Nöroonkoloji Hastasının Hemşirelik Bakımı*

*Nurten KAYA**, Hatice KAYA***

ÖZET

Nöro-onkoloji genelde, beyin ve spinal tümörler olmak üzere iki başlıktan oluşmakta ve kanserli bireyde sorunlar, hem tümör hem de uygulanan tedavi nedeni ile gelişmektedir. Öte yandan nöro-onkoloji hastasının sorunları kanserin türüne, derecesine, yerine ve mevcut semptomlara göre değişmektedir. Buna ek olarak hastanın yaşı, diğer sağlık sorunları, ailenin özellikleri, hasta ve yakınlarının baş etme yöntemleri, birey ve ailenin kansere yanıtını etkilemektedir. Bu karmaşık çerçeve göz önüne alındığında bireyin hemşirelik bakımı büyük önem taşımaktadır. Nöro-onkoloji hastalarının bakım planı, bireyin optimal bio-psiko-sosyo-kültürel işlevlerinin sağlanması, sürdürülmesi, geliştirilmesi amacına yönelik hemşirelik girişimlerini kapsamalıdır. Bu derlemede nöro-onkolojik hastalığı olan bireylerin hemşirelik bakımı ve sıklıkla görülen hemşirelik tanıları, bir hemşirelik kuramı olan Yaşam Modeli'nin ilgili Yaşam Aktiviteleri çerçevesinde açıklanmıştır.

Anahtar kelimeler: *Hemşirelik bakımı, Hemşirelik tanıları, Nöro-onkoloji, Yaşam modeli.*

ABSTRACT

Nursing Care In Neuro-Oncology Patients

Neuro-oncology commonly contains brain tumors and spinal cord tumors. Problems of neuro-oncology patients result from both cancer and therapy. Other hand the responses of the patient and family to neurologyc cancer are influenced by the type, grade, location, and presenting symptoms of the tumor. They are also influenced by the age, disabilities, family dynamics, and coping skills of the patient and family. Care of the neuro-oncology patient is comlex. Plan of care for neuro-oncology patients must be involved nursing care needs of person and implemented nursing interventions for the purpose of attaining, maintaining and promoting optimal biopsychosocial functioning. In this article, nursing care observed frequently nursing diagnosis of neuro-oncology patient is examined in line with activities living of Model of Living as a nursing theory.

Key words: Nursing care, Nursing diagnosis, Neuro-oncology, Model of living.

GİRİŞ

Nöro-onkoloji hastasının sorunları kanserin türüne, derecesine, yerine ve mevcut semptomlara göre değişmektedir. Buna ek olarak kanserli bireyin yaşı, diğer sağlık sorunları, ailenin özellikleri, hasta ve yakınlarının baş etme yöntemleri, birey ve ailenin kansere yanıtını etkilemektedir. Bu karmaşık çerçeve göz önüne alındığında bireyin hemşirelik bakımı büyük önem taşımaktadır (Hickey and Armstrong 1997a; Kaya ve Aştı 2007).

Nöro-onkoloji hastalıkları genelde, beyin ve spinal tümörler olmak üzere iki başlıkta incelenmektedir. Amerika'da beyin tümörlerinin yıllık insidansının; primer intrakranial kanserlerde 17.500, metastazdan kaynaklanan sekonder kanserlerde ise 17.400 olduğu tahmin edilmektedir. İntrakranial tümörler tüm yaş gruplarında görülmekle birlikte, erken çocukluk döneminde ve beşinci, altıncı ve yedinci on yıllarda insidansında artışın olduğu belirtilmektedir. İnsidans çok az bir farkla erkeklerde, kadınlardan daha fazla görülmektedir (100.000 de 7.9'a karşı, 9.6). Öte yandan primer spinal kord tümörleri yeni tanılanan tümörlerin % 0.5'ini, primer santral sinir sistemi tümörlerinin ise %10-15'ini oluşturmaktadır. Primer spinal kord tümörlerinin insidansı yılda 100.000'de bir vakadır. Spinal kord tümörlerinin beyin tümörlerine oranı 1:4 – 1:8'dir. Spinal tümörler, kadın ve erkekte eşit oranda görülmekte; genellikle 20-50 yaşları arasındaki bireyleri etkilemekle birlikte diğer yaş gruplarında da oluşabilmektedir. 10 yaşın altındaki çocuklarda ve yaşlılarda spinal tümörler nadirdir (Hickey and Armstrong 1997a; Hickey and Armstrong 1997b).

***IV. Nöroşirürji Hemşireliği Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur. Antalya, 18-22 Nisan 2008.**

Yard.Doç.Dr. **İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Elemanı

Çağdaş anlayış ve akılcılığa sahip hemşirenin, nöro-onkoloji hastasına bakım verirken, uygulamalarında bilimsel bir sorun çözümleme yöntemi olan hemşirelik sürecini kullanması gerekliliği günümüzde daha fazla önem kazanmaktadır. Aynı zamanda nöro-onkoloji hastasının bakımında hemşirelik sürecinin kullanılmasının yanı sıra hemşirelik sürecinin uygulanmasında, hemşirelik model ve kuramlarının rehber alınması, günümüzde tartışmasız bir hemşirelik uygulamaları ölçütü olarak kabul edilmektedir. Bu makalede nöro-onkoloji hastasında sıklıkla görülen hemşirelik tanıları ve bireyin bakımı açıklanmış, hemşirelik süreci Yaşam Modeli'nin ilgili Günlük Yaşam Aktiviteleri çerçevesinde geliştirilmiştir (Birol 2004; Kaya 2004; Kaya 2008; Roper, Logan and Tierney 1999).

NÖROONKOLOJİ HASTASININ HEMŞİRELİK BAKIMI

Santral sinir sistemini etkileyen bir kanser olgusunda hemşirelik bakımını özelleştirerek açıklamak oldukça güçtür. Çünkü bireyin hemen hemen bütün sistemleri ve tüm hastalık durumlarında olduğu gibi biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, ekonomik tüm boyutları etkilenmektedir. Bu bireylerde hemşirelik anamnezi ve nörolojik tanılama bakımın temelini oluşturur. Birey, nörolojik işlevlerinde bozulma göstergeleri açısından dikkatle izlenmelidir. Bakım planındaki uyarlamalar, bireyin değişen gereksinimlerini yansıtmalıdır. Bu nedenle nöro-onkoloji hastasına bakım veren hemşirelerin; hastalık, bakım ve tedavinin neden olduğu komplikasyon ve yan etkileri, bu komplikasyon ve yan etkilerin önlenmesine ve ortaya çıkan sorunların çözümlenmesine yönelik bakım girişimlerini iyi bilmesi gerekmektedir (Hickey and Armstrong 1997a; Hickey and Armstrong 1997b). Bu bağlamda makalede nöro-onkoloji hastasının hemşirelik bakımı, hemşirelik sürecinin aşamalarına (Tanılama, Hemşirelik Tanıları, Hemşirelik Bakımının Sonuçları, Planlama-Hemşirelik Girişimleri, Uygulama, Değerlendirme) göre incelenmiştir.

TANILAMA

Sinir sistemine ilişkin sorunları olan bireyden veri toplama, ilk karşılaşmada başlar ve aralıksız devam eder. Hemşirelik sürecinin tüm aşamalarına temel olabilmesi için, verilerin doğru ve eksiksiz toplanması çok önemlidir. Bireyin tüm boyutlarına yönelik sorunları ile ilgili veri sistematik bir şekilde elde edilmeli, bu amaçla seçilen hemşirelik modeline uygun veri toplama formatları oluşturulmalı ve elde edilen verilerin analizi ile tüm hemşirelik tanıları belirlenebilmelidir (Birol 2004; Kaya 2004; Kaya 2008).

Nöro-onkoloji Hastasının Hemşirelik Öyküsü: Yaş, cinsiyet, öz-geçmişi, soygeçmişi, olumsuz duygusal durumları, geçirdiği hastalıklar, iş yükü, bireysel ve toplumsal rolleri, sağlık bakımı kurumuna başvurma nedenleri, şikayetlerinin yeri, başlangıcı, süresi, etkilenen sistemlere ilişkin verilere yer verilmelidir.

Klinik Belirti ve Bulgular:

Beyin tümörlerinin belirti ve bulguları: Beyin tümörlerinin klasik bir belirti ve bulgusu yoktur. Hastadaki beyin tümörünün klinik belirtisi serebral dokuya basınç veya infiltrasyona, serebral ödeme, artan intrakranial basınç (ICP) gelişimine bağlıdır. Bu belirti ve bulgular üç grupta sınıflandırılabilir.

- Serebral işlevin yetmezliği, baş ağrısı ve nöbetler
- Artan ICP (İntrakranial basınç) belirti ve bulguları
- Etkilenen serebral işlev ile ilişkili bulgular (Tümör alanı ile ilişkili belirti ve bulgular) (Hickey and Armstrong 1997a).

Spinal tümörlerin belirti ve bulguları: Bireyin hemşirelik anamnezi ve nörolojik muayenesinde; spinal kordun etkilenen bölümü önem taşımakta ve etkilenen bölgeye yönelik odak tanılamanın yapılması gerekmektedir. Vertebra düzeyindeki spinal kord tümörlerinin belirti ve bulguları Tablo 1'de özetlenmiştir (Hickey and Armstrong 1997b).

Tanı testleri: Tanı testleri tıbbi tanıya yönelik olmakla birlikte, hemşirelik tanılarının belirlenmesi ve izlenmesinde yol göstericidir. Bu nedenle veri toplama kapsamında ele alınmalıdır. Sinir sistemi tümörlerinin tanısında görüntüleme yöntemleri (BT, MR vd.) büyük rol oynamaktadır.

Tablo 1. Vertabra Düzeyindeki Spinal Kord Tümörlerinin Belirti ve Bulguları (Hickey and Armstrong 1997b)

Yeri	**Belirti ve Bulgular**
SERVİKAL DÜZEY **C-4 ve altı** • Diyaframa innervasyonu ve solunumdaki potansiyel olumsuz etkileri nedeni ile oldukça tehlikelidir. • Üst kısımdaki servikal tümörler (VIII-XII) alt kranial sinirleri tutabilir.	Solunum güçlüğü riski, quadriparezi ve quadripleji, parastezi, oksipital bölgede baş ağrısı, ense sertliği. CN VIII: nistagmus; CN IX ve X: dizfaji, dizartri; CNXI: omuz silkmede güçlük, omuz ve boyun kaslarının atrofisi; CNXII: dilin deviasyonu, konuşmada güçlük, tek taraflı dil atrofisi.
C-4 ve üstü	Omuzlarda ve kollarda ağrı, parestezi, C5-C6 tutulmuşsa kolların medial yönü boyunca ağrı, C7-C8 tutulmuşsa önkol ve elin dış yan boyunca ağrı, güçsüzlük, genellikle fasciculation ile ilişkili omuz, kol ve el kaslarının atrofisi, Horner's sendromu (etkilenen tarafta ptozis, miozis ve anhidrozis), hiperaktif refleksler.
TORASİK DÜZEY **T1-12** Metastatik lezyonlar torasik bölgede meydana gelir.	Göğüs/sırtta ağrı, lezyonun lokalize olduğu yere göre motor yetersizlikler, spastik parezi, duyusal yetersizlikler (lezyon düzeyine göre), babinski refleksi pozitif, barsak ve/veya mesane işlev bozukluğu, cinsel işlev bozukluğu.
LUMBOSAKRAL DÜZEY **L-1 ile S-5**	Sıklıkla bacaklara doğru yayılan bazen perianal bölgede de hissedilebilen bel ağrısı, genellikle önce birinde daha sonra diğerinde de gelişen alt ekstremite parezi/spastisitisi, bacaklarda ve/veya bel bölgesinde his kaybı, barsak ve/veya mesane işlev bozukluğu, cinsel işlev bozukluğu, refleksler-ayak bileği, diz ani çekiş refleksleri- azalmıştır veya yoktur.

Hickey JV, Armstrong T (1997). Spinal Cord Tumors. Hickey JV (Ed). Neurological and Neurosurgical Nursing. Lippincott, Philadelphia: 531.

HEMŞİRELİK TANILARI, HEMŞİRELİK BAKIMININ SONUÇLARI VE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

Nöro-onkoloji hastasında sıklıkla görülen hemşirelik tanıları ve bu tanılara yönelik hemşirelik bakımı sonuçları ve hemşirelik girişimleri Yaşam Modelinin ilgili Günlük Yaşam Aktiviteleri doğrultusunda ele alınmıştır (Erkol 2004; Gulanick, Klopp, Galanes, Gradisher and Puzas 1998; Hickey and Armstrong 1997a; Hickey and Armstrong 1997b; Kaya ve Aştı 2007; Sparks and Taylor 1995) .

1. GÜVENLİ ÇEVRE SAĞLAMA AKTİVİTESİ

Hemşirelik Tanısı: Spinal kord ve/veya spinal sinir basısı ve kas spazmı, beyin tümörü ile ilişkili **ağrı.** ***Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*** Hasta ağrısını doğru ve tam olarak tanımlayacak, VAS'ı kullanarak ağrı yoğunluğundaki değişimleri belirtecek, hasta rahatladığını ifade edecek. ***Hemşirelik Girişimleri:*** En az dört saatte bir ağrı izlenir (ağrının kalitesi-hafif, güçlü- yeri ve diğer özellikleri, ağrıyı arttıran/azaltan etmenler belirlenir, ağrı artmadan önce hekim istemine göre analjezikler ve steroidler uygulanır, fiziksel olarak rahatı sağlanır, hareket sınırlanmış ise hareketsizliğin olumsuz etkilerinden korumaya yönelik girişimler uygulanır, ağrıyı azaltma yöntemleri öğretilir (gevşeme, hayal kurma, dikkat dağıtıcı, eğlenceli etkinlikler vb.), en etkili olan bireysel ağrı kontrol stratejilerini geliştirmesi için hasta ile işbirliği yapılır/yol gösterilir.

Hemşirelik Tanısı: Nörolojik duyumsal yetersizlikler (spinal kord basısı, beyinde ödem vb) ile ilişkili **duyusal ve algısal değişim: dokunma duyusu ve kinestetik.** ***Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*** Bazal verileri göz önüne alarak değişiklikler tanılanacak, hasta duyu kaybına uyum sağlamanın yollarını bulacak, böylece duyu kaybının günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmedeki olumsuz etkisini en aza indirecek. ***Hemşirelik Girişimleri:*** Duyusal işlevler izlenir, bozulmamış duyusal işlevin en üst düzeyi tanılanır, etkilenen alanın pozisyonu kontrol edilir ve hastaya bu yetersizliğe nasıl uyum sağlayacağı öğretilir, etkilenen alan yaralanmalardan korunur (yanma vb.), duyusal yetersizliklere bağlı ayağa kalkma ve hareket etme yeteneğinde bozulma olup olmadığı belirlenir.

Hemşirelik Tanısı: Kemik iliği baskılanması ve/veya idrar retansiyonu ile ilişkili **enfeksiyon riski.** ***Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*** Hasta ve ailesi enfeksiyonu önleyici girişimleri anladığını ifade edecek, soğuk algınlığı, yüksek ateş vb. hastalık belirti ve bulgularının işaret ettiği enfeksiyonlarla ilgili risk faktörlerini bildiğini ve enfeksiyondan korunmak için uygun önlemleri aldığını gösterecek. ***Hemşirelik Girişimleri:*** Hasta enfeksiyona neden olabilecek etmenlerden korunur, vücut ısısında artış, ağrı gibi enfeksiyonun belirti ve bulguları izlenir, hasta ve ailesine lökosit miktarının düşmesinin anlamı açıklanır.

Hemşirelik Tanısı: Trombositopeni ve/veya duyusal ve algısal değişim ve/veya fiziksel hareketin bozulması ile ilişkili **yaralanma riski.** ***Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*** Hastada yaralanma gelişmeyecek, hasta ve ailesi, yaralanmaya neden olabilecek etmenleri ve yaralanmalardan koruyucu girişimleri anladığını ifade edecek. ***Hemşirelik Girişimleri:*** Hastanın tam kan sayımı, kanama ve pıhtılaşma zamanı gibi koagülasyona ilişkin laboratuar sonuçları izlenir, hasta gizli kanama yönünden değerlendirilir (dışkı, idrar vb. izlemi), ekimoz, burun kanaması ve diş etlerinden kanama yönünden hasta tanılanır, ilişkili faktör duyusal ve algısal değişim ise etkilenen alan yaralanmalardan korunur, hastaya bu konuda bir eğitim programı hazırlanır (etkilenen ekstremitenin pozisyonunu kontrol etme, günlük olarak özellikle etkilenen kısımları izleme ve deri bütünlüğünü gözlemleme, etkilenen alanlara sıcak uygulama yapmadan önce etkilenmeyen ekstremitelerin ısısını kontrol etme, çok dikkatli olarak sıcak uygulama araç-gerecini kullanma).

2. İLETİŞİM AKTİVİTESİ

Hemşirelik Tanısı: Tedavi protokolünün amacı, yöntemi ve sonuçları; taburculuk ve evde bakım konusunda **bilgi yetersizliği.** ***Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*** Hasta tedavi protokolünün amacını hedeflerini, yöntemini taburculuk planını ve bakımı anladığını sözel olarak ifade edecek ve tanımlayacak. ***Hemşirelik Girişimleri:*** Tedavi protokolünün anlaşılma durumu irdelenir, yanlış anlamalar önlenir ve yanlış anlaşılan noktalar açıklanır, kısmi anlaşılan noktalar hastanın

anlayabileceği şekilde kapsamlı olarak açıklanır, gerektiği kadar yeni bilgiler verilir, soru sorması için hasta ve yakınları cesaretlendirilir, hasta ve yakınları gerekirse bir kaynak kişiye yönlendirilir, yazılı bir eğitim planı geliştirilir (taburculuk sonrası bakım vb.), evde bakımın önemi vurgulanır, hekime bildirmesi gereken belirti ve bulguları yazılı bir liste halinde hasta veya yakınlarına/bakımından sorumlu kişiye verilir, hekim onayı olmaksızın ilaç almaması gerektiği söylenir, hastanın randevuları düzenlenir.

Hemşirelik Tanısı: Hastalık sürecinin ve sonuçlarının belirsizliği ve/veya ağrı ile ilişkili **anksiyete.** ***Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*** Hastanın anksiyetesi azalacak veya kontrol altına alınacak. ***Hemşirelik Girişimleri:*** Anksiyetenin göstergeleri olabilecek sözel ve sözel olmayan ipuçları yönünden hasta gözlemlenir, psiko-sosyal destek sağlanır, hastanın gereksinimlerine duyarlı olunur ve mümkün olduğunca gereksinimleri hemen saptanıp karşılanır, duygularını açıklamasına fırsat verilir, yanlış anlaşılmalar düzeltilir ve sadece gerektiği kadar bilgi verilir, gerekirse uygun kaynak kişilerden konsültasyon istenir/iletişime geçmesi sağlanır, hastanın gerçekçi hedefler belirlemesine yardım edilir, anksiyeteyi azaltmanın yollarını bulması için hastaya yardım edilir (gevşeme teknikleri, dikkati başka yöne yöneltme vb.).

Hemşirelik Tanısı: Kanserin birey yaşamındaki olumsuz etkisi ile ilişkili **bireysel baş etmede yetersizlik.** ***Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*** Hasta çevresindeki olumsuz durumları değiştirmek için kararlar verecek ve bu kararlarına uygun eylemlerde bulunacak, alternatif ve sağlıklı baş etme mekanizmaları geliştirip kullanacak, durumla ilgili yardım/destek gereksinimini sözel olarak ifade edecek, var olan toplumsal kaynakları, hizmetleri tanıyacak, kendisi hakkındaki duygu ve düşüncelerini sözel olarak ifade edecek, olumlu özelliklerini tanımlayacak. ***Hemşirelik Girişimleri:*** bireyin kullandığı baş etme stratejileri belirlenir (olumlu/pozitif/sağlıklı veya olumsuz/kaçma), başarılı baş etme stratejileri geliştirmesine yardım edilir, böylece bireyin günlük yaşamına özgü beklentilerini hastalığına uyarlayabilmesi sağlanır.

3. SOLUNUM AKTİVİTESİ

Hemşirelik Tanısı: Yutma yeteneğinde bozulma, kıvamlı, aşırı sekresyon, ağrı, ödem, yorgunluk, öksürmeyi reddetme veya servikal tümör ile ilişkili **hava yollarını temizlemede etkisizlik.** ***Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*** Hasta açık / temiz bir havayolu ile solunum yapacak, solunum sayısı, hızı ve şekli normal sınırlarda olacak. ***Hemşirelik Girişimleri:*** Akciğerler sık aralarla dinlenir, yeterli solunum olup olmadığını saptamak için, solunum hızı, şekli ve spO_2 kontrol edilir, öksürme, derin solunum yapma ve sekresyonların çıkmasına yardım için, birey hareket etmeye teşvik edilir, hareketi mümkün değilse yatak içinde solunum egzersizleri yaptırılır.

4. BESLENME AKTİVİTESİ

Hemşirelik Tanısı: Kanser tedavisi ile ilişkili **konforda bozulma: akut bulantı-kusma.** ***Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*** Bulantı kontrol altına alınacak veya azaltılacak, kusma olmayacak veya kontrol altına alınacak. ***Hemşirelik Girişimleri:*** Hasta bulantı yönünden tanılanır, kolay sindirilebilen besinler ile sık aralıklarla küçük miktarlarda beslenmesi sağlanır, hekim istemindeki antiemetikleri verilir (profilaktik olarak veya bulantı olduğunda), kusma olduğunda ağızdan bir şey verilmez, sık aralar ile ağız bakımı uygulanır.

Hemşirelik Tanısı: Bulantı ve kusma, hastalık süreci ile ilişkili **beslenmede değişim: beden gereksiniminden az beslenme.** ***Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*** Hasta yeterli miktarda besin alacak. ***Hemşirelik Girişimleri:*** Hastanın 24 saatlik diyet alımı tanılanır, hastanın sevdiği ve sevmediği yiyecekler belirlenir, sık aralar ile küçük miktarlarda yiyecek sunumu yapılır, kolay sindirilebilir yiyecekler seçilir, kilo takibi yapılır.

Hemşirelik Tanısı: Servikal lokalizasyonlu tümörün etkisi, ağrının etkisiz yönetimi ile ilişkili **yutmada bozulma.** ***Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*** Hasta yeterli beslenecek, vücut ağırlığını koruyacak, doğru yemek yediğini veya yutmayı sağlayan beslenme tekniklerini uyguladığını gösterecek. ***Hemşirelik Girişimleri:*** Bireyin stresini azaltmak için, beslenme sırasında gizliliğine özen

gösterilir, oral beslenme sağlanamıyorsa nazogastrik tüp yolu ile/parenteral yol ile beslenmesi sağlanır.

5. BOŞALTIM AKTİVİTESİ

Hemşirelik Tanısı: Spinal kord basısı ve ödem ile ilişkili **idrar retansiyonu.** ***Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*** Hasta boşaltım konusundaki alışkanlıklarını tam ve doğru bir şekilde ifade edecek, tedavi düzeneklerini anladığını ifade edecek, hasta kendi kendine kateterizasayon uygulayacak. ***Hemşirelik Girişimleri:*** Hastanın boşaltım alışkanlıkları ve her bir üriner boşaltım miktarı belirlenir, aldığı-çıkardığı takibi yapılır, suprapubik distansiyon veya ağrı yönünden hasta izlenir, retansiyona yönelik tedavi ve bakım açıklanır, kalıcı katater uygulanır veya aralıklı kateterizayon planı oluşturulur, üriner sistem enfeksiyonu riskini önlemek için; mümkün olduğu kadar kısa sürede kalıcı kateteri çıkarılır, mesane eğitim programı geliştirilir (kasma-gevşeme hareketleri öğretilir, mesaneyi boşaltıktan sonra rezidüel idrar miktarı ölçülür, hastaya temiz aralıklı kateterizasyon öğretilir, her bir boşaltımda 500 ml idrar boşaltılabilecek şekilde kateterizasyon uygulama zamanı listesi oluşturulur).

Hemşirelik Tanısı: Spinal kord basısı ve ödeme sekonder peristaltizmde azalma ile ilişkili **konstipasyon.** ***Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*** Hasta alışkanlıkları doğrultusunda barsak boşaltımını sağlayacak ve sürdürecek. ***Hemşirelik Girişimleri:*** Hastanın önceki barsak boşaltım alışkanlıkları tanılanır, barsak seslerini belirlemek için abdomen dinlenir, distansiyon yönünden abdomen palpe edilir, diyette lif arttırılır, sıvı alımı arttırılır, dışkılama zamanını ayarlama ve uygun zaman ayırma, egzersiz, gizlilik ve alışkanlıklara özen gösterme gibi girişimlerle yeterli barsak boşaltımı sağlanır.

Hemşirelik Tanısı: Motor ve duyusal kayıplar, beyin tümörü, konfüzyon ile ilişkili **fonksiyonel inkontinans.** ***Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*** Hastanın idrar kaçırma sıklığı azalacak veya altına idrarını kaçırmayacak, idrar boşaltımına yardımcı uygun uyumlaştırıcı araç-gereç kullanılacak, inkontinansa neden olan etmenler belirlenecek. ***Hemşirelik Girişimleri:*** İnkontinansa katkıda bulunan başka bir neden varsa tanılanır (stres, idrar tutamama/sıkışma veya refleks inkontinansı, üriner retansiyon veya infeksiyon), duyuşsal/bilişsel yetmezlikleri değerlendirilir, motor/hareket yetmezlikleri değerlendirilir, çevresel engeller azaltılır (tuvalet mesafesi fazla ise tuvalet ve yatak arasına bir komod-sandalye şeklinde oturak koyulur, yeterli ışıklandırma sağlanır, yoldan eşyalar kaldırılır vb.), bilişsel yetersizlik söz konusu ise 2 saatte bir, her yemekten sonra ve yatmadan önce tuvalet gereksinimi hatırlatılır ve tuvalete gitmesi sağlanır, el işlevi sınırlı bireyler için; hastanın kıyafetlerini çıkarma ve giyme yeteneği değerlendirilir, kolay giyinip soyunabileceği kıyafetleri giymesi sağlanır.

6. KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME AKTİVİTESİ

Hemşirelik Tanısı: Hareketsizlik ile ilişkili **öz-bakım eksikliği.** ***Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*** Hasta öz-bakımı konusundaki kararlarını doğru verecek (örn. zaman, ürünler, yerleşim), optimal hijyen sergileyecek, yemek yeme, giyinme, tuvalet, banyo aktivitelerine fiziksel ve/veya sözel olarak katılacak, yaşamını sürdürebilmesi için gereken araç-gereci kullanabilecek. ***Hemşirelik Girişimleri:*** Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede hareketsizliğin etkileri izlenir, yetersizliklere yönelik özel girişimler uygulanır (yatak banyosu, baş banyosu vb), öz-bakım aktiviteleri bireyin katılımını sağlayacak şekilde planlanır ve uygulanır.

Hemşirelik Tanısı: Radyoterapinin neden olduğu dermatit (radyasyon dermatitlerinde deri, kızarık, güneş yanığı görünümünde, dekuamatize ve duyarlı bir hal alır) ve/veya fiziksel hareketin bozulması ile ilişkili **deri bütünlüğünde bozulma riski.** ***Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*** Basınç yaralarına yol açan faktörleri bilecek, koruyucu önlemleri uygulayacak, deri bütünlüğü sağlanacak ve sürdürülecek. ***Hemşirelik Girişimleri:*** Radyoterapi uygulanan alanın deri bakımı kurumun belirlediği protokollere göre uygulanır, deri ovulmaz, bölge güneş ışığından korunur, bu alana flaster, alkol, pudra, krem veya kozmetikleri uygulanmaz, radyoterapi uygulanacak alanı belirlemek için dermografla belirlenen çizim çıkarmaya uğraşılmaz, yıkanmaz; ilişkili faktör fiziksel hareketin bozulması ise bu tanıya ilişkin girişimler uygulanır. Yatak yaralarının gelişebileceği bölgeler, daha dikkatli kontrol edilir, derideki

çizik, kızarıklık, turgor ve tonüs kontrol edilir, hastanın pozisyonu düzenli olarak değiştirilir, deride aşırı basınç azaltılır, vücudun uç kısımları ve kemik çıkıntıları desteklenir, yatak takımlarının kuru ve buruşuksuz olmasına özen gösterilir.

Hemşirelik Tanısı: Stomatit ile ilişkili **oral mukoz membranda değişim.** ***Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*** Hasta oral kavitedeki mukoza bütünlüğünü önemseyecek, uygun oral hijyeni benimseyecek ve uygulayacak, stomatitin neden olduğu rahatsızlık ortadan kaldırılacak veya kontrol altına alınacak. ***Hemşirelik Girişimleri:*** Sık aralar ile ağız bakımı uygulanır, gliserinli swaplar ile ağız silinir, turunçgiller gibi irritasyona neden olan yiyeceklerden kaçınması söylenir, hafif ve yumuşak bir diyet düzenlenir.

7. BEDEN ISISININ KONTROLÜ AKTİVİTESİ

Hemşirelik Tanısı: Koma, intrakranial basınçta artma, beyin tümörü, enfeksiyon ile ilişkili **beden ısısında değişim riski.** ***Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*** Hastanın beden ısısı normal sınırlarda olacak. ***Hemşirelik Girişimleri:*** Hayati belirtiler izlenir, vücut ısısının değişimine neden olabilecek etmenler belirlenir ve bu etmenler kontrol altına alınır.

8. HAREKET AKTİVİTESİ

Hemşirelik Tanısı: Kas güçsüzlüğü, paralizisi ve ağrı ile ilişkili **fiziksel harekette bozulma.** ***Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*** Hastada hareketsizliğe bağlı sorunlar gelişmeyecek. ***Hemşirelik Girişimleri:*** Sekiz saatte bir motor işlev izlenir, değerlendirilir ve kaydedilir (kas gücü, kas tonüsü, yürüyüş biçimi, yatakta hareket yeteneği), harekete yardımcı araçların kullanımı öğretilir, dört saatte bir eklem açıklığı egzersizleri uygulatılır, her iki saatte bir uygun yatış pozisyonlarına göre hastaya pozisyon verilir, gerekirse destek araçları kullanılır (ayak tahtası, küçük yastıkçıklar vb.), hastayı hareket ettirmeden en az 30 dk önce analjezikler uygulanır, hareketsizliğin diğer sistemlerdeki olumsuz etkilerine yönelik girişimler planlanır (derin solunum egzersizleri, deri bakımı, rutin çevirme hareketleri), hastanın spinal kordu stabilize olduğu zaman fizyoterapistten ve meşguliyet terapistinden konsültasyon istenir.

9. ÇALIŞMA VE EĞLENCE AKTİVİTESİ

Hemşirelik Tanısı: Etkisiz baş etme, ağrı, yorgunluk, sekel oluşumu, rollerini yerine getirmede başkalarına gereksinim duyulması, ümitsizlik ve sıkıntı hisleri ile ilişkili **rol performansında değişim.** ***Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*** Hasta ev ve iş sorumluluklarını, öz-bakımını sınırlayan etmenleri belirleyecek, bireysel veya evdeki bakım sorumluluklarını yerine getirebilmesi için gereken becerileri sağlama yeteneği gösterecek, rol sorumluluklarını yerine getirebilmekten doyum ifade edecek; öte yandan aile bireyin bakımına katılacak, bireyin hasta rolünden iyi/sağlıklı role dönmesini kolaylaştıracak, anlamlı ilişkileri arttırma yollarını tartışacak. ***Hemşirelik Girişimleri:*** Birey ve ailenin bilgi gereksinimleri saptanır, rol ve sorumluluklarını yerine getirmede yardımcı olabilecek araç-gereç sağlanır, gereksinim duyduğu yardımın türü (yemek hazırlama, ev işleri vb.), miktarı belirlenir ve gereksinim duyduğu noktada bireye yardım sağlanır, sorunları ve duygularını paylaşma fırsatını verilir, sosyal destek sistemlerinden yararlanması sağlanır, bireyin bakımına aile/yakınlarının katılımı sağlanır.

10. CİNSELLİĞİ İFADE ETME AKTİVİTESİ

Hemşirelik Tanısı: Bedende yapısal veya işlevsel değişim, ağrı, yorgunluk, pozisyon almada güçlük, kemoterapötik ilaçlara bağlı empotans (erkeklerde) ile ilişkili **cinsel işlevde bozulma.** ***Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*** Kanserli birey; cinsel işlevlerine ilişkin kaygılarını, kaygılarının nedenlerini açığa çıkararak ve bunları partnerini de devreye sokarak paylaşacak, uygun cinsel aktivite deneyimleyecek. ***Hemşirelik Girişimleri:*** Kanserli bireyde cinsel yaşama ilişkin sorunlar, ya fiziksel ya duygusal ya da her ikisinden de kaynaklanabilir. Cinsel ilişkinin, kişinin kendini daha iyi hissettiği zamanlara ertelenmesi, cinsel ilişkiden önce ağrı kesicilerin, ılık bir banyo veya duş alınması, masaj uygulanması, en rahat edilen pozisyonun tespiti için cinsel birleşme sırasında farklı pozisyonların denenmesi önerilir. Ayrıca kanserli bireyde, bu aktivite ile ilgili sorunların gelişmesine neden olan

beden imgesinde bozulma, öz-güven kaybı gibi faktörler göz önüne alınmalı tüm bu duyguları partneri ile paylaşması ve tartışması sağlanır.

Hemşirelik Tanısı: Saç kaybı, yüz ve boyunda ödem, kanser tanısı ile ilişkili **beden imajında bozulma.** ***Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*** Hasta değişen beden imajını kabul edecek, vücut yapı ve işlevlerindeki değişim hakkında bilgi edinecek, öz-bakımına katılacak, vücut değişimine uyum sağlamaya başlayacak. ***Hemşirelik Girişimleri:*** Saçların tekrar uzayacağı ve saç dökülmesinin nedenleri söylenir, kişisel hijyeni sağlanır, hastanın peruk veya şık bandanalar takması ve makyaj yapması için cesaretlendirilir, hastaya duygularını ifade etmesi için fırsat verilir, bireyin beden imajı kavramını algılayış şekli değerlendirilir, birey, beden işlev ve görünümündeki değişime uyum sağlarken, mahremiyeti sağlanır, öz-saygısını arttırmak için bireysel hijyenine özen göstermesi konusunda cesaretlendirilir, bireyin yakınları tarafından kabul edilmesi, bireyin kendini kabul etmesinde önemli bir etmen olduğu için, aile ve arkadaşları ile bir araya gelmesi için cesaretlendirilir, bireyin durumunu kabul ettiğini ifade etmesini ve doğru bilgiyi edinmesini sağlamak için, beden imajındaki değişiklikler konusunda açık ve net sorular sorulur, değişen fiziksel görünümünü daha kolay kabul etmesini sağlamak için bireyin öz-değeri sağlanır.

11. UYKU AKTİVİTESİ

Hemşirelik Tanısı: Ağrı, yaşam tarzında değişimler ve/veya depresyon ile ilişkili **uyku düzeninde (örüntüsünde) bozulma.** ***Hemşirelik Bakımının Sonuçları:*** Hasta, uyumayı engelleyen faktörleri tanımlayacak, dinlenme ve aktivite arasında uygun bir denge sağlayacak, kendini dinlenmiş hissedecek, daha uzun süre uyuyabilecek. ***Hemşirelik Girişimleri:*** Bireyin uyku düzeni ve alışkanlıkları, gelişen uyku sorununun türü tanılanır, bireyin daha önceden alışkın olduğu uyku öncesi rutinlerinin (banyo, içecekler, kitap okuma vb.) uygulanması sağlanır, yatma zamanından önce kafeinli içecekleri içmemesi, ağır yiyecekler yememesi, boşaltım aktivitesini gerçekleştirmesi önerilir, bireyin bakım ve tedavi girişimleri, uyku alışkanlıkları göz önüne alınarak düzenlenir, uyku saatinde rahatlatıcı masaj yapılır, birey, uyumasına engel olan düşüncelerini paylaşması için cesaretlendirilir, gürültüsüz / sakin bir ortam oluşturulur, birey ile birlikte, gündüzleri uygulanmak üzere, bir aktivite programı (yürüyüş, fizik tedavi vb.) oluşturulur, birey ve ailesine, gevşeme yöntemleri (sakinleştirici masaj, meditasyon, derin solunum egzersizleri vb.) öğretilir, hekim istemine göre ilaçlar verilir, ilaçların etkililiği ve yan etkiler gözlenir.

UYGULAMA

Bu aşamada nöro-onkoloji hastasının bakım planı gözden geçirilir, hemşirelik bakımının sonuçlarına ulaşmak için planlanan girişimler uygulanır ve kaydedilir, bireyin gereksinimlerindeki değişimlere göre bakım planında uyarlamalar yapılır (Birol 2004; Kaya 2004; Kaya 2008).

DEĞERLENDİRME

Hemşirelik tanısının ilişkili/risk faktörleri ve/veya tanımlayıcı özellikleri, hemşirelik bakımının sonuçları, planlanan girişimlerin uygulanabilme durumu göz önüne alınarak bireyin durumu dolayısı ile bakım planının etkililiği değerlendirilir (Kaya 2008).

Nöro-onkoloji Hastasının Taburculuğunun Planlanması: Bireyin yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi, ev ve toplumsal sorumlulukları saptanmalıdır. Bazı hastalar kısa süreli bir rehabilitasyon programından sonra normal yaşamlarına dönebilmektedir. Bazıları poliklinik izlemi ile rehabilitasyona gereksinim duymadan iyileşebilmektedir. Metastatik lezyonlu hastalarda bakımın sürekliliği önemlidir. Bu bireylerin terminal dönemde hemşirelik bakımına gereksinimleri çok fazladır. Bireyin terminal dönemini geçirdiği yer neresi olursa olsun (hastane, kendi evi veya hospis) izlem mutlaka sağlanmalıdır (Hickey and Armstrong 1997a; Hickey and Armstrong 1997b).

SONUÇ

Nöro-onkoloji hastalarının bakım planı, bireyin optimal bio-psiko-sosyo-kültürel işlevlerinin sağlanması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacına yönelik hemşirelik girişimlerini kapsamalıdır. Bu derlemede nöro-onkolojik hastalığı olan bireylerde sıklıkla görülen hemşirelik tanıları ve hemşirelik bakımı, bir hemşirelik kuramı olan Yaşam Modeli'nin ilgili Günlük Yaşam Aktiviteleri çerçevesinde açıklandı.

KAYNAKLAR

Birol L (2004). Hemşirelik Süreci. Genişletilmiş 6. Basım, İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık LTD. Şti., 97-117.

Erkol G (2004). Kanser Hastasına Nöro-onkoloji Pratiği Açısından Yaklaşım. Klinik Gelişim, 17: 62-76.

Gulanick M, Klopp A, Galanes S, Gradisher G, Puzas MK (1998). Nursing Care Plans. 4.ed., St. Louis: Mosby Year-Book Inc., 512-517.

Hickey JV, Armstrong T (1997a). Brain Tumors. Hickey JV. Ed. Neurological and Neurosurgical Nursing. Philadelphia: Lippincott, 501-525.

Hickey JV, Armstrong T (1997b). Spinal Cord Tumors. Hickey JV. Ed. Neurological and Neurosurgical Nursing. Philadelphia: Lippincott, 527-539.

Kaya N (2004). NANDA hemşirelik tanıları, hemşirelik bakımı sonuçları (NOC) ve hemşirelik girişimleri (NIC) sınıflama sistemlerinin ilişkilendirilmesi. İstanbul Üniversitesi FNHYO Hemşirelik Dergisi, 13(52): 121-132.

Kaya N (2008). Yaşam Modeli. Babadağ K, Aştı T. Eds. Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti., 1-7.

Kaya N, Aştı T (2007). Larinks kanserli bireylerde hemşirelik bakımı. İstanbul Üniversitesi FNHYO Hemşirelik Dergisi, 15(59): 107-115.

Roper N, Logan W, Tierney A (1999) The Elements of Nursing a Model for Nursing Based on a Model of Living, 4.ed., Tokyo: Churchill Livingstone, 33-60.

Sparks SM, Taylor CM (1995). Nursing Diagnosis Preference Manual. 3.ed., Pennsylvania: Springhouse Co., 47, 100, 115, 300, 349.

İletişim Adresi:

Yard. Doç. Dr. Nurten Kaya

Adres/Adress:

İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

Abide-i Hürriyet Caddesi

34360 Şişli /İSTANBUL

Tel: 0.212 440 00 00/27025

Faks:0 212 224 49 90

E-mail: nurka@istanbul.edu.tr

View publication stats