

HB.PR.04	15.10.2018	Revizyon No	Revizyon tarihi	1/25
-----------------	-------------------	-------------	-----------------	------

- 1. AMAÇ:** Hastanesinde yatan özellikli hasta grubuna dahil hastaların tüm tıbbi ve psikolojik destek, bakım ve tedavilerinin kesintisiz sürdürülebilmesini sağlamaktır.
- 2. KAPSAM:** Özellikli hasta gruplarının yatan hasta kliniklerine ilk kabulünden taburculuğu ve taburculuk sonrası geçen sürede hastanemiz bünyesinde verilen sağlık hizmeti ile bu süreçte yatan hasta kliniklerinde ile hastane içerisindeki diğer birimler arasında gerçekleşen faaliyetleri ve görevli sağlık personelinin sorumluluklarını kapsar.

3. KISALTMALAR:

4. TANIMLAR:

Terminal Dönem: Yaşamsal fonksiyonların haftalar, günler, saatler içinde sonlanması beklenen süredir.

Geriatri: Yaşlıların (65 yaş ve üstü) tıbbi sorunlarına yönelik bakımı ile ilgilenen bir bilim dalıdır.

Kanser: Hücrelerin anormal, kontrolsüz büyümesi ve yayılması ve normal dokuyu istila etmesi ile karakterize bir grup hastalıktır.

Antineoplastik İlaç: Malign hücrenin büyümesini durdurma ya da geriletme amacıyla kullanılan, diğer bir anlamda bu hücrelerin gelişmesini, olgunlaşmasını ya da yayılmasını engelleyen ilaçlardır.

İstismar: İnsana kötü muamele, ihmalden, aktif olarak kötüye kullanmaya dek uzanan bir yelpaze oluşturur. Genel olarak istismar fiziksel, psikolojik ve cinsel açıdan olabilir. Yaşlı ve Çocuk İstismarı ayrıca tanımlanmıştır.

Fiziksel İstismar: Bir kaza olmaksızın, fiziksel travma ya da yaralanmalarla sonuçlanan herhangi bir davranış biçimidir.

Psikolojik İstismar: Bağırarak, hakaret etmek, korkutmak, suçlamak, göz ardı etmek ya da aşağılamak gibi örnekler psikolojik istismarı içerir.

Cinsel İstismar: Bireyin kendi rızası olmadan herhangi bir cinsel aktiviteye zorlanmasıdır.

Tecavüz Travması Sendromu: Kendi rızası isteği olmaksızın ve buna karşı zorla, saldırıya uğrayarak cinsel tecavüze maruz kalan bireydeki durumdur.

Çocuk İstismar ve İhmali: Çocuk sağlığını, fiziki ve psikolojik gelişimini olumsuz etkileyen ve bir yetişkin tarafından yapılabilen hareketlere denir.

Çocuklarda Cinsel İstismar: Psiko-sosyal ve fiziksel gelişimini tamamlamamış çocuğun, bir yetişkin ya da gelişimsel olarak kendinden büyük olan bir başka çocuk tarafından cinsel doyum için kullanılmasıdır.

Yaşlı İstismarı: Yaşlı bireyin sağlık ya da iyilik halini tehdit eden ya da zarar veren herhangi bir davranıştır. İstismar bedensel, psikolojik ya da ekonomik olabilir.

- 5. SORUMLULAR:** Bu prosedür, Hastane Yöneticisi'nin onayından sonra yürürlüğe girer. Bu prosedürün uygulanmasından hasta bakımında görev alan tüm çalışanlar sorumludur.

6. FAALİYET AKIŞI:

6.1. Genel Değerlendirme

6.1.1. Hastanemizde Özellikli Hasta Grubu Olarak Belirlenen Hastalar;

- Terminal Dönem Hastalar
- Geriatri Hastaları
- Onkolojik Tedavi Gören Hastalar
- Bağışıklık Sistemi Baskılanmış Hastalar
- İstismara Uğramış Hastalar

6.1.2. Özellikli hasta gruplarının bulunduğu bölümlerde mevzuat, bilimsel norm ve ilgili bölümün giriş çıkış kuralları doğrultusunda hareket edilir. **Refakatçi Politikası ve Ziyaretçi Kuralları** doğrultusunda refakat ve ziyaret süreci işletilir. Hekim istemi ve hasta ihtiyacı doğrultusunda refakatçi sayısı ve ziyaret sıklığı değiştirilebilir.

6.2. Terminal Dönem Hastalar Klinik Bakım Uygulamaları

6.2.1 **Amaç:** Bu dönemde hastanın rahatlığının sağlanması ve yaşam kalitesinin korunması, yaşam sonu bakımın temel hedefini oluşturur. Ne ölümü hızlandırmak, ne de yaşamı uzatmaktır. Yaşamı ve kabullenilen ölümü normal sürecinde götürmek ve yaşam kalitesini arttırmaktır.

6.2.2. Hizmet Sunum Süreçleri

- Hastanemizde hekimler tarafından değerlendirilmesi yapıldıktan sonra Acil Servis ve Polikliniklerden veya bölümler arası transferle gelen Terminal Dönem Hastalarının, Yoğun Bakım Ünitesine, Palyatif Bakım Servisine yatırılarak ve Evde Sağlık Hizmet Biriminden hizmet alması sağlanır.
- Hasta kabul, sevk, taburcu işlemleri, yaşam sonu uygulamalar ve adli vakalar dâhil olmak üzere, ilgili bölümün işlemleri gibi yapılır.
- Tetkik ve tedaviler hekim kararına göre uygulanır.
- Tüm uygulamalar ilgili formlarla kayıt altına alınır.

6.2.3. Disiplinler Arası İşbirliği

Terminal dönemdeki hasta ve yakınlarına verilecek hizmetler, aşağıda tanımlanan mesleklerin, mesleki sorumlulukları/görevleri dâhilinde gerçekleştirilir;

Hekim, Hemşire, Psikolog, Fizyoterapist, Diyetisyen, Sosyal Çalışmacı, Din Görevlisi, Eczacı

6.2.4 Hizmet Verilen Bölümler

- Yoğun Bakım Üniteleri
- Yatan hasta servisleri

6.2.5. Hizmet Verilecek Ortam Şartları

- Ani gelişebilecek durumlarda acil müdahale edebilmesi için, mümkünse hemşire bankosunun yakınında bir odaya yatırılır.
- Hasta odasında bulunan tıbbi araç ve diğer ekipmanların (çağrı zili, oksijen vb.) çalışır durumda olması sağlanır.
- Gereksinime ve isteğe göre tek kişilik hasta odasında yatması sağlanır.
- Hasta mahremiyetine özen gösterilir.
- Düşme Riski açısından değerlendirilerek, temel güvenlik önlemleri ve sonuca göre uygun önlemler alınır (Düşme Riski Figürü kullanılması, aydınlatma, yatak kenarlıklarının kaldırılması vb.).
- Havalandırmanın yeterli olması sağlanır.
- Hasta odasının, mümkün ise hastanın yaş grubuna göre (çocuk hasta vb.) düzenlenmesi sağlanır.
- Enfeksiyon kontrol önlemlerinin alınması sağlanır.
- Hasta yakınları/refakatçi için uygun ortam sağlanır.

- Hasta ziyareti, yalnızlık duygusu ve manevi destek açısından terminal dönem hastaları için destekleyicidir. Ziyaretlerin, ilgili bölümün ziyaret uygulamaları ve hasta/hasta yakınlarının gereksinimleri de dikkate alınarak yapılması sağlanır.
- Televizyon, dergi, gazete, kitap vb.nin hasta istemine ve yattığı bölüme göre hasta odasında bulunması sağlanır.
- Hastanın istemine göre dini vecibelerini yerine getirebilmesi sağlanır.

6.2.6. Gerekli Ekipmanlar

- Hemşire Çağrı Sistemi
- Aspiratör
- Oksijen
- Acil müdahale seti
- Hasta bakım uygulamalarına yönelik malzemeler (Ağız bakım seti, vücut bakım seti, pansuman malzemeleri, Kişisel Koruyucu Ekipmanlar vb.).

Gereksinime göre;

- Yürüteç/Walker
- Baston
- Tutunma Barı
- Tekerlekli Sandalye
- Sedye

6.2.7. Özel Bakım Uygulamaları ve İşlemler

Terminal dönemdeki hastada, hastalığın sürecine bağlı olarak ortaya çıkan problemler değişiklik gösterebilir. Hasta, günlük yaşam aktivitelerinin bir kısmını yerine getiremeyebilir. Bununla birlikte ailesinden ve çevresinden ayrılma kaygısı içinde olabilir. Bakım uygulamaları bu kapsamda değerlendirilerek, planlanmalı, uygulanmalı ve bakım planlarında gösterilmelidir. Hasta yakınları bu sürece dâhil edilir. Hastanın fiziksel ve ruhsal yönden rahatlığının sağlanması ve kalan yaşam süresinin kalitesinin artırılması bakım uygulamalarının temel amacıdır.

6.2.7.1. Terminal Dönemde Hastanın Tepkileri:

Ölüme karşı gösterilen tepkiler her bireyin inançları, yaşam şekli, yaşama bakışı ve kişisel özelliklerine göre değişir. Ölümü yaklaşan kişinin çevresindeki insanların davranışlarının değişmesi, terminal dönemdeki hastaların davranışlarını etkiler. Ölümün yaklaştığını bilmek, bu hastaların bazılarında korkuya neden olabilir. Ölüyor olma, acı çekme, ölüm sürecinin uzaması; dengenin kaybolması, saygınlığını yitirme, yalnız kalma ve soyutlanma duygusu, terminal dönemde hastaların en çok yaşadıkları korkulardır.

Terminal dönem hastalarının hepsi aynı değilse de ortak bazı tepkileri vardır. Yıllarca terminal dönemdeki hastalarla çalışmış olan ve onları yakından gözlemiş olan Kubler ROSS'a göre bu tepkiler; inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme şeklindedir.

İnkâr: İnkâr aşamasında olan hastaya saygı duyulmalı ancak yalnız bırakılmamalı, hasta dinlenmeli ve ona zaman ayrılmalıdır. Hasta cesaretlendirilmeli güvene dayalı bir ilişki kurulmalı ve gerçekle yüzleşecek destek verilmelidir. İnkâr, geçici bir süreçtir; bir süre sonra yerini kabullenme alır. Hastanın yaşamıyla ilgili ve ölümle ve ölüm sonrasıyla ilgili konuşmaya başlaması kabullenme aşamasına girdiğinin göstergesidir.

Öfke: İnkâr tepkileri geçmiş; yerini kabullenme, öfke, kıskançlık, içleme,→ alınganlık gibi duygular almıştır. “Neden ben?” sorusunu sormaya başlar ve bu duygu onu gergin yapar. Aşırı tepkiler göstererek isyan eder, en küçük şeylerde bile yüksek sesle tepki verir. Hasta yakınları da suçluluk ve keder içindedir. Bu durumdaki hastaya sağlık personeli hoşgörülü davranmalıdır. Konu ile ilgili hasta yakınları bilgilendirilmeli, onlarla birlikte hareket edilmelidir.

Pazarlık: Hastalar, inkâr ve öfke dönemlerinden sonra tanrı ile bir pazarlık dönemine girer. Bu pazarlık, ömürlerinin biraz daha uzaması adınadır. Sağlık personeli hastayı rahatlatarak şekilde konuşmalı, suçluluk duygularını azaltmak için destek vermelidir.

Depresyon: Depresyonun iki yönü vardır. Birincisi, hastalığının ailesine verdiği— maddi ve manevi güçlükler ile bunlara bağlı gelişen suçluluk duygusudur. Bu hastanın fonksiyonelliğini kaybettiğini düşündüğü reaktif depresyon dönemidir. İkincisi ise ölüme karşı hazırlığın yarattığı depresyondur.

Kabullenme: Terminal dönemdeki hasta, diğer evreleri yardım alarak sağlıklı bir biçimde atlatır ve bu evreye girer. Hasta yorgun ve bitkindir. Uyku süresi uzamış yalnız kalma isteği artmıştır. Kabullenme döneminde yoğun sıkıntılar azalmış, ailesinin yardım ve desteğine daha çok ihtiyaç duyduğu bir döneme girmiştir. Hasta çevresiyle iletişimini azaltır. Sözlü iletişim çok azdır, bu dönemde hasta ile geçirilen sessiz zamanlar çok kıymetlidir. Ölümünden sonra yapılması gerekenleri sıralar, son isteklerini söyler.

6.2.7.1. Hemşirenin Terminal Dönemdeki Hasta ve Ailesine Yaklaşımı:

Terminal dönemdeki hasta ailesinden ve çevresinden ayrılma kaygısı içindedir. Gelecek onun için ciddi bir endişe kaynağıdır. Bu kaygı ve endişelerden nasıl kurtulacağını bilemez. Bazı bireyler bu dönemdeki endişelerinden dini inançları sayesinde kurtulabilir. Din ve inançlar, bu dönemde birçok birey için sığınılan ve rahatlama yolu olarak görülen bir araçtır. Hemşirenin terminal dönemdeki hasta yakınlarına yaklaşımı;

- Aile bireylerinin yaşadıkları duyguların doğal olduğunu anlamalarına yardımcı olur,
- Hasta ailesi etkin dinlenir, duygu ve düşüncelerini açıkça ifade etmeleri için desteklenir,
- Ailenin mümkün olduğu kadar hasta bakımına katılması sağlanır,
- Hastanın hastalığı hakkında aileye açıklayıcı bilgiler verir,
- Hasta ailesine bilgi verilirken tıbbi terimlerden uzak, açık ve anlaşılır bir dil kullanır,
- Hastanın şikâyetlerinin giderildiği ve bakımının en iyi şekilde yapıldığı hakkında onlara güvence verir,
- Hastanın geçireceği evreler aileye anlatılır,
- Hastanın görünüşüne özen gösterilir,
- Hasta ailesinin öfkesi anlayışla karşılanır,
- Zor kararlarda aileye yardım edilir. Beyin ölümü gerçekleştikten sonra organ bağıışı, vasiyet gibi kararların alınmasında destek olunur.
- Ölüm anındaki belirtiler gözlenirse (kardiyak arrest, solunum arresti, dilate pupillalar) hekime bilgi verilir. **Mavi Kod Uygulama Talimatı**'na göre Mavi Kod bildirim yapılarak mavi kod ekibi gelene kadar hastanın damar yolu açık tutulur, oksijen desteği sağlanır ve gerekli ekipmanlar hasta başına getirilir. Hastanın hekimi, hemşiresi ve mavi kod ekibi ile hastaya gerekli müdahaleler yapılır.
- Ölüm haberi uygun ortamda verilir ve aşırı duygu yüklü ifadeler kullanılmaz,
- Ölüye fiziksel bakım verildikten sonra ailenin görmesi sağlanır,
- Aile, gerekirse destek gruplarına yönlendirilir,
- Ölen hastanın yası anlayışla karşılanır. Şiddetli kontrol yitimi olmadıkça sedatif verilmemeli, yaslarını yaşamalarına müsaade edilmelidir.
- Hastanın değerlerine, inançlarına ve kültürel tercihlerine saygı duyulur. Hasta ve ailesinin psikososyal, duygusal ve kültürel gereksinimleri uygun şekilde karşılanarak, gerektiğinde dini vecibeleri yerine getirebilmeleri için gerekli ortam ve destek sağlanır. Ailenin isteğine göre din görevlisi çağırılabilir.
- Otopsi ya da organ bağıışı gibi konularda yasa ve yönetmeliklere uygun davranılarak, kurumun bu konu üzerine çalışan organ nakli ekibi/kurul başkanı hasta yakınları ile iletişime geçmesi ve gerekliliklerin yerine getirilmesi sağlanır.

6.2.7.2. Terminal Dönemdeki Hastaların Özel Bakım Uygulamaları ve İşlemler

- **Bireysel Öz Bakım:** Terminal dönemdeki hastalar kendi bakımlarını yapamayabilir. Bakmakla sorumlu hemşire bu gereksinimlerine yardımcı olmalı gerektiğinde kendi yapmalıdır. Ağız burun ve gözlerin bakımı yapılır. Ağız ve burunda sekresyon varsa temizlenir, gerekirse ağız içi aspire edilir. Burun delikleri nemlendirilir, hastaya yan yatış pozisyonu verilir. Çatlak oluşumunu engellemek için dudaklara nemlendirici kremler sürülür. Takma dişleri varsa çıkarılır, ailesine teslim edilir. Gözlerde oluşan çapaklar temizlenir.
- **Ağrılı Hastada Bakım:** Terminal dönemdeki hastaların birçoğunda özellikle kanser hastalarında görülen bir bulgudur. Hastaların birçoğu ölümden çok ağrıdan korkar. Ağrı kesicilerin miktarı, verilmiş yöntemi hekim

tarafından belirlenir. Kanser hastalarına güçlü ağrı kesiciler, ağrı pompaları, sinir blokları kullanılmaktadır. İlaçların yanı sıra ağrının kontrolünde hasta ile iş birliğinin sağlanması da çok önemlidir. Ağrı kontrolünde temel amaç ağrının hafifletilmesi, ortadan kaldırılması ya da şiddetinin azaltılmasıdır.

- **Yorgunluğu Olan Hastada Bakım:** Yaşamın sonuna yaklaşan hastalarda görülen en rahatsız edici belirtilerden biride güçsüzlük ve yorgunluktur. Kanser ve diğer kronik hastalıklarda ortaya çıkan bu belirtinin nedeni, doku oksijenlenmesinin azalmasıdır. Güçsüzlüğün ve yorgunluğun fiziksel nedeni ağrı, enfeksiyonlar ve uykusuzluktur. Psikolojik nedeni ise anksiyete ve depresyondur. Bu hastaların dinlenmesi sağlanmalı, temel ihtiyaçlarının giderilmesine yardımcı olunmalıdır.
- **Bulantı ve Kusması Olan Hastada Bakım:** Bulantı ve kusma terminal dönem hastalarında görülen önemli bir sorundur. Özellikle yemeklerden sonra artar ve hastayı rahatsız eder. Bu durumdaki hastalara, doktor istemine göre yemeklerden önce antiemetikler ve ağız bakımı verilir. Ağız bakımı hastayı rahatlatır, iştahını açar. Ölümü yaklaşan hastanın birkaç gün yemek yememesi sorun yaratmayabilir. Hasta yemek yemesi için zorlanmamalı, yutma sorunu yoksa az miktarda sevdiği gıdalar verilmelidir.
- **Disfaji (Yutma Güçlüğü) Olan Hastada Bakım:** Yutma güçlüğü nedeniyle hastalar ağızdan gıda almak istemeyebilir. Bu durumda zorlanmamalı, parenteral beslenmeye geçilmelidir.
- **Kilo Kaybı Ve İştahsızlığı Olan Hastada Bakım:** Kilo kaybı ve iştahsızlık terminal dönem hastalarının çoğunluğunda görülmektedir. İştahsız hastalar IV olarak beslenir, hastaların aldığı, çıkardığı kontrol edilir. Almaları gereken kalori miktarı hesaplanarak hastaların beslenmesi sağlanır.
- **Konstipasyon, Diyare, İdrar İnkontinansı, Retansiyon, Distansiyonu Olan Hastada Bakım:** Yaşlı hastalarda, kanser hastalarında ve terminal dönem hastalarında görülen bulgulardır. İdrar kaçırma durumlarında hastalara kateter takılmalı ya da emici alt bezleri kullanılmalıdır. Kabız olan hastalara laksatifler verilebilir. Distansiyonu olan hastalara gaz giderici uygulamalar yapılır.
- **Şuur Bulanıklığı ve Uykusuzluğu Olan Hastada Bakım:** Hastalara uyku problemleri için sedatifler verilebilir. Hastaların şuur bulanıklığı nedeniyle çeşitli kazalara maruz kalmamaları için sağlık personeli gerekli önlemleri almalıdır.
- **Ödemli Hastada Bakım:** Daha çok invaziv girişim yerlerinde, alt ekstremitelerde ve sakral bölgede oluşur. Ödemli bölgede deri bütünlüğü kolay bozulacağından cilt bakımına önem verilir. Ödemli bölge yüksekte tutulmalıdır.
- **Hareket Kabiliyetinin Azaldığı Durumlarda Bakım:** Hareket azalmasına bağlı olarak kaslarda zayıflama görülür. Hastalar mümkün olduğu kadar yardım ve destek verilerek hareket ettirilmelidir. Sık sık pozisyonları değiştirilmeli, yatak yaralarını önlemek için havalı yataklar kullanılmalıdır. Hastalara egzersiz yaptırılır, yatakla temas eden bölgelere masaj yapılır.
- **Dispne ve Solunum Sıkıntısı Olan Hastada Bakım:** Hastaların %50'sinde görülen solunum sıkıntısını gidermek için oksijen tedavisi uygulanır. Hastalara bilinci açıksa dik oturur ya da yarı dik oturur pozisyon verilir. Ağızda sekresyon birikmemesi için ağız ve boğaz aspire edilir. Gerekirse solunan hava nemlendirilir.

- **Ateş, Titreme ve Terlemesi Olan Hastada Bakım:** Terminal dönemdeki hastaların çoğunda ateş görülür. Yüksek ateşi olanlara soğuk uygulama yapılır. Hastalar, periferik dolaşım bozulduğu için yüksek ateşe rağmen üşür. Üşüyen hastalara sıcak uygulama yapılır. Hastaya, uygun antipiretikler verilmelidir. Terleyen hastaların yatak takımları değiştirilir.

- **Taşikardisi Olan Hastada Bakım:** Hastaların nabzında bozulmalar görülür. Terminal dönem hastalarında özellikle ölüme yakın dönemde bradikardi, şoklarda taşikardi görülür. Hastaların vital bulguları sık sık alınır, gerekirse monitörize edilir.

6.2.8. Özellikli Hasta Gruplarına Özgü Ulusal-Uluslararası Geçerliliğe Sahip Değerlendirme ve Bakım Kılavuzları

- Ağrı Skalaları
- Düşme Skalası
- Glaskow Koma Skalası
- Bası Ülseri Skalası
- Nutrisyon Risk Değerlendirme Skalası
- CDC Yayınları

6.3. Geriatri Hastaları Klinik Bakım Uygulamaları

Amaç: Yaşlıya etkili ve kaliteli bakım hizmetinin verilebilmesi için, hastanın fizyolojik, psikolojik sosyo-ekonomik ve değerlendirmesini yaparak genel ve özel bakım gereksinimlerinin karşılanmasıdır.

6.3.1. Hizmet Sunum Süreçleri

- Hastanemizde hekimler tarafından değerlendirilmesi yapıldıktan sonra Acil Servis ve Polikliniklerden veya bölümler arası transferle gelen Geriatri hastaları, Yoğun Bakım Ünitesi, Palyatif Bakım Servislerine yatırılarak hizmet alması sağlanır.
- Hasta kabul, sevk, taburcu işlemleri, yaşam sonu uygulamalar ve adli vakalar dâhil olmak üzere, ilgili bölümün diğer işlemleri gibi yapılır.
- Tetkik ve tedaviler hekim kararına göre uygulanır.
- Tüm uygulamalar ilgili formlarla kayıt altına alınır.

6.3.2. Disiplinler Arası İşbirliği

Geriatri hastaları ve yakınlarına verilecek hizmetler, aşağıda tanımlanan mesleklerin, mesleki sorumlulukları/görevleri dâhilinde gerçekleştirilir;

Hekim, Hemşire, Yaşlı Bakım Teknikeri, Psikolog, Fizyoterapist, Diyetisyen, Sosyal Çalışmacı, Din Görevlisi, Eczacı

6.3.3. Hizmet Verilen Bölümler

- Yoğun Bakım Üniteleri
- Ameliyathane
- Diyaliz Ünitesi
- Görüntüleme Tetkikleri (MRG, Tomografi vb.)

6.3.4. Hizmet Verilecek Ortam Şartları

- Mümkünse hemşire bankosunun yakınında bir odaya yatırılır.
- Hasta odasında bulunan tıbbi araç ve diğer ekipmanların (çağrı zili, oksijen vb.) çalışır durumda olması sağlanmalıdır.
- Gereksinime ve isteğe göre tek kişilik hasta odasında yatması sağlanır.
- Hasta mahremiyetine özen gösterilir.

- Düşme Riski açısından değerlendirilerek, temel güvenlik önlemleri ve sonuca göre uygun önlemler alınır. (Düşme Riski Figürü kullanılması, aydınlatma, yatak kenarlıklarının kaldırılması vb.)
- Havalandırmanın yeterli olması sağlanır.
- Enfeksiyon Kontrol önlemlerinin alınması sağlanır.
- Hasta yakınları/refakatçi için uygun ortam sağlanır.
- Hasta ziyareti, yalnızlık duygusu ve manevi destek açısından Geriatri hastaları için destekleyicidir. Ziyaretler, ilgili bölümün ziyaret uygulamaları, hasta gereksinimleri de dikkate alınarak yapılması sağlanabilir.
- Televizyon, dergi, gazete, kitap vb. hasta istemine ve yattığı bölüme göre hasta odasında bulunması sağlanır.
- Hastanın istemine göre dini vecibelerini yerine getirebilmesi sağlanır.

6.3.5. Gerekli Ekipmanlar

- Hemşire Çağrı Sistemi
- Aspiratör
- Oksijen
- Acil Müdahale Seti
- Hasta bakım uygulamalarına yönelik malzemeler (Ağız bakım seti, vücut bakım seti, pansuman malzemeleri, Kişisel Koruyucu Ekipmanlar vb.).

Gereksinime göre;

- Yürüteç/Walker
- Baston
- Tutunma Barı
- Tekerlekli Sandalye
- Sedyeler

6.3.6. Özel Bakım Uygulamaları ve İşlemler

Yaşlılık bireyin, fiziksel görünüm, güç, rol ve bulunduğu konum açısından kayba uğradığı yeti yitimleri ve fiziksel hastalıkların artarak bireyin çevreye bağımlı hale geldiği bir dönemdir. Bu dönemi yaşayan insanların fiziksel ve ruhsal durumlarına yönelik yaklaşımın diğer yaş gruplarına olan yaklaşımlardan farklı olması gerekmektedir.

Bakım uygulamaları bu kapsamda değerlendirilerek, planlanmalı, uygulanmalı ve Bakım Planlarında gösterilmelidir. Hasta yakınları da bu sürece dâhil edilir.

Hastanın fiziksel ve ruhsal yönden rahatlığının sağlanması ve yaşam süresinin kalitesinin artırılması bakım uygulamalarının temel amacıdır.

6.3.6.1. Yaşlı Bireyin Değerlendirilmesi ve Veri Toplama:

Yaşlı bireye bütüncül bakım verebilmek için sistematik değerlendirme yapmak gereklidir. Hemşire aile ile birlikte yaşlı bireyin sorunları ve öncelikleri, fonksiyonel durumu, sağlık bakım gereksinimleri, çevresi, çevresi ile etkileşimi ve bakımda hedef/hedefleri değerlendirir. Yaşlı bireyin değerlendirilmesinde Gordon tarafından geliştirilen (1994) "Fonksiyonel Sağlık Modeli" kullanılabilir. Fonksiyonel sağlık modeli yaşlı birey için özel olarak geliştirilmemekle birlikte yaşlı bireyin fonksiyonelliğini ve çevresi ile etkileşimini değerlendirmeye olanak sağlayan 11 madde içermektedir. Yaşlı bireyin değerlendirmesinde fonksiyonelliği tanımlamak öncelikli hedefdir, çünkü yaşlı bireyin kendi sağlığını algılaması, yaşam tarzı ve aktiviteleri, günlük yaşam gereksinimleri, var olan destek sistemleri ve fonksiyonel yetenekleri hakkında bilgi verir. **Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Modeli;**

1. Sağlık Algılaması-Sağlık Yönetimi
2. Beslenme-Metabolik Durum
3. Boşaltım
4. Aktivite-Egzersiz Durumu
5. Uyku-Dinlenme
6. Bilişsel-Algılama Durumu

7. Kendini Algılama-Kendilik Algısı
8. Rol ve İlişkiler
9. Cinsellik-Fertilite
10. Stresle Başetme Durumu
11. Değerler ve İnançlar başlıklarını içermektedir.

Yaşlı bireyin değerlendirilmesinde Gordon'un modelinin yanı sıra çeşitli yaklaşımlar da kullanılabilir.

Tüm değerlendirme yaklaşımları;

- Sağlık öyküsü,
- Tıbbi tedavi öyküsü,
- Sistemlere ilişkin fonksiyonel durumu ve kayıpları,
- Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme düzeyi/ yeterliliği,
- Fiziksel kapasitesi,
- Hareket kapasitesi,
- Bilişsel ve mental durumu,
- Sosyal durumu,
- Psikolojik durumu başlıklarını içermelidir.

6.3.6.2. Tanılama ve Hedef Belirleme: Yaşlı bireyin değerlendirilmesi ve verilerin toplanması ile yaşlı birey ve bakım verenin var olan ve olası problemleri, bireyin sağlık ve yaşam hedefleri belirlenir. Veriler sistematik olarak değerlendirilerek hemşirelik tanısı konur. Hemşirelik tanısı hemşirenin hedefe ulaşmak için yapacağı hemşirelik uygulamalarına temel oluşturmaktadır. Geriatri hemşiresi sıklıkla aşağıda yer alan hemşirelik tanımlarını kullanır:

- Beden Gereksiniminden Fazla/Az Beslenme
- Yutma Bozukluğu
- İdrar Yapmada Değişiklik
- Konstipasyon
- Bireysel Bakımda Yetersizlik
- Aktivite İntoleransı
- Kendini Beslemede Eksiklik
- Yürümenin Bozulması
- Gaz Değişiminde Bozukluk
- Evdeki Sorumluluklarını Sürdürme ve Yürütmede Bozukluk
- Boş Vakitlerini Değerlendirmede Yetersizlik
- Tuvalet Sonrası Bakımda Yetersizlik
- Uykusuzluk
- Travma Riski
- İnfeksiyon Riski
- Kronik Ağrı
- Bellekte Bozulma
- Akut/Kronik Konfüzyon
- Beden Bilincinde Bozulma
- Ölüm Anksiyetesi
- Sosyal İzolasyon
- Üstlendiği Rolü Yerine Getirmede Değişiklik
- Sosyal İlişkilerde Bozulma
- Cinsel Yaşamda Değişim
- Cinsel Fonksiyonda Bozukluk

- Bireysel Başetmede Yetersizlik

6.3.6.3. Planlama, Uygulama ve Değerlendirme: Yaşlı bireye sunulan sağlık hizmetinin temel amacı, yaşlı bireyin kendine bakabilmesi için mevcut kapasitesini en iyi düzeyde kullanmasını sağlamaktır. Bu amaçla hastaya bakım veren hemşire yaşlı bireyin yaşam kalitesini artırmayı, fonksiyonel durumunu geliştirmeyi ve iyilik halinin geliştirilmesini hedefleyerek tanılama sürecinin ardından bakımını planlar ve uygulamalarda bulunur. Uygulama sonrasında hemşire bakım planı ile yaptığı uygulamalara yaşlı birey ve ailesinin yanıtını değerlendirir, bakım planını gözden geçirir ve gereksinimler doğrultusunda yeniden düzenler. Yaşlı bireye bakım tanımlar doğrultusunda kronik hastalıklar ve hijyenik bakım, beslenme, eliminasyon, hareket, uyku ve dinlenme, vücut ısısının düzenlenmesi, giyinme, yardımcı cihazların kullanılması, ilaç kullanımı alanlarında olmaktadır.

Kronik Hastalıklarda Bakım: Yaşlı bireylerde sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon, kalp hastalıkları, diyabet, kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kas-iskelet sistemi hastalıkları, demans-depresyon gibi ruhsal hastalıklar ve görsel, işitsel sorunlardır. Yaşlı bireylerde savunma mekanizmasında zayıflama -deri, akciğer ve sindirim sistemi gibi giriş bölgelerinde konakçı savunmasında zayıflama, fizyolojik işlevlerde azalma- karaciğer kan akışı ve glomerüler filtrasyon hızında azalma, altta yatan ve eşlik eden farklı hastalıkların bir arada olması çevresel etkenlere karşı duyarlılığı artırmakta ve başetmeyi güçleştirmektedir. Yaşlıda oluşan bu değişimler homeostazisin kolaylıkla bozulmasına ve solunum yetmezliği, anemi gelişmesine neden olmaktadır. Yaşlı bireyde sık görülen hipertansiyon, diyabet ve diğer kronik hastalıkların tanısı, izlemi, tedavisi ve yönetimi, tansiyon ölçümü, diyet ve egzersiz uygulamaları gibi konularda eğitim, danışmanlık yapılmalıdır. Yaşlı birey ve yakınlarına uzun süre yatak istirahatinin pulmoner tromboemboli, venöz yetmezlik, ödem gibi komplikasyonların belirtileri ve bu komplikasyonları önleyici uygulamalar konularında eğitim, bakım ve danışmanlık yapılmalıdır. Yaşlılığa bağlı olarak enzim aktivitelerinin azalması, reflekslerin yavaşlaması, cevap zamanının uzaması, nöronlar arası bağlantının zayıflaması, kronik hipoksi, ilaçlar, hastalıklar sindirim sistemi sorunlarına, hareketlerin yavaşlamasına ve egzersiz toleransının azalmasına, algılama zayıflığına ve konfüzyona neden olabilmektedir. Hemşire bu değişiklikleri dikkate alarak yaşlıda beslenme, hareket, egzersiz ve algılama özelliklerini dikkate alarak eğitim ve bakım uygulamalarını planlamalıdır. Postmenopozal dönem, osteoblast aktivitede bozulma, kemik kütlelerinde azalma, omurga değişiklikleri osteoporoz ve kırıklara neden olmaktadır. Osteoporozun önlenmesi ve erken tanısında, düşmelerin ve kırıkların önlenmesinde hemşirenin eğitici ve danışmanlık rollerini kullanması gerekmektedir. Yaşlı bireylerde ayak sorunları, uygun olmayan ayakkabı, terlik giyme, yürüme ile ilgili gelişen motor değişimler, algılama değişiklikleri, hipertansiyon, kas zayıflığı, uykusuzluk, beceriksiz ve yavaş hareketlere ve kazaya neden olmaktadır. Yaşlı bireyde kazaların önlenmesinde hemşire çevre düzenlemeleri, tansiyonun kontrol altına alınması, ilaçların yan etkisinin izlenmesi, konfüzyon, duyu ve motor bozukluklarının tedavisi, uygun giyinme, tutunma barlarının kullanılması, aydınlatmanın düzenlenmesi gibi önlemlerin alınmasında önemli rollere sahiptir. Yaşlı bireyin genel durumunun değerlendirilmesi ve mevcut hastalıkların kontrolü ve yeni sorunların gelişmesini önlemek için hemşire düzenli sağlık kontrollerinin önemini yaşlı ve ailesine anlatmalıdır.

Hijyenik Bakım: Yaşlı bireyde meydana gelen değişiklikler nedeniyle deri bakımı ve genel hijyenik bakım önemlidir. Deri altı yağ dokusu azaldığı ve deri elastikiyeti kaybolduğu için dekübit riski fazladır. Deri kuruduğu için haftada 1-2 kez yumuşak sabun ile banyo önerilir. Banyodan sonra meme, koltuk altı, ayak parmak aralarının iyice kurulması mantar infeksiyonlarının önlenmesi için önemlidir. Banyodan sonra cildin lanolin ya da vazelin ile yağlanması ve masaj yapılması önerilmektedir. Yaşlılarda dolaşım yetersizliği ve diyabet nedeniyle ayak bakımı özellikle önemlidir. Parmak araları, tırnak kenarları ve ayak tabanı her gün düzenli kızarıklık, şişme, deri bütünlüğünde bozulma açısından incelenmelidir. İnceleme yaşlı bireyin görme kayıpları düşünüldüğünde başka biri tarafından da yapılmalıdır. Ayak bakımında ılık su tercih edilmeli, deterjan gibi maddeler kullanılmamalıdır. Nasır ve tırnaklar ılık suda bekletilmeli, üzerine vazelin

sürülmelidir. Nasırlar ilgili yardımcı materyal ile ovularak yumuşatılmalı, kesici aletler kullanılmamalıdır. Tırnaklar yumuşadıktan sonra düz tırnak olarak kısaltılmalıdır. Yaşlı birey çıplak ayakla dolaşmaması, pamuklu-sıkmayan çoraplar ve ayağı kavrayan yürüme için uygun ve mümkünse kapalı terlik giymesi konularında yönlendirilmelidir. Yaşlı bireylerde sık görülen infeksiyon hastalıklarından korunma ve hijyen önlemleri, erken tanı ve belirtilerin izlenmesi önemlidir. Azalan gözyaşı ya da göz pınarı tıkanıklığı, gözyaşının sürekli dışarıya akması irritasyonlara ve göz infeksiyonlarına neden olabilir. Kuruluk için yapay gözyaşı, göz pınarı tıkanıklığı için doktor kontrolü ile uygun tedavi ve gözyaşı drenajı için masaj önerilebilir. Yaşlı bireylerde sıklıkla karşılaşılan eksik, çürük, kırık dişler ağız sağlığını, kalp-böbrek gibi organların sağlığını etkilemekte ve beslenmeyi bozmaktadır. Bu nedenle ağız sağlığını korumaya yönelik önlemler, bakım uygulamaları önemlidir. Yaşlı bireyin ağız temizliği için kalın saplı fırçalar, protezler için fırça-temizleme tableti ya da solüsyonu kullanılabilir. Yaşlı bireye protez temizliği, diş hekimi kontrolüne düzenli gidilmesi konusunda eğitim ve danışmanlık yapılmalıdır.

Beslenme: Yaşlı bireyin beslenmesi sindirim sisteminde değişim, ağız-diş sağlığında bozulma, hastalıklar, kullanılan ilaçlar, tat almada değişimler, aktivite düzeyinde değişim gibi faktörler nedeniyle etkilenmektedir. Yaşlı bireylerin beslenme rejimini zenginleştirmek, yemek sunumunu çekici hale getirmek, öğünleri sık sık ve azar azar sunmak, protezlerin ağız yapısına uygun olmasını sağlamak yaşlı bireyin beslenme düzeyini kontrol altında tutmak için yapılacak bazı hemşirelik uygulamalarıdır.

Boşaltım: Yaşlı bireylerde görülen boşaltım problemleri sık tekrarlayan üriner infeksiyonlar, konstipasyon, üriner ve fekal inkontinanstır. Kadınlarda menopoza döneminde östrojen eksikliği sonucu ligamentlerin ve perine bağlarının gevşemesi ile; erkeklerde de prostat hipertrofisi nedeniyle mesanenin tam olarak boşalamaması nedeniyle sistit görülme sıklığı ileri yaşlarda artmaktadır. Koruyucu uygulamalar içinde 2 saatte bir mesanenin boşaltılması, sakıncası yoksa sıvı alımının artırılması, menopoza öncesi dönemde perineal kasların güçlendirilmesine yönelik Kegel egzersizlerinin yapılması yer almaktadır.

Lifli besinleri az tüketme, fiziksel hareket ve peristaltizmde azalma, kullanılan ilaçlar nedeniyle gelişen konstipasyonu önlemek için sulu ve selülozlu besin alımının artırılması ve her gün düzenli tuvalet alışkanlığının kazanılması ve aktivite düzeyinin artırılması önerilmektedir. Konstipasyon için bu uygulamalara ek olarak gerektiğinde hekim önerisi ile hafif etkili laksatifler kullanılabilir. Nörolojik ve intestinal nedenlerle gelişen inkontinansa yönelik olarak hemşire yaşlı bireye düzenli tuvalet alışkanlığı kazanması, kasları güçlendirici egzersizler yapması, yaşam tarzını düzenlemesi ve yeterli hijyenin sağlanması gibi konularda eğitim ve danışmanlık yapılmalıdır.

Hareket: Yaşlı bireyin yorucu olmayacak düzeyde günlük harekete, düzenli egzersiz programına ve dinlenmeye gereksinimi vardır. Kronik hastalığı olan yaşlıların yaklaşık yarısında aktivite sınırlılığı vardır. Yaşlı bireylerin kas koordinasyonunun ve gücünün azalması hareket kısıtlılığına neden olmakta ve kazalara yol açmaktadır. Yaşlı bireyin güvenli hareketi için ev içi ve çevre düzenlemeleri yapmak; günlük aktivitelerini ve işlerini kendisinin yapmasını teşvik etmek, sınırları dahilinde beden egzersizleri, yürüyüşleri, solunum egzersizleri, duruş ve postür egzersizleri yapmasını sağlamak önemlidir. Yaşlı bireyin kapasitesine uygun, yaşamının bir parçası olmasını sağlayacak, zorlamayan, kolay ve zevkle yapacağı egzersizler önerilmelidir.

Uyku ve Dinlenme: Yaşlı bireylerin gece sık tuvalete gitmeleri, sinir sisteminde oluşan değişiklikler, aktivite düzeyinde azalma, vücut ısısında değişim ve mevcut kronik hastalıkları uyku sorunu yaşamalarına neden olmaktadır. Yaşlı bireyin uyku sorunlarının azalmasına yönelik olarak gece hafif yemek yemesi, yatmadan önce az sıvı alması, gündüz uyumaması, ortamın ısı-aydınlık-gürültü açısından düzenlenmesi, çay-kahve gibi uyarıcı içecekleri almaması ve uykuya geçişi kolaylaştıran bireysel uygulamaları tanımlaması ve yapması önerilerinde bulunulmalıdır. Uyku ve hareket problemleri, kronik hastalıklar nedeniyle yaşlı bireyde yorgunluk sık rastlanan bir sorundur. Yorgunluğu azaltmak için yaşlı bireye dengeli beslenme, günlük

hareketleri ve işleri planlama, düzenli ve yeterli uyuma hastalıklara ilişkin tedavi ve bakım önerilerini uygulama gibi konularda danışmanlık ve eğitim yapılmalıdır.

Vücut Isısının Düzenlenmesi Ve Giyim: Hipotermiye eğilim ve ısı değişikliğini tolere edememe nedeniyle yaşlı bireyler kat kat giyinir. Yaşlı bireyin çevre ısısına uygun rahat ve ısıyı iletmeyen giysiler giyinmesi sağlanmalıdır.

Yardımcı Cihaz Kullanımı: Yaşlı bireyler sıklıkla görme ve işitme duyularında kayıplar ve kalp sorunları nedeniyle gözlük, işitme cihazı, kalp pili gibi yardımcı cihazlar kullanmaktadır. Yaşlı birey ve ailesine yardımcı cihazların kullanımı, bakımı, temizliği ve kontrolü konusunda eğitim yapılmalıdır.

İlaç Kullanımı: Yaşlı bireyin ilaçlarını doğru ve düzenli kullanması, beklenen etkilerin ve istenmeyen etkilerin izlenmesi, yaşlı birey, aile ve sağlık personeli ile işbirliği sağlanması geriatri hemşiresinin sorumluluklarındandır. Yaşlı bireyde vücut kompozisyonunun değişmesi, vücut sıvısının azalması, mide-bağırsak motilitesinin azalması, bağırsak villuslarının atrofisi, mezenterik kan akımının azalması ilaç emilimini, bilişsel değişimler düzenli ilaç kullanımını etkilemektedir. Ayrıca, organizmanın ilaçları detoksifiye ve metabolize etme yeteneğinin azalması yaşlılarda akılcı ilaç kullanımını gerektirmektedir. Hemşire yaşlılarda sık kullanılan ilaçları, ilaç-ilaç etkileşimini, besin-ilaç etkileşimini, hastalık-ilaç etkileşimini ve yaşlı bireyin ilaç alım sorunlarını ve bunlara ilişkin değerlendirmeleri iyi bilmeli, yaşanan sorunların önlenmesi için yaşlı birey ve ailesine eğitim, danışmanlık yapılmalıdır.

6.3.7. Özellikli Hasta Gruplarına Özgü Ulusal-Uluslararası Geçerliliğe Sahip Değerlendirme ve Bakım Kılavuzları

- Ağrı Skalaları
- Düşme Skalası
- Glaskow Koma Skalası
- Bası Ülseri Skalası
- Nutrisyon Risk Değerlendirme Skalası

6.4. Onkolojik Tedavi Gören Hastaların Klinik Bakım Uygulamaları

Amaç: Kanser kemoterapisinde; hastalarının tedavisinde tam yanıt elde etmek, kanserin tam olarak tedavi edilemeyeceği durumlarda yaşam kalitesini arttırmak ve yaşam süresini uzatmak için ve hastalığın tedavisi ya da kontrol altına alınmasının olanaksız olduğu durumlarda hastanın rahatlığını sağlamak amaçlanmaktadır.

6.4.1. Hizmet Sunum Süreçleri

- Hastaların, Kemoterapi Ünitesine kabulü, sorumlu hekimin polikliniğinden günü birlik yatışı yapılması yoluyla gerçekleşir.
- Uygulama öncesi hekim istemine göre gerekli laboratuvar tetkikleri yapılır.
- Kemoterapi uygulamaları ise Kemoterapi Ünitesinden sorumlu hekimin sorumluluğunda, Onkolog tarafından önerilen tedavi planı doğrultusunda Kemoterapi Hemşiresi tarafından güvenlik önlemleri alınarak hazırlanır ve uygulanır.
- Sevk, gerektiğinde birimler arası transfer, taburcu işlemleri, yaşam sonu uygulamalar ve adli vakalar dâhil olmak üzere, ilgili bölümün diğer işlemleri gibi yapılır.

6.4.2. Disiplinler Arası İşbirliği

Kemoterapi hastaları ve yakınlarına verilecek hizmetler, aşağıda tanımlanan mesleklerin, mesleki sorumlulukları/görevleri dâhilinde gerçekleştirilir;

Hekim, Hemşire, Psikolog, Eczacı, Diyetisyen, Fizyoterapist, Sosyal Çalışmacı, Din Görevlisi

6.4.3.Hizmet Verilen Bölümler

- Tıbbi Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisi Kliniği
- Servisler
- Laboratuvar

6.4.4. Hizmet Verilecek Ortam Şartları

- Yakın takip gerektiren hastalar, hemşire bankosunun yakınında bir bölüme alınır.
- Hasta odasında bulunan tıbbi araç ve diğer ekipmanların (çağrı zili, oksijen vb.) çalışır durumda olması sağlanmalıdır.
- Gereksinime göre tek kişilik hasta odasında yatması sağlanır.
- Hasta mahremiyetine özen gösterilir.
- Düşme riski açısından değerlendirilerek, temel güvenlik önlemleri ve sonuca göre uygun önlemler alınır (Düşme Riski Figürü kullanılması, aydınlatma, yatak kenarlıklarının kaldırılması vb.).
- Havalandırmanın yeterli olması sağlanır.
- Enfeksiyon Kontrol önlemlerinin alınması sağlanır.
- Hasta yakınları/refakatçi için uygun ortam sağlanır.
- Televizyon, dergi, gazete, kitap vb. hasta istemine ve yattığı bölüme göre hasta odasında bulunması sağlanır.
- Hastanın istemine göre dini vecibelerini yerine getirebilmesi sağlanır.

6.4.5 Gerekli Ekipmanlar

- Hemşire Çağrı Sistemi
- Biyolojik güvenlik kabini
-
- Kişisel koruyucu ekipmanlar
- Aspiratör
- Oksijen
- Hasta Yatağı
- Acil müdahale seti
- Gereğinde kullanılmak üzere hasta bakım uygulamalarına yönelik malzemeler

Gereksinime göre;

- Tutunma Barı
- Tekerlekli Sandalye
- Sedyeler

6.4.6 Özel Bakım Uygulamaları ve İşlemler

Günümüzde kronik hastalık olarak kabul edilen kanser, dünyada ve ülkemizde ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Dünya sağlık örgütü, dünyada kronik hastalıkların tüm hastalıklar içinde yaklaşık %80'ini oluşturduğunu ve bu hastaların %50'sinden daha azının önerilen tedaviyi sürdürdüğünü belirtmektedir. Bu rakamlar dikkate alındığında hasta, ailesi ve yakınlarının kanserli bireylerin bakımıyla ilgili, beslenme, psikolojik destek ve eğitim gereksinimleri olduğu açıktır. Bu, profesyonel hemşirenin, onkoloji hemşiresinin hasta eğitimi rolünün önemini ortaya koymaktadır.

Kanserli Hastada Beslenme: Kanser hastasının beslenme yeterliliğinin değerlendirilmesi ekip işidir. Doktor, diyetisyen ve hemşire bu değerlendirmeyi birlikte yapmalıdır. Hastanın beslenme düzeyinin belirlenmesi diyet listesinin oluşturulması açısından önemlidir. Tedavi sırasında iyi beslenmek, tedavinin yan etkileri ile başa çıkabilmek, enfeksiyondan korunmak ve ilaç nedeniyle hasar görmüş normal dokuların iyileşmesini hızlandırmak açısından çok önemlidir. İyi beslenmek, tüm besin öğelerini içeren dengeli bir besin programı uygulamak demektir. Kanserde iştahsızlık, aşırı zayıflama sendromu çok sık görülür ve hastalık seyrini

olumsuz etkiler. İştahsızlığa bağlı, yetersiz protein ve enerji (kalori) alınması, kansere bağlı zayıflamanın en belirgin nedenlerindedir. Bu nedenle beslenmede aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir.

- Yeterli ve dengeli beslenme sağlanmalıdır.
- Vitamin ve mineral yönünden zengin beslenilmelidir.
- Hasta egzersiz yapabiliyorsa, yemeklerden bir saat önce yapılan 10-15 dakikalık yürüyüş veya yatarak da olsa sınırlı hareketler iştahı açabilir.
- Sıvı tüketimi, günde en az 2 lt olmalıdır. Bu, sindirimin hızlanması ve metabolizmanın düzenlenmesini sağlar.
-
- Günde en az üç ana öğün ve üç ara öğün yapılmalıdır. Öğünlerde alınması gereken besin grupları ile ilgili diyetisyen önerilerine uyulmalıdır. Mümkünse açık havada, temizliğe dikkat ederek az ve sık sık yemek yenmelidir.
- Nötropenik (periferik kanda mutlak notrofil sayısının azalması) hastaların çiğ sebze ve meyve yemesi engellenmeli (enfeksiyon oluşumunu engellemek), gıdalar iyice yıkandıktan sonra, pişirilerek yenilmelidir.
- Tedavi sonrasında oluşan bulantı-kusma, iştahsızlık ve mukozite bağlı yutma güçlüğü olan hastalar, gereksiniminden az beslenir. Hastaların az ve sık beslenmeleri önerilir.
- Oral yolla beslenemeyen hastalar, gerekirse nazogastrik (NG), ve perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) ile beslenebilir. Hasta yeterli düzeyde oral beslenemiyorsa parenteral yolla beslenmeye geçilmelidir.
- Oral besin alımı yetersiz hastalarda enteral nütrisyon (beslenme) ürünleri kullanılmalıdır.

Kanserli Hastaya Psikolojik Yaklaşım: Kanser tanısı, hastalar için stres verici bir olaydır. Kanser hastalarının tedavisinde bireylerin yaşadıkları duygusal ve sosyal sorunların aşılabilmesi için psikolojik destek sağlanması büyük önem taşımaktadır. Bireylere tanı konulduğunda, tedavi sürecinde ve gereksinimlerinin karşılanmasında tedavi ekibi içinde yer alan hemşireler, hastaların tedaviye uyumlarının artırılmasında, hasta ve ailesine yardım sürecinde psikososyal yaklaşımları kullanmalıdırlar.

Kanserde psikolojik tedavi, tedavinin bütünleyici ve ayrılmaz bir bölümü olup, hastalığın fiziksel tedavisini tamamlayıcıdır. Psikolojik tedavi girişimleri, danışmanlık, eğitim veya psikoterapötik yollarla baş etme davranışını geliştirmek için uygulanır.

Hasta kızgınlık, öfke, suçluluk gibi duygu ve tepkilerin rahat ifade edilmesi için ve hastalıkla ilgili düşüncelerini anlatması için cesaretlendirilmelidir. Kanser hastaları ile çalışan hemşireler onlara ve ailelerine yardım etmek için kendilerini geliştirmeli, hastaya ve duruma özel yaklaşımları kullanmalıdırlar.

Aktif dinleme, bilgi verme ve problem çözümede yardımcı olma, hemşirenin destekleyici rolünün içinde yer alır. Araştırmalar kanseri yaşayan ailelerdeki rol değişikliğinin, hastalık konusunda açık bir iletişim kuran ailelerde daha iyi çözümlendiğini göstermektedir. Hemşireler hasta için hastalığın ne anlama geldiğini dinleyerek, gerekirse danışmanlık için onları sevk ederek hastalara destek olabilirler. Hemşireliğin destekleyici rolünün temel hedefi, hasta ve ailesine sıkıntı veren duyguları anlamalarında yardımcı olmaktır.

Kanserli Hasta ve Ailesinin Eğitimi: Ailede kanser hastasının olması; rolleri, günlük yaşam rutinlerini hatta aile içi etkileşimi farklılaştırmakta, yeni durumlara uyum sorunları yaşatmaktadır. Kanserli hasta ve yakınlarına danışmanlık yapan psikiyatrist Elisabeth Kubler Ross, hasta yakınlarının da hastalar gibi inkâr-şok-inanamama, öfke-pazarlık, kabullenme gibi evreleri yaşadıklarını ve hastaya destek olmaları için onlara da yardım edilmesi ve yönlendirilmeleri gerektiğini vurgulamıştır. Hemşire, hasta ve hasta yakınları ile her zaman iletişime açık olmalı ve onların sorularına gerekli cevapları vererek, kaygı ve korkularını gidermelidir. Hastalık tedavisiyle ilgili aile

bilgilendirilmelidir. Aile üyeleri, hastanın bakım sürecine katılmalı özellikle hastanın enfeksiyondan korunması, temizlik ve hijyenin önemi, beslenmesi, psikolojik olarak desteklenmesi gibi konularda eğitilmelidir. Kanser tedavisinde, hasta ve ailesine verilen eğitim, tedavi yöntemine, kemoterapötik ilaçların etki ve yan etkilerine ve bireyin psiko-sosyal durumuna uygun olarak planlanmalıdır.

Ekstravazasyon; kemoterapi ilaçlarının, damar dışına çıkarak ağrı, doku hasarı gibi durumlara neden olmasıdır. Ağrı, yanma, infüzyon bölgesinde hassasiyet artışı varsa infiltrasyon olasılığı değerlendirilmelidir. Sitotoksik ajanlar, neden oldukları doku yaralanmasına bağlı olarak ikiye ayrılır. Bunlar, vezikant ilaçlar ve iritan ilaçlardır. Vezikant ilaçlar, damar dışına sızdığı bölgede, lokal ağrı, doku hasarı ve yaygın nekroza neden olur. İritan ilaçlar, doku nekrozu olmaksızın enjeksiyon alanında ya da ven boyunca ağrı, sertlik ve flebite yol açarlar. Ekstravazasyon gelişirse;

- İnfüzyon hemen durdurulmalı ve doktora haber verilmelidir.
- İntra venöz yol başlangıçta yerinde bırakılır. İlaç mümkün olduğunca aspire edildikten sonra iğne çıkarılmalıdır.
- Oluşan ağrıyı azaltmak için sistemik analjezikler veya lokal ağrı kesici ilaçlar verilebilir.
- Ekstravazasyon belirtilerine dikkat edilir (yanma, ağrı, eritem, endürasyon, nekroz vb.). Bölge düzenli aralıklarla gözlenir.
- Etkilenen bölge 48 saat boyunca yükseltilmeli, bölge 2-4 saatte bir kontrol edilmelidir.
- Soğuk uygulama ilk 24-48 saat içinde, günde 4 kez en azından 15-30 dakika uygulanmalı, uygulanırken alana basınç uygulamaktan kaçınılmalıdır.
- Mümkünse bölgenin fotoğrafı çekilir. Antracycline ekstravazasyonunda soğuk uygulama, vazokonstrüksiyona neden olarak ilacın yayılmasını engellemektedir.
- Vinca alkaloid ekstravazasyonunda sıcak uygulamanın lokal dilatasyona neden olması bölgeye kan akışını artırmaktadır.
- Eğer antidotu varsa IV olarak veya ekstravazasyon alanı etrafına bir saat içinde subkütan olarak verilmelidir (doktor istemi ile).
- Order edilen topikal krem/losyon kullanılabilir (örneğin, % 10 Hidrokortizon gibi).
- Ekstravazasyon rapor edilmelidir.
- Başka bir bölgeden IV kemoterapi tedavisi başlatılır.

Enfeksiyon: Kemoterapi alan hastalarda görülen enfeksiyonların %80'i alt solunum yollarında, perianal bölgede, farenks ya da deride meydana gelir. Enfeksiyon oluşturacak risk faktörlerini tanımak, korunma için gerekli önlemleri almak ve enfeksiyon belirti, bulgularını takip etmek amacıyla hemşirelik bakımı verilir.

Hemşirelik girişimleri:

- Hasta ve ailesine olası enfeksiyon kaynakları hakkında bilgi verilir. Tüm durgun su kaynakları (hava nemlendiricileri, sürahiler vb.), spreylere, tozlar, kontamine tıbbi atıklar, köpek, kedi, kuş ve diğer hayvanlar, odada vazoda çiçeği bulundurulmaması ile ilgili bilgiler verilmelidir. Taze sebze ve meyve tüketimi, el yıkama, günlük deri temizliği, düzenli ağız bakımının önemi vurgulanmalıdır.
- Hastada enfeksiyon belirtileri gözlenmelidir. Hastada gözlenen 38°C ya da üstünde olan vücut sıcaklığı titreme, idrar yaparken yanma ve ağrı, öksürük veya boğaz ağrısı, balgam, anormal genital akıntı, kaşıntı vb. enfeksiyon bulgularının varlığında doktora bildirilmeli veya bu durumlarda hasta ve ailesinin sağlık kurumuna başvurmaları gerektiği konusunda bilgi verilmelidir.
- Eller sık sık yıkanmalıdır.
- Su ve besin hijyenine dikkat edilmelidir.
- Hastanın ağız-vücut hijyenine dikkat edilmeli ve korunmalıdır.
- Tırnaklar düz ve kısa kesilmeli, manikür ve pedikür yaptırılmamalıdır.
- Deri travmalardan korunmalı ve kuruyan cilt bölgelerine, yumuşatıcı kremler sürülmelidir.
- Beslenmeye dikkat edilmelidir.
- Hasta, kalabalık ortamlardan uzak tutulmalı ve oda sık sık havalandırılmalıdır.

- Hasta dinlendirilmeli, doktoruna danışılmadan hiçbir aşı yapılmamalıdır.

Trombositopeni: Kanama belirti ve bulgularını gözlemek, hastayı kanamaya neden olacak travmalardan korumak, kanamaları kontrol altına almak amacıyla hemşirelik girişimleri uygulanır. Hemşirelik girişimleri:

- Kanama belirtilerinin erken tanılanabilmesi için hastanın yaşam bulguları sık ölçülmeli ve izlenmelidir.
- Hasta, kanama bulguları yönünden gözlenmelidir. Diş eti kanamaları, peteşi, ekimoz, vücut açıklıklarından belirgin kanamalar (ağız, vajina, rektum, üretra, burun), damara girilen ve kesi yerlerinden olan kanamaların uzun sürmesi kanama belirtilerini gösteren önemli klinik bulgulardır.
- Hasta olası travmalardan korunmalı, gereksiz invaziv işlemler (özellikle IM enjeksiyon) yapılmamalı, konstipasyon önlenmelidir.
- Hastanın trombosit düzeyi sık aralıklarla kontrol edilmelidir.
- Traş için jilet yerine elektrikli traş makinası kullanılmalıdır.
- Burun temizliğinin travmatik olmamasına dikkat edilmelidir.
- Ağız bakımı için yumuşak materyaller kullanılmalıdır(yumuşak diş fırçası gibi).
- Tırnaklar düz ve kısa kesilmeli, manikür ve pedikür yaptırılmamalıdır.
- Duş alma ortamı travmaları önleyecek şekilde düzenlenmelidir.
- Aspirin, non-steroid ve antienflamatuar ilaçlar kullanılmamalıdır.

Anemi:Anemide belirti ve bulguları gözlemek, anemi tablosunu erken tespit etmek ve gerekli önlemleri almak amacıyla hemşirelik girişimleri uygulanır.Hemşirelik girişimleri:

- Hastada yorgunluk, çabuk yorulma, hâlsizlik, nefes darlığı, baş dönmesi, baş ağrısı, taşikardi, çarpıntı hissi, hipotansiyon belirtileri olup olmadığı gözlenmelidir.
- Hasta dinlendirilmeli gerekirse oksijen verilmelidir. Yorucu işlerden sakınılmalıdır.
- Geceleri uyuması sağlanmalıdır.
- Hemoglobin ve hemotokrit düzeyleri sık aralıklarla kontrol edilmelidir.
- Hastanın, yavaş hareket etmesi sağlanmalı ve hareket sırasında gerekli destek verilmelidir.
- Demir yönünden zengin ve yeterli beslenme sağlanmalıdır.

Yorgunluk: Yorgunluğun hasta birey üzerinde fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik yönlerden pek çok yıkıcı etkileri vardır. Hastalar tarafından hâlsizlik, bitkinlik,tükenmişlik, ağırlık hissi, çabuk yorulma, yavaşlama, enerji azlığı ya da yokluğu, uyuşukluk, dermansızlık gibi kelimelerle tanımlanabilen yorgunluk, bireyin günlük performansını, aktivitesini, mesleki yaşamını, aile ve arkadaşlık ilişkilerini, cinsel yaşamını ve tedavi süreçlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bunun yanında bireylerin fiziksel yeterliliklerini azaltarak bağımlılık düzeylerini arttırmakta, birey ve aileyi ekonomik olarak yıpratmakta, birey ve ailenin yaşam kalitesini düşürmektedir. Hastanın günlük aktivitelerini düzenleyerek yorgunluk düzeyini azaltmak amacıyla, hemşirelik girişimleri uygulanır. Hemşirelik girişimleri:

- Hemşire, hasta ile birlikte hastanın günlük yaşam aktivitelerini (GYA) planlamalıdır.
- Hasta kendisinin yapabildiği aktiviteler için teşvik edilmelidir.
- Hastanın uyku düzeni gözden geçirilmeli ve uyku süresi dinlenmesi için yeterli süre olmalıdır.
- Hastanın düzenli beslenmesi ve yeterli sıvı alması sağlanmalıdır.

Bulantı-kusma: Kemoterapi sırasında ya da sonrasında ortaya çıkan bulantı ve kusma, gastrointestinal sistem ve beyin kaynaklıdır. Yani, kemoterapötik ajanların bir kısmı beyindeki kusma merkezini uyararak bulantı-kusmaya neden olur. Bulantı-kusma, antiemetik etkili kimyasal ajanlarla önlenebileceği gibi beslenme biçimindeki değişikliklerde bulantının azaltılması, kusmanın önlenmesi için gereklidir. Hemşirelik bakımı, bulantı-kusmayı önlemek sıvı-elektrolit dengesini korumak ve hastanın beslenmesini sağlamak amacıyla uygulanır. Hemşirelik girişimleri:

- Bulantı-kusmanın oluş şekli ve biçimi, kusmuğun rengi, miktarı ve içeriği değerlendirilmeli ve kaydedilmelidir.
- Antiemetik ilaçlar tedaviden en az yarım saat önce verilmelidir.
- Dehidratasyon bulguları yönünden hasta gözlenmelidir.
- Düzenli ağız bakımı verilmeli ve ağız hijyeni sağlanmalıdır.
- Bulantı anında derin nefes alma egzersizleri yaptırılmalı ve hastaya gevşeme teknikleri öğretilmelidir.
- Vücut ağırlığı ve aldığı-çıkardığı takibi yapılmalıdır.
- Hastanın az ve sık beslenmesi sağlanmalıdır.
- Tatlı, kızartma, baharatlı ve yağlı gıdalardan kaçınılmalıdır.
- Fiziki çevre, bulantı hissi oluşturacak kötü koku ve görüntülerden arındırılmalıdır.
- Yemekten sonra sırt üstü yatılmamalı en az 15-20 dakika dik oturur durumda veya ayakta kalınmalıdır.
- Bulantı anında fazla sıvı alımından kaçınılmalı, kuru gıdalar (kraker, tuzlu leblebi gibi) alınmalıdır.

Mukozit ve stomatit: Mukozit,yaygın görülen bir komplikasyondur. Ağızdan anüse kadar uzanan kanal boyunca görülen toksik enflamatuvar bir reaksiyondur. Stomatit, ağız ve orofarenksin ülseratif lezyon ve oral inflamasyondur. Genellikle ağızda kuruluk, yanma ve kızarıklık ile başlayan mukozit tedavi edilmez ise ağrı, iştahsızlık, kilo kaybı, kaşeksi ve dehidratasyon gelişebilir. Hastanın yaşam kalitesinin bozulmasına neden olabilir. Oral mukozada gelişebilecek enfeksiyonu engellemek, stomatit ve mukoziti erken tespit etmek ve hastanın ağrısını gidermek, beslenmesini sağlamak amacıyla aşağıdaki hemşirelik girişimleri yapılmalıdır. Hemşirelik girişimleri:

- Ağızda mukozit oluşumunu önlemek veya azaltmak için oral mukoza günde iki kez, kızarıklık ve renk değişikliği açısından kontrol edilmeli, hasta herhangi bir his veya tat değişikliği yönünden değerlendirilmelidir.
- Yemeklerden sonra yumuşak bir diş fırçası kullanarak florid ve karbonat içeren macun ile dişler fırçalanmalıdır.
- Sık aralıklarla ağız bakımı verilmeli ve hasta kendisi yapabiliyorsa öncelikle ona izin verilmelidir.
- Hastada, yara veya mukozit gözlenmiş ise en az iki saat ara ile gargara yapılmalıdır.
- Eğer lezyon var ise; iki saatte bir hidrojen peroksit solüsyonu, ardından serum fizyolojik ile ağız bakımı yapılmalı, dudaklara vazelin veya E vitamini içeren preparatlar sürülmelidir.
- Hastaya, doktor istemide dikkate alınarak, %0,9 NaCl solüsyonu, sodyum bikarbonat solüsyonu ile gargara yapılması önerilebilir.
- Beslenmede tahrişe neden olabilecek asitli, çok sıcak ve çok soğuk içeceklerden kaçınılması konusunda hasta ve ailesine bilgi verilmelidir. Yumuşak ve ılık gıdalar tercih edilmelidir (çorba, muz, puding, yoğurt, haşlanmış patates, dondurma, sütlaç, vb.).
- Hastanın diş protezleri varsa bunların bakımı yapılmalı, çıkarılıp fırçalanmalı, temizleme solüsyonunda birkaç dakika bekletildikten sonra ağza takılmalıdır.Ağız ve diş etlerine uymuyor ya da iyi oturmuyor, baskı oluşturuyor ise kullanılmamalıdır.
- Doktor istemiyle lokal anestetik içeren solüsyonlar yemek öncesi gargara şeklinde uygulanabilir.
- Günlük sıvı alımı en az 2000–2500 ml olmalıdır (Her beslenmeden sonra bir miktar sıvı alınmalıdır.).
- Trombositopeni ve lökopeni varsa dişler çok yumuşak materyallerle temizlenmelidir.
- İleri derecede ülserasyon, hemoraji ve nekroz var ise tüple ya da parenteral beslenmeye geçilebilir.
- Beslenmede tahrişe neden olabilecek asitli, çok sıcak ve çok soğuk içeceklerden kaçınılması konusunda hasta ve ailesine bilgi verilmelidir. Yumuşak ve ılık gıdalar tercih edilmelidir (çorba, muz, puding, yoğurt, haşlanmış patates, dondurma, sütlaç, vb.)

- Hastanın diş protezleri varsa bunların bakımı yapılmalı, çıkarılıp fırçalanmalı, temizleme solüsyonunda birkaç dakika bekletildikten sonra ağza takılmalıdır. Ağız ve diş etlerine uymuyor ya da iyi oturmuyor, baskı oluşturuyor ise kullanılmamalıdır.
- Doktor istemiyle lokal anestezi içeren solüsyonlar yemek öncesi gargara şeklinde uygulanabilir.
- Günlük sıvı alımı en az 2000–2500 ml olmalıdır (Her beslenmeden sonra bir miktar sıvı alınmalıdır).
- Trombositopeni ve lökopeni varsa dişler çok yumuşak materyallerle temizlenmelidir.
- İleri derecede ülserasyon, hemoraji ve nekroz var ise tüple ya da parenteral beslenmeye geçilebilir.

İştahsızlık: Kansere, tedavi yöntemlerine ve psiko-sosyal nedenlere bağlı ortaya çıkabilir. Kanser hastaları tedavi boyunca genellikle hiç iştahları olmadığını ya da çabuk doydıklarını ifade eder.

İştahsızlığın önlenmesi için öncelikle mukozit, özofajit vb. durumlar tedavi edilmelidir. Yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlamak amacıyla hemşirelik yaklaşımları planlanmalıdır. Hemşirelik girişimleri:

- Hastanın az ve sık yemek yemesi sağlanmalıdır. Diyetisyenle işbirliği yapılmalıdır.
- Hasta protein ve kalsiyumdan zengin beslenmelidir. Ağız bakımına özen gösterilmeli, gerekirse her beslenmeden önce ağız bakımı verilmelidir.
- Beslenme ortamı, temiz ve düzenli olmalıdır.
- Yemekler iştah artırıcı görüntüde sunulmalı, diyeteye uygun olmak şartı ile hastanın sevdiği yiyeceklere yer verilmelidir.
- İştahsızlık konusunda hasta ve ailesine bilgi verilmelidir.

Diyare: Sitotoksik ajanların bağırsak peristaltizmini etkilemesiyle diyare meydana gelebilmektedir. Diyare, hastada anksiyete ve sıkıntı oluşturarak sosyal izolasyona ve elektrolit dengesizliğine, dehidratasyon, malnütrisyon gibi önemli komplikasyonlara neden olabilir. Hastada gelişen diyareyi kontrol etmek, dehidratasyonun gelişimini engellemek, sıvı-elektrolit dengesini korumak ve hastanın yeterli, dengeli beslenmesini sağlayarak malnütrisyonu engellemek amacıyla hemşirelik girişimleri planlanır ve uygulanır. Hemşirelik girişimleri:

- Hemşire, hastanın günlük dışkılama sayısını ve dışkının özelliklerini gözlemeli ve değerlendirmelidir.
- Doktor istemiyle gerekirse antidiyaretik kullanılabilir. Hemşire ilaçların alınmasını sağlamalıdır.
- Baharatlı, çiğ sebze, kızarmış gıdalar, ağır hamur işleri, gazlı içecekler, alkol, çikolata, baharatlı ve acılı yemekler, kafein içeren besin ve içecekler, turşu gibi sindirim sistemini tahriş edecek besinler diyetten çıkarılmalıdır.
- Beslenmede, yüksek kalorili ve potasyum açısından zengin gıdalar; yumurta, peynir, haşlanmış patates, pirinç lapası, makarna, muz, şeftali, tuzlu ayran (kısıtlama yoksa), yoğurt alınması sağlanmalıdır.
- Hastanın aldığı-çıkaracağı sıvı takibi yapılmalı, kaybedilen sıvı yerine konulmalıdır. Gerekirse, doktor istemiyle IV sıvı tedavisi uygulanmalıdır.
- Perine bölgesi, iritasyon, travma ve kanama yönünden izlenmeli. Bölge ılık suyla temizlenip kurulmalıdır. Bölgenin uzun süre nemli kalmasından kaçınılmalıdır.
- Hasta az ve sık beslenmeli, aşırı sıcak ve soğuk besinlerden kaçınılmalı, hasta için lifli yiyecekler kısıtlanmalıdır.

Konstipasyon: Narkotik analjezikler (opioidler), kalsiyum kanal blokerleri, antiemetikler, antikolinergik gibi ilaçların yan etkisi olarak ya da dehidratasyon, metabolik bozukluklar (hiperkalsemi vb.) vb. nedenlerle ortaya çıkar. Konstipasyon, dışkı tıkaçı, ağrı, bulantı, kusma gibi nedenlerle yaşam kalitesini düşürür. Hastanın normal defekasyonunu sağlamak ve defekasyon alışkanlığını düzenli hâle getirmek amacıyla yapılması gereken hemşirelik girişimleri aşağıda açıklanmıştır. Hemşirelik girişimleri :

- Hemşire, hastanın lifli gıdalar almasını sağlamalıdır (kepeği ve özü ayrılmamış tahıl ürünleri, taze sebze ve meyveler, kuru baklagiller vb.).

- Hastanın aktivite düzeyi arttırılmalıdır. Düzenli günlük yürüyüş yapması için hasta teşvik edilmelidir.
- Laksatifler ve diğer bağırsak hareketlerini artırıcı ilaçlar kullanılmamalıdır. Ancak gerektiğinde doktor istemi ile bu ilaçlar uygulanabilir.
- Hasta her gün aynı saatte tuvalette oturtularak günlük defekasyon alışkanlığı kazandırılmaya çalışılmalıdır.
- Hastanın bol ılık su içmesi sağlanarak bağırsak hareketleri artırılabilir (günde en az 1 lt).
- Paralitik ileus belirtileri izlenmeli ve kaydedilmelidir (bağırsak seslerinin olmaması veya azalmış olması, bulantı-kusma abdominal distansiyon vb.).
- Hasta ve ailesine konstipasyon ile ilgili bilgi verilmelidir.

Saç Dökülmesi (Alopecia): Sitotoksik ilaçların yan etkisiyle ve başa uygulanan radyasyon dozuna bağlı olarak ortaya çıkar. Aynı zamanda kaş, kirpik, koltuk altı, bacak ve pubik bölgedeki tüyler de dökülebilir

Hemşirelik Girişimleri:

- Hastaya, tedaviden önce saçlarının mümkün olduğu kadar kısaltması önerilmelidir.
- Hastaya tedavi sürecinde saç kaybı olacağı, tedaviden sonra yeniden çıkacağı açıklanmalıdır. Yeni çıkan saçların yapı ve renk yönünden farklı olabileceği bildirilmelidir.
- Şapka, peruk, eşarp kullanımı isteğe göre önerilmelidir.
- Saç boyası ve saç spreyi kullanılmamalıdır.
- Kafa derisini sıcak ve soğuktan, güneş ışığından koruması gerektiği anlatılmalıdır.
- Hasta ve ailesine, bu fiziksel değişikliği kabullenmesi konusunda destek sağlanmalıdır.
- Hastanın, saç dökülmesini kabullenmesini sağlamak için etkili iletişim kurmak gerekir.

Kanserli Hastada Ağrı: Ağrı, kanserli hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürür. Kanserli hastalarda en sık görülen ve korkulan semptomların başında gelen şiddetli ağrı, kanserin ileri döneminde hastaların %75-90'ında ortaya çıkmaktadır. Kanser hastalarında ortaya çıkan ağrının azaltılması ya da ortadan kaldırılmasında;

- Ağrıyan bölgeye göre pozisyon değişikliği yapma,
- Sıcak ve soğuk uygulama yapma,
- Masaj yapma, duş alma,
- Alçı veya traksiyonun oluşturduğu basıyı azaltma,
- Analjeziklerin düzenli kullanımı etkili olacaktır. Hemşirenin hasta ile etkili iletişim kurması gerekir. Hastanın dikkatinin başka yöne çekilmesi (müzik dinleme, kitap okuma gibi) etkili olabilir.

Ağrı kontrolünde kullanılan ilaçlar (ağrı kesiciler) doktor kontrolünde kullanılmalıdır. Şiddetli ağrıda narkotik analjezikler kullanılır. Narkotik analjeziklerin bulantı, kusma, konstipasyon, solunum merkezi depresyonu, mental durgunluk gibi komplikasyonlarına karşı duyarlı olunmalıdır.

6.4. İstismara Uğramış Hastaların Bakım Uygulamaları

Amaç: Yaşanan olumsuzluklar sonrasında ortaya çıkabilecek fizyolojik ve psikolojik sorunların tıbbi bakım ve tedavi ile birlikte önlenmesine yönelik uygulamalar ile birlikte gerekli psiko-sosyal desteğin verilmesidir.

6.5.1. Hizmet Sunum Süreçleri

- İstismara uğramış hastanın tanınması için öncelikle, istismarın olduğunun bildirilmesi ya da anamnez/muayene sırasında durumun belirlenmesi ile gerçekleşir.
- İstismara uğramış hastalar, hekimler tarafından değerlendirilmesi yapıldıktan sonra, Acil Servis, Poliklinikler veya bölümler arası transferle, Adli Vaka kapsamında, Servisler, Yoğun Bakım Üniteleri, Ameliyathane Ünitesinden hizmet alırlar.
- Tetkik ve tedaviler hekim kararına göre uygulanır.
- Yattığı süre içinde gelişen/tespit edilen bir istismar olayı yaşandığında, gerekli güvenlik önlemleri ile birlikte hastane polisine bildirim yapılarak adli süreç başlatılır.

- Hekim istemine göre profesyonel psikolojik destek alması sağlanır.
- Sosyal hizmetler mesleki sorumlulukları kapsamında uygulamalarını gerçekleştirir ve süreci takip ederler.
- Sevk, gerektiğinde birimler arası transfer, taburcu işlemleri, yaşam sonu uygulamalar; adli vakalar olduğu dikkate alınarak ve gereksinime göre gerekli güvenlik tedbirleri ve yaklaşımları ile ilgili bölümün diğer işlemleri gibi yapılır.

6.5.2. Disiplinler Arası İşbirliği

İstismara uğramış hastasının bakımında, hasta ve yakınlarına verilecek hizmetler, aşağıda tanımlanan mesleklerin, mesleki sorumlulukları/görevleri dâhilinde gerçekleştirilir; Hekim, (Çocuk hastalar için Çocuk Psikiyatristi gereğinde Çocuk Cerrahi Uzm.), Hemşire, Psikolog, Sosyal Çalışmacı, Eczacı, Kolluk Kuvvetleri, Savcılık.

6.5.3. Hizmet Verilecek Ortam Şartları

- Gerekli güvenlik tedbirleri alınır.
- Hasta mahremiyetine özen gösterilir.
- Ani gelişebilecek durumlarda acil müdahale edebilmesi için, mümkünse hemşire bankosunun yakınında bir odaya yatırılır.
- Hasta odasında bulunan tıbbi araç ve diğer ekipmanların (çağrı zili, oksijen vb.) çalışır durumda olması sağlanmalıdır.
- Hasta mümkün ise tek kişilik odaya yatırılır.
- Mümkün olmadığı durumlarda mahremiyet ve bilgi gizliliği de dikkate alınarak uygulamalar gerçekleştirilir.
- Kurumun sağladığı güvenlik önlemleri dışında ayrıca güvenlik önlemlerine gereksinim duyulduğunda hastane polisi ile iletişime geçilerek önlemlerin artırılması istenebilir.
- Hasta odası, mümkün ise hastanın yaş grubuna göre (çocuk hastalar için oyuncak, resimler vb.) düzenlenmesi sağlanır.
- Düşme Riski açısından değerlendirilerek, temel güvenlik önlemleri ve sonuca göre uygun önlemler alınır (Düşme Riski Figürü kullanılması, aydınlatma, yatak kenarlıklarının kaldırılması vb.).
- Havalandırmanın yeterli olması sağlanır.
- Enfeksiyon Kontrol önlemlerinin alınması sağlanır.
- Ziyaret uygulamaları, hasta/yakınının talebi ve yasal uygulamalar çerçevesinde; ilgili bölümün ziyaret uygulamaları dikkate alınarak yapılması sağlanır.
- Hasta yakınları/refakatçi için uygun ortam sağlanır.
- Televizyon, dergi, gazete, kitap vb. hasta istemine ve yattığı bölüme göre hasta odasında bulunması sağlanır.
- Hastanın istemine göre dini vecibelerini yerine getirebilmesi sağlanır.

6.5.4. Gerekli Ekipmanlar

- Hemşire Çağrı Sistemi
- Aspiratör
- Oksijen
- Acil müdahale seti
- Gereğinde kullanılmak üzere hasta bakım uygulamalarına yönelik malzemeler

Gereksinime göre;

- Tekerlekli Sandalye
- Sedye
- Tutunma Barı
- Çocuk hastalar için oyuncak, kitap vb.

6.5.5. Özel Bakım Uygulamaları ve İşlemler

- Tüm süreçlerde hasta mahremiyeti ve bilgi güvenliği/gizliliği uygulamalarına özen gösterilir. Hasta ile ilgili bilgilerin gizliliği mahkeme kararı ile de talep edilmiş olabileceğine dikkat edilir.
- İstismara uğrayan hastalarda bakım uygulamalarının amacı; hastanın ve yakınının olay öncesi fonksiyon düzeyine dönmesi ve olaya ilişkin duygularını ifade edebilmesi ve baş etme mekanizmalarının güçlendirilmesidir.

Özellikle Tecavüz Sonrası Sendromunda Hastada Aşağıdaki Belirtiler Gözlenebilir;

Akut Dönemde	Psikolojik Tepkiler	Cinsel Tepkiler	Psikolojik Tepkiler
<ul style="list-style-type: none"> • Somatik tepkiler, • Gastrointestinal iritabilite (Bulantı, Kusma, anoreksiya) • Genitoüriner rahatsızlık (ağrı, kaşıntı) • Kas iskelet sisteminde gerginlik (ağrı, spazmlar) 	<ul style="list-style-type: none"> • İnkâr • Şok, • Öfke • Yalnız Kalma Korkusu, • Suçluluk Duyuma, • Cezalandırılmaktan Korkma • Yeniden Tecavüze Uğramaktan Korkma • Tecavüzcünün Geri Geleceğinden Korkma • Saldırganı ya da saldırı yerini-koşullarını görme konusunda panik 	<ul style="list-style-type: none"> • Kurban kadın ise erkeklere güvensizlik • Cinsel davranışlarda değişim 	<ul style="list-style-type: none"> • Fobiler • Kabus • Uyku Bozuklukları • Anksiyete • Depresyon

- Bu nedenle hasta bakımına yönelik bakım planları bu yönde planlanmalı ve uygulanmalıdır.
- Hastanın kendini güvende hissetmesi, duygularını paylaşması, tedavi süreçlerini ve gerekçelerini tanımlaması, somatik şikâyetlerinin azalması ya da olmaması, aile ilişkilerinin olay öncesi fonksiyon düzeyine gelmesi bakım/televü uygulamalarından beklenen sonuçlardır.

6.6. Bağışıklık Sistemi Baskılanmış Hastanın Klinik Bakım Uygulamaları

Amaç: Bağışıklık sistemi baskılanmış hastaların periyodik olarak düzenli ve etkili bir şekilde bakımlarının sağlanması ve gerekli tedavilerin uygulanmasının sağlanmasıdır.

6.6.1. Hizmet Sunum Süreçleri

6.6.2. Hastaların Tıbbi Takibi

İmmün sistem, vücudu bakteri, virüs, mantar ve parazit gibi işgalci mikroorganizmalardan, hatta bazı kanserlerin gelişmesinden korumak üzere, karmaşık ve özenli bir şekilde planlanmıştır. Bu koruma görevi esas olarak dalak, lenf düğümleri, kemik iliği ve timüs bezinde yoğunlaşan bir grup hücre tarafından yerine getirilmektedir. Tüm bu hücreler kemik iliğinde bulunan kök hücresinden kaynağını alır. İnsan vücudu; kendisine zararlı etkisi olan bütün organizmalara ve toksinlere karşı direnme yeteneğini kaybedince immün sistemi baskılanmış olur. İmmün yetmezlikler doğal savunma mekanizmalarından bir veya birkaçını ilgilendirecek şekilde doğuştan veya hastalık ve tedavisi sonucu edinsel olabilir. Bu immün yetmezlikler, infeksiyon hastalıklarının daha ağır seyretmesine, klinik belirti ve bulgulardaki siliklik nedeniyle tanının güçleşmesine, normal konakçıda infeksiyon yapmayan etkenlerle hastalığa (fırsatçı infeksiyonlar) yol açabilir. Genelde, immünyetmezlik durumlarının klinik önemi ve semptomları, tutulan immünolojik sistem veya

yetmezliğin derecesi ile ilgilidir. İmmünyetmezliğin tipik klinik özellikleri kronik, tekrarlayıcı veya alışılmamış enfeksiyonlarla enfeksiyon tedavisine eksik yanıtı kapsar. Konakçıda savunma sistemini bozan durumlar;

1. Koruyucu bariyerlerin bozulması,
2. Polimorfonükleer lökositlerde bozukluklar,
3. Kompleman eksikliği durumları,
4. T-hücresi bozuklukları,
5. İmmünglobulin ve antikor eksikliği durumlarıdır.

Doğuştan immünyetmezliği olan hastalar spesifik veya nonspesifik sınıflandırılır. Spesifik immünyetmezlikler etkili hümmoral veya hümmesel yanıt oluşturmada başarısızlık sonucudur. Nonspesifik immünyetmezliklere örnek, komplemen yetersizliği ve fagositoz bozukluğudur. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 30'dan fazla doğuştan immünyetmezlik hastalıkları tanımlanmıştır. Bu hastalıklar; Bruton hastalığı, nezelo sendromu, glukoz-6-fosfat dehidrogenaz yetmezliği gibi hastalıklardır. Doğuştan immünyetmezlik hastalıklarına yüksek morbidite ve mortalite eşlik eder. Hastalar özellikle lenfoid dokular, gastrointestinal epitel ve baş boyun epiteli olmak üzere habeset olduğu kadar tekrarlayan enfeksiyona maruz kalırlar. Bazı hallerde çeşitli nedenlere bağlı olarak, immün mekanizmalar zayıflayabilirler ve bu takdirde enfeksiyonlara eğilim artar. Her yaşta görülebilen ve sonradan ortaya çıkan edinsel immünyetmezliklerin başlıca nedenleri, kanser, kronik renal yetmezlik, ciddi yanıklar, HIV enfeksiyonu ve diğer bazı enfeksiyon hastalıkları, diabetes mellitus (özellikle fungal enfeksiyonlara ve üriner enfeksiyonlara eğilim), siroz (pnömokoksik peritonite eğilim), hipoparatiroidizm (kandidoza eğilim), splenektomi (pnömokoksik sepsise eğilim), radyasyon, sitostatik veya immünsüpresif tedaviler, çinko yetersizliği, kronik alkolizm, aşırı yorgunluk, ileri yaşlılık, debilite, A ve C vitamin eksikliği, kan transfüzyonları, beslenme yetersizliği sayılabilir. Günümüzde gerek hastalığa gerekse tedavisine bağlı immün sistemi baskılanmış geniş bir hasta kitlesi ortaya çıkmıştır.

6.6.3. Disiplinler Arası İşbirliği

Bağışıklık sistemi baskılanmış hasta ve yakınlarına verilecek hizmetler, aşağıda tanımlanan mesleklerin, mesleki sorumlulukları/görevleri dâhilinde gerçekleştirilir;

Hekim, Hemşire, Psikolog, Eczacı, Diyetisyen, Fizyoterapist, Sosyal Çalışmacı,

6.6.4. Hizmet Verilen Bölümler

- Yoğun Bakım Ünitesi
- Yatan Hasta Klinikleri
- Laboratuvar

6.6.5. Hizmet Verilecek Ortam Şartları

- Yakın takip gerektiren hastalar, hemşire bankosunun yakınında bir bölüme alınır.
- Hasta odasında bulunan tıbbi araç ve diğer ekipmanların (çağrı zili, oksijen vb.) çalışır durumda olması sağlanmalıdır.
- Hasta mahremiyetine özen gösterilir.
- Düşme riski açısından değerlendirilerek, temel güvenlik önlemleri ve sonuca göre uygun önlemler alınır (Düşme Riski Figürü kullanılması, aydınlatma, yatak kenarlıklarının kaldırılması, vb.).
- Havalandırmanın yeterli olması sağlanır.
- Enfeksiyon Kontrol önlemlerinin alınması sağlanır.
- Hasta yakınları/refakatçi için uygun ortam sağlanır.
- Hastanın istemine göre dini vecibelerini yerine getirebilmesi sağlanır.

6.6.6. Gerekli Ekipmanlar

- Hemşire Çağrı Sistemi
- Kişisel Koruyucu Ekipmanlar
- Oksijen
- Hasta Yatağı
- Acil Müdahale Seti
-
- Gereğinde kullanılmak üzere hasta bakım uygulamalarına yönelik malzemeler.

Gereksinime göre;

- Tekerlekli Sandalye
- Sedye

6.6.7. Özel Bakım Uygulamaları ve İşlemler

Yeterli Solunum ve Gaz-Alış Verişinin Sağlanması: İmmün sistemi baskılanmış hastalarda solunum problemi varsa solunum yolu açıklığının sağlanabilmesi için; ağız hijyeni kontrol edilmeli, ağızda kan, kusmuk gibi yabancı cisimlerin varlığında ağız içi temizlenmelidir. Bu hastaların, üst solunum yolu infeksiyonlarından korunması için kalabalık yerlerden ve solunum irritanlarından uzak kalması sağlanmalıdır. Hasta gürültüsüz sakin bir ortama alınıp, varsa takma dişleri çıkartılmalıdır. Hastada yetersiz solunum var ise hekim istemi ile oksijen inhalasyonu uygulanmalıdır. Oksijen inhalasyonu uygulanan aparatların uygun aralıklarla dezenfeksiyonu yapılmalıdır. Hastanın solunumu yeterli değilse, entübasyon için gerekli malzemeler ve acil ilaçlar hastanın yanında hazır bulundurulmalıdır. Hasta entübe ise yatak başı yükseltilerek, ihtiyaca göre hasta aspire edilmelidir. Hastada solunum sistemine bağlı infeksiyonların önlenmesi için; hasta aspire edilirken bir kişinin steril, diğer kişinin nonsteril olup aspirasyon işleminin steril koşullarda yapılması sağlanmalıdır. Gerekirse kapalı drenaj ile aspirasyon yapılmalıdır. Hasta entübe değil ise derin nefes alıp vermesi sağlanmalıdır. Hastanın rahat solunum yapabilmesi, pnömoni infeksiyonlarının önlenmesi, sekresyonlarını rahat çıkartabilmesi, yeterli gaz alış-verişini sürdürebilmesi için, hastaya ortopne pozisyonu verilmelidir. Hasta rahat sekresyon çıkartabilmesi için derin nefes alma ve öksürme egzersizleri uygulanmalıdır. Hastanın solunum ile ilgili değişikliklerini erken belirlemek için; periferler; ısı, renk, nabız açısından kontrol edilmelidir. Ayrıca hastanın klinik tablosunun değerlendirilebilmesi için; solunum sayısı, ritmi, derinliği ve oskültasyonla akciğer sesleri kontrol edilmelidir. İmmün sistemi baskılanmış hastanın akciğer fonksiyonlarının da değerlendirilmesi gerekir. Bilindiği gibi akciğer infeksiyonu olan hastalarda yaygın olarak balgam miktarında artma ve göğüs grafisinde infiltrasyon görülür. Ancak nötropenik hastalarda bu belirti ve bulgular görülmeyebilir. Akciğer infeksiyonu geliştiğini anlayabilmek için, akciğer seslerindeki değişiklik, solunum hızı ve ritmi, ekspirasyon ve inspirasyon sırasında ağrı olup olmadığına dikkat etmek gereklidir. Akciğer infeksiyonunu önlemeye yardım etmek için, hemşire hastayı derin solunum ve öksürük egzersizi yapmaya cesaretlendirmelidir. PEEP kullanabilir. Hastaya hekim istemi ile ilaç tedavisi uygun şekilde yapılmalıdır.

Sıvı-Elektrolit Dengesinin Sağlanması: Hemşire, immün sistemi baskılanmış hastalarda elektrolit ve sıvı dengesizliğini gösteren belirti ve bulguları gözleyip erken saptamalıdır. Hastanın laboratuvar bulgularından plazma elektrolit düzeyleri izlenmelidir. Elektrolit eksikliği veya yüksekliğindeki belirtiler hastada izlenip, hekim istemine göre uygun tedavi yapılmalıdır. Nedene yönelik girişimler planlanıp uygulanmalıdır. Hastada ödem varsa, ödemli ekstremitelere elevasyonu sağlanmalı ve hasta yatak istirahatine alınmalıdır. Hastanın ödemli bölgesindeki deri bütünlüğünün bozulmaması için cilt bakımına önem verilmelidir. Cilt infeksiyon belirtileri ve bulguları (ateş, kızarıklık, sıcaklık, ödem, ağrı/hassasiyet, iltihap oluşumu ve işlevde azalma) yönünden sürekli gözlenmelidir. Ödeme bağlı dekübitus oluşumunu önlemek amacıyla; hastanın pozisyonu 2 saatte bir değiştirilmeli, yatak çarşafı düz ve temiz tutulmalı, basınç bölgelerine kan akımını arttırmak için hastaya masaj yapılmalıdır. Hastada sıvı-elektrolit dengesizliğine bağlı mental bulanıklık varsa, hastanın cilt bütünlüğünün korunabilmesi için, hasta travmalardan korunmalıdır. Hastada sıvı-elektrolit eksikliğine bağlı dehidratasyon bulguları tespit edilmiş ise, cilt nemli ve temiz tutulmalıdır. Dehidratasyon durumunda hastaya aralıklı ağız bakımı verilerek, hastanın oral mukoza infeksiyonlarından korunması sağlanmalıdır. Hastanın sıvı-elektrolit dengesine göre hekimin belirlediği uygun ilaç tedavisi yapılmalıdır.

İnfeksiyonun Önlenmesi: İmmün sistemi baskılanmış hastaların infeksiyondan korunmasında nütropeni riski sık sık değerlendirilmelidir. Nütropenik hastalarda infeksiyonlar yaygın olarak deri, solunum yolu, ağız boşluğu, sinüsler ve perianal bölgede, gastrointestinal sistemde ve kanda meydana gelmektedir. Bu hastalarda yeterli inflamatuvar cevap sağlanamadığından genellikle infeksiyon belirti ve bulgularını saptamak çok güçtür. Örneğin hasta pnömoni olduğunda pürülan balgam, üriner infeksiyonda ise dizüri yoktur. Sıklıkla ateş, infeksiyonun tek belirtisidir. Vücut sıcaklığında yükselme en güvenilir bulgudur. Septik şok açısından vücut sıcaklığındaki ani düşmeye de dikkat edilmelidir. Ateş, titreme, üşüme ve hipotansiyonun sepsisin dört etken belirtisi olduğu unutulmamalıdır. Bu hastalarda 24 saat içinde oral olarak alınan ateşin iki defa 38°C'nin üzerinde olması ya da bir kez 38.3°C'nin üzerinde olması ateş olarak kabul edilir. Hastanın vücut ısısı yükseldiğinde fazla giyinmesi ve örtünmesi engellenerek ortam ısısı ayarlanmalıdır. Gerekirse soğuk uygulama yapılmalıdır. Nütropenik hastalarda, infeksiyonun saptanması oldukça güçtür ve hastalarda hızla sepsis ve septik şok gelişebilir. Cilt ve mukoza infeksiyon belirtileri ve bulguları (ateş, kızarıklık, sıcaklık, ödem, ağrı/hassasiyet, iltihap oluşumu ve işlevde azalma) yönünden sürekli gözlenmelidir. Hastaya deri ve mukoz membranında herhangi bir değişiklik gördüğünde bunu hemşireye bildirmesi gerektiği anlatılmalıdır. Hastaya düzenli ağız ve vücut hijyeni sağlanmalı, tırnakları kısa tutulmalı ve odası havalandırılmalıdır. Ciltte infeksiyon bulgusu var ise, cildin temizliğinde antiseptik solüsyon kullanılmalıdır. Hastada var olan infeksiyonların tedavisi için hekim istemine göre planlanan ilaç ve pansumanlar düzenli uygulanmalıdır. Hastaya kateter uygulanmış ise kateter bakımı sağlanmalı, kateter yerinde infeksiyon belirti ve bulguları gözleendiğinde kateter çıkartılmalıdır. Etken mikroorganizmanın tayini için kültür örneği alınmalıdır. Artmış infeksiyon olasılığında hasta tek kişilik odaya geçirilmelidir. Ziyaretçi kısıtlanarak hastanın infeksiyonlu kişilerle teması önlenmelidir.

Üriner ve Bağırsak Fonksiyonlarının İzlenmesi: İmmün sistemi baskılanmış hastalar üriner infeksiyonlar yönünden izlenmelidir. İnfeksiyon durumunda nütropenik hastaların üriner fonksiyonlarında da değişiklik olabilir. Günlük idrar miktarında azalma, idrarda koku ve renk değişikliği, hematüri ya da glikozüri muhtemel infeksiyon belirtileri olabileceğinden izlenmelidir. Aynı zamanda hasta idrar yaparken yanma ve sık idrara çıkma yakınmaları yönünden de gözlenmelidir. Hastada üriner infeksiyon riskini azaltmak için mümkün olduğunca mesane kateterizasyonundan kaçınmak gerekir. Bununla birlikte, hastalara uygun perine bakımı konusunda eğitim verilmelidir. Perine bölgesi kuru ve temiz tutulmalıdır. Hastanın önceki defekasyon alışkanlığı araştırılarak, düzenli olarak bağırsak fonksiyonlarının değerlendirilmesi yapılmalıdır. Dışkı örneği renk, kıvam ve kan olup olmaması açısından değerlendirilmeli ve hasta, bağırsak alışkanlığında bir değişiklik olduğunda haber vermesi konusunda eğitilmelidir. Defekasyon sırasında zorlanma, rektumda ülserasyonlara ve fissürlere neden olabilir. Bu durum bakterilerin vücuda girmesine yol açabilir. Bu neden ile hastanın kabız kalmaması gerekir. Kabızlık oluşumunu önlemek için; hastanın bol meyve yemesi ve fibrinli yiyecekleri alması diyetisyen eşliğinde sağlanmalıdır. Sakıncası yoksa hasta düzenli egzersiz programına alınmalıdır. Gerekliğinde hastaya hekim istemiyle uygun laksatif verilmelidir. Mukozanın tahrişine neden olabileceğinden hastalara lavman yapmak ve rektal derece almaktan kaçınılmalıdır. Nütropenik hastaların rektal apselere yatkın olduğunu unutmamak gerekir. Eğer hastalarda perirektal ağrı varsa, hemen doktora bildirilmelidir.

Kanamamanın Önlenmesi: İmmün sistemi baskılanmış hastalarda, kanamanın belirti ve bulgularını erken belirlemek, travmaya bağlı kanamayı engelleyebilmek için; kanamaya yönelik tam kan sayımı, trombosit düzeyi, kanama ve pıhtılaşma zamanı gibi laboratuvar bulguları takip edilmelidir. Vital bulgular da yakından izlenmelidir. Hastanın derisi kanama bulguları yönünden gözlenmelidir (peteşi, ekimoz, purpura, diş eti kanaması vs.) Nütropenik hastalarda trombosit sayısı düşük ise, subkütan ya da intramusküler enjeksiyondan kaçınmak gerekir. Çünkü apseye neden olabilir. Aynı zamanda diğer kan elemanlarında da azalma olabileceğinden aşırı kanama riski gelişebilir. Hastaya IV enjeksiyon uygulamalarında dikkatli olunmalı, uygulamadan sonra 1-2 dakika basınç yapılmalıdır. Bu nedenle hastanın tam kan sayımı, özellikle trombosit düzeyi kontrol edilmelidir. İmmün sistemi baskılanmış erkek hastalara, deri bütünlüğünün korunabilmesi amacıyla; tıraş olurken kesiyi önlemek için jilet yerine tıraş makinesi kullanılması önerilmelidir. Kanama riski olan hasta travma ve yaralanmalardan korunmalıdır. Hastanın idrarı, dışkısı, burnu, diş etleri ve derisi kanama

yönünden gözlenmelidir. Travma sonucu kanama meydana geldiğinde, basınç uygulanıp o bölge yükseltilmelidir. Gerekğinde hekim istemi ile tam kan veya trombosit süspansiyonu transfüzyonu yapılmalıdır.

Yetersiz Beslenme: İmmün sistemi baskılanmış hastalarda yetersiz beslenme; bulantı-kusma, stomatit, diyare, kemoterapi-radyoterapi ve psikolojik nedenler sonucu gelişir. Hastanın yeterli ve dengeli beslenmesini sağlayabilmek için; beslenme yetersizliğini gösteren kilo kaybı, iştahsızlık gibi belirti ve bulguları gözlemek, günlük kilo takibini yapmak gerekir. Hastanın iştahını açabilmek için yiyecek sunumu hoş bir şekilde olmalı, fiziksel ortam düzenlenmeli, ağız ve boğazı irrite etmeyecek yumuşak besinler küçük öğünler halinde sık sık verilmelidir. Hastada bulantı-kusma varsa kusmuğun miktarı, rengi ve içeriği kayıt edilmelidir. Hastanın kendini daha rahat hissedebilmesi, ağız içi infeksiyonların önlenmesi için, hastaya bulantı-kusma sonrası düzenli ağız bakımı verilmelidir. Hastanın bulantısı olduğunda derin nefes alıp-vermesi söylenmelidir. Hastanın bulantı-kusması devam ediyorsa, hekim istemi ile hastaya ilaç tedavisi uygulanmalıdır. Hastanın iyi pişmiş yiyecekleri yemesi; bekletilmiş etleri ve meyveleri, pişmemiş sebzeleri yememesi, musluk suyundan içmemesi gerekir. Bu konuda hasta ve ailesine hemşire tarafından gerekli açıklamalar yapılmalıdır.

Ağrı Kontrolü: İmmün sistemi baskılanmış hastaların tanısına bağlı oluşan ağrısını hafifletmek, bireyin rahatlığını sağlamak için; ağrının yeri, süresi, sıklığı ve ağrıyı arttıran veya azaltan faktörler belirlenmelidir. Ağrı bölgesine lokal sıcak veya soğuk uygulama yapılmalıdır. Hasta yatak istirahatine alınarak dikkati başka yöne yoğunlaştırılmalıdır. Örneğin; kitap, gazete okuması, TV seyretmesi, relaksasyon tekniklerini yapması sağlanmalıdır. Hastanın sağlığı açısından sakıncası yoksa hastaya bol sıvı verilerek, düzenli aralıklarla hekim istemiyle analjezik verilmelidir.

Mukozal-Epitelial Hücrelerinin Değerlendirilmesi: Gastrointestinal sistemin ağızdan başlayarak rektuma kadar olan bölgedeki yüzeylerinde yer alan mukozal epitelyal hücrelerinin inflamatuvar ve nekrotik cevabına mukozit denir. Mukozit kemoterapi uygulamasından sonra 5-7 gün içerisinde solukluk, mukoz membranlarda kuruluk, yanma duygusu, dilde kuruluk gibi belirtiler ile başlayabilir. Bu hasar ciddi inflamasyon ve ağrılı ülserasyon şeklinde ilerleme gösterebilir ve 2-3 hafta içerisinde iyileşebilir. Ağız boşluğu gastrointestinal sisteme açılan bir giriş olması nedeniyle özefagus, bağırsaklar ve rektum da etkilenebilir. Mukozit üç başlık altında incelenir. Bunlar; stomatit, özefajit ve enterittir. Hasta özellikle kemoterapi de alıyorsa, oral mukozanın değerlendirilmesi çok daha önemlidir. Oral mukozanın inflamasyonu (stomatit) kemoterapinin en yaygın komplikasyonlarından biridir ve kolaylıkla yutma problemlerine ve sistemik infeksiyona neden olabilir.

Deri Problemlerinin Değerlendirilmesi: İmmün sistemi baskılanmış hastanın derisinin dikkatli bir şekilde gözlenmesi gerekir. Deri ekimoz, peteşi, kuruluk, döküntü ve infeksiyon yönünden gözlenmelidir. Deri döküntüsünün olması, infeksiyonun ya da infeksiyona yatkın olduğunu gösterebilir.

Hasta Aktivite İntoleransı: Hastaların dokularına yeterli oksijenasyonu sağlayarak, uygun aktivite düzeyine ulaşabilmek için; hastanın günlük yaşam aktivitelerine destek olarak aktivite toleransına göre aktivite düzeyini ayarlamak gerekir. İmmün sistemi baskılanmış hastada yeterli aktivite düzeyini sağlamak için, hastada yorgunluk, halsizlik, baş dönmesi, titreme ya da taşipne gibi anemi semptomlarının varlığı araştırılarak hekime bildirilmelidir. Hastaların infeksiyonlardan korunması için; gece en az 8 saat, öğleden sonra 2 saat uyuması ve yeterli dinlenmesi sağlanmalıdır.

Hijyenik Bakımın Sağlanması: Hastanın doku bütünlüğünün ve yeterli hijyenik bakımının sağlanabilmesi için, hijyenik ihtiyaçlarının belirlenmesi gerekir. Hastaya uygun ağız ve cilt bakımı öğretilmelidir. Hastada infeksiyon belirti ve bulguları takip edilmelidir. Hasta, infeksiyonları önleyebilmek için tırnaklarını kısa tutmalı ve etkin bir şekilde el yıkamaya dikkat etmelidir.

Çevresel Önlemler: İnfeksiyon riskini azaltmada, hastane politikasına uygun olarak çevresel önlemlerin alınması gerekir. Savunmada ilk olarak el yıkamaya önem vermek gerekir. Tüm hastane personeli ve hasta ziyaretçileri hasta ile temas etmeden önce ellerini su ve sabunla friksiyon yaparak yıkamalıdır. Hastaya da el yıkama konusunda eğitim verilmelidir. Özellikle üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren hastane personeli hastaya bakım vermemelidir. Hasta, herhangi bir işlem için üniteden ayrılırken, maske takmalı, bu sırada diğer hastalar ile temasta bulunmamasına dikkat edilmelidir. Hastanın çevresinde yer alan respirasyon malzemeleri, bitki saksıları, çiçek vazoları, sabunluk gibi durgun su kaynaklarının ortamdan uzaklaştırılması gerekir. Ayrıca lavabo ve banyo küvetlerinde su birikintisinin oluşmaması sağlanmalıdır. Respirasyon malzemelerindeki su ve hastanın kullandığı sabunun temizliğine özen gösterilmeli. Hasta için kullanılan eşyalar (çarşaf, pike, havlu, yemek tabakları, çatal, kaşık, bıçak vb.) yeni ya da kendine ait olmalıdır ve temizlikleri özen gösterilerek yapılmalıdır. Ortamda bulunan toz veya partiküllerin içerdikleri bakteriler nedeniyle enfeksiyona neden olmalarını önlemek ve diğer hasta odalarından mikroorganizma taşınmasına engel olmak için, hasta odası ıslak paspasla ve diğer odalardan önce temizlenmelidir. Hasta odasında bulunan eşyalar az ve kolay temizlenebilir olmalıdır.

Hastada Anksiyetenin Önlenmesi: İmmün sistemi baskılanmış hastalarda anksiyete durumu, atipik hücreleri harekete geçirdiği için önemlidir. Hastanın anksiyete belirtilerinden; gerginlik, huzursuzluk, baş ağrısı gibi semptomların giderilmesi için, hastaya psikolojik destek verilmelidir. Hasta ve ailesi olumlu iletişim ve işbirliği içinde kısa sistemli eğitim programları ile eğitilerek, hastanın hastalığa uyumu sağlanmalıdır. Hastanın hastalığı kabul dönemine özgü savunma mekanizmalarına ilişkin davranışları izlenmeli ve değerlendirilmelidir. Hastanın hastalığa tepkisi gözlenmeli ve anksiyete durumu (inkar, sessiz kalma, saldırganlık, korku, gerileme) belirlenerek hastaya ona göre yaklaşılmalıdır. Gerektiğinde profesyonel bir kişi ile işbirliğine geçilmelidir.