildiği kadarıyla dizini göğsüne çekmesi sağlandı. Hastaya yemek sonrası semi fawler pozisyonu verildi. Bağırsak sesleri takip edildi ve hekim istemi ile potasyum (Potasyum Sitrat+Potasyum Bikarbonat içeren efervesan tablet) ve parenteral sıvı takviyesi yapıldı.

Değerlendirme: Hastanın ilk dışkı çıkışı lavman uygulaması ile postoperatif 7. günde gerçekleşti.

4. Aktivite-Egzersiz

Hastanın postoperatif dönemde yatak içinde kalma süresinin fazla olduğu, yatak içi aktivitelere aktif olarak katılım sağladığı, mobilize olmak için psikolojik olarak istekli olduğu gözlendi. Mobilizasyon sonrası yorgunluk ve halsizliği olduğunu ifade eden hastada nabız artışı (14 atım) olduğu gözlendi. Hastanın kendi kendine yıkanma aktivitelerinde bağımlı olduğu gözlendi. Hastanın ameliyattan önceki gece banyo yaptığı belirlendi. Sekresyon atılımında zorlandığı ve öksürme sırasında cerrahi dikişlerine zarar gelebileceği konusunda endişelendiği belirlendi. Triflow egzersizlerini uygularken insipirasyonda ve eksipirasyonda akciğer kapasitesinin 600 ml'nin altında olduğu gözlendi (Tablo 1).

Hemşirelik Tanısı 5: Aktivite intoleransı riski (Alan 4: Aktivite/Dinlenme, Sınıf 4: Kardiyovasküler/pulmoner yanıtlar, Kod: 00092)

Amaç: Hastanın fiziksel aktivite düzeyini arttırmak.

Hemşirelik girişimleri: Hasta mobilizasyonun yararı ve peristaltizmin sağlanması için mobilizasyonun gerekliliği konusunda bilgilendirildi ve mobilizasyon sıklığı/süresi izlendi. Hastanın mobilizasyonundaki artış olumlu geri bildirimle desteklendi. Aktivite aralarında dinlenme periyodlarına yer verildi. Yatak içinde aktif ROM egzersizleri uygulandı. Aktivite öncesi ve sonrasında nabız, solunum sayısı vb. kardiyak ve pulmoner değerler izlendi. Gece uykusu ve beslenme durumu değerlendirildi ve uyku kalitesini ve besin alımını arttırmaya yönelik önlemler alındı.

Değerlendirme: Hasta postoperatif ilk 3 gün oda içerisinde mobilize edildi. Mobilizasyon sıklığı ve

süresinin postoperatif derlenme ile eş zamanlı olarak arttığı görüldü. Düşük Hemoglobin değeri, yeterli uyuyamama ve yeterli beslenememe nedeniyle hastanın aktivite toleransının düşük olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelik Tanısı 6: Etkisiz solunum örüntüsü (Alan 4: Aktivite/Dinlenme, Sınıf 4: Kardiyovasküler/ Pulmoner yanıtlar, Kod: 00032)

Amaç: Hastanın ventilasyonunu yeterli düzeye getirmek.

Hemşirelik girişimleri: Hastaya derin solunum/ öksürük egzersizleri ve triflow ile solunum egzersizleri yaptırıldı. Öksürme egzersizleri sırasında hastanın abdominal korse takması sağlandı. Solunum sayısı, ritmi, derinliği vb. özellikler ile sekresyonun karakteri takip edildi. Semi fawler pozisyonu verildi ve hekim istemi ile mukolitik ilaç uygulandı.

Değerlendirme: İnspirasyonda triflowda kaldırılan top sayısı postoperatif 4. gün 1, 6.gün 2 olarak gözlendi. Sekresyon karakterinin beyaz ve koyu kıvamlı olduğu ancak hastanın sekresyonları postoperatif 4. günden itibaren daha rahat çıkarabildiği gözlendi.

Hemşirelik Tanısı 7: Banyo yapmada öz bakım eksikliği (Alan 4: Aktivite/Dinlenme, Sınıf 4: Öz bakım, Kod: 00108)

Amaç: Hastanın vücut temizliğini sağlamak.

Hemşirelik girişimleri: Hastanın mahremiyetine özen gösterilerek günlük yatak banyosu verildi. Saçları bone ile temizlendi ve tarandı. Banyo sonrası cilt nemlendirildi ve temiz giysiler giymesi sağlandı. Yatak banyosu verilirken cilt bütünlük açısından değerlendirildi ve pansumanın ve dren giriş yerlerinin kuru kalması sağlandı.

Değerlendirme: Hastanın bireysel hijyen gereksinimi karşılandı.

5. Uyku Dinlenme

Hasta az uyuduğunu ve dinlenmiş hissetmediğini ifade etti. Hastanın ameliyat sonrası gündüz uykularının olduğu belirlendi. Hasta uykusunun fiziksel etkenler (bulantı, sekresyon çıkaramama vb.) ve çevresel etkenler (tedavi bakım yoğunluğu vb.) nedeniyle bölündüğünü belirtti.

Hemşirelik Tanısı 8: Uyku örüntüsünde bozulma (Alan 4: Aktivite/Dinlenme, Sınıf 1: Uyku dinlenme, Kod: 000198)

Amaç: Hastanın uyku örüntüsünü düzenlemek.

Hemşirelik girişimleri: Hastanın gece uykusunu bölmemek için tedavi uygulamaları gündüz saatlerinde yoğunlaştırıldı. Özellikle kan ürünleri transfüzyonu ve albümin infüzyonu gibi uygulamalar hastanın uyku saatinden (gece 23.00) önce tamamlandı. Gece uyku süresi ve kalitesi iyileştirilmek için rutin uyku düzeni için gereken koşullar (karanlık ortam, sessizlik vb.) sağlandı. Masaj gibi nonfarmakolojik girişimler uygulandı. Hastanın gündüz aktif ve uyanık olması sağlandı. Foley kateter çekildikten sonra (postoperatif 4.gün) uyku öncesi mesanenin boşaltılması sağlandı.

Değerlendirme: Hasta gündüz uyku saatinin ½ saati geçmediğini, geceleri uyku süresinin arttığını belirtti. Uygulanan girişimlerden memnun kaldığını ifade etti.

6. Bilişsel - Algısal

Hastanın oryante ve koopere, bilişsel fonksiyonlarının (dikkat, hafıza vb.) yeterli düzeyde olduğu belirlendi. Etkin iletişim kurduğu görüldü. Hastaya refakat eden yakının sağlık profesyoneli olması nedeni ile tedavi ve bakım sürecinin işlerliğinin iyi olduğu gözlendi. Örneğin; hemşirelik bakım uygulamalarının (triflow uygulaması ve abdominal korse kullanımı vb.) doğru uygulanması, sağlık profesyonellerince yapılan bilgilendirmenin yeterli algılanması vb.

7. Kendini algılama

Hastanın ameliyata bağlı fiziksel değişimlerden beden imajının etkilenmediği belirlendi. Hastanın fizyolojik durumundaki değişikliğin geçici olduğunu kabul ettiği ve eski sağlığına tekrar kavuşabilmek için inancının ve geleceğe yönelik istek ve umutlarının olduğu belirlendi.

8. Rol-İlişki

Hasta aile ilişkilerinde problem yaşamadığını ameliyatının aile örüntülerinde işlevselliği etkilemediğini belirtti.

9. Cinsellik üreme

Hastanın 48 yaşında menapoza girdiği belirlendi. Hasta cinsel yaşamında son dönemde herhangi bir değişiklik olmadığını ifade etti.

10. Baş etme – Stres toleransı
Hastalığın ve ameliyatın fizyolojik ve psikolojik etkileri (günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık, sosyal izolasyon vb.) ile hastanın başa çıkmak için mücadele ettiği ve sosyal destek alabildiği gözlendi. Hasta önceki ameliyat deneyimleri nedeniyle postoperatif dönemin geçici bir süreç olduğunu ve sağlığına tekrar kavuşacağını bildiğini ifade etti.

11. Değer – İnanç
Hastanın sağlığı ile ilgili kararlarda ailesine danıştığı belirlendi. Hasta, ailesinin ve yakınlarının manevi destek sağladığını ifade etti.

TARTIŞMA

Metastatik kolorektal kanser; halsizlik, kilo kaybı, yorgunluk, sağ alt kadranda ağrı, iştahsızlık, bağırsak alışkanlığında değişiklik gibi şikayetlerle karakterizedir. Nadiren sarılık gözlenmekle beraber laboratuvar bulguları da sıklıkla normal seyretmektedir [13,14]. Primeri kolorektal kanser olan metastatik karaciğer lezyonu bulunan hastada da benzer şikayetlerin olduğu ve laboratuvar bulgularının (Hemoglobin ve Hematokrit değerleri hariç) normal olduğu gözlendi.

Kolorektal kanser riski 50 yaş üstü grupta görülme oranı daha yüksektir [15]. Literatürde karaciğer ve kalın bağırsak ameliyatları sonrası hastalarda yorgunluk, aktivite intoleransı, abdominal distansiyon, iştahsızlık, pıhtılaşma mekanizmasında bozukluk, solunum fonksiyonlarında değişiklik, bağırsak boşaltımında bozukluk vb. sorunların görüldüğü belirlenmiştir [14]. Abelson ve ark. çalışmalarında kolorektal cerrahi sonrası hastaların postoperatif dönemde yara bakımı, bağırsak fonksiyonlarında değişim, günlük yaşam aktiviteleri gibi konularda bilgi ve bakım gereksinimi olduğunu belirtmektedirler [16]. Çalışmada hastanın Gordon'un FSÖ modeline göre sağlığı algılama/sağlık yönetimi, beslenme ve metabolik, eliminasyon, aktivite/egzersiz, uyku/dinlenme alanlarında sorun yaşadığı belirlendi. Hastada postoperatif dönemde görülen sorunların literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Kolon cerrahisi sonrası bağırsak hareketlerindeki azalmaya bağırsak manipülasyonu, anestetik ilaçlar, ameliyat süresinin uzunluğu gibi birçok faktörün etki ettiği belirtilmektedir [17]. Hastada bağırsak hareketlerine geri dönüşte uzamanın (ilk gaz çıkışı 3.günde gerçekleşmiştir.) nedenleri; açık cerrahi, bağırsak manipülasyonu ve uzun ameliyat süresi olarak gösterilebilir.

Muangkaew ve ark. çalışmalarında eş zamanlı mKRK cerrahisi geçiren hastalarda yumuşak diyete geçiş günü ortalama 6 gün olarak belirtilirken [18] çalışmada hastanın postoperatif 6. günde rejim 2'ye geçiş yaptığı belirlendi.

Eş zamanlı mKRK cerrahisi geçiren hastalarda yapılan çalışmalarda postoperatif yatış sürelerinin ortalama 8-15 gün olduğu bildirilirken [7,18] hasta ameliyat sonrası 10. günde tek dren ile taburcu edilmiştir. Hastanın evde bakımı devam etmiş, postoperatif 20. gün dreni çekilmiş ve süturları alınmıştır.

SONUÇ

Çalışmada Gordon'un FSÖ modeli ve NANDA'nın hemşirelik tanılama sistemi baz alınarak uygulanan hemşirelik bakımının, postoperatif derlenmeyi hızlandırdığı gözlendi. Hemşirelik bakımında model kullanmak, hastanın bütüncül yaklaşımla bireysel olarak değerlendirilmesine olanak sağlamakta ve hemşirelik sürecinin kolay ilerlemesine yardım etmekte ve kaliteli hemşirelik bakımı ile hasta hemşire ilişkisinde güveni ve işbirliğini beraberinde getirmektedir. Cerrahi hemşirelerinin günümüzde sıklıkla karşımıza çıkan mKRK vakalarında, postoperatif hemşirelik bakımının kalitesini arttırmak ve hastanın bakıma katılmasını sağlamak amacıyla, Gordon'un FSÖ modeli ve NANDA'nın hemşirelik tanılama sisteminden yararlanması önerilebilir.

Yazar katkısı
Araştırma fikri ve tasarımı: ZKÖ ve BÜ; veri toplama: ZKÖ ve BÜ; sonuçların analizi ve yorumlanması: ZKÖ ve BÜ; araştırma metnini hazırlama: ZKÖ ve BÜ. Tüm yazarlar araştırma sonuçlarını gözden geçirdi ve araştırmanın son halini onayladı.

Etik kurul onayı
Hastadan araştırmaya gönüllü olarak katılım gösterdiğine ilişkin yazılı ve sözlü onay alındı.

Finansal destek
Yazarlar araştırma için finansal bir destek almadıklarını beyan etmiştir.

Çıkar çatışması
Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Author contribution
Study conception and design: ZKÖ, and BÜ; data collection: ZKÖ, and BÜ; analysis and interpretation

of results: ZKÖ and BÜ; draft manuscript preparation ZKÖ and BÜ. All authors reviewed the results and approved the final version of the manuscript.

Ethical approval
Written and verbal consent was obtained from the patient that he voluntarily participated in the study.

Funding
The authors declare that the study received no funding.

Conflict of interest
The authors declare that there is no conflict of interest.

KAYNAKÇA

1. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. 2018. URL: https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/09/pr263_E.pdf. December 21, 2018.
2. Türkiye İstatistik Kurumu. 2018. URL: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf. Şubat 21, 2019.
3. Watanabe T, Muro K, Ajioka Y, Hashiguchi Y, Ito T, Saito Y, et al. Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2016 for the treatment of colorectal cancer. Int J Clin Oncol 2018; 23(1):1-34. **[Crossref]**
4. American Cancer Society. 2018. URL: https://seer.cancer.gov/statfacts/html/colorect.html. December 21, 2018.
5. American Cancer Society, Colorectal Cancer Facts & Figures 2017-2019. 2018. URL: https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal-cancer-facts-and-figures/colorectal-cancer-facts-and-figures-2017-2019.pdf. December 21, 2018.
6. Kırkıl C, Gültürk B. Kolorektal kanserin karaciğer metastazlarında cerrahi tedavi. Fırat Tıp Dergisi 2015; 20(1):1-7.
7. Luo Y, Wang L, Chen C, Chen D, Huang M, Huang Y et al. Simultaneous liver and colorectal resections are safe for synchronous colorectal liver metastases. J Gastrointest Surg 2010; 14:1974-80. **[Crossref]**
8. Dervenis C, Xynos E, Soltropoulos G, Gouvas N, Boukovinas I, Agalanos C et al. Clinical practice guidelines for the management of metastatic colorectal cancer: a consensus statement of the Hellenic Society of Medical Oncologists (HeSMO). Annals of Gastroenterology 2016; 29(4):390-416. **[Crossref]**
9. Moran B, Cunningham C, Singh T, Sagar P, Bradbury J, Geh I, et al. Association of Coloproctology of Great Britain & Ireland (ACPGBI): guidelines for the management of cancer of the colon, rectum and anus (2017) - surgical management. Colorectal Dis 2017; 19 (Suppl 1):18-36. **[Crossref]**
10. Guimarães TMR, Amorim CT, Barbosa EFF, Mrellys DaSilva F, Farias CEL, Lopes BS. Nursing care to a patient having pulmonary tuberculosis disease and comorbidites: case report. Journal of Research: Fundamental Care Online. 2018; 10(3):683-9. **[Crossref]**
11. Acaroğlu R, Kaya H. NANDA Hemşirelik tanıları: tanımlar & sınıflandırıma 2015-2017. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2018.
12. Birol L. Hemşirelik süreci. İzmir: Ezgi Matbaacılık, 2004:133-201.
13. Akarsu M. Karaciğerin Kitle Lezyonları ve Kanserleri. In: Sivri B, Gönen Ö (Çev.Eds). Gastroenteroloji tanı ve tedavi. İstanbul: Güneş Kitabevi; 2007. s. 696-726.
14. Olgun N, Aslan FE, Fındık UY. Karaciğer Hastalıkları. In: Karadakovan A, Aslan FE (Eds). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Adana: Adana Nobel Kitabevi; 2011. s.757-92.
15. Aslan FE, Arlı ŞK. Gastrointestinal Sistem Cerrahisinde Bakım. In: Aslan FE (Ed). Cerrahi bakım vaka analizleri ile birlikte. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2017. s.473-512.
16. Abelson JS, Chait A, Shen MJ, Charlson M, Dickerman A, Yeo H. Sources of distress among patients undergoing surgery for colorectal cancer: a qualitative study. Journal of Surgical Research 2018; 226:140-9. **[Crossref]**
17. Keller D, Stein S. Facilitating return of bowel function after colorectal surgery: alvimopan and gum chewing. Clin Colon Rectal Surg 2013; 26(3):186-90. **[Crossref]**
18. Muangkaew P, Cho JY, Han HS, Yoon YS, Choi YR, Jang JY, et al. Outcomes of simultaneous major liver resection and colorectal surgery for colorectal liver metastases. J Gastrointest Surg 2016; 20(3):554-63. **[Crossref]**