



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ HEMŞİRELİK
UYGULAMALARINA İLİŞKİN AKIŞ ŞEMALARININ
GELİŞTİRİLMESİ VE ALANA UYARLANMASI**

KERİME DERYA BEYDAĞ
DOKTORA TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ

İSTANBUL-2010



REPUBLIC OF TURKEY
MARMARA UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

**DEVELOPMENT AND AREA ADAPTATION OF FLOW
CHARTS RELATED TO GYNECOLOGIC ONCOLOGY
NURSING PRACTICES**

KERİME DERYA BEYDAĞ
DOCTORATE THESIS

DEPARTMENT of OBSTETRICS and GYNECOLOGIC NURSING

SUPERVISOR
Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ

ISTANBUL-2010

TEZ ONAYI

Kurum: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi: Yüksek Lisans () Doktora (X)

Anabilim Dalı: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

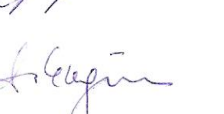
Tez Sahibi: Kerime Derya BEYDAĞ

Tez Başlığı: Jinekolojik Onkoloji Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Akış Şemalarının Alana Uyarlanması ve Geliştirilmesi

Sınav Yeri: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Sınav Tarihi: 13.04.2010

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Kurumu	İmza
Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)		
Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	
Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)		
Prof.Dr. Hacer KARANİSOĞLU	İstanbul Üniversitesi Bakırköy S.Y.O.	
Yard.Doç.Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN	İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O	
Yard.Doç.Dr. Hatice YILDIZ	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	
Yard.Doç.Dr. Ayşe ERGÜN	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 29.04./2010 tarih ve 43 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

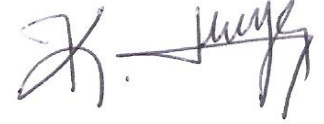

Prof. Dr. Zeynep GENÇOĞLU

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Tarih



Kerime Derya BEYDAĞ

TEŞEKKÜR

Akademik yönü ve kişiliği ile mesleğim adına örnek aldığım, tezimin planlanmasından gerçekleştirilmesine kadar her aşamasında verdiği destek için danışman hocam **Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ**'ye,

Doktora eğitimim süresince bilgi ve deneyimleriyle bizleri yönlendiren tüm **Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyelerine,**

Doktora eğitimim sırasında tanıma fırsatı bulduğum, ihtiyaç duyduğum her anda yardım ve desteğini benden esirgemeyen arkadaşlarım **Fatma COŞAR** ve **Yeliz DOĞAN MERİH**'e,

Tanıdığım andan itibaren dostluğunu ve desteğini benden esirgemeyen, her zaman yanımda olduğunu hissettiğim arkadaşım **Mehtap KIZILKAYA**' ya,

Veri toplama aşamasında, çalıştığım kurumdan izin almam konusunda gösterdiği çaba ve desteklerinden dolayı **Yard.Doç.Dr. Asiye KARTAL**'a,

Bugünlere gelmemde büyük payı olan, sevgi ve anlayışlarıyla beni destekleyen ve hep yanımda olan annem **Nurşen TAŞCI** ve babam **Hasan TAŞCI**'ya,

Beni bu zorlu yolda yalnız bırakmayan, hayatı paylaştığım, desteğini her zaman yanımda hissettiğim sevgili eşim **Erkan BEYDAĞ**'a,

Doktora eğitimim sırasında hayatımıza giren, çalışmam süresince büyük fedakârlık, destek ve sabır gösteren, ondan çaldığım zamanlara katlanan oğlum **Efe BEYDAĞ**'a

Çalışmama ilgi gösterdikleri ve araştırma kapsamına katıldıkları için tüm **hemşire arkadaşlarıma** teşekkürlerimi sunuyorum.

Kerime Derya BEYDAĞ

Bu tez, Marmara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu Başkanlığı tarafından **SAG-C-DRP-120309** numaralı proje ile desteklenmiştir.

İÇERİK	SAYFA NO
1. Özet	1
2. Summary	2
3. Giriş ve Amaç	3
4. Genel Bilgiler	6
4.1. Kanser	8
4.2. Jinekolojik Kanserler	10
4. 2. 1. Vulva Kanseri	11
4. 2. 1. 1. Etiyoloji ve Risk Faktörleri	11
4. 2. 1. 2. Klinik Değerlendirme	12
4. 2. 1. 3. Tanı	12
4. 2. 1. 4. Tedavinin Planlanması	13
4. 2. 1. 5. Prognoz	14
4. 2. 2. Vajen Kanseri	14
4. 2. 2. 1. Etiyoloji ve Risk Faktörleri	14
4. 2. 2. 2. Klinik Değerlendirme	15
4. 2. 2. 3. Tanı	15
4. 2. 2. 4. Tedavinin Planlanması	15
4. 2. 2. 5. Prognoz	16
4. 2. 3. Serviks Kanseri	16
4. 2. 3. 1. Etiyoloji ve Risk Faktörleri	17
4. 2. 3. 2. Klinik Değerlendirme	17
4. 2. 3. 3. Tanı	19
4. 2. 3. 4. Tedavinin Planlanması	19
4. 2. 3. 5. Prognoz	20
4. 2. 4. Endometriyum Kanseri	20
4. 2. 4. 1. Etiyoloji ve Risk Faktörleri	20
4. 2. 4. 2. Klinik Değerlendirme	21
4. 2. 4. 3. Tanı	21
4. 2. 4. 4. Tedavinin Planlanması	22

4. 2. 4. 5. Prognoz	23
4. 2. 5. Fallop Tüp Kanseri	23
4. 2. 5. 1. Etiyoloji ve Risk Faktörleri	23
4. 2. 5. 2. Klinik Değerlendirme	23
4. 2. 5. 3. Tanı	23
4. 2. 5. 4. Tedavinin Planlanması	24
4. 2. 5. 5. Prognoz	25
4.2.6. Over Kanseri	25
4. 2. 6. 1. Etiyoloji ve Risk Faktörleri	25
4. 2. 6. 2. Klinik Değerlendirme	26
4. 2. 6. 3. Tanı	26
4. 2. 6. 4. Tedavinin Planlanması	27
4. 2. 6. 5. Prognoz	28
4.2.7. Meme Kanseri	28
4. 2. 7. 1. Etiyoloji ve Risk Faktörleri	28
4. 2. 7. 2. Klinik Değerlendirme	28
4. 2. 7. 3. Tanı	29
4. 2. 7. 4. Tedavinin Planlanması	29
4. 2. 7. 5. Prognoz	29
4.3. Jinekolojik Kanseri Tedavileri	29
4.4. Kemoterapi	30
4.5. Cerrahi Tedavi	34
4.6. Radyoterapi	38
4.7. Kanseri ve Kök Hücre Tedavisi	39
4.8. Kanseri Hastalarda Gelişen Semptomlar ve Bakımı	41
4. 8. 1. Ağrı	43
4. 8. 2. Hematolojik sorunlar	44
4. 8. 2. 1. Nötropeni	44
4. 8. 2. 2. Trombositopeni	45
4. 8. 3. Gastrointestinal Sistem Sorunları	46
4. 8. 3. 1. Bulantı-kusma	46
4. 8. 3. 2. İştahsızlık-kaşeksi	48

4. 8. 3. 3. Mukozit-stomatit	49
4. 8. 4. Boşaltım Sorunları	50
4. 8. 4. 1. Diyare	50
4. 8. 4. 2. Konstipasyon	51
4. 8. 5. Cilt sorunları	52
4. 8. 5. 1. Ekstravazasyon	52
4. 8. 5. 2. Alopesi	53
4. 8. 6. Solunum Sorunları	54
4. 8. 6. 1. Dispne	54
4. 8. 7. Psikiyatrik Sorunlar	55
4. 8. 7. 1. Anksiyete- Depresyon	55
4. 8. 8. Günlük Yaşam Aktivitelerine İlişkin Sorunlar	56
4.8.8.1. Yorgunluk	56
4.8.8.2. Uykusuzluk	57
4.9. Hemşirelik Süreci (Bakım Planı)	58
4.10. Hemşirelik Bakımında Standardizasyon	60
4. 10. 1. Hemşirelik Standartlarının Gelişimi	66
4. 10. 2. Kaliteye Ulaşmada Standartların Rolü	68
4.11. Akış Şeması	70
4.11.1. Akış şemasının bakıma katkısı	71
4.11.2. Akış şemasını uygulamada ortaya çıkan sapmalar (Varyans)	73
4.11.3. Akış şeması geliştirme	74
5. Gereç ve Yöntem	79
5.1. Araştırma Yeri ve Zamanı	79
5.2. Araştırma Tipi	79
5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	80
5.4. Araştırmanın Varsayımları	81
5.5. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	81
5.6. Veri Toplama Yöntemi	82
5.7. Verilerin Analizi	85
5.8. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Durumlar	85

6. Bulgular	87
6.1. Katılımcıların Bireysel-Mesleki Özelliklerine, Mevcut Uygulama Kaynaklarına ve İş Akış Şemalarının Kullanımına Yönelik Görüşlerine Ait Bulgular	87
6.2. Katılımcıların Akış Şema Süreci Puan Ortalamalarına İlişkin Veriler	91
6.3. Katılımcıların Değişkenlere Göre Akış Şema Sürecini Değerlendirmeleri	94
7. Tartışma	110
7.1. Katılımcılara Ait Bireysel Özellikler, Bilgi Kaynakları ve Akış Şemalarına İlişkin Verilerin Tartışılması	110
7.1.1. Katılımcıların Bireysel Özelliklerine İlişkin Verilerin Tartışılması	110
7.1.2. Katılımcıların Bilgi Kaynaklarına İlişkin Verilerinin Tartışılması	111
7.1.3. Katılımcıların Standart Bakım Uygulamasına İlişkin Verilerinin Tartışılması	112
7.1.4. Katılımcıların Akış Şemasına İlişkin Verilerinin Tartışılması	114
7.2. Katılımcıların Akış Şemalarının Oluşturma Sürecine İlişkin Değerlendirmelerin Tartışılması	115
7.2.1. Jinekolojik Onkoloji Alanına Ait Risklere Yönelik Akış Şemalarının Tartışılması	115
7.2.2. Kemoterapinin Neden Olduğu Semptomlara Yönelik Akış Şemalarının Tartışılması	116
7.2.3. Operasyon Süreci ve Taburculuğa Yönelik Akış Şemalarının Tartışılması	117
7.3. Katılımcıların Akış Şema Süreci Puan Ortalamalarına İlişkin Verilerin Tartışılması	117
7.4. Katılımcıların Değişkenlere Göre Akış Şema Sürecini Değerlendirmeleri	118
7.4.1. Katılımcıların Bireysel Özelliklerine İlişkin Verilerin Tartışılması	118

7.4.2. Katılımcıların Mesleki Özelliklerine İlişkin Verilerin Tartışılması	120
7.4.3. Katılımcıların Standart Bakım Uygulamasına İlişkin Verilerin Tartışılması	122
7.4.4. Katılımcıların Akış Şemasına İlişkin Verilerin Tartışılması	123
8. Sonuç ve Öneriler	124
8.1. Sonuçlar	124
8.2. Öneriler	127
9. Kaynaklar	128
10. Ekler	145
EK-1: Hemşire –Ebe Bilgi Formu	145
EK 2A. Akış şemalarının etkinliğini belirleme formu	147
EK 2B. Akış şemalarının etkinliğini belirleme formu	148
EK-3: Jinekolojik Onkoloji Hemşirelik Bakımı Akış Şemaları	149
EK-4: Katılımcıların Akış Şemalarına Yönelik Yaptıkları Değişiklikler	165
EK-5: Etik Kurul İzin Yazısı	166
EK-6: Kurumlardan Alınan İzin Yazıları	167
EK-7: Özgeçmiş	171

KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
ANA	Amerikan Hemşirelik Birliği
BSO	Bilateral Salpingo Ooforektomi
CIN	Servikal İntraepitelyal Neoplazi
DES	Dietilstilbesterol
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DIC	Dissemine Intravasküler Koagölasyon
FİGO	Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu
HPV	Human Papilloma Virüsü
HSV	Herpes Simplex Virüsü
ICN	Uluslar arası Hemşirelik Konseyi
KİT	Kemik iliği transplantasyonu
LVT	Lenfovasküler Tutulum
SB	Sağlık Bakanlığı
TAH	Total Abdominal Histerektomi
TKY	Toplam Kalite Yönetimi

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. 2000-2003 Yılları Arası Ulusal Kanser İnsidansı (Sağlık Bakanlığı 2007)

Şekil 2. Türkiye Kanser İstatistikleri, 1999-2005 (Sağlık Bakanlığı)

Şekil 3. Türkiye’de Kadınlarda En Çok Görülen 10 Kanser Türü, 2005

Şekil 4. Türkiye’de Kadın ve Erkek Kanser İnsidans Değerleri, 2000-2005

Şekil 5: Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu (FİGO)’na Göre Vulva Kanserinin Sınıflandırılması

Şekil 6: Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu (FİGO)’na Göre Vajinal Kanserinin Sınıflandırılması

Şekil 7: Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu (FİGO)’na Göre Serviks Kanserinin Sınıflandırılması

Şekil 8: Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu (FİGO)’na Göre Endometrium Kanserinin Sınıflandırılması

Şekil 9: Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu (FİGO)’na Göre Fallop Tüp Kanserin Sınıflandırılması

Şekil 10: Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu (FİGO)’na Göre Over Kanserin Sınıflandırılması

Şekil 11: Kemoterapi Protokolleri

Şekil 12: Hemşirelik sürecinin aşamaları

Şekil 13: PUKO Döngüsü

Şekil 14: İş Akış Şeması Sembolleri ve Anlamları

Şekil 15: Örneklem Alınan Hemşirelerin Hastanelere Göre Dağılımı

TABLO LİSTESİ

Tablo 6.1.1. Katılımcıların Demografik Verilerinin Dağılımı

Tablo 6.1.2. Katılımcıların Bilgi Kaynaklarına Ait Verilerinin Dağılımı

Tablo 6.1.3. Katılımcıların Standart Bakım Uygulamasına İlişkin Verilerinin Dağılımı

Tablo 6.1.4. Katılımcıların Akış Şemasına İlişkin Verilerinin Dağılımı

Tablo 6.2.1. Katılımcıların Akış Şema Süreci Planlama Aşamasına İlişkin Değerlendirmeleri (n:87)

Tablo 6.2.2. Katılımcıların Akış Şema Süreci Uygulama Aşamasına İlişkin Değerlendirmeleri (n:87)

Tablo 6.2.3. Katılımcıların Akış Şema Süreci Değerlendirme Aşamasına İlişkin Değerlendirmeleri (n:87)

Tablo 6.2.4. Katılımcıların Akış Şema Süreci Gözden Geçirme Aşamasına İlişkin Değerlendirmeleri (n:87)

Tablo 6.2.5. Katılımcıların Akış Şema Süreci Genel Değerlendirme Aşamasına İlişkin Değerlendirmeleri (n:87)

Tablo 6.3.1. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreç Değerlendirmeleri (n:87)

Tablo 6.3.2. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreç Değerlendirmeleri (n:87)

Tablo 6.3.3. Katılımcıların Kadrolarına Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreç Değerlendirmeleri (n:87)

Tablo 6.3.4. Katılımcıların Meslekte Çalışma Sürelerine Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreç Değerlendirmeleri (n:87)

Tablo 6.3.5. Katılımcıların Jinekolojik Onkoloji Alanında Çalışma Süresine Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreç Değerlendirmeleri (n:87)

Tablo 6.3.6. Katılımcıların Görev Yaptıkları Hastanelere Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreç Değerlendirmeleri (n:87)

Tablo 6.3.7. Katılımcıların Standart Bakımın Gerekliği Konusundaki Düşüncelerine Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreç Değerlendirmeleri (n:87)

Tablo 6.3.8. Katılımcıların Çalışma Alanında Akış Şemasını İsteme Durumlarına Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreç Değerlendirmeleri (n:87)

1. ÖZET

Kanser, hastalığın kendisi ve tedavinin istenmeyen etkileri nedeniyle hastalar ve bu hastalarına bakım veren sağlık çalışanları için uzun ve zorlu bir dönemdir. Bu süreçte ortaya çıkan semptomların tam ve zamanında değerlendirilmesinde ihtiyaçları karşılayan, etkin, hedeflere ulaşmayı sağlayan uygun hemşirelik bakımının verilmesinde sistematik yaklaşım önemlidir. Bu çalışma, jinekolojik onkoloji hastalarına verilen hemşirelik uygulamalarına ilişkin akış şemalarını geliştirmek ve alana uyarlamak amacıyla tek gruplu yarı deneysel bir çalışma olarak planlanmıştır.

Araştırma İstanbul ilinde hemşirelik hizmetleri etkin olarak verilen 6 hastanede (3 sağlık bakanlığı hastanesi, 2 özel hastane, 1 üniversite hastanesi), Ekim 2008- Mart 2009 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın evrenini, jinekolojik onkoloji hastalarına bakım veren, birimde en az 6 aydır çalışan ve çalışmaya gönüllü katılan 97 ebe/hemşire oluşturmuş; verilerin toplandığı tarihlerde raporlu/ izinli olan ve çalışmaya katılmak istemeyen hemşirelerin olması nedeniyle 87 kişi örneklemini oluşturmuştur. Veriler, tanımlayıcı bilgi formu ve araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olan “Akış Şemalarının Etkinliğini Belirleme Formları” ile toplanmıştır. Veri toplama işlemi öncesinde, jinekolojik onkoloji problemlerine ait riskler belirlenmiş, literatür taraması yapılarak uygulamalara yönelik akış şemalarının olup olmadığı araştırılmış ve bulunan şemalar gözden geçirilerek akış şeması oluşturma çalışmaları başlatılmıştır. Yapılan değerlendirmeler sonucunda risklere, semptomlara ve operasyon süreci ve taburculuğa yönelik 15 akış şemasının oluşturulmasına karar verilmiştir. Katılımcılara uygulama öncesinde ve sonrasında etkinliği belirleme anketleri uygulanmıştır. Çalışma sonucunda katılımcıların uygulama sonrasında akış şemalarının etkinliğinin anlamlı düzeyde arttığı ($p<0.01$), yaş grubu, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi ve jinekolojik onkoloji alanında çalışma yılı ile uygulama öncesi ve sonrasında değerlendirmeleri ile anlamlı ilişki olmadığı ($p>0.01$) saptanmıştır. Çalışma sonucunda, katılımcılardan hemşire kadrosunda olanların; üniversite hastanesi ve özel hastanede çalışanların, standart bakımın gerekli olduğunu düşünen ve alanda akış şeması olmasını isteyen katılımcıların akış şemalarına yönelik değerlendirmeleri daha olumlu bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Akış şeması, jinekolojik onkoloji, bakım standardı, hemşirelik yaklaşımı.

2. SUMMARY

DEVELOPMENT AND AREA ADAPTATION OF FLOW CHARTS RELATED TO GYNECOLOGIC ONCOLOGY NURSING PRACTICES

Cancer is a long and difficult period for patients and caregivers in health sector because of both the disease itself and the treatment due to its adverse effects. In this process, a systematic approach in appropriate nursing care is important to provide a complementary patient-employee satisfaction that meets the needs of on time, certain and target-oriented evaluation of the symptoms appearing in this period. This study is planned to be a one grouped semi-experimental research to develop and adapt the flow charts of the nursing practices applied to gynecologic oncology patients to the field.

The research was conducted between October 2008 and March 2009 in 6 hospitals in Istanbul (3 health ministry hospitals, 2 private hospitals and 1 university hospital) where their effective programs they practice. The scope of the study included 97 midwives/nurses who had been working as caregivers of gynecologic oncology patients in this unit at least for 6 months and who participated in this study voluntarily; 87 people composed the sampling because of the absence of nurses who were on vacation or on sick leave when the data were collected and who didn't want to participate in the study. The data were formed by descriptive information form and by the researchers and then collected via "Forms to Determine the Efficiency of Flow Charts". Before data collection process, the risks related to gynecologic oncology problems were identified, the literature scanning was made to search the existence of flow charts based on the practices and the discovered charts were reviewed so the efforts to create a flow chart began. As a result of the evaluations, it was decided to create 15 flow charts intended for risks, symptoms, operation processes and discharge. Questionnaires to determine the activity were applied to participants before and after the practice. As a result of the study, it was determined that the efficiency of the flow charts increased significantly ($p < 0.01$) after the practice of the participants and there wasn't a significant relationship ($p > 0.01$) between the age group, education level, occupational period in this job and in the gynecologic oncology field and their evaluations of the practice before and after it was applied. The results of the study revealed that participants who worked in the nursing staff; who worked in university and private hospitals and who supported the existence of a flow chart in the field evaluated the flow charts positively.

Key words: Flow chart, gynecologic oncology, care standards, nursing approach

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Belli bir süreçteki adımları grafik sembollerle gösteren şemaya “Akış Şeması” denir. Akış şemaları kullanılarak büyük bir süreçte çeşitli basamaklar tanımlanır ve yapılan işin herkes tarafından anlaşılması sağlanır. Akış şeması oluşturmakla belli bir süreçte atılması gereken adımlara daha yakından bakma imkânına kavuşulur. Akış şemaları sürece kimin nasıl katılacağını belirlemede önemli katkı sağlamakta, süreç esnasında hangi alanlarda daha çok iyileştirmeye gerek olduğunun belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Akış Şemaları oluşturmada temel amaç, olayların anlaşılabilirliğinin sağlanması ve bundan sonra geliştirilmesi mümkün alanlarının belirlenmesidir (Orient ve ark., 1983; Bektaş, 1997; Veyisoğlu ve ark., 2000; Wong ve ark., 2000; Biff ve ark., 2001; Sharghi ve ark., 2005; www.maliye.gov.tr erişim tarihi: 06.02.2008).

Ülkemizde bazı meslekler kendi alanları içine giren işlevlerini sınırlarını tanımlamak ve saptamakta büyük ölçüde bağımsızdırlar. Ancak buna karşın hemşirelik mesleğinde sınırlar henüz kesin olarak belirlenememiştir. Günümüzde artık her alanda olduğu gibi sağlık alanında, hemşirelik hizmetlerinde de standardizasyonun yeri açıkça ortadadır. Gelişmiş ülkelerde standartlarla çalışma, günlük yaşamın bir parçası olmuşken bizde önemi yeni yeni anlaşılmaya başlamıştır (Nural, 1992; Gömbül, 1993; Yılmaz 2001).

Hemşirelik eğitiminde standardizasyonun olmamasının, mesleğinin en önemli sorunlarından biri olduğu bilinmektedir. Ülkemizde eğitim düzeyini yükseltme, hemşirelik uygulamalarını uluslararası düzeyde tutma ve otonomi çabasında olan hemşireliğin hedeflerine ulaşabilmesi için; günümüzde kendi alanı içine giren uygulamalarla ilgili standartları saptaması, denetlemesi ve değerlendirmesi zorunludur. Çünkü bir meslek vermiş olduğu hizmetin kalitesine önem vermek ve kalitesini garanti altına almak için vermiş olduğu hizmetin kontrol mekanizmalarını araştırmak zorundadır. Bu mekanizmaların arkasında ise yüksek kalitede hizmetin sunulacağı güvencesini veren standartlar bulunmaktadır (Akdemir, 1994; Kıray Vural, 1998; Şenuzun Ergün, 1998; Aştı ve Acaroğlu, 2000; Baran, 2001; Algier ve ark., 2005; Karadağ ve Uçan, 2006; Aslantekin ve ark., 2007; Aydın, 2007; Ell ve ark., 2007).

Bakım kalitesinin değerlendirilmesinde, bakım standartlarının belirlenmesi ve uygulamanın bu standartlara göre ölçülmesi önemlidir. Standartlar, hem bireysel hem de diğer disiplinlerle işbirliğinde zemin oluşturur. Mesleğe ilişkin kaliteye ulaşmak anlamlı standartlar oluşturulduğunda, uygulandığında ve güncelleştirildiğinde mümkün olacaktır (Akdemir, 1994; Cundiff ve ark., 1997; Yılmaz 1999; Eroğlu ve ark. 2001; Coşkun ve Akbayrak, 2001; Erdoğan 2003; Casarett ve ark. 2005; Ertem ve Sevil 2007). Literatürlere göre de geçerliliği saptanmış olan standartların hasta bakımında kullanılması, hastaların gereksinimlerine uygun, yeterli ve kaliteli hemşirelik bakımı almalarını sağlamaktadır. Oskay Şahin ve Oktay'ın hasta kabulü standartlarının geliştirilmesi çalışmasında (2001), standart geliştirme sonrası hasta grubun toplam hizmet kalitesi puanı standart geliştirme öncesine göre yüksek bulunmuş ve hizmet kalitesinin arttığı belirlenmiştir (Oskay ve Oktay, 2001). Ayrıl ve ark. çalışmasında da (2003), rehabilitasyon merkezinde hemşirelik bakımını sistematik yaklaşımla gerçekleştirmeye başladıktan sonra hizmetin niteliğinde belirgin artış olduğu saptanmıştır (Ayrıl ve ark., 2003). Yıldız Eryılmaz'ın çalışmasında da (2001), hemşirelik bakımının standartize edildiğinde, bakımın kalitesinin ve hasta memnuniyetinin arttığı belirtilmiştir (Yıldız Eryılmaz, 2001). Ghosh ve ark. çalışmasında da (2001), jinekolojik onkoloji hastalarına yönelik verilen bakım yaklaşımının hastaların yaşam kalitesi, memnuniyetinde artışa neden olduğu ve bakım maliyetlerinin azalmasında etkili olduğu belirtilmiştir (Ghosh ve ark. 2001). Müller ve ark. çalışmasında (2009), cerrahide klinik pathway kullanımının komplikasyonları ve hastaneye geri yatışları azalttığı belirtilmiştir (Müller 2009). Dy ve ark. çalışmasında (2005), kritik pathwaylerin hastanede kalış süresini kısaltmada etkili olduğu saptanmıştır (Dy ve ark. 2005). Vries ve ark. çalışmasında (2007), yaşlı kanser hastalarını bakımında kullanılan klinik bakım pathwaylerinin ortaya çıkabilecek olası sorunların tespitinde kolaylık sağladığı ve hastanın eğitim gereksinimlerinin fark edilmesini kolaylaştırdığı belirtilmiştir (Vries ve ark. 2007).

Hemşirelik eğitimi ve hizmetini Avrupa Birliği (AB) standartlarına ulaştırma çabası içerisinde olan ülkemizin hedeflerine ulaşabilmesi için hemşirelerin kendi alanı içerisine giren uygulamalarla ilgili standartları kalite, maliyet etkili bakım adına saptaması, denetlemesi, değerlendirmesi ve saptadığı

standartları araştırmalarla sürekli geliştirmesi gerekir (Daş, 1999; nl, 1999). Standart hemşirelik bakımlarının, bakım haritaları ve akış şemaları şeklinde görsellik kazanması hem bakım aşamaların daha net görülmesini, hem de verilen bakım hizmetinde hiç bir basamağın atlanmamasını sağlar. Hemşirelik uygulamalarına yönelik standartların oluşturulması ve bakım şemalarının işlerlik kazanması verilen hizmetin, ihtiyaçları karşılayan, etkin, zaman yönetimine uyan, hasta-çalışan memnuniyetini gözetten, sınırları belli, hedeflere ulaşmayı sağlayan ve ölçülebilen bir özellik kazanmasını sağlayacaktır. Standart hemşirelik bakımlarının, bakım haritaları ve akış şemaları şeklinde görsellik kazanması hem bakım aşamalarının daha net görülmesini, hem de verilen bakım hizmetinde hiç bir basamağın atlanmamasını sağlayacaktır.

Kanser, hastalığın kendisi ve tedavinin istenmeyen etkileri nedeniyle hastalar ve bu hastalarına bakım veren sağlık çalışanları için uzun ve zorlu bir dönemdir. Bu süreçte ortaya çıkan semptomların tam ve zamanında değerlendirilmesinde ihtiyaçları karşılayan, etkin, zaman yönetimine uyan, hasta-çalışan memnuniyetini gözetten, sınırları belli, hedeflere ulaşmayı sağlayan uygun hemşirelik bakımının verilmesinde sistematik yaklaşım önemlidir. Bu araştırma jinekolojik onkoloji hastalarına verilen hemşirelik uygulamalarına ilişkin akış şemalarını geliştirmek ve alana uyarlamak amacıyla tek grulu yarı deneysel bir çalışma olarak planlanmıştır. Geliştirilen ve alana uyarlanması yapılan akış şemalarının, alanda çalışan hemşireler, klinik uygulamaya çıkan öğrenciler ve akademisyenler için kolaylık sağlayacak kaynak bir rehber olacağı düşünülmektedir.

4. GENEL BİLGİLER

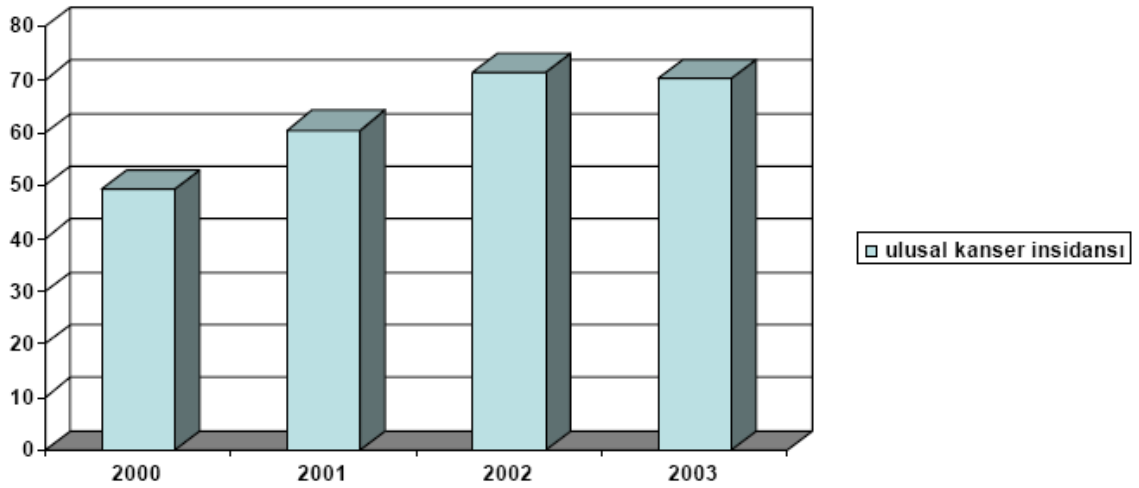
4.1. KANSER

Kanser terimi Latince “cancer” sözcüğünden gelen, klinik anlamda hücre büyüme ve olgunlaşmasını kontrol eden mekanizmaların kaybı ile kontrolsüz hücre çoğalmasdır. Kanser hücresel genlerde gerçekleşen somatik ve kalıtsal mutasyonlardan ve biriken genetik değişikliklerden kaynaklanır ve genellikle yaşamı tehdit eden, tedavisindeki önemli gelişmelere rağmen tüm hastalıklar arasında en korkulanıdır (Demirelli ve ark. 1997, Yeşilbakan ve ark.2005, Aslan ve ark. 2006).

Kanser günümüzde tüm dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 2001 kayıtlarına göre dünyada her yıl 10 milyon kişi kanser tanısı almakta ve 6 milyon kişi de kanserden ölmektedir. 2005 yılında dünyada meydana gelen toplam 58 milyon ölümün yaklaşık olarak 7.6 milyonunu kanserle oluşturmaktadır. Kanser, gelişmiş ülkelerdeki istatistiklere göre ölüme yol açan nedenler arasında kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer alırken, tüm ölümlerin % 22.3’ünden sorumlu tutulmaktadır. (Pınar 2003, Akyüz 2008, Demirsoy 2008).

Sağlık Bakanlığı (SB) Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı’nın 2007 yılı yayınına göre kanser, hem dünyada hem de ülkemizde ölüm nedeni olarak, kalp ve damar hastalıklarından sonra %22’lik oran ile ikinci sırada yer almakta, 2030 yılında birinci sıraya yükselmesi öngörülmektedir. Dünyada yılda 11 milyon insan kansere yakalanmakta, 7 milyon insan kanser nedeniyle yaşamını kaybetmektedir. 2005 yılı itibarı ile kanserle yaşayan insan sayısı 25 milyondur. Özellikle az ve orta gelir düzeyi olan ülkeler açısından durumun daha da önemli yanı, bu ülkelerde kanser hastalığı tanısının %80’inin ileri evrede konuyor olması ve dolayısı ile çok daha fazla hastalık ve ekonomik yükü karşılaşıyor olmasıdır (Tuncer 2007).

Ülkemizde 2000 yılında toplam 430.459 ölüm vakasının 56.250’sini kanserlere bağlı olduğu bildirilmektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2000 yılı içinde ulusal kanser insidans hızı 2000 yılı içinde yüz binde 49.29, 2001 yılında yüz binde 60.49, 2002 yılında yüz binde 71.49 ve 2003 yılında ise yüz binde 70.32’dir (Şekil 1) (Kutluk 1996; Aslan ve ark.2006; Demirsoy 2008; Kurt Sadırlı 2008).



Şekil 1. 2000-2003 Yılları Arası Ulusal Kanser İnsidansı (Sağlık Bakanlığı 2007)

Hastalığın bizzat kendisinden ya da tedavinin toksisitelerinden kaynaklanan semptomlar nedeni ile hastaların yaşam kalitesi ve fonksiyonları olumsuz etkilenebilir. Ayrıca bu semptomlar tedaviyi kesintiye uğratabilirler ve etkinliği üzerinde negatif etki oluşturabilirler. Bu semptomların optimal tedavi yöntemi, sık ve doğru semptom ölçümlerine, hastalarla sağlık çalışanları arasındaki iletişime bağlıdır (Cleeland ve ark. 2000; Beşer ve Öz 2003; Özdemir 2006).

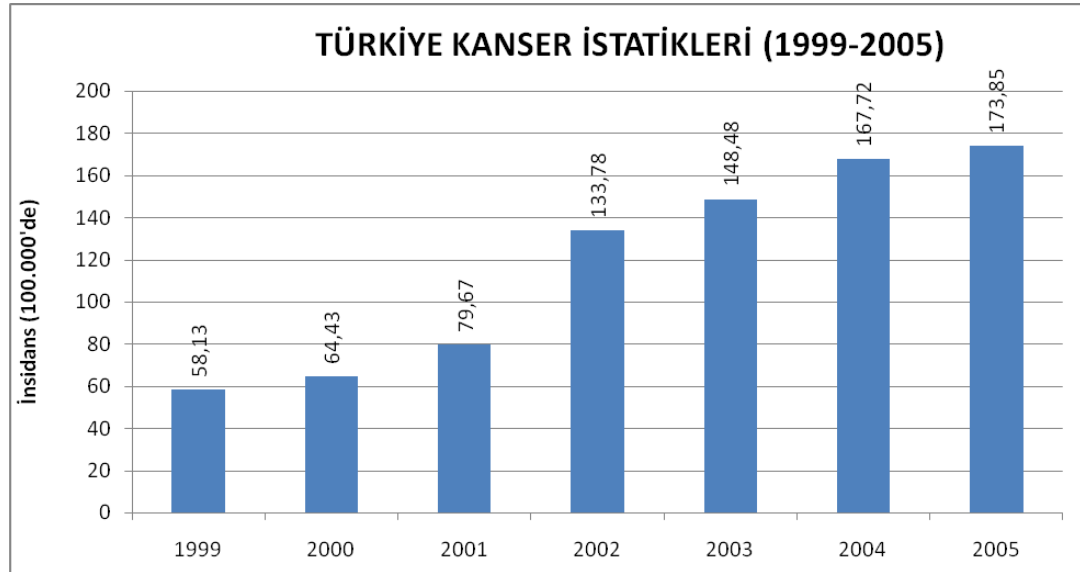
Kanser tanısı konulan hastayı uzun ve zor bir dönem beklemektedir. Kanser tanısı kabullenme ve tedavi süreci oldukça zor deneyimlerdir.¹² Her insanın olduğu gibi kanserli bireyin de hayalleri, ümitleri ve hedefleri vardır. Bu yüzden hastalığın, yaşam tutum profiline etkisi değerlendirilmelidir. Kanser hastaları sık sık hastaneye yatma, giderilemeyen ağrı, kişisel kontrol kaybı, kendi bakım aktivitelerini yapmada yetersizlik, ekonomik ve sosyal kayıplar, ameliyat, radyoterapi, kemoterapi gibi hastalıklarıyla ilgili tedavilerinden dolayı hem acı çekerler hem de yaşam kalite ve memnuniyetlerinde düşme görülür (Platin 1998; Özdemir 2006).

Kanser hastalarına bakım veren sağlık profesyonelleri, kullandıkları standart bakım yönergeleri ile hastalarda kemoterapinin neden olduğu yan etkilerin hafiflemesini ve kontrolünü, hastaların bakımda kendi sorumluluklarını almasını, tedavi kararlarına katılmasını, hastalık ve tedaviye uyumlarının artmasını sağlayabilirler. Bu sayede de hasta bakım kalitesi yükselecektir (Cleeland 2000; Aslan 2003).

4.2. JİNEKOLOJİK KANSERLER

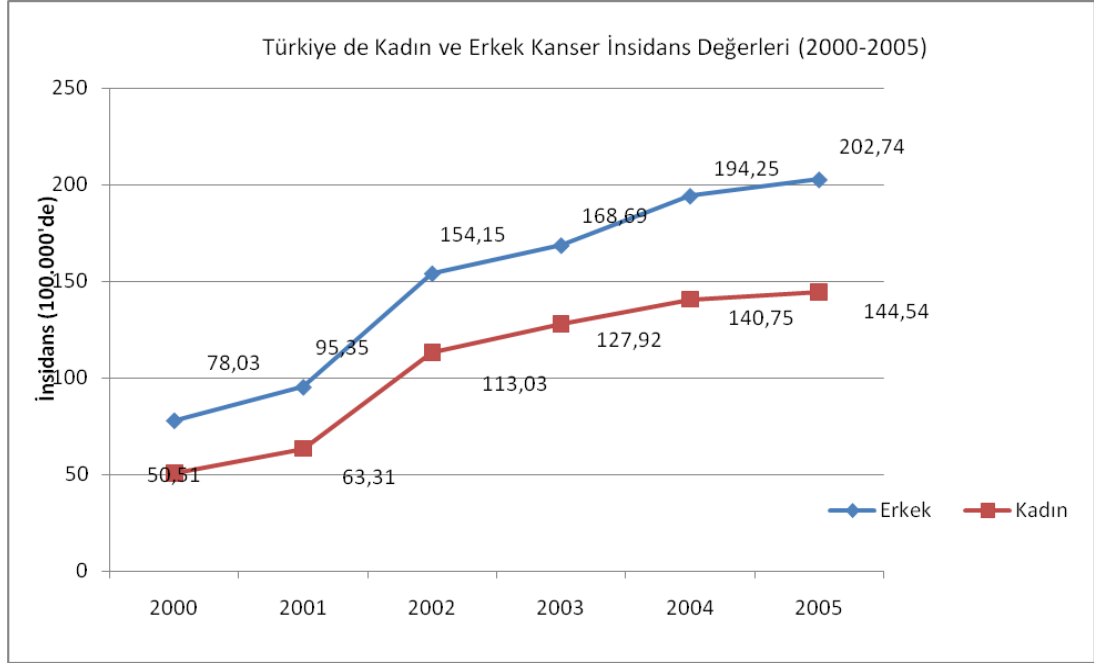
Jinekolojik kanserler, meme kanserinden sonra kadınlardaki morbitide ve mortalitenin en önemlilerinden birisidir. 1996 Amerikan Kanser Derneği'nin verilerine göre, ABD'de kadına yönelik kanser vakası sırlamasında endometrium ve over kanserleri 4. ve 5. sırada yer almaktadır. Serviks kanseri ise tarama testleri ve erken tanı sonucu genel sıralamada 8.sırada, jinekolojik kanser vakalarında ise 3.sırada yer almaktadır (Reis 2003; Demirsoy 2008).

Ülkemizde mevcut kayıt sisteminin yeterli olmaması nedeniyle güncel kanser istatistiklerine ulaşmak oldukça güçtür. S.B. Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı'nın 1999-2005 yılları arasında kanser istatistikleri incelendiğinde kanser insidansında artış olduğu; 1999 yılında kanser insidansı yüzbinde 58.13 iken; 2005 yılında yüzbinde 173.85 olarak belirlenmiştir (Şekil 2) (Yazıcı Korkmaz 2008; <http://www.saglik.gov.tr>).



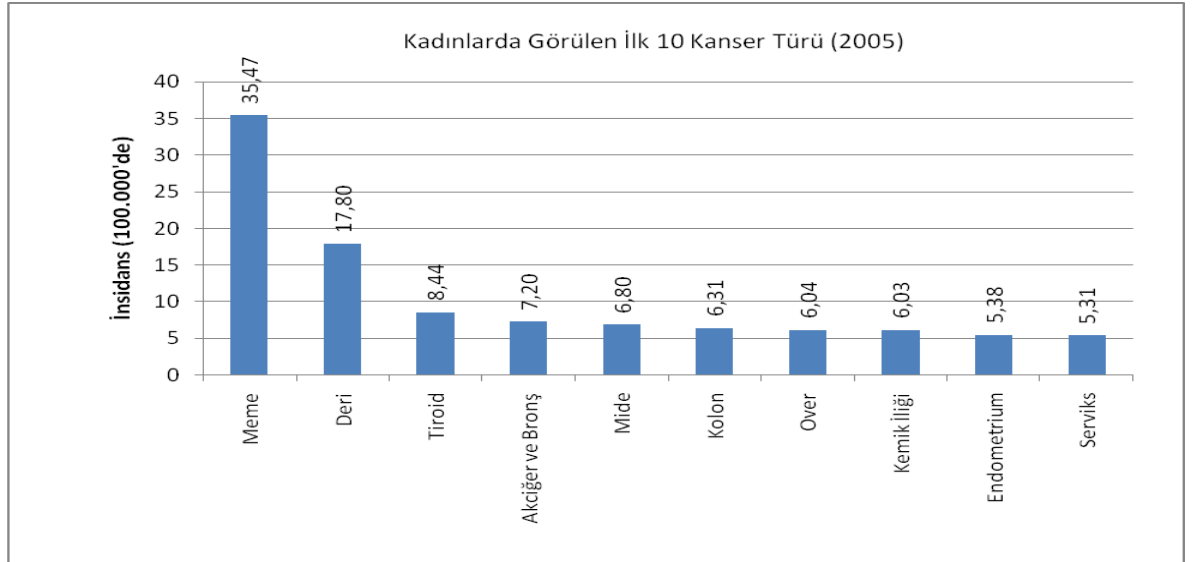
Şekil 2. Türkiye Kanser İstatistikleri, 1999-2005 (Sağlık Bakanlığı).

S.B. Kanserle Savaş Dairesi'nin 200-2005 yılları arasında Türkiye'de kadın ve erkeklerde kanser insidans değerlerini gösteren verileri incelendiğinde; 2000 yılında kadınlarda kanser insidansı yüzbinde 50.51 iken; bu değerin 2005 yılında yüzbinde 144.54'e yükseldiği görülmektedir (Şekil 3) (<http://www.saglik.gov.tr>). .



Şekil 3. Türkiye’de Kadın ve Erkek Kanser İnsidans Değerleri, 2000-2005.

S.B. Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı’nın 2005 yılı Türkiye kanser istatistiklerine göre kadınlarda en çok görülen 10 kanser türü arasında ilk sırada meme kanseri yer alırken, over kanseri 7.sırada, endometrium kanseri 9. sırada ve serviks kanseri 10.sırada yer almaktadır (www.saglik.gov.tr, Erişim tarihi: 10. Ağustos 2009).



Şekil 4. Türkiye’de Kadınlarda En Çok Görülen 10 Kanser Türü, 2005 (Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, 2005)

Kadın kanserlerinin %20-25'ini primer genital organ kanserleri oluşturmaktadır. Bütün kanserler göz önüne alındığında, kadınlarda kanserlere bağlı ölümlerin %15-20'si genital kanserlerden kaynaklanmaktadır. İnsidans, ülke, bölge ve ırka ve gelişmişliğe göre bazı farklılıklar göstermektedir. Zenci kadınlarda serviks kanseri daha sık görülürken, over kanseri en sık İsveç'te en az Japonya'da görülmektedir (Kiriş 2004). Serviks kanseri dünya kadınlarında görülen 3. kanser türüdür ve her yıl dünyada yaklaşık 500 000 kadın serviks kanserinden hayatını kaybetmektedir. Gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde ciddi sağlık sorunudur (Uslu 2004). Serviks kanserinin %80'ni az gelişmiş ülkelerde ortaya çıkar ve bu ülkelerde kadın kanserlerinin %15'ini, gelişmiş ülkelerde ise kadın kanserlerinin %4.2'sini oluşturur. Korpus uterus kanserinin insidansı gelişmiş ülkelerde daha yüksektir. Endometriyum, over ve vulva kanserine yakalanma riski ilerleyen yaşla artmaktadır. Türkiye'de İzmir Kanser İzleme ve Denetleme Merkezi 1992–1996 yılları kayıtlarına göre kadınlarda en sık görülen kanserler arasında korpus kanseri üçüncü ve serviks kanseri dördüncü sırada yer almaktadır. Jinekolojik kanserler arasında ise endometrium veya korpus kanseri birinci (%34.40), serviks kanser ikinci (%32.10) ve over kanseri üçüncü (%25.70) sırayı almaktadır (Haydaroğlu 2004). II. Dünya savaşından sonra batı ülkelerinde sosyo-ekonomik durumun düzelmesine paralel olarak erken teşhis olanaklarının artması, jinekolojik kanserlerinin görülme insidansların da değişmeye neden olmuştur. Son yıllarda endometriyum ve over kanserlerinde artış olduğunu gösteren yayınlar vardır (Taşkın 2000; Kiriş 2004). Uterus kanseri insidansı son 25 yıl içinde bir düşme göstermiştir. Uterus kanserinden ölüm hızı 40 yıl öncesine göre %65 daha az olmasına rağmen hala kadınlardaki ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada gelmektedir. Ölüm hızındaki bu düşüş erken tanı ve tedavi tekniklerinin gelişmesinin bir sonucudur. Sanayileşmiş ülkelerde ve menapoz sonrası over kanseri insidansında hızlı artış olduğu tespit edilmiştir (Dede ve Alanbay 2007).

Jinekolojik kanserlerin kadın yaşamında ayrı bir yeri ve önemi vardır. Çoğu toplumlarda üreme organları kadın için üretkenliğin, anneliğin, cinselliğin sembolüdür ve kadının beden imajının, benlik saygısının şekillenmesinde önemli rol oynar. Çağımızın kadınlar içinde önde gelen sağlık problemlerinden biri olan kanser, toplum tarafından ürkütücü, endişe verici, acı çektiren, tedavisi olanaksız,

ölümü çağrıştıran bir hastalık olarak algılanmaktadır. Jinekolojik kanser tanısı almak, kadınlığın kaybı, kusurlu ve eksik olma biçiminde yorumlanabilmektedir (Dede 1998, Taşpınar 2006; Demirsoy 2008).

Kanserin ilerlemesine ve uygulanan tedavi yöntemlerine bağlı olarak ortaya çıkan semptomlar morbiditeyi, tedaviyi etkin bir şekilde sürdürmeyi ve yaşam kalitesini etkileyebileceği için kanserli hastaya bakım veren sağlık bakım profesyonellerinin ve özellikle hemşirenin bu semptomları erken dönemde saptama, önleme ve kontrol etme sorumluluğu bulunmaktadır. Bunun yanında hemşire hem hasta ve ailenin kanser tanısı hem de tedaviye bağlı gelişen yan etkiler ile bas etmelerinde önemli rol oynamaktadır. Bu yüzden hemşirenin kanser tedavisine devam eden hastalarda semptomları tam ve zamanında sistematik olarak değerlendirmesi; uygun tedavinin yapılabilmesini, hemşirelik girişimlerinin uygulanabilmesini ve hastaların kaliteli bir yaşam sürdürebilmesini sağlamaktadır (Yeşilbalkan ve ark. 2005; Taşpınar 2006).

4. 2. 1. VULVA KANSERİ

Vulva kanseri, yılda her 100.000 kadından 1.5' inde görülme sıklığı ile, tüm jinekolojik kanserlerin %3-5' ini oluşturmaktadır. Daha çok 60-70 yaşlarında görülür. Hastalık ile Human Papilloma Virüsünün (HPV) neden olduğu kandidoma akuminata ve herpes simpleks tip II (HSV) virüsü arasında bir iliksi olduğu saptanmıştır Vulva kanserinin %90' ı squamoz hücreli, %4' ü basal hücreli karsinoma, geri kalanları da Paget' s hastalığı, bartolin glandlarının adenokarsinomu, fibrosarkom ve melanomdur. Genç kadınlarda squamoz hücreli karsinoma daha çok görülmektedir (Topuz 2000; Reis 2003; Taşpınar 2006; Egelioglu 2007; Demirsoy 2008).

4. 2. 1. 1. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Vulva kanserinin etiyolojisi, henüz bilinmemektedir. Bununla birlikte birkaç faktörün, hastalığın insidansını artırdığı düşünülmektedir. Bunlar; hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalık, obezite ve servikal kanser gibi hastalıkların varlığı, erken menopoza girme, kronik iritasyon (diabetes vulvitis), immünsupresif

ilaç kullanma, virüsler (Herpes simpleks virüsü tip II), vulvada kaşıntı öyküsü ve sigara kullanımıdır (Topuz 2000; Taşkın 2000; Egelioglu 2007, Demirsoy 2008).

4. 2. 1. 2. Klinik Değerlendirme

Karsinoma in-situ, her yaşta görülebilen, fakat çoğunlukla otuzlu ve kırklı yaşlarda daha sıkça rastlanılan bir durumdur. Bu evrede vulva kaşıntılıdır ve oluşan lezyon, küçük, kırmızı ya da beyaz, kolay tahrip olan benekli oluşumlar şeklindedir. Ülserasyona bağlı kanama ya da sulu akıntı sonucu lezyonda enfeksiyon ve nekroz gelişebilir. Başlangıçta büyüme yüzeyeldir, fakat daha sonra üretra, vajina ve anüse yayılır. Geç teşhis edilmiş vakaların %50' sinde inguinal ve femoral lenf nodlarına yayılım vardır.

Vulvanın Paget' s hastalığı nadir görülen bir durumdur. Paget' s hastalığında lezyon kırmızı, nemli ve deriden yüksektir. Vakaların büyük bir kısmı intraepitelyaldır ve bu yönü ile karsinoma in-situ ile benzerlik gösterir. Melanom koyu siyah pigmentli ve papiller lezyonlardır.

Vulva kanseri yavaş büyür, yavaş yayılır ve metastazı geç ortaya çıkar. Teşhis edildiğinde vakaların yaklaşık %90' ı hastalığın I. veya II. evresindedir. Karsinoma in-situ evresi yıllarca sürebilir. Bu lezyonlar konumları nedeni ile erken teşhise yatkın oldukları halde, semptomların belirlenmesi ile vulva karsinomu tanısının konması arasındaki süre oldukça uzundur. Bu gecikme büyük ölçüde hastanın doktora gitmeye isteksizliğinden veya ufak bir kitle, tahriş ve kaşıntı gibi semptomları önemsememesinden kaynaklanmaktadır (Pernoll 1994; Kışnişçi 1996; Taşkın 2000; Topuz 2000; Janda 2004; Egelioglu 2007; Demirsoy 2008).

4. 2. 1. 3. Tanı

Tanı koymak için gerekli doku örneği, kuşkulu lezyondan parça biyopsisi alınarak sağlanır. Bazı vakalarda daha iyi görebilmek için kolposkopi kullanılabilir. Vulva kanserli hastaların %40'ında, tanı sırasında hastalık, inguinal lenf nodüllerine yayılmıştır (Atasü 1996; Topuz 2000; Reis 2003; Egelioglu 2007).

Şekil 5: Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu (FİGO)’ na Göre Vulva Kanserinin Sınıflandırılması

Evre	Tanımlama
Evre 0	Karsinoma in-situ
Evre I	Vulva veya vulva ve perineye sınırlı en büyük çapı 2cm veya altında tümör
Evre IA	Vulva veya vulva ve perineye sınırlı en büyük çapı 2cm veya altında ve stromal invazyonu 1.0mm.’den fazla olmayan tümör
Evre IB	Vulva veya vulva ve perineye sınırlı en büyük çapı 2cm veya altında ve stromal invazyonu 1.0mm.üzerinde tümör
Evre II	Tümör vulvada sınırlıdır. Çapı en fazla 2 cm’ den büyüktür.
Evre III	Tümör herhangi bir boyuttadır ve üretra, vajen, periton ya da anüse yayılım vardır; inguinal bölgede tek yada çift taraflı, hareketli, ele gelebilen nodüller vardır ya da bunların ikisi de vardır.
Evre IVA	Tümör aşağıdakilerden herhangi birine invazyon yapar; mesane mukozası, rektal mukozası, proksimal üretra mukozası veya kemiğe fiske ve /veya biletarel rejyonel lenf nodu metastazı
Evre IVB	Pelvik lenf nodları dahil olmak üzere herhangi bir uzak metastaz

(Kösebay ve Tokatlı 2000)

4. 2. 1. 4. Tedavinin Planlanması

Vulva kanseri tedavisinde amaç, en az şekil bozukluğu ile cinsel işlevin en iyi düzeyde sürdürülmesi dikkate alınarak, tümörden tam olarak arınmaktır. Evre 0’ da olan bazı hastalar, yalnız lokal 5-Fluraurasil (5-FU) ile tedavi edilebilir. Hastaların çoğu geniş bir lokal kesiyle yapılan skining vulvektomi (vulva derisinin soyularak çıkarılması) ardından greftleme ile cerrahi olarak tedavi edilir. Doku değişikliğinin çok olmadığı, her iki tedavi şekli, klitoral duyarlılığın ve tüm cinsel işlevlerin sürdürülmesine izin verir. Bununla beraber skining vulvektomiden sonra deri greftini korumak için uzun süreli yatak istirahati gereklidir.

Radikal vulvektomi daha çok Evre I, II, III de gerçekleştirilir. Bu işlemde labia, deri altı dokusu ve klitoris alınır ve aynı zamanda üretra, vajen ya da anüsün

distal kısmı çıkarılır. Lenf nodüllerinin de tutulduğu hastalarda, çift taraflı inguinal nodüllerin de çıkarılması gerekir. Kemoterapi de 5-Fluraurasil ve cisplatin verilir.

Evre IV' de radikal vulvektominin yanı sıra pelvik ekzentasyon gerekebilir. Metastaz olan hastalar, palyatif olarak radyoterapi ve kemoterapi kombinasyonu ile tedavi edilebilirler. Bu evrede uygulanacak radyoterapiye karşı, vulva dokusu şiddetli reaksiyon gösterdiği için kullanımı sınırlıdır (Scott 1990; Atasü 1996; Taşkın 2000; Topuz 2000; Baltimor 2000; Reis 2003; Janda 2004; Egelioglu 2007; Demirsoy 2008).

4. 2. 1. 5. Prognoz

Vulva kanserli hastaların yaşam süresi, teşhis sırasında hastalığın evresi ve pelvik lenf nodüllerinin durumu ile ilişkilidir. Evre I ve II de bulunan hastaların, 5 yıllık yaşam süreleri %90-98 arasındadır. Hastalığın evresini dikkate almaksızın, lenf nodülleri negatif ise, yaşam süresi %69' dan %100' e yükselmektedir (Topuz 2000; Taşkın 2000; Egelioglu 2007, Demirsoy 2008).

4. 2. 2. VAJEN KANSERİ

Vajinal kanser, jinekolojik kanserler arasında %1 oranında görülen nadir bir kanser olup en sık 50-70 yaşlar arasındaki kadınlarda tanınır.

4.2.2.1. Etiyoloji ve Risk faktörleri

- 50-70 yaş arasında olmak
- Intrauterin Dietilstilbesterol (DES)e maruz kalmak
- Pelvik radyasyon
- İntravajinal peser kullanma
- Genital HPV enfeksiyonu ve HSV tip II
- Servikal ve vulvar kanser hikâyesi (Pernoll 1994; Kışnişçi 1996; Atasü 1996; Dede 1998; Topuz 2000; Taşkın 2000; Cella 2000; Youngkin 2004; Uzun 2004; Conde 2000).

4. 2. 2. 2. Klinik Değerlendirme

Hastalıkları preinvazif formda olan hastalar genellikle bulgu vermez. Kanser ilerledikçe hastaların, anormal vajinal kanamalar (postmenopozal, post-koital ya da intermenstural), idrar yapma alışkanlıklarında değişiklikler ya da pis kokulu vajinal akıntıları olabilir. Mesane boynu vajinaya yakın olduğundan mesane ağrısı ve sık idrara çıkma erken ortaya çıkan bulgulardır (Atasü 1996; Kışnişçi 1996; Dede 1998; Taşkın 2000; Çelik 2000; Topuz 2000; Uzun 2004; Conde 2005).

4. 2. 2. 3. Tanı

Vajinal neoplazmın klinik tanısı, vajinanın gözle ve palpasyonla muayenesi ile konur. Muayene ile lezyonun lokasyonu, sayısı ve genişliği belirlenir. Squamoz hücreli karsinomun tanılanmasında pap smear kullanılır. Adenokarsinomalar genellikle subepitelyal olduğu için tanılamada kolposkopi kullanılır (Kışnişçi 1996; Atasü 1996; Dede 1998; Erten 1998; Taşkın 2000; Topuz 2000; Demirsoy 2008).

Şekil 6: Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu (FIGO)' na Göre Vajinal Kanserin Sınıflandırılması

Evre	Tanılama
Evre 0	Karsinoma in situ, intraepitelyal karsinoma
Evre I	Karsinoma vajinal duvar ile sınırlı
Evre II	Karsinoma subvajinal dokuya yayılmış fakat pelvik duvara kadar genişlememiş
Evre III	Karsinoma pelvik duvara kadar genişlemiş
Evre IV	Karsinoma küçük pelvis dışına ulaşmış ya da mesane veya rektum mukozasını tutmuş
Evre IV a	Karsinom komşu organlara yayılmış
Evre IV b	Karsinom uzak organlara yayılmış

(Platin 1998; Taşkın 2000; Topuz 2000; Kösebay ve Tokatlı 2000)

4. 2. 2. 4. Tedavinin Planlanması

Tedavi, lezyonun lokasyonu, boyutları ve tekli ya da çoklu yerleşimine göre planlanır. VAIN I'de lezyon kendiliğinden kaybolur. VAIN II'de lazer, 5-fu krem

ya da her ikisi birlikte kullanılabilir. Lazer tedavisinden sonra 2-3 hafta sulu akıntı şikayeti olabilir. VAIN III premalignant lezyon olarak düşünülür ve lokal eksizyonla tedavi edilir (Erten 1998; Taşkın 2000; Demirsoy 2008).

Küçük, yüzeysel tümörlerin tedavisinde brakiterapi, daha büyük tümörlerde (evre I ve II) eksternal radyoterapi önerilmektedir. Genel olarak radyoterapi tümörü iyi kontrol eder ve morbiditesi sınırlıdır. Evre III ve IV’de tekrarlama şansı yüksektir. Bu nedenle radyoterapinin etkisini arttırmak için cisplatin, 5-Fu ve hydroxyurea gibi radyosensitifler kullanılabilir. Vajinanın üst kısmındaki tümörler, radikal vajinektomi ve radikal histerektomi ile tedavi edilir. Metastatik ya da tekrarlayan kanserlerde cerrahi ve radyoterapi uygulanmadığı durumlarda tek seçenek kemoterapidir. İlerlemiş/ tekrarlamış kanserlerde methotrexate, vinblastin, doxorubicin ve cisplatin kullanılmaktadır (Atasü 1996; Erten 1998; Taşkın 2000; Topuz 2000; Taşpınar 2006; Demirsoy 2008).

4. 2. 2. 5. Prognoz

Prognoz, klinik evreye göre farklılık göstermektedir. Erken evre ve lenf nodlarının negatif olması prognozun iyi olacağını gösterir. Ancak, belirti verdiğinde genellikle ilerlemiş olduğundan geç teşhis edilen bir kanserdir Vajinanın proksimal yarısında olan tümörlerde prognoz daha iyidir. Squamoz hücreli karsinoma için tüm evrelerde 5 yıllık yaşam şansı % 50-65 iken; adenokarsinomada 10 yıllık yaşam şansı %79’dur (Atasü 1996; Erten 1998; Taşkın 2000; Topuz 2000; Taşpınar 2006; Demirsoy 2008).

4.2.3. SERVİKS KANSERİ

Serviks kanseri, kadınlarda meme ve kolon kanserinden sonra üçüncü sırada, jinekolojik kanserler arasında birinci sırada yer alır. Servikal kanser 40-55 yaş grubundaki kadınlarda daha sık görülmekle birlikte, standart bir tarama testi olarak Papanicolaou smearin kullanımının giderek yaygınlaşmasıyla ve erken tanının sağlanmasıyla genç yaşlarda da görülmeye başlanmıştır. ABD’ de her yıl 12.800 kadında invaziv servikal kanser tanısı konulmakta ve bu kadınların hemen hemen 5000’ i hastalığından dolayı ölmektedir. Servikal kanserin yaklaşık %90’ ı

squamos hücreli karsinom, %10'u adenokarsinomdur (Taşkın 2000; Topuz 2000; Reis 2003; Taşpınar 2006; Egelioglu 2007).

4. 2. 3. 1. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Serviks kanserinin etiyolojisi henüz bilinmemektedir. Veriler, seksüel öykü ve uygulama ile serviks kanseri insidansı arasında çok güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Seksüel uygulama, cinsel yaşamın 18 yaş öncesinde başlaması ve çok partnerli bir cinsel yaşamla ilişkilidir. Cinsel ilişkiye 18 yaşından önce başlayan kadınların riskli grupta yer almasının nedeni; gelişimini tam tamamlayamayan squamocolumnar kavşağın, genç kadının serviksini hücre değişikliği açısından uygun hale getirmesi ile açıklanmaktadır. Bunun dışındaki birkaç etmenin de riskli durumu yükseltmede etkili olduğu belirtilmektedir:

- Erken yaşlarda oluşan gebelik ve doğumlar,
- Erken yaşta cinsel ilişkiye başlama (18 yaş ve öncesi)
- Cinsel partnerde CYBH öyküsünün bulunması
- Bireyin yaşam biçimi; kötü genital hijyen alışkanlığı ve çok partnerli yaşam,
- Beslenme alışkanlığı (Scott 1990; Taşkın 2000; Topuz 2000; Reis 2003; Taşpınar 2006; Egelioglu 2007; Demirsoy 2008)

4. 2. 3. 2. Klinik Değerlendirme

Servikal İntraepitelyal Neoplazi (CIN), serviksin en erken dönemdeki prekanseröz epitelyal anormallikleridir ve CIN lezyonları asemptomatiktir. CIN için ortalama yaş, serviks invaziv kanseri yaşından yaklaşık 10 yıl daha gençtir ve ortalama 30-40 yaşları arasındaki kadınlarda daha sık olarak görülür. Bu dönemde, hücresel değişiklik serviks ülserasyonuna yol açmadığından, anormal uterin kanama görülmez, hatta spekulum muayenesinde serviks sağlıklı görülür. Ancak çıplak gözle fark edilmeyen ve hiçbir belirtinin olmadığı dönemde, epitel içinde başlayan patolojik değişiklikler Pap Test ile kolaylıkla teşhis edilmektedir. Düzenli olarak yapılan Pap Smear testi ile servikal neoplazilerin %90' ı erken dönemde tanımlanabilmektedir. Erken tanı, servikal kanserlerde tedavi şansını hemen hemen %100' e çıkarırken, servikal kanserden ölümleri %50 oranında azaltmaktadır.

İnvaziv karsinomada, tümör intraepitelyal sınırlardan çıkıp, serviks stromasına yayılmıştır. İnvaziv karsinoma için yapılan sınıflama Evre I' den Evre IV' e kadar geniş bir dağılım göstermektedir. İnatçı vajinal akıntı ve anormal kanama, koitus veya muayene sırasında görülen dokunma kanamaları en sık görülen erken belirtilerdendir. Geç belirtiler, tümörün yayıldığı organlar ile ilgilidir. Bağırsak veya mesaneye baskı, mesane irritasyonu, rektal kanama, üreter tıkanmasına bağlı belirtiler, siyatik sinir etkilenmesine bağlı bacak ağrısı ortaya çıkabilmektedir (Cella ve ark. 2000; Topuz 2000; Baltimore 2000; Reis 2003; Egelioglu 2007; Demirsoy 2008).

Şekil 7: Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu (FİGO)'na Göre Serviks Kanserinin Sınıflandırılması

Evre	Tanımlama
Evre 0	Karsinoma in-situ, intraepitelyal kanser
Evre I	Kanser yalnız servikstedir.
Evre I A	Serviksin klinik öncesi dönem kanseridir. Tanı mikroskopla konulur.
Evre I A1	Stromal invazyon derinliği 3.0mm'den az horizontal yayılım 7.0mm veya daha az
Evre I A2	Stromal invazyon derinliği 3.0mm'den fazla ancak 5.0mm'den az horizontal yayılım 7.0mm veya daha az
Evre I B	Klinik olarak görünseler de görünmeselerde lezyonlar Evre IA2' den daha büyüktür ve şekillenmeden önce kapladıkları alan ile evrelemeleri değişmez.
Evre I B1	En büyük çapı 4cm'den küçük klinik olarak görülebilen lezyon
Evre I B2	En büyük çapı 4cm'den büyük klinik olarak görülebilen lezyon
Evre II	Kanser serviksten ileriye uzanır, ancak pelvis duvarına ulaşmamıştır. Kanser, vajeni de etkiler, ancak üçte bir alt kısmına kadar ulaşır.
Evre II A	Parametriumda belirgin bir etkilenme yoktur.
Evre II B	Parametriumda belirgin bir etkilenme vardır.
Evre III	Kanser pelvik duvara ulaşmıştır. Rektal muayenede pelvik duvar ve tümör arasında, kansersiz bir alan yoktur. Tümör vajenin üçte bir alt kısmını da etkiler. Hidronefroz ya da böbreklerin işlevlerini kaybetmesi de söz konusudur.

Evre III A	Pelvik duvara yayılım yoktur. Tümör vajenin üçte bir alt kısmını etkiler.
Evre III B	Pelvik duvara yayılım ya /ya da hidronefroz ya da böbreklerin işlev görmemesi söz konusudur.
Evre IV	Kanser pelvis boyunca yayılmıştır ya da klinik olarak mesane ya da rektummukozasını etkiler Bullöz ödem gibi durumların olması, vakayı Evre IV olarak tanımlamayı gerektirmez.
Evre IV A	Komşu organlara yayılım vardır
Evre IV B	Uzak organlara yayılım vardır.

(Platin 1998; Taşkın 2000; Topuz 2000; Kösebay ve Tokatlı 2000)

4. 2. 3. 3. Tanı

Tanı ve evrelendirme, serviks kanserinin tedavisi için temel oluşturmaktadır. Anormal test sonucu sonrası, dokunun genel durumunu değerlendirebilmek için, doku biyopsisine ihtiyaç vardır. Biyopsi ya ‘punk’ ya da ‘koni’ biyopsisi şeklinde yapılır. Serviks kanserinin evrelendirilmesi klinik olarak yapılır. Klinik değerlendirme ise, muayene, kolposkopik ve radyolojik inceleme (göğüs, böbrek, sigmoid kolon ve rektum) ile biyopsinin patolojik değerlendirilmesini içerir. Elde edilen veriler, hastalığın boyutunu ve beraberinde tedavi planını belirlemede kullanılır (Atasü 1996; Taşkın 2000; Topuz 2000; Reis 2003; Egelioglu 2007; Demirsoy 2008).

4. 2. 3. 4. Tedavinin Planlanması

Tedavi seçimi, hastalığın evre ve servikal displazinin derecesine göre planlanır. Doğurganlığını sürdürmek isteyen ve preinvaziv servikal kanser tanısı konan kadınlara, tedavi amacıyla konizasyon yapılabilir. Ancak bu hastalar, yapılan küçük girişim nedeniyle hastalığın tekrarlama riski açısından yakından izlenmelidir. Benzer şekilde aynı gerekçe ile lazerli cerrahi, kriyocerrahi ya da elektrokoterle tedavi edilen hastalar da yakından takip edilmelidir.

Evre IA da olan hastalar, histerektomi ya da kavite içi radyasyonla tedavi edilebilirler. Evre IB ve IIA için, radikal histerektomi ve pelvik lenfadenektomi ya da tam pelvik radyoterapi tercih edilmektedir. Her iki uygulamanın benzer etki

sağladığı saptanmıştır. Hastalığın Evre IIA dan daha ileri olduğu durumlarda yalnız radyoterapi uygulanır. Bu grupta eksternal ya da kavite içi radyoterapi bir arada kullanılabilir. Ayrıca kemoterapide cisplatin, bleomisin ve vinblastin kullanılır.

Hastalığın radyasyona cevap vermediği, tümörün pelvis sınırları içinde olduğu ve uzak organ metastazlarının bulunmadığı durumlarda tedavi amacıyla total pelvik eksantrasyon uygulanır. Mesane, uterus, serviks, vajina ve üretranın çıkarılması ile üretral ve intestinal bağlantıların yeniden yapılması işlemidir. Bu girişimde morbidite oranı yüksek olduğundan, çok az vakada uygulanır (Scott 1990; Pernoll 1994; Kışnişçi 1996; Erten 1998; Topuz 2000; Taşkın 2000; Reis 2003; Egeliolu 2000).

4. 2. 3. 5. Prognoz

Servikal kanserlerde prognoz, hastalığın evresine bağlıdır. Erken teşhis edilen vakalarda 5 yıllık hayatta kalma oranı %100' e kadar yükselir. Aynı durum, uzak metastazların bulunduğu vakalarda %9' dur (Taşkın 2000; Topuz 2000; Taşpınar 2006; Egeliolu 2007; Demirsoy 2008).

4. 2. 4. ENDOMETRİUM KANSERİ

Endometrium kanseri, jinekolojik malignansiler arasında gelişmiş ülkelerde ilk sırada yer alırken az gelişmiş ülkelerde, serviks ve over kanserlerinden sonra üçüncü sırada yer alır, genellikle postmenopozal dönemde 55-70 yaşlar arasında daha sık görülür. Ancak vakaların %30' u menopoz öncesi dönem ve %5' i de 40 yaş altındaki kadınlarda meydana gelmektedir (Scott 1990; Erten 1998; Taşkın 2000; Topuz 2000; Youngkin 2004; Haydaroğlu 2004; Egeliolu 2007, Demirsoy 2008).

4. 2. 4. 1. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Östorejene maruz kalma büyük bir risk faktörüdür. Uterusa sahip bir kadına, progestin eklemeksizin östrojen replasman tedavisinin uygulanması, tamoxifen tedavisi, erken menarş, geç menopoz, nulliparite ve obezite endometrium ortamını yüksek oranlarda östorejene maruz bırakan nedenlerdir. Bunun yanı sıra aşağıda

belirtilen etmenlerinde endometrium kanseri için risk faktörü oluşturduğu bildirilmektedir:

- İnfertilite,
- Hipertansiyon ve diyabet
- Geç menopoz,
- Düşük sosyo-ekonomik durum,
- Meme kanseri ya da over kanseri öyküsü,
- Postmenopozal dönemde olma
- Ailede endometrium, kolon ve göğüs kanseri hikayesi bulunma,
- Over patolojisi, kronik anovulasyon (Scott 1990; Atasü 1996; Kışnişçi 1996; Erten 1998; Topuz 2000; Taşkın 2000; Reis 2003; Egeliolu 2007; Demirsoy 2008) .

4. 2. 4. 2. Klinik Değerlendirme

Endometrium kanserinde, kolay bir değerlendirme yöntemi olmadığı için kanser, ilk belirtilerin görülmesinden sonra teşhis edilmektedir. Endometrium kanserinin en yaygın belirtisi uzun süreli, aşırı ve düzensiz premenopozal ve postmenopozal kanamalardır. Postmenopozal dönemdeki kanamaların %30' unun nedeni endometrium karsinomudur. Bunun yanı sıra premenopozal dönemde metroraji tarzında tekrarlayan kanamaların da kanser belirtisi olabileceği unutulmamalıdır. Uterusun boyutlarında büyüme, alt karında ve sırtta ağrı geç belirtileri arasında yer alır. Diğer belirtileri ise yayıldığı ve metastaz yaptığı organlar ile ilişkilidir (Scott 1990; Kışnişçi 1996; Atasü 1996; Erten 1998; Taşkın 2000; Topuz 2000; Reis 2003; Egeliolu 2007; Demirsoy 2008)

4. 2. 4. 3. Tanı

Amerikan Kanser Birliği, menopoz dönemindeki tüm yüksek riskli kadınlardan, uterus biyopsisi alınmasını ve endometrial kanser tanısını doğrulamak için, dilatasyon ve küretaj yapılmasını önermektedir. Çünkü endometrial biyopsi ile vakaların %90' ını teşhis etmek mümkündür. Bu yöntem ile hastaların %75' i erken evrede tanılanmaktadır. Endometrial kanserin evrenmesi, uterusun büyüklüğü, serviksin etkilenme durumu ve tümör hücre farklılaşması gibi kriterlere

dayanmaktadır (Atasü 1996; Kişnişçi 1996; Erten 1998; Çelik 2000; Cella 2000; Topuz 2000; Reis 2003; Egelioglu 2007; Demirsoy 2008).

Şekil 8: Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu (FIGO)'na Göre Endometrium Kanserinin Sınıflandırılması

Evre	Tanımlama
Evre 0	Karsinoma in-situ Korpusla sınırlı karsinom, vakalar histolojik tiplerine göre alt gruplara ayrılır Sınıf 1 Oldukça yüksek oranda farklılaşmış adenomatöz karsinom Sınıf 2 Orta derecede farklılaşmış adenomatöz karsinom Sınıf 3 Farklılaşmamış karsinom
Evre I A	Uterus kavite uzunluğu 8 cm ya da daha kısa
Evre I B	Uterus kavite uzunluğu 8 cm den fazla
Evre II	Karsinom korpus ve serviksi tutmuş
Evre III	Karsinom uterus dışına çıkmış fakat gerçek pelvisin dışında değil
Evre IV	Karsinom gerçek pelvisin dışında ya da rektum mukozalarını tutmuş
Evre IV A	Komşu organlara yayılım
Evre IV B	Uzak organlara yayılım

(Platin 1998; Taşkın 2000)

4. 2. 4. 4. Tedavinin Planlanması

Endometrium kanserinin erken döneminde “Total Abdominal Histerektomi” (TAH) ve “Bilateral Salpingo Ooforektomi” (BSO), genelde tercih edilen cerrahi yöntemlerdir. Hastalığın erken evresi dışındaki çoğu vakada radyoterapinin bazı formları önerilmektedir. Hastalığın ileri dönemlerinde ya da hastalığın tekrarladığı durumlarda, kemoterapi (doxorubisin, cisplatin, carboplatin, paclitaxel, 5 Fluraurasil, siklofosfamid) ya /ya da hormonal tedavi diğer tedavi yaklaşımlarıyla kombine olarak uygulanabilir (Scott 1990; Erten 1998; Taşkın 2000; Baltimore 2000; Topuz 2000; Reis 2003; Egelioglu 2007; Demirsoy 2008).

4. 2. 4. 5. Prognoz

Endometrial karsinoma, yavaş büyüyen ve geç metastaz yapan bir tümördür. Bu nedenle özellikle erken teşhis edildiğinde, prognozu en iyi olan jinekolojik kanserlerdendir. Beş yıllık yaşam süresi Evre I' de yaklaşık %90, Evre IV' de ve uzak metastazların bulunduğu durumlarda %10' dan azdır (Atasü 1996; Erten 1998; Topuz 2000; Cella 2000).

4. 2. 5. FALLOP TÜPÜ KANSERİ:

Tuba uterina'nın adenokarsinoması, kadın genital sisteminin en nadir malignansilerinden biridir. Tüm jinekolojik kanserlerin, yaklaşık % 0.14-1-8'ini oluşturur.

4.2.5.1. Etiyoloji ve Risk faktörleri

- 50-70 yaş arasında olmak
- Nulliparite
- İnfertilite
- Kronik tubal enfeksiyonlar (salpinjit) (Atasü 1996; Cella 2000; Topuz 2000; Taşkın 2000; Piura 2000; Taşpınar 2006).

4. 2. 5. 2. Klinik Değerlendirme

Histopatolojik yapı ve davranış olarak over karsinomu ile benzerlik gösterir. Anormal vajinal kanama, abdominal ağrı ya da vajinal akıntı fallop tüpleri kanserinin belirtileri olabilmektedir (Atasü 1996; Cella 2000; Topuz 2000; Piura 2000; Taşpınar 2006).

4. 2. 5. 3. Tanı

Başvuru semptomları değişken ve nonspesifiktir. Bu nedenle preoperatif tanı koymak zordur. Tanı genellikle başka bir nedenle uygulanan operasyonlar sırasında konulabilir. Ağrı-akıntı-kitle tanısal üçlü olarak kabul edilir ancak %11-17 vakada rastlanmamaktadır. Kesin tanı transvaginal USG, histerosalfingogram ve laparaskopi / laparotomi ile konur (Cella 2000; Topuz 2000; Haydaroğlu 2004).

Şekil 9: Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu (FİGO)’ na Göre Fallop Tüp Kanserin Sınıflandırılması (Kösebay ve Tokatlı 2000)

Evre	Tanımlama
Evre I	Karsinoma tüp veya tüplerdedir.
Evre IA	Tümör tek, tüpte asit yok
Evre IB	Tümör iki tüpte, asit yok
Evre IC	Tümör bir ya da iki tüpte, asit var, periton yıkamada neoplastik hücre var veya tümör yüzeye çıkmış kapsül yırtılmış.
Evre II	Tümör bir veya iki tüpte, komşu pelvik organlara yayılım var
Evre IIA	Uterus ve / veya overlere yayılım var
Evre IIB	Diğer pelvik dokulara yayılım var
Evre IIC	Bunlara ilaveten yüzeyde tümör, asit, periton yıkamada neoplastik hücre var
Evre III	Periton kavitesi içinde, pelvis dışında tümör var. Retroperitoneal veya inguinal lenfler pozitif. Yüzeyel karaciğer metastazı, ince barsak ve omentumda tümör var.
Evre IIIA	Periton içine mikroskobik yayılım var
Evre IIIB	Peritonda 2cm’den küçük tümör var
Evre IIIC	Peritonda 2cm’den büyük tümör ve / veya pozitif retroperitoneal veya inguinal lenfadenopatiler mevcut
Evre IV	Periton dışında karsinom mevcut. Plevral efüzyon ve karaciğer parankiminde metastaz var.

4. 2. 5. 4. Tedavinin Planlanması

Tedavi hastalığın tanımlandığı sıradaki evre ve tipine bağlı olarak planlanır. Doğurganlığını kaybetmek istemeyen genç kadınlarda tek taraflı salpingo-ooferektomi uygulanırken, fertil çağda olmayan kadınlarda TAH+ BSO tercih edilir. Cerrahi tedavi dışında radyoterapi ve kemoterapi de uygulanabilmektedir (Topuz 2000; Baltimore 2000; Cella 2000)

4. 2. 5. 5. Prognoz

Beş yıllık sağ kalım oranı evrelere bakılmaksızın %30-50 oranında bildirilmektedir. Ortalama yaşam süresi Evre I'de %40-69, Evre II'de %20-60, Evre III'te %15-29'tur. Evre IV'te yaşam şansı yoktur (Piura 2000; Cella 2000).

4.2.6. OVER KANSERİ

Over kanseri, kadınlarda en sık görülen kanserlerden beşincisi, jinekolojik kanserler içinde sık görülme sıralamasında da ikinci sıradadır (%25). Jinekolojik kanserlerden ölüm sıralamasında ise ilk sırada olup (%50), her 100 kadından birinin ölüm nedeni yine over kanseridir. Over kanseri her yaşta görülmekle birlikte, genellikle 40 yaşın üzerindeki kadınları etkilemektedir. Erken evrelerde belirti vermediği için, hastalık teşhis edildiğinde vakaların %75'inin ileri evrede (evre III veya IV) olduğu görülür (Pernoll 1994; Erten 1998; Topuz 2000; Taşkın 2000; Lakusta 2001; Reis 2003; Youngkin 2004; Le 2004; Le 2005; Taşpınar 2006; Egelioglu 2007).

Tanı konulduktan sonra, ortalama 5 yıllık yaşam oranı 1970'lerde %35 iken 1990'lı yıllarda %50'lere yükselmiştir. Hayatta kalma oranındaki bu artışın nedeni bu hastalığın tedavisinde platinuma dayalı tedavilerin etkisine bağlanmaktadır. Evre I olgularında ise bu oran %80-90'dır. Over kanserinin insidans hızı 40-70 yaş arasındadır.

4. 2. 6. 1. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Over kanserinin etiyolojisinde genetik faktörlerin etken olduğu düşünülmektedir. Risk yaşla birlikte artmaktadır. En güçlü risk faktörü, aile öyküsüdür. Hastalığın birinci derecedeki akrabalarda bulunması, riski daha da artırmaktadır. Bunun yanı sıra;

- Nulliparite, infertilite, genç yaşta çocuk sahibi olma,
- Düşük parite,
- Kendisinde ya da akrabasında, meme ve over kanseri öyküsünün bulunması,
- Sigara ve alkol kullanımı, yağdan zengin gıdalarla beslenme,
- Endometriozis, pelvik inflamatuvar hastalıklar

- Dismenore, erken menopoza girme gibi faktörler hastalık riskini arttırmaktadır (Scott 1990; Pernoll 1994; Kışnişçi 1996; Erten 1998; Taşkın 2000; Çelik 2000; Cella 2000; Topuz 2000; Reis 2003; Youngkin 2004; Taşpınar 2006; Egelioglu 2007).

4. 2. 6. 2. Klinik Değerlendirme

Over kanserinin erken tanısı güçtür, çünkü tümör büyümeden ve metastaz yapmadan önce, genellikle semptom vermez. Tümör, birkaç hafta içerisinde önemli ölçüde büyüebilir, büyük tümörler bile genellikle spesifik belirti vermez. Ne yazık ki tanı konulduğunda hastaların %70' inde pelvis dışı metastazlar olmuştur.

Bazen büyüyen over nedeni ile alt karın bölgesinde belirsiz bir rahatsızlık ve sindirim şikâyetleri, erken belirtiler olarak ortaya çıkabilir. Bir tümör yaklaşık 15cm çapına ulaştığında, alt karın boşluğundan yukarıya doğru büyür ve bu durumda kendini, karın bölgesinde büyüme, gerginlik ya da çabuk doyma gibi sindirim şikâyetleri şeklinde gösterir. Abdominal büyüme asite bağlı olarak görülebilir. Hastalığın durumunu belirlemeye yönelik işlemler ise vajinal, plevral ve peritoneal salgılardan sitolojik çalışma için örnek alınması ve oluşabilecek metastaz yönünden, akciğer, kemik dokularının taranmasıdır (Pernoll 1994; Çelik 2000; Cella 2000; Erten 1998, Reis 2003; Demirsoy 2008; Topuz 2000).

4. 2. 6. 3. Tanı

Over kanseri nadir olarak erken teşhis edilir. Vakaların %70' i teşhis edildiğinde pelvis dışına metastaz yapmıştır. Over tümörlerinin hepsi palpe edilemez. Erken lezyonların bilgisayarlı tomografi, sonografi ya da manyetik rezonansla görüntüleme yöntemleriyle bile saptanması güçtür. Tanı ve evreleme için, genellikle tanımlayıcı laparotomi uygulanır. Bu cerrahi işlem, periton yüzeylerinin, pelvik ve abdominal organların muayenesini içerir (Scott 1990; Taşkın 2000; Pernoll 1994; Youngkin 2004; Çelik 2000; Cella 2000; Erten 1998; Reis 2003; Topuz 2000).

Şekil 10: Uluslararası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu (FİGO)’ na Göre Over Kanserinin Sınıflandırılması

Evre	Tanımlama
Evre I	Tümör over sınırları içindedir.
Evre I A	Tümör tek overe sınırlı, over yüzeyinde tümör yok, asit veya periton yıkantı sıvısında malign hücre yok
Evre I B	Tümör iki overe sınırlı, over yüzeyinde tümör yok, asit veya periton yıkantı sıvısında malign hücre yok
Evre I C	Tümör tek veya iki overe sınırlı ve aşağıdakilerden herhangi bir var: Kapsül rüptürü, over yüzeyinde tümör, asitte malign hücreler veya periton yıkantı sıvısı pozitif
Evre II	Tümör bir veya iki overde, pelvise geçmiştir.
Evre II A	Uterus ve/veya overlerde yayılım ve/veya implantlar aist veya periton yıkantı sıvısında malign hücre yok
Evre II B	Diğer pelvik organlara yayılım asit veya periton yıkantı sıvısında malign hücre yok
Evre II C	Evre IIA / B ve asitte malign hücreler var veya periton yıkantı sıvısı pozitif
Evre III	Tümör bir veya iki overde, pelvis dışında retroperitoneal veya inguinal lenf düğümleri pozitifdir.
Evre III A	Pelvis dışında mikroskopik periton metastazı
Evre III B	Pelvis dışında en büyük çapı 2cm veya daha küçük periton metastazı
Evre III C	En büyük çapı 2cm’den büyük periton metastazı ve /veya rejyonel lenf nodu metastazı
Evre IV	Peritoneal kavite dışında uzak metastaz

(Platin 1998; Taşkın 2000; Kösebay ve Tokatlı 2000)

4. 2. 6. 4. Tedavinin Planlanması

Cerrahi girişim tedavinin ilk basamağıdır. Uterus, overler, tüpler ve omentum radikal olarak çıkartılmaktadır. Ameliyattan sonra hastalığın yayılımına göre kemoterapi ya da radyoterapi uygulanır. Tümörü küçük olan ya da rezidüel tümörü olmayan hastalara eksternal radyasyon uygulanır.

Hastalığın ilerlemiş olduğu durumlarda, kemoterapi sık kullanılır. Kemoterapide

birkaç ajan bir arada kullanılabilir. Bu olgularda siklofosfamid ve sisplatin veya doxorubisin yaygın olarak kullanılan neoplastik kombinasyonlardır (Atasü 1996; Erten 1998; Taşkın 2000; Çelik 2000; Cella 2000; Baltimore 2000; Topuz 2000; Lakusta 2001; Le 2004; Youngkin 2004; Le 2005).

4. 2. 6. 5. Prognoz

Over kanseri erken teşhis ve tedavi edildiğinde, hastaların %85' i 5 yıl ya da daha uzun süre yaşayabilme şansına sahiptir. Fakat hastalık ileri evrelerde teşhis edildiğinde, prognozu yüz güldürücü değildir. Tedavi çoğunlukla başarılı olamamaktadır (Erten 1998; Çelik 2000; Cella 2000; Taşkın 2000; Baltimore 2000; Topuz 2000; Lakusta, 2001; Youngkin 2004).

4. 2. 7. MEME KANSERİ

Meme kanseri tüm dünyada kadınlarda başta gelen ölüm nedenlerinden birisidir. ABD' de kadınlar arasında en sık görülen kanser tipidir. Türkiye' de tüm kanserli kadınların %24.1' i meme kanseridir.

4. 2. 7. 1. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

- 40 yaş üzerindeki kadınlar,
- Ailesinde, özellikle anne ve kız kardeşinde meme kanseri hikâyesi olanlar,
- Nulliparlar veya ilk doğumunu 30 yaşın üzerinde yapanlar,
- Obezite,
- Yüksek dozda uzun süre östrojen kullananlar (Pernoll 1994; Kişnişçi 1996; Atasü 1996; Taşkın 2000; Youngkin 2004; Cella 2000; Uzun 2004; Conde 2005).

4. 2. 7. 2. Klinik Değerlendirme

Meme ya da aksillada kitle ya da kalınlaşma, meme başı derisinde pullanma, çekilme, akıntı, ödem, ülserasyon, her iki meme ucu arasında asimetri görülmektedir. Meme ağrısı, meme kanserinin erken döneminde görülen ender bir

bulgudur (Pernoll 1994; Atasü 1996; Kışnişçi 1996 Baltiomer 2000; Reis 2003; Youngkin 2004; Egeliolu 2007).

4. 2. 7. 3. Tanı

Meme kanseri tanısı yalnız meme dokusunun patolojik incelenmesiyle konulabilir. Mamografi normal bir görünüm verse de genellikle biyopsi yapılması gereklidir.

4. 2. 7. 4. Tedavinin Planlanması

Tedavi hastalığın tanımlandığı sıradaki evre ve tipine bağlı olarak farklılık gösterir. Hastalığın I ya da II. evrelerinde radikal mastektomi (meme dokusu ve aksiler lenf nodları çıkartılır, pektoralis kası bırakılır) uygulanır. Lokal olarak ilerlemiş (Evre III) meme kanserli hastaların prognozları daha kötüdür. Bu gruba cerrahi, kemoterapi (genellikle siklofosfamid, methotrexate, doxorubisin, 5-flurourasil ve vinblastin) ve radyoterapi bir arada uygulanarak daha iyi sonuçlar elde edilmektedir (Scott 1990; Atasü 1996; Dede 1998; Taşkın 2000; Çelik 2000; Cella 2000).

4. 2. 7. 5. Prognoz

Meme kanserinde 5 yıllık yaşam şansı, aksiler lenf nodları negatif olanlarda %85, aksiler lenf nodları pozitif olanlarda %53' dür.

4.3. JİNEKOLOJİK KANSER TEDAVİLERİ

Kanser tanısı almak gelecekle ilgili belirsizlikleri getirir, kanser tedavileri ise yan etkileri nedeniyle yeni korkular ekler. Genital organ kanserinin tedavilerinin tümü dişiliğe zarar verir, cerrahi ile genital organların bir bölümü veya tamamı alınır, kemoterapi saç dökülmesine, erken menopoza, radyoterapi ise yorgunluğa neden olur. Yüksek doz kemoterapi ve beraberinde oluşan yan etkiler strese neden olur (Taşpınar 2006; Özdemir 2006; Kurt Sadırlı 2008).

Kanserin tedavi yöntemleri kemoterapi, kemik iliği transplantasyonu (KİT), kök hücre nakli, cerrahi tedavi ve radyoterapi olup, kanser tanısı konan hastaların bireysel özellik ve hastalık durumuna göre bu yöntemlerden bir veya birkaçı

tedavide kullanılmaktadır. Bu tedavi yöntemleri ile hastaların yaşam süresinin uzaması ve tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan semptomların kontrol edilmesi ve daha nitelikli yaşaması amaçlanmaktadır (Kızılcı 1999; Yeşilbakan 2005; Savcı 2006; Kurt Sadırlı 2008).

Bütün hastalar için kür ve kaliteli yaşam tedavinin ana amaçlarıdır. Bu amaçlar birden fazla faktöre bağlıdır. Bunlar içerisinde; hastalığın tipi, evresi, yaygınlığı, tedavi seçenekleri, gelişen teknoloji, bilimsel veriler, onkolojide ekip yaklaşımı, bilinen yanıtlar ve hastanın bilgilendirilmesi yer almaktadır. Tedavilere yaklaşımlar uzun süreli deneyimler ve yenilikleri takip etmeyi gerektirmektedir. Ulusal ve uluslararası iş birliği, deneyimlerin paylaşılması, tedavi, araştırma ve veri toplamada ortak yaklaşımların kullanılması önem kazanmaktadır (Kurt Sadırlı 2008).

4.4. KEMOTERAPİ

Kemoterapi, kanser hastalarında hastanın veya konakçının normal hücrelerine zarar vermeden özellikle çoğalan hücrelere karşı seçici öldürücü etkileri olan, doğal veya sentetik kimyasal, biyolojik ajanlar ve hormonlarla yapılan tedavi şeklidir. İlaçlar, kanserli hücrelerin gelişmesini ve çoğalmasını önlediği gibi normal (bağırsak ve ağız mukoza epitelyumu, testisin jerminatif epitelyumu, kemik iliğinin hematopoietik hücreleri, kıl folikülü hücreleri, embriyo ve fetüs hücreleri gibi) hücrelerin de gelişip çoğalmasını önler. Kemoterapi ilaçlarının verilmiş amacı, hızla bölünen kanserli hücrenin bölünmesini engellemektir. Cerrahi girişim ve radyoterapi, hastalığın lokalize olduğu durumlarda etkili olurken, kemoterapi metastaz varlığında ya da hastalığın yaygın olduğu durumlarda uygulanabilmektedir (Kav 2001; Ovayolu 2003; Aslan 2006; Kurt Sadırlı 2008).

Kanser tedavi planındaki hedef, hastanın yaşam süresini uzatmak, tümör hücrelerinin yok edilmesi ve normal hücrelerin aktivitesini minimal düzeyde etkilemek olmalıdır. Bilindiği üzere bu tümörler sürekli, hızlı büyüme paterni göstermektedirler. Kemoterapi daha çok hızlı bölünen hücreler üzerinde etkilidir. Kemoterapide, maksimum düzeyde tümör hücre ölümünü sağlarken, yüksek mitotik indeksli normal hücrelerin (kemik iliği, oral mukoza, saç folikülleri gibi) minimal düzeyde etkilenmesi amaçlanmalıdır. Hastada uzun süreli kür beklenmiyorsa

palyatif amaçlı destek tedavi ve semptom kontrolü sağlanarak hastaya toksisite yükleyen yoğun tedavilerin verilmesinden kaçınılmalıdır (Akyol 2004; Savcı 2006; Kurt Sadırlı 2008).

Kanser kemoterapisinin dört ilkesi vardır. Bunlar:

1. Tedavi (tam cevap)

2. Kontrol (tedavi sağlanmadığında yaşam süresini uzatmak)

3. Semptomları hafifletmek

- Tedavi ya da kontrol sağlanmadığında rahatlığı sağlamak
- Tümöre bağlı semptomları hafifleterek tümörün etkisini azaltmak (ağrıyı azaltmak, etkilenen bölgede kan akımını arttırmak, organ tıkanıklığını önlemek ve yaşam kalitesini iyileştirmek)

4. Profilaksi

- Adjuvan (nüks riski fazla olan tümörlerin cerrahi girişimle tam olarak çıkartılması veya radyoterapiyle kesin olarak tedavi edilmelerini takiben yapılan kemoterapidir ve cerrahi tedavi, radyoterapi tedavisi yanında kullanılır)
- Neoadjuvan (cerrahi tedaviden önce kemoterapi yapılmasıdır) (Dinçol 2000; Akyol 2004; Kurt Sadırlı 2008).

Kemoterapi; intravenöz, intraperitoneal, intratekal, intraplevral, intraarteryal ve oral yollarla uygulanabilmektedir. Kemoterapi protokolleri ve uygulamasında dikkat edilecekler şekil 11’de gösterilmiştir.

Şekil 11: Kemoterapi Protokolleri (Akdemir 2005; Kurt Sadırlı 2008)

<i>İlaç İsmi</i>	<i>İlacı uygulamada dikkat edilecekler</i>
CMF (Siklofosfamid, metatreksat, 5Fluorourasil)	▪ 21 günde bir tekrarlanır ve toplam 8 kez uygulanır. ▪ Her uygulama başında tam kan sayımı yapılmalı, beyaz küre sayısı 3500/mm³ ve üzerinde ise tedaviye başlanabilir, düşük ise bir hafta beklenerek kan sayımı tekrarlanmalıdır. ▪ Uygulama öncesi hastaya 150 ml serum (%5 Dekstroz ya da serum fizyolojik) takılır ve ilaçlar puşe edilerek uygulanır. ▪ Bulantı ve kusma beklenen yan etkilerdir. Önlenmesi için tedaviye geçilmeden 20-30 dakika önce bulantı önleyici tedavi (2 ampul metpamid + 4 mg dekort veya 5 mg tropisetron (novaban), 4-8 mg ondansetron (zofran) ya da 3 mg graniasetron (kytril)’den biri IV olarak yapılabilir. Tedavi sonrası bulantı devam ederse bu ilaçların tabletleri önerilen şekilde kullanılmalıdır.

CAF (Siklofosfamid, adriamisin, 5-Fluorourasil)	▪ 21 günde bir tekrarlanır ve toplam 6 kez uygulanır. ▪ Her uygulama öncesi tam kan sayımı yapılır, beyaz küre sayısı 3500/mm³ ve üzerinde ise tedaviye başlanabilir, düşük ise bir hafta beklenerek kan sayımı tekrarlanır. ▪ Uygulama öncesi hastaya 100 cc serum (%5 Dekstroz ya da serum fizyolojik) takılır. ▪ Bulantı ve kusma beklenen yan etkilerdir. Önlenmesi için tedaviye geçilmeden 20-30 dakika önce bulantı önleyici tedavi (2 ampul metpamid + 4 mg dekort veya 5 mg tropisetron (novaban), 4-8 mg ondansetron (zofran) ya da 3 mg graniasetron (kytril)'den biri IV olarak yapılabilir. Tedavi sonrası bulantı devam ederse bu ilaçların tabletleri önerilen şekilde kullanılmalıdır.
ABVD (Adriamisin, Bleomisin, Vinblastin, Dakarbazin)	▪ 15 günde bir tekrarlanır, toplam 12 kez uygulanır. ▪ Her uygulama başında (1. ve 15. gün tedavileri öncesi) tam kan sayımı yapılmalıdır. Beyaz küre sayısı 3500/mm³ ve üzerinde ise tedaviye başlanabilir, düşük ise bir hafta beklenerek kan sayımı tekrarlanır. ▪ Tedavi öncesinde hastaya 100 cc serum (%5 Dekstroz ya da serum fizyolojik) takılır. ▪ Bulantı ve kusma beklenen yan etkilerdir. Önlenmesi için tedaviye geçilmeden 20-30 dakika önce bulantı önleyici tedavi (2 ampul metpamid + 4 mg dekort veya 5 mg tropisetron (novaban), 4-8 mg ondansetron (zofran) ya da 3 mg graniasetron (kytril)'den biri IV olarak yapılabilir. Tedavi sonrası bulantı devam ederse bu ilaçların tabletleri önerilen şekilde kullanılmalıdır. ▪ Hasta her gün en az 4 lt sıvı almalıdır. ▪ Adriamisin kalp yönünden tetkik edilmelidir. Ekokardiyografiye bakılmalıdır ve üç kür sonunda ve tedavi bitiminde bu tetkik tekrarlanmalıdır.
CHOP (Siklofosfamid, Adriamisin, Onkovin, Prednisolon)	▪ Gerekirse ürikoliz tedavi eklenebilir. ▪ 21 günde bir tekrarlanır ve toplam 6 kez uygulanır. ▪ Her uygulama başında tam kan sayımı yapılmalıdır. Beyaz küre sayısı 3500/mm³ ve üzerinde ise tedaviye başlanabilir, düşük ise 3-7 gün beklenerek kan sayımı tekrarlanır. ▪ Tedavi öncesinde hastaya 100 cc serum (%5 Dekstroz ya da serum fizyolojik) takılır. ▪ Bulantı ve kusma beklenen yan etkilerdir. Önlenmesi için tedaviye geçilmeden 20-30 dakika önce bulantı önleyici tedavi (2 ampul metpamid +4 mg dekort veya 5 mg tropisetron (novaban), 4- 8 mg ondansetron (zofran) ya da 3 mg graniasetron (kytril)'den biri IV olarak yapılabilir. Tedavi sonrası bulantı devam ederse bu ilaçların tabletleri önerilen şekilde kullanılmalıdır. Prednizolana bağlı olarak dispepsi görülebilir. Bunun için H₂ reseptör blokerleri ve antiasit önerilebilir ve tuz kısıtlaması yapılır. ▪ Gerekli görülürse ürikozürük tedavi eklenebilir. ▪ Hasta her gün en az 4 lt sıvı almalıdır. ▪ Adriamisin kalp yönünden tetkik edilmelidir. Ekokardiyografiye bakılmalıdır ve üç kür sonunda ve tedavi bitiminde bu tetkik tekrarlanmalıdır.

Sisplatin-Vepesit	▪ 21 günde bir tekrarlanır ve toplam 6 kez uygulanır ▪ Her uygulama öncesi tam kan sayımı yapılmalıdır. Beyaz küre sayısı 4000/mm³ ve üzerinde ise tedaviye başlanmalı düşük ise bir hafta beklenerek kan sayımı tekrarlanmalıdır. ▪ Sisplatin böbrekler üzerine olumsuz etkisi olası yan etkilerindendir. Önlenmesi için tedaviden bir gün önce başlamak ve üç gün devam etmek üzere bol sıvı (en az günde 3000 cc olacak şekilde) alınmalıdır. Ayrıca sisplatin infüzyona geçmeden 1000 cc SF 2 saatte infüze edilmeli ve % 20 mannitol solüsyonundan 100 cc 20 dakikada verilmeli ve daha sonra sisplatin infüzyonuna geçilmelidir. ▪ Bulantı ve kusma beklenen yan etkilerdir. Önlenmesi için tedaviye geçilmeden 20-30 dakika önce bulantı önleyici tedavi (2 ampul metpamid + 4 mg dekort veya 5 mg tropisetron (novaban), 4-8 mg ondansetron (zofran) ya da 3 mg graniasetron (kytril)'den biri IV olarak yapılabilir. Tedavi sonrası bulantı devam ederse bu ilaçların tabletleri önerilen şekilde kullanılmalıdır.
Gemsitabin-Sisplatin	▪ 21 günde bir tekrarlanır ve toplam 6 kez uygulanır. ▪ Her uygulama öncesi tam kan sayımı yapılmalıdır. Beyaz küre sayısı 4000/mm³ ve üzerinde ise tedaviye başlanmalı düşük ise bir hafta beklenerek kan sayımı tekrarlanmalıdır. ▪ Sisplatin öncesi hastaya 1000 cc serum fizyolojik takılır. Gemsitabin uygulanırken 150 cc serum fizyolojik takılır. ▪ Sisplatin infüzyondan önce 100 cc % 20'lik mannitol 12-20 dakikada verilmelidir. ▪ Bulantı ve kusma beklenen yan etkilerdir. Önlenmesi için tedaviye geçilmeden 20-30 dakika önce bulantı önleyici tedavi (2 ampul metpamid +4 mg dekort veya 5 mg tropisetron (novaban), 4- 8 mg ondansetron (zofran) ya da 3 mg graniasetron (kytril)'den biri IV olarak yapılabilir. Tedavi sonrası bulantı devam ederse bu ilaçların tabletleri önerilen şekilde kullanılmalıdır. ▪ Hasta her gün en az 4 lt sıvı almalıdır. ▪ Böbrek fonksiyonları yakından takip edilmelidir.
AC (Adriamisin, Siklofosfamid)	▪ 21 günde bir tekrarlanır ve toplam 6 kez uygulanır. ▪ Her uygulama öncesi tam kan sayımı yapılmalıdır. Beyaz küre sayısı 3500/mm³ ve üzerinde ise tedaviye başlanmalı, düşük ise bir hafta beklenerek kan sayımı tekrarlanmalıdır. ▪ Uygulama öncesi hastaya 100 cc serum (%5 dekstroza ya da serum fizyolojik) takılır. ▪ Bulantı ve kusma beklenen yan etkilerdir. ▪ Hasta hergün en az 4 lt sıvı almalıdır. ▪ Adriamisin kalp yönünden tetkik edilmelidir. Ekokardiyografiye bakılmalıdır ve üç kür sonunda ve tedavi bitiminde bu tetkik tekrarlanmalıdır.

Kemoterapik ilaçların hücre siklusunun hangi fazında etkili oldukları tedavi protokolünü hazırlayan ve seçimini yapan onkologları ilgilendirmekte ise de kemoterapinin hazırlanması, uygulanması ve uygulanan tedavi yöntemlerine bağlı

olarak ortaya çıkan semptomların tedaviyi etkin bir şekilde sürdürmeyi ve yaşam kalitesini etkileyebileceği için semptomların erken dönemde saptanması, önlenmesi ve kontrol altına alınması sorumluluğu hemşireleri yakından ilgilendirmektedir. Semptomların erken dönemde saptanıp, önlenmesi ve kontrol altına alınmasıyla oluşan destek tedaviyle hastaların kaliteli bir yaşam sürmeleri amaçlanmaktadır. Bu yaklaşımla hemşireler, hastaları biyopsikososyal bir varlık olarak, sosyal çevreleri ve aileleri ile birlikte bütüncül değerlendirip etkin ve bilinçli hemşirelik girişimleriyle hastaların bu dönemi en rahat biçimde geçirmelerini sağlayabilirler. Sitotoksik alanda çeşitli sorumlulukları üstlenen hemşirelerin, ilaçların verilme yolları, her tür ilacın verilme gerekçeleri ile birlikte avantaj ve dezavantajları konusunda detaylı bilgiye sahip olması, bunun yanı sıra hastayı ailesini ilaçlar konusunda bilgilendirmesi gerekir. Hemşirelik girişimleri yaşamsaldır ve bu sıkıntılar hafifletilmedikçe çok az sayıda hasta tedaviyi sürdürmeye istek gösterir (Ovayolu 2003; Yeşilbakan 2005; Kömürcü 2006; Savcı 2006; Kurt Sadırlı 2008).

4.5. CERRAHİ TEDAVİ

Cerrahi girişim, kanser tedavisinin en eski yöntemlerinden biridir. Tek başına cerrahi tedavi, kanserin lokalize olduğu hastalarda iyileştirici olabilir. Ancak tanı konulduğu sırada hastaların yaklaşık % 70'inde mikrometastaz belirtileri gözlemlendiğinden daha iyi bir sonuca ulaşmak için cerrahi tedavinin diğer tedavi yöntemleriyle birlikte uygulanması gerekmektedir (Erten 1998; Kurt Sadırlı 2008).

Cerrahi girişimin şekli hastanın klinik durumuna, risk faktörlerine, tümörün lokalizasyonuna, tümörün büyüklüğüne, hastanın klinik evresine ve hastanın tercihlerine göre değişmektedir (Erten 1998; Conrad 2001).

Günümüzde cerrahi girişimler:

- **Tanısal** (İnsizyonal biyopsi, iğne biyopsisi ve eksploratris laparotomi şeklinde)
- **Storedüktif** (radyoterapi ve kemoterapinin daha iyi etki etmesi için kitleyi küçültme amaçlı)
- **Palyatif**
- **Önleyici** (ağız boşluğu, serviks, epitelyumdeki premaling ve insitu lezyonlar için yapılan cerrahi girişimler)

- **Rekonstrüktif** amaçlı olabilmektedir (Akdemir 2004; Taşpınar 2006; Savcı 2006; Özdemir 2006; Kurt Sadırlı 2008;).

Vulva kanserinin esas tedavisi cerrahidir. Tümörün multisentrik olup olmadığı cerrahinin tipini belirlemede önemlidir. Günümüzde, daha sınırlı cerrahi yaklaşım tercih edilmektedir. Eskiden vulva ve inguinal bölgenin bir bütün olarak çıkartılması ameliyatları yaygın olarak uygulanırken, bu tip cerrahi tedavi sonrası yara iyileşmesinin geç ve güç olması nedeni ile günümüzde terkedilmiştir. Tek bir odakta yerleşmiş, 2 cm den küçük (T1) tümoral yapılarda, tümörün yerleştiği yere de bağlı olarak, 1-2 cm gözle görülen cerrahi sınır temiz olacak şekilde, doku altta fasiaya kadar çıkartılmalıdır (Radikal lokal eksizyon). Furşet ve anüse yakın yerleşmiş olan olgularda 2 cm kadar geniş temiz bir cerrahi sınır her zaman bırakılamayabilir. Ancak bu bölgede yerleşmiş kanserlerde de en az 1 cm lik sağlam cerrahi sınır alanı bırakılmalıdır. Daha sonra her iki inguinal bölgeler üzerine ayrı ayrı kesi yapılarak, yüzeysel ve derin inguinal lenf nodları çıkartılmalıdır. 2 cm den küçük tümörlerde radikal lokal eksizyon veya radikal vulvektomi yapılması arasında nüks açısından fark yoktur. 2 cm den daha büyük (T2) veya vulvada multisentrik olarak yerleşmiş olgularda ise vulvektomi tercih edilmeli ve tüm vulva dokusu altta fasiaya kadar çıkartılmalıdır(Radikal vulvektomi). Daha sonra kesi kenarları vajen dokusuna primer olarak yaklaştırılır. Bazı ilerlemiş olgularda tümöral yapı o kadar büyüktür ki, vulvadaki tümör çıkartıldıktan sonra cerrahi kesi hattı primer olarak kapatılamaz. Bu gibi durumlarda, deri grefti alınarak açık kalan bölgenin üzerine yerleştirilir. Bazen de doku kaydırma teknikleri kullanılarak(grasilis kasından myokutanöz flep gibi) vulva bölgesi kapatılır. Vulvanın çıkartılması seksüel fonksiyon bozukluğuna yol açmasa da lokalize hastalıklarda vulvanın hastalıklı bölgesinin çıkartılması da yapılabilir. Cerrahi sonrası radyoterapi ilerlemiş hastalıklarda kullanılmaktadır (Atasü 1996; Erten ve Uslu 1998; Kösebay ve Tokatlı 2000; Baltimore 2000; Çelik ve Tezcan 2000).

Vajinal kanserlerin tedavisi, kanserin vajendeki yerleşim bölgesine ve kanserin büyüklüğüne bağlıdır. Vajina kanserinde, kanser vajinanın tepesinde servikse yakın bölgede yani yukarı kısımda yerleşmişse cerrahi olarak uterus ve vajenin 1/3'lük üst kısmı çıkartılır. Bu işleme alt karın bölgesi lenf bezlerinin

çıkartılması da eklenir. Cerrahi sonrası Radyoterapi uygulanır. Kanser vajenin orta bölümüne yerleşmişse cerrahi uygulanmaz sadece radyoterapi uygulanır. Kanser vajenin girişine yani alt 1/3'lük kısma vulvaya yakın yerleşmişse, dış vajina ile birlikte vajenin alt 1/3'lük kısmı cerrahi olarak çıkartılır. Bu tedaviye radyoterapi de eklenir. Vagina kanserinin tedavisi sonrasında ortaya çıkan cinsel ilişki problemleri rekonstrüktif cerrahi metodları ile çözülebilmektedir (Atasü 1996; Erten ve Uslu 1998; Kösebay ve Tokatlı 2000; Baltimore 2000; Çelik ve Tezcan 2000).

Serviks kanserinde, erken tanılanan vakalarda, genç ve çocuk isteği olan hastalarda küçük operasyonlar yapılabilir. Ancak çok fazla komşu organlara yayılmamış hastalıkta cerrahi tedavi ile uterus, fallop tüpleri, overler, vajinanın üst kısmı ve karından bir kısım lenf bezeleri çıkarılır. Cerrahiden sonra veya önce komşu organ yayılmaları tespit edilirse hastaya cerrahiye takiben veya cerrahi işlem yapılmadan radyoterapi uygulanır. Genç, cinsel yaşamı devam eden hastalarda ilk seçenek cerrahi tedavidir. **Evre 1A1**, konizasyon sonrası lenfovasküler tutulum (LVT) olmayan, cerrahi sınırlar negatif genç ve çocuk isteyen bir hastada konizasyon yeterli olabilir. Çocuk isteği yoksa tip I (basit) histerektomi yeterli cerrahi yaklaşımdır. Bu hastalarda lenf nodu yayılım olasılığı yok veya çok düşük olduğu için (%0-0.2) lenfadenektomi genellikle önerilmez. **Evre 1A2**; genel yaklaşım tip II histerektomi + pelvik ve paraaortik lenfadenektomidir. Lenf nod tutulumu %6 civarındadır. Dolayısı ile çocuk isteyen hastalarda radikal trakelektomi, pelvik ve paraaortik lenfadenektomi uygun yaklaşımdır. Konizasyon sonrası LVT olmayan ve cerrahi sınır negatif olan çocuk isteyen hastalarda, doğum sonrası histerektomi yapılmak kaydı ile hastanın onayı alınarak, konizasyon + pelvik ve paraaortik lenfadenektomi de bir seçenek olarak düşünülebilir. **Evre 1B1**; tip III histerektomi + pelvik ve paraaortik lenfadenektomidir. Çocuk isteyen hastalarda, özellikle tümör çapı 2 cm den küçük olanlarda radikal trakelektomi + pelvik ve paraaortik lenfadenektomi, uterusun korunarak fertilitenin devamı için uygun olan cerrahi seçenektir. **Evre 1B2**; tip III histerektomi + pelvik ve paraaortik lenfadenektomidir. Primer cerrahi tedavi sonrası, takip edilen ancak daha sonra nüks eden hastalarda kemo-radyoterapi yapılmalıdır. Primer veya adjuvan kemo-radyoterapi sonrası nüks eden hastalarda ekzenteratif yaklaşım en uygun olan seçenektir. Ekzenterasyon için tümörün lokalize olmuş olması gereklidir.

Cerrahinin amacı, cerrahi sınır negatif olacak şekilde tümörün çıkartılması olmalıdır (Atasü 1996; Erten ve Uslu 1998; Kösebay ve Tokatlı 2000; Baltimore 2000; Çelik ve Tezcan 2000).

Endometrium ve fallop tüpü kanserlerinde cerrahi tedavide genellikle TAH+BSO tercih edilmektedir. Ancak doğurganlığını kaybetmek istemeyen kadınlarda tek taraflı salpingo-ooforektomi tümörün yayılımına göre uygulanabilmektedir (Atasü 1996; Erten ve Uslu 1998; Kösebay ve Tokatlı 2000; Baltimore 2000; Çelik ve Tezcan 2000).

Over kanserlerinde cerrahi tedavi, primer tedavi şeklidir ve tedavinin ilk basamağıdır. Tanıyı doğrulamak, tümörün yaygınlığını saptamak ve tedavi amacıyla yapılır. Uterus, overler, tubalar ve omentum radikal olarak çıkarılır. Tümörün pelvise yayıldığı ve sınırlarının belirsiz olduğu durumlarda sadece over ve tüpler çıkarılır. **Debulking** adı verilen bu cerrahide tümör kitlesi mümkün olduğunca küçültülür. Böylece kalan daha küçük kısım kemoterapiye daha iyi cevap verir. Over kanserlerinde ikinci cerrahi (**second-look surgery**); hastalığın kemoterapiye verdiği cevabı saptamak ve tedaviye devam edilip edilmeyeceğine karar vermek amacıyla kullanılan bir tekniktir. Kemoterapi tamamlandıktan bir yıl sonra uygulanır. Tedaviye yanıtı değerlendirmek için ise “**second look**” ikinci cerrahi işlem yapılmaktadır (Atasü 1996; Erten ve Uslu 1998; Kösebay ve Tokatlı 2000; Baltimore 2000; Çelik ve Tezcan 2000; Dede ve Alanbay 2007).

Jinekolojik kanserlerde cerrahi tedaviye bağlı olarak bazı hastalar, kanama ve enfeksiyon gibi ameliyat sonrası komplikasyonlar yönünden daha yüksek risk oluşturur. Hemşireler, olası sorunları daha erken dönemlerde tanımlayabilmek için hastaları dikkatle izleyip değerlendirmeli ve hemşirelik bakımını planlamalıdır.

Ameliyat sonrası dönemdeki önemli hemşirelik bakım yaklaşımları şunlardır:

- Temel fizyolojik işlevlerin sürdürülmesi,
- Ameliyat bölgesinin korunması,
- Hastanın durumundaki değişikliklerin izlenmesi, yorumlanması ve kaydedilmesi,
- Aseptik uygulamalarla ameliyat bölgesinde enfeksiyon gelişiminin önlenmesi,
- Solunum işlevlerinin sürdürülmesi,

- Pasif egzersizlerin yapılması ve erken dönemde yataktan kalkmadan hastaya yardım edilmesi,
- Ağrının kontrol edilmesi,
- Fiziksel ve psikolojik rehabilitasyon yapılması,
- Hastaların radyoterapi ve kemoterapi için hazırlanması (Taşkın 2000; Kurt Sadırlı 2008).

4.6. RADYOTERAPİ

Radyoterapi, günümüz kanser tedavisinin vazgeçilmez unsurlarından biridir. RT, malign ve seçilmiş bazı benign hastalıklarda iyonizan radyasyonun kullanılması prensibine dayanan bir tedavi yöntemidir. Bu tedavi yöntemi kanser tedavisinde primer tedavi (ana tedavi), kombine tedavi (diğer tedavi yöntemi ile beraber), adjuvan tedavi (yardımcı tedavi) ve palyatif tedavi yöntemi şeklinde tek başına ya da cerrahi ve kemoterapi gibi diğer tedavi yöntemleri ile birlikte kullanılmaktadır. Tüm kanser hastalarının % 60'ına tedavilerinin bir bölümünde en az bir kez radyoterapi uygulanmaktadır (Memiş 2002; Çürük 2005; Kurt Sadırlı 2008).

Radyoterapinin amacı; çevre sağlam dokuya en az zararla, dikkatlice ölçülmüş radyasyon dozunun, belirlenmiş tümör volümüne verilmesidir. Radyoterapi, esas olarak iki hedefe yöneliktir. Hastalığı tedavi etmek amacı ile **küratif** olarak veya hastalığı tümünden yok etmenin mümkün olmadığı durumlarda hastanın şikayetlerini hafifletmek ve yaşamda kalmayı uzatmak amacı ile **palyatif** olarak kullanılır. Eğer hastalık sistemik değilse tedavi küratif amaçla uygulanır. Her iki durumda tedaviye genellikle cerrahi ve kemoterapi yöntemleri de eşlik eder (Topuz 2000; Memiş 2002; Özbaş 2003; Çürük 2005; Özdemir 2006).

Radyoterapinin amacı kanserli hücreleri yok etmektir, ama bu arada tedavi alanı içinde kalan sağlıklı hücreler de etkilenmektedir. Radyoterapi uygulandığında hücrede hasar oluşur. Hasara bağlı hücre ölümü oluşabilir ya da hasar tamir edilir ve hücre yaşamına devam eder. Radyasyonun normal dokuya yapacağı hasar tedavi alanının genişliği ve lokalizasyonuna, uygulanacak toplam ve günlük doz miktarına, hastanın yaşı ve genel durumuna ve tedavinin kalitesine bağlı olarak değişmektedir (Platin 1996; Çürük 2005).

Radyoterapi eksternal ve internal radyoterapi olmak üzere iki şekilde uygulanır.

- **Eksternal Radyoterapi:** Radyasyon veren makine ile istenilen bölgenin ışınlamasıdır. Verilecek radyasyon miktarı tümörün tipine, büyüklüğüne ve derinliğine göre değişir. Hastanın alması gereken doz seanslara bölünerek uygulanır (Akdemir 2004; Çürük 2005; Kurt Sadırlı 2008;).
- **İnternal Radyoterapi (Brakiterapi):** Tümöral dokuya veya tümör alanına, radyoaktif maddelerin kısa mesafeden uygulanmasıdır. Radyoaktif maddenin kalıcı ya da geçici süre için tümör içine ya da tümöre yakın bölgeye yerleştirilmesidir. Radyoaktif materyal (iğneler, tüpler, teller, çekirdekler) direkt olarak tümör içine (interstisiyel brakiterapi), tümörün bulunduğu kavite ya da lümen içine (intrakaviter brakiterapi) ya da tümör yüzeyine (kontakt tedavi) yerleştirilerek uygulanır. İnterstisiyel ve intrakaviter brakiterapi pek çok jinekolojik tümörlerin tedavisinde uygulanmaktadır (Akdemir 2004; Çürük 2005;).

Çoğu hasta radyasyon sözcüğünden korktuğundan hastanın bu konudaki bilgisinin değerlendirilmesi çok önemlidir. Hemşire, hasta ve ailelerin radyoterapi tedavisi hakkındaki yanlış anlamalarını ve korkularını gidermeli, radyoterapinin kanser tedavisinde kullanımı, tedavi programı planlama süreci ve tedavinin yan etkilerini kontrol edebilmek için kendilerinin yapabilecekleri öz bakım etkinlikleri konusunda bilgilendirmeli, yanlış bilgileri düzeltmeli, eksik bilgileri tamamlamalıdır (Memiş 2002; Çürük 2005; Kurt Sadırlı 2008).

4.7. KANSER VE KÖK HÜCRE TEDAVİSİ

Kök hücreler kanser tedavisinde değişik alanlarda kullanılmaktadır. Günümüzde genel olarak yapılan uygulamalar kemik iliği ve kordon kanından elde edilen kök hücre nakilleridir. Bu uygulamalar ışın tedavisi ve yoğun kemoterapi sonrasında hasar gören kan hücrelerinin yerine konulmasını sağlamak amacıyla yapılır. Kemik iliği nakli kan hastalıklarının tedavisinde uzun yıllardan beri yapılmakta olan bir uygulamadır (Şenel 2002).

Periferik kan kök hücre tedavisi olarak bilinen yeni bir teknik ise hastanın kendi kanındaki kök hücrelerin ayrıştırılması ve klasik kanser tedavisinden sonra hasar gören kan hücrelerinin yerine konulması amacıyla hastaya tekrar verilmesidir.

Kanın ayrıştırılma işi pheresis veya apheresis olarak adlandırılır ve bu amaçla özel cihazlar kullanılmaktadır. Apherezis yoluyla elde edilen hücreler doğrudan kullanılabilir veya ileride kullanmak amacıyla dondurularak saklanır (Arslan 1998).

Klasik kanser tedavisine ek olarak yapılan periferik kan kök hücre nakilleri kanser tedavisinin etkinliğini artırabilmek amacıyla kullanılmaktadır. Yapılan bu uygulama tedavi sonrasında hasar gören kök hücrelerin yerine konulmasını sağlamaktadır ve hastalığın tedavisine dolaylı olarak katkısı vardır. Bu katkı sayesinde hastaya kanser ilaçları daha yüksek dozlarda uygulanabilmekte ve tedavinin etkinliği artırılmaktadır (Şenel 2002).

Over kanseri hastalarında yoğun kemoterapi kullanımına ek olarak yapılan kök hücre tedavisi bu tür bir uygulama için örnek oluşturabilir. Yürütülmekte olan bir çalışmada over kanseri hastalarına yüksek dozda "paclitaxel" ve "carboplatin" uygulandıktan sonra hasar gören kan hücrelerini yenilemek için kök hücre nakli yapılmaktadır. Bu tedaviden sonra toparlanan hastaya yüksek dozlarda "topotecan" ve "etopophos" uygulanmaktadır. Bu uygulamadan hemen sonra hastaya tekrar kök hücre verilmektedir. Bu tedaviden sonra aynı hastaya "thiotepa" ile kemoterapi yapılmakta verilmekte ve 3. defa kök hücre uygulanmaktadır. Tedaviyi kabul eden hastalarda tedavinin etkinliği ve yan etkileri gözden geçirilmektedir. (*Phase 1-2 Study of Tandem Cycles of High Dose Chemotherapy Followed by Autologous Hematopoietic Stem Cell Support in Women with Persistent or Recurrent Advanced (Stage III or IV) Epithelial Ovarian Cancer*). Benzer olarak diğer bazı kanser türlerinde kök hücre nakli ile birlikte yüksek dozda ve sürede yapılan klasik tedaviler uygulanmaktadır (Şahin ve ark. 2005).

Kök hücrelerin kanser tedavisinde kullanıldığı bir diğer alan hedefe yönelik kanser tedavisidir. Hedefe yönelik kanser tedavisi tümör aşılarının temelini oluşturmaktadır. Tümör aşılarının bir kısmı hastadan elde edilen kök hücrelerin dendritik hücre denilen özel hücrelere farklılaştırılması ve bu hücrelerin kansere özgü yapıları hastanın bağışıklık sistemine tanıtması esasına dayanmaktadır (Arslan 1998; Şenel 2002; Şahin ve ark. 2005).

4.8. KANSERLİ HASTALARDA GELİŞEN SEMPTOMLAR VE BAKIMI

Kanser hastaları hem hastalığın kendisinin hem de uygulanan tedavinin neden olduğu birçok sorunu bir arada yaşarlar. Bu sorunlar kanserli hastaların günlük ve gelecekteki yaşamını nasıl etkileyeceğine ilişkin kaygılar nedeniyle daha da yoğun ve baş edilmesi güç bir hal alır. Hastalığın bizzat kendisinden ya da tedavinin toksisitelerinden kaynaklanan semptomlar nedeni ile hastaların yaşam kalitesi ve fonksiyonları olumsuz etkilenebilir. Ayrıca bu semptomlar tedaviyi kesintiye uğratabilirler ve etkinliği üzerinde negatif etki oluşturabilirler (Akyolcu 1993; Beşer 2003; Özdemir 2006; Kuzeyli Yıldırım 2006).

Kanser tanısı konulan hastayı uzun ve zor bir dönem beklemektedir. Kanser tanısı kabullenme ve tedavi süreci oldukça zor deneyimlerdir. Kanser hastaları sık sık hastaneye yatma, giderilemeyen ağrı, kişisel kontrol kaybı, kendi bakım aktivitelerini yapmada yetersizlik, ekonomik ve sosyal kayıplar, ameliyat, radyoterapi, kemoterapi gibi hastalıklarıyla ilgili tedavilerinden dolayı hem acı çekerler hem de yaşam kalite ve memnuniyetlerinde düşme görülür (Reis 2003; Akdemir 2004; Özdemir 2006).

Kemoterapi ve radyoterapi gibi kanser tedavilerinin farklı bir çok semptoma sebep olduğu bilinmektedir. Bu semptomların varlığı ve ciddiyeti hastanın yaşam kalitesini ve günlük aktivitelerini bozmakta ve çoğunlukla tedavinin etkinliğini sınırlamaktadır. Kemoterapi alan hastalar üzerinde yapılan araştırmalarda semptomların sistematik değerlendirilmesinin yanı sıra kontrolüne yönelik eğitimler verilmesi ve hastaların desteklenmesinde hemşirelerin vazgeçilmez olduğu vurgulanmaktadır. Whenery-Tedder (1997), kemoterapi alan hastaların emosyonel durumunu değerlendirmede ve hastalığın onlar için ne anlama geldiğini anlamada hemşirenin beceri sahibi olmalarının önemini belirtmiştir. Hiromoto ve arkadaşları (1991), kemoterapi alan hastaların bilgi gereksinimlerinin en fazla beslenme, bulantı, emosyonel konular, tedavi ve semptomlarla ilgili olduğunu saptamıştır. Benor ve arkadaşları (1998), kanser tedavisi gören hastalara verilen hemşirelik eğitim, danışmanlık ve destek aktivitelerinin hastaların sıkıntılarını azalttığını ve yaşam kalitesini yükseltmede etkili olabileceğini vurgulamıştır (Hiromoto ve ark.1991; Whenery-Tedder 1997; Benor 1998; Aslan 2003; Kurt 2008; Demirsoy 2008).

Planlı bir hemşire eğitim modelinin uygulanması sonucunda, hastalarda kemoterapinin yan etkileri hafifleyebilecek, yan etkilerin kontrolüne yönelik olarak hastalar bakımda kendi sorumluluklarını alabilecek, tedavi süresince verilecek kararlara katılabilecek, yaşam kaliteleri yükselerek hastalığa ve tedaviye uyumları artabilecektir. Hastanın sağlık bakım hizmetinden memnun olması hemşirelerin iş doyumunu arttıracak ve bakımın kalitesi yükselecektir (Akyolcu 1993; Aslan 2003).

Kanserli hastalar hastalık sürecinden kaynaklanan semptomlar kadar kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri nedeni ile ağrı, anoreksiya, kaşeksi, tat değişiklikleri, alopesi, bulantı, kusma, dehidratasyon, mukozit, yorgunluk, dispne, kemik iliği supresyonu, depresyon, anksiyete gibi fiziksel ve emosyonel semptomları yoğun bir şekilde yaşamaktadırlar. Bu gibi semptomların kanserli hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır, bu durum onkoloji alanında çalışan sağlık ekibi üyeleri içinde öncelikli bir konuyu oluşturmaktadır. Bu nedenle verilen bakımda bu semptomların azaltılması veya yok edilmesi esas alınmaktadır. Kanserli hastalara bakım veren hemşireler tedavi sürecinde hastalarda ortaya çıkan semptomları tam ve zamanında sistematik olarak değerlendirmeli, uygun tedavi yapılabilmesi, uygun hemşirelik bakımı verilebilmesi, hasta ve ailesine semptom kontrolüne yönelik eğitim vererek hastaların kaliteli bir yaşam sürdürebilmesini sağlamalıdır (Yeşilbakan ve ark., 2005; Aslan ve ark., 2006; Ünsar 2007).

Kemoterapiye bağlı olarak ortaya çıkan semptomlar kullanılan ilaca ve kişiye göre değişmekle birlikte tedavi süresince gelişebilecek semptomlar şunlardır (Aslan 2003; Özdemir 2006; Ünsar 2007; Karakoç 2008; Kurt Sadırlı 2008):

- Ağrı
- Hematolojik sorunlar
 - Nötropeni
 - Trombositopeni
- Gastrointestinal sistem sorunları
 - Bulantı-kusma
 - İştahsızlık-kaşeksi
 - Mukozit-stomatit

- Boşaltım sorunları
 - Diyare
 - Konstipasyon
- Cilt sorunları
 - Ekstravazsyon
 - Alopesi
- Solunum sorunları
 - Dispne
- Psikiyatrik sorunlar
 - Anksiyete-depresyon
- Günlük yaşam aktivitelerine ilişkin sorunlar
 - Yorgunluk
 - Uykusuzluk

4.8.1. Ağrı

Ağrı, vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, organik bir nedene bağlı olan veya olmayan, organizmanın zedelenmeye karşı gösterdiği savunma mekanizması olarak ortaya çıkan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili hoş olmayan bir duygudur. Kanserin kendisine, tanı işlemlerine ve tedavisine bağlı olarak gelişen ağrı kanser ağrısı olarak tanımlanır. Kanser ağrısı; hastanın günlük aktivitesine, duygusal yaşamına, motivasyonuna, aile ve yakınları ile etkileşimine ve genel yaşam kalitesi üzerine oldukça fazla olumsuz etki yarattığı için en önemli problemlerden olup, kanser hastalarında en sık görülen ve korkulan semptomdur. Özellikle ilerlemiş kanser vakalarının %70'inde ağrı ortaya çıkmaktadır ve bu oran terminal dönemle %90'a kadar ulaşmaktadır (Aldemir 2000; Özgürlüoğlu 2002; Kömürcü 2006; Kurt Sadırlı 2006; Özdemir 2006).

Ağrının tedavisi için önce değerlendirilmesinin yapılması gerekir. Bunun için ağrının yeri, niteliği, şiddeti, başlamasını etkileyen faktörler (öfke, depresyon, uykusuzluk, anksiyete), ağrı sırasında gözlenen davranışlar ve baş etme biçimleri değerlendirilir (Aldemir 2000; Akdemir 2004;).

Ağrısı olan hastanın bakımında amaç; ağrı düzeyini tolere edebilecek düzeye getirilmesini sağlamak, hastanın ağrısının azaldığını veya yok olduğunu ifade etmesidir (Ünsar 2007; Kurt Sadırlı 2008).

Hemşirelik Girişimleri:

- Ağrı tedavisini uygulamak. Ağrı tedavisinin planlanmasında Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği basamak tedavisi en çok kullanılan yöntemdir.

1. Basamak: Hafif-orta ağrılar için narkotik olmayan analjezikler ± adjuvan tedavi

2. Basamak: Orta şiddetli ağrılar için zayıf narkotikler + nonopoid ± adjuvan tedavi

3. Basamak: Şiddetli ağrılar için güçlü narkotikler + nonopoid ilaçlar ± adjuvan tedavi

(Akdemir 2004; Kömürcü 2006;).

Adjuvan tedavi; Antikolvlülsonlar ve antidepresanlar gibi farklı endikasyonları da bulunan ilaç gruplarıyla yapılan ağrı tedavisidir (Akdemir 2004; Kurt Sadırlı 2008).

- Ağrı kontrolünde önerilen non-farmakolojik uygulamaları (pozisyon değiştirmek, masaj, sıcak uygulama, ılık banyolar, çevrenin sakin ve sessiz olmasını sağlamak, gevşeme tekniklerini öğretmek, radyo televizyon, okuma, müzik dinleme, hayal kurma) uygulamak
- Hastaya yorucu ve ağrıyı artıran aktivitelerden uzak durulmasını, uyku düzenine ve beslemesine dikkat etmesini önermek (Akdemir 2004; Kurt Sadırlı 2008; Demirsoy 2008).

4.8.2. Hematolojik sorunlar

4.8.2.1.Nötropeni

Kemoterapi ve/veya radyoterapiye bağlı kemik iliği baskılanması, immünosüpresyona bağlı oluşan ve enfeksiyon gelişme riskine yol açan önemli bir semptomdur.

Nötropenisi olan hastanın bakımında amaç; enfeksiyon ile ilgili risk faktörlerini bilmesi ve enfeksiyonlardan korunmak için uygun önlemleri aldığını göstermesi, enfeksiyon belirti ve bulgularının gözlenmemesidir (Birol, 2005).

Hemşirelik girişimleri;

- Hastada enfeksiyon belirtilerini (ateş, kızarıklık, sıcaklık, ödem, ağrı, iltihap oluşumu vs) gözlemlemek,
- Enfeksiyonun en sık görüldüğü bölgeleri (cilt ve müköz membranlar, oral kavite, solunum sistemi ve üriner sistem) gözlemlemek,
- Hastada ağız ve vücut hijyenine önem vermek, günlük kontrolleri yapmak ve deri bütünlüğünü korumak ve günlük temizliğini yapmak travmalardan korumak,
- Konstipasyon oluşmaması için önlemler almak,
- Hasta ve ailesinin el yıkamaya özen göstermesini sağlamak,
- Düzenli aralarla hastanın ateş takibini yapmak,
- Hastanın dinlenmesine ve beslenmesine dikkat etmek
- İstem edilen antibiyotikleri uygulamak
- Kan değerlerinin (lökosit ve nötrofil) izlenmesi (Atabek 1993; Durna 1996; Savaşer 1998; Conrad 2001; Aslan 2003; Akdemir ve Birol 2005; Tosun 2007; Ünsar 2007; Demirsoy 2008).

4.8.2.2. Trombositopeni

Kemik iliği depresyonu, kemoterapi, DİC ve pıhtılaşma faktörlerinin yetersiz yapımı nedeniyle kanamaya eğilimin artmasıdır. Hastada peteşi, ekimoz, hematüri, hipotansiyon, taşikardi, anemi ve trombosit sayısında ($150000/\text{mm}^3$) azalma vardır.

Trombositopenisi olan hastanın bakımında amaç; kanama belirti bulgularını gözlemlemek ve erken belirlemek, travmaya bağlı kanamayı önlemek, kanamayı değerlendirmek ve kontrolünü sağlamaktır.

Hemşirelik girişimleri;

- Hasta ve ailesi günlük hijyen uygulamaları sırasında kanamaya neden olabilecek durumlar ve bunlara yönelik alınması gereken önlemler konusunda bilgilendirmek

- Hastayı çarpma, düşme gibi travmalardan korumak için güvenli çevre sağlamak
- Deride peteşi / ekimoz kontrolünü yapmak
- Kan değerlerini (Hgb, Htc) izlemek
- Vazodilatasyon yapacağı için alkollü içkiler yasaklanmalı
- Aspirin ve non steroid antiinflamatuvar ilaçların kullanımı engellenmeli
- Konstipasyon oluşumunu önlemek için hastanın beslenmesi düzenlenmeli
- İnvaziv girişimler en aza indirilmeli, işlem sonrasında bölgeye 3-5 dakika baskı uygulanmalı
- Diş eti, burun, idrar, dışkı kanaması gibi normal olmayan kanamalar yakından takip edilmeli
- İstem edilmesi durumunda trombosit transfüzyonu ve oksijen uygulamalarını başlatılmalı ve hasta takip edilmeli (Durna 1996; Conrad 2001; Aslan 2003; Akdemir ve Birol 2005; Ünsar 2007; Demirsoy 2008).

4.8.3. Gastrointestinal Sistem Sorunları

4.8.3.1. Bulantı-kusma

Bulantı, genellikle gastrik tonüsün azalması, peristaltizmin baskılanması ve hiposekresyonla birlikte görülen medullada kusma merkezine yakın veya onun bir parçası olan bir bölgenin bilinç dışı uyarılmasının bilinçli olarak midede algılanmasıdır (Kömürcü 2006; Kurt Sadırlı 2008).

Kemoterapinin neden olduğu bulantı kemoterapi uygulamasının reddine kadar varan ya da sıvı elektrolit dengesizliğine ve beslenme yetersizliğine varan ciddi boyutlarda olabilir. Kanserli hastaların yaklaşık %50'sinde kemoterapinin ilk günlerinde bulantı ve görülebilmektedir. Bu hastalarda bulantı ve kusma; beyin metastazı, bağırsak tıkanıklığına başta hiperkalsemi olmak üzere elektrolit dengesindeki bozukluklara ve kullanılmakta olan antibiyotik ve narkotik analjeziklere bağlı olarak ta görülebilmektedir (Akdemir 2004; Özdemir 2006; Ünsar 2007; Demirsoy 2008).

Kemoterapi ilaçlarını kullananlarda üç farklı tipte kusma tanımlanmaktadır. İlk 24 saatte ortaya çıkan bulantı kusma **akut**, 24 saatten sonra ortaya çıkan ve 120 saatten uzun sürebilen bulantı-kusma **gecikmiş**, önceki kürlerde yeterli tedavi

edilememesine bağlı kemoterapi sırasında ya da öncesinde ortaya çıkan semptomlar ise **beklentisel** bulantı kusma olarak tanımlanmaktadır (Aslan 2003; Demirsoy 2008).

Bulantı-kusması olan hastanın bakımında amaç; sıvı ve elektrolit dengesini sürdürmek, yeterli beslenmesini sağlamak, oral mukozayı korumak ve bulantının azaldığının ifade edilmesidir (Akdemir 2005; Ünsar 2007; Kurt Sadırlı 2008).

Hemşirelik girişimleri;

- Bulantı ve kusmanın şekli ve oluş biçimi açısından hastayı tanılamak,
- Çıkarılan miktarı, içerik, renk açısından değerlendirerek kaydetmek,
- Dehidratasyon belirtileri açısından hastayı gözlemlemek,
- Antiemetik ilaçları en az yarım saat önce vermek,
- Ağız bakımının sık verilmesini, protez varsa tedavi sırasında çıkartılmasını sağlamak,
- Bulantı ve kusma sırasında ağızdan nefes almanın faydalarını anlatmak,
- Kilo takibi yapmak, aldığı çıkardığı sıvı miktarını değerlendirmek,
- Kemoterapiyi düşünmek bile bulantıya sebep olabileceğinden, tedaviden önce ve tedavi sırasında gevşeme tekniklerinin kullanılmasını önermek ve öğretmek,
- Fiziksel çevrenin temiz ve kokusuz, hasta giysilerinin rahat olmasına özen göstermek,
- Uygulamanın rahat bir pozisyonda yapılmasını sağlamak,
- Öğünlerin az az ve sık sık alınmasını ve iyice çiğnenmesini, öğünlerde sıvı alımından kaçınılmasını önermek,
- Tatlı, kızartma, baharatlı, yağlı gıdalardan kaçınılmasını önermek ve kompleks karbonhidratların yararlı olabileceği konusunda bilgi vermek,
- Yiyeceklerin özellikle kuru gıdalardan seçilmesine dikkat etmek,
- Yemekten sonra dinlenmesi ve yavaş aktiviteler yapmasını önermek (Durna 1991; Kanan 1993; Durna 1996; Kav 2001; Aslan 2003; Özbaş 2003; Akdemir ve Birol 2005; Ünsar 2007; Demirsoy 2008; Kurt Sadırlı 2008).

4.8.3.2. İştahsızlık-kaşeksi

Kanserde morbidite ve mortalite üzerinde etkili olduğu bilinen faktörlerden birisi de hastaların nütisyon problemidir. Malnütrisyon; protein, enerji, eser elementler ve vitaminlerin eksikliğini içeren değişik derecelerde yetersiz beslenme olarak tanımlanan bir patolojidir. Klinik olarak kanserli hastalarda malnütrisyon; gıda alımının azalması, tümörün yerleşimi, ileri kansere eşlik eden iştahsızlık, kanser tedavisine bağlı kusma, enfeksiyon, besin alımı yetersizliği, mukozit, ishal, depresyon ve bazı kemoterapötik ilaçlar nedenlerle meydana gelir. Kanserli hastaların %40'ından fazlasında malnütrisyon gelişmektedir (Aslan 2003; Kömürcü 2006; Ünsar 2007; Kurt Sadırlı 2008).

İştahsızlık-kaşeksi olan hastanın bakımında amaç; Hücre metabolizmasının devamlılığını sağlayarak, kanser kaşeksisini önlemek ya da geri döndürmektir (Akdemir 2005; Ünsar 2007; Kurt Sadırlı 2008).

Hemşirelik Girişimleri:

- Yüksek kalori, protein ve vitamin yönünden zengin beslenmenin önemini hastaya/aileye açıklamak ve besin alımına teşvik etmek,
- Hastayı her gün aynı saatte, aynı kıyafet ile aynı tartıda tartmak ve kilo kaybı olup olmadığını takip etmek,
- Yetersiz sıvı ve besin alımına neden olan faktörleri azaltmak/ortadan kaldırmak;
 - Yemeklerden önce ve sonra ağız bakımı vermek ve oral hijyeni sürdürmek,
 - Hastanın sıvı alımını arttırmak,
 - Hastanın odasını temiz tutmak ve kötü kokuları uzaklaştırmak,
 - Çok tatlı ve yağlı yiyecekleri diyetinden çıkarmak,
 - Hastanın yiyecek seçimine katılımını ve hoşlandığı besinleri almasını sağlamak,
 - Ağrılı ve hoş olmayan işlemleri yemeklerden önce yapmamak,
- Hekim istemine göre antiemetikleri uygulamak,
- Parenteral sıvılar, elektrolitler ve gıda maddelerini hekim istemine göre uygulamak,
- Hasta yiyecekleri tolere edemiyorsa istemde belirtildiği şekilde total parenteral beslenmeye başlamak. (Durna 1991; Kanan 1993; Algier 1994; Durna 1996;

Kav 2001; Aslan 2003; Özbaş 2003; Akdemir ve Birol 2005; Ünsar 2007; Kurt Sadırlı 2008; Demirsoy 2008).

4.8.3.3. Mukozit-stomatit

Ağız içi yumuşak dokular ile oral ve özafajiyal mukozanın, kemoterapinin ve radyoterapinin sitotoksik etkisine gösterdikleri enflamatuvar yanıt olarak gösterdikleri bulantı kusma, oral hijyen yetersizliği, nötropeni, trombositopeni ve dehidratasyon nedeniyle gelişen enflamasyonlardır. Oral kavitede eritem, ödem, ağız kuruluğu, dudaklarda yanma duygusu, travma, kuru sert yiyecekler ya da sert fırça kullanımına bağlı sekonder hemorajik ülserasyonlar, dilde ödem ya da enfeksiyon, beyaz düzensiz lekelere neden olabilen yüzeysel enflamasyon, uçuğa benzer lezyonlar olabilir. Knaser tedavisi gören hastaların %40'ında stomatit gelişir (Aslan 2003; Ünsar 2007; Yılmaz 2007; Kurt Sadırlı 2008; Demirsoy 2008).

Mukozit-stomatiti olan hastanın bakımında amaç; oral mukozada ağrının ve enfeksiyonun görülmemesidir (Akdemir 2005; Ünsar 2007; Kurt Sadırlı 2008).

Hemşirelik girişimleri;

- Oral kaviteyi her gün kırmızılık, beyazlık, sarılık yönünden kontrol edip değerlendirmek,
- Ağız içini tahriş edebilecek sıcak, baharatlı ve asit içerikli gıda ve içeceklerden, alkol ve sigaradan uzak durmak,
- Çok çiğneme gerektiren gıdalardan (sert et veya az pişmiş sebzeler gibi) kaçınmak,
- Hastaya uygun ağız bakımını öğreterek öğünlerden önce ve sonra ağız bakımını yapmasını sağlamak,
 - **Lezyon yoksa;** 4 saatte bir yumuşak diş fırçası ile dişleri fırçalamak ve mukostatin ve betadin ile gargara yapmak,
 - **Lezyon varsa;** 2 saatte bir hidrojen peroksit solüsyonu, ardından serum fizyolojik ile ağız bakımı yapıp arkadan dudakları vazelinlemek,
- Yumuşak diş fırçası kullanmasını önermek,
- Hastanın dudaklarını kurumaktan ve çatlamalardan korumak için yumuşatıcı kremler kullanmak,

- Doktor istemine göre önerilen lokal veya sistemik analjezikleri zamanında uygulamak ve hastaya ilaçların kullanımı konusunda bilgilendirmek (Dalgıç 1998; Kav 2001; Aslan 2003; Akdemir 2004; Kömürcü 2006; Ünsar 2007; Yılmaz 2007; Kurt Sadırlı 2008; Demirsoy 2008).

4.8.4. Boşaltım Sorunları

4.8.4.1. Diyare

Kemoterapi, anksiyete, stres gibi nedenlerle GIS'in aktif olarak bölünen epitelyal

hücrelerinin hasarıdır. Kemoterapinin yol açtığı diyare ilaç reaksiyonu nedeniyle ortaya çıkan akut bir durumdur. Tedavi sırasında barsaklardaki absorpsiyon ve sekresyon arasındaki dengesizliğin diyareye yol açtığı düşünülmektedir. Diyarenin dehidratasyon, malnitrusyon ve elektrolit dengesizliği gibi hayatı tehdit edici komplikasyonları vardır. İleri evre kanser hastalarında tahmin edilen diyare insidansı %10'dur (Aslan 2003; Ünsar 2007; Demirsoy 2008).

Diyaresi olan hastanın bakımında amaç; diyarenin önlenmesi, yeterli ve dengeli bir beslenme ile vücudun gereksinimlerinin karşılanması, sıvı elektrolit dengesinin normal seviyede olmasının ve normal kilonun sürdürülmesinin sağlanmasıdır (Ünsar 2007; Demirsoy 2008).

Hemşirelik girişimleri;

- Günlük dışkılama sayısı ve dışkının özelliklerinin tanınması, kayıt edilmesi
- Barsak alışkanlıklarının tanınması
- Kilo takibi, aldığı çıkardığı sıvı izlemi ve sıvı-elektrolit düzeylerinin takip edilmesi
- Doktor istemine uygun olarak antidiyaretik ilaçların verilmesi
- Rektal bölgenin irritasyon, travma ve kanama açısından gözlemlenmesi, perine bakımı verilmesi
- Uygun beslenme planlamasının yapılması (Az lifli, pişmiş yiyecekleri menüye almak, sütü ürünlerden sakınmasını sağlamak, potasyum kaybı olacağından sakıncası yoksa muz, portakal, patates vermek, diyetteki yağ miktarını azaltmak,

fazla sıcak ve soğuk olmayan az şekerli yiyecekleri az ve sık olarak almasını sağlamak vb.)

- Hastaya diyarenin belirti-bulguları ve diyare olduğunda sağlık personeline danışması konusunda gerekli bilgilerin verilmesi (Kav 2001; Aslan 2003; Özbaş 2003; Akdemir ve Birol 2005; Ünsar 2007; Demirsoy 2008).

4.8.4.2. Konstipasyon

Kanserli hastalarda kemoterapinin nörotoksik etkisi, narkotik ajanların kullanımı, hareketsizlik, yeme alışkanlığında değişiklikler, tümörlerin eksternal basısı veya internal tıkanıklığı, dehidratasyon, hipokalsemi nedenleri ile gelişebilir. Kanserli hastaların %50'si konstipasyonu deneyimlemekte olup bunun %78'i terminal dönem kanserli hastalardır (Aslan 2003; Ünsar 2007; Demirsoy 2008).

Konstipasyonu olan hastanın bakımında amaç; normal sıklıkta ve kıvamda gaita yapılması, defekasyonda ağrı olmaması, laksatif lavman ya da supozituvaya gereksinimin azalmasıdır.

Hemşirelik girişimleri;

- Dışkılama, barsak sesleri, bulantı, abdominal distansiyon gibi paralitik ileus belirtilerini izleyip ve kaydetmek,
- Hastanın diyet alışkanlıkları değerlendirilerek gerekli düzenlemelerin planlanması (Lifli besinleri önermek, sakıncası yoksa sıvı alımını arttırmak vb.)
- Gün içerisinde yorucu olmayacak aktiviteler önermek,
- Düzenli defekasyon alışkanlığı kazandırmaya çalışmak,
- Non-farmakolojik uygulamaların etkili olmadığı durumlarda doktor istemine göre laksatifler vermek (Kav 2001; Aslan 2003; Özbaş 2003; Akdemir ve Birol 2005; Ünsar 2007; Demirsoy 2008).

4.8.5. Cilt sorunları

4.8.5.1. Ekstravazasyon

Ekstravazasyon; subkutan dokuya vezikant ya da iritan ilaçların sızması; bunun sonucunda ağrı, nekroz ve/veya dokunun atılmasıdır. Doku hasarına neden olan vezikant ajanlar, tahrişe neden olan, enjeksiyon odağında veya ven boyunca flebit, gerginlik hissi ve ağrı oluşturabilen iritan ajanlardan kaynaklanabilmektedir (Aslan 2003; Yazıcı Korkmaz 2008).

Kemoterapi ilaçları, neden oldukları doku yaralanmalarına bağlı olarak, vezikant ya da iritan ilaçlar olarak sınıflandırılmaktadır. Vezikant ilaçlar, doku yaralanması ve nekroza, iritan ilaçlar ise doku nekrozu olmaksızın, enjeksiyon alanında ya da ven boyunca ağrı, sertlik ve flebite yol açan ilaçlar olarak tanımlanmaktadır (Özbaş 2007).

Ekstravazasyonu olan hastanın bakımında amaç; tedavi alanını değerlendirerek deri reaksiyonlarını en aza indirmek ve deri bütünlüğünü sürdürerek enfeksiyon gelişimini önlemektir (Yazıcı Korkmaz 2008).

Hemşirelik girişimleri;

- Kemoterapi ilacı, prospektüste belirtilen en uygun sınıflandırma ve uygulama yöntemlerine göre verilmeli,
- İzleme kolaylığı, damar büyüklüğü ve ekstravazasyon ortaya çıktığında olası hasarı değerlendirecek damarların seçilmesi, daha önceden kullanılmış ve hasar görmüş damarların kullanılmaması
- IV kataterin hareket etmeyecek biçimde, saydam bir bantla tespit edilmesi ve periferik kateterlerin 24 saatten daha fazla tutulmaması
- Her uygulama öncesi ve sonrası ven giriş alanının kontrol edilmesi ve vendeki ilaç yoğunluğunu azaltmak için serum fizyolojik uygulanması,
- Kızarıklık, şişme gibi ekstravazasyon belirtilerinin olup olmadığı gözlenmeli, en küçük bir ekstravazasyon belirtisi veya şüphesinde uygulama kesilmeli ve ekstremitelere olan sıvılar olabildiğince aspire edilmeli

- Antidot, ekstreavazyon alanı etrafına 1 saat içinde subkutan olarak verilmeli, etkilenen bölgenin 48 saat dinlendirilmeli ve yükseltilmeli, soğuk uygulama yapılmalı
- Ekstreavazyon rapor edilmeli, ağrı olması durumunda doktor istemine göre sistemik analjezikler ve/veya lokal ağrı kesici ilaçlar verilmeli (Aslan 2003; Özbaş 2007; Yazıcı Korkmaz 2008).

4.8.5.2.Alopesi

Alopesi, kemoterapötik ilaçların ve başa uygulanan radyasyon alanının genişliğine ve dozuna bağlı olarak saç, aynı zamanda kaş, kirpik ve tüm vücut kıllarının kaybıdır. Sitostatik kanser kemoterapisinde alopesi insidansı %65'tir. Saç kaybı, ilk tedavi siklusundan 2-3 hafta sonra ortaya çıkmaya başlamakta, 1-2 ay içinde de tam saç kaybı meydana gelmekte ve tedavi bittikten 1-2 ay içerisinde geri dönmektedir. Alopesinin, azalmış hücre proliferasyonundan ziyade artmış apoptotik hücre ölümünün bir sonucu olarak ortaya çıktığı belirtilmektedir. Kemoterapi nedeniyle ortaya çıkan alopesinin insidansı ve ciddiyeti; kemoterapötik ilacın vücuttaki yarılanma ömrüne, dozuna, uygulama şekline, tedavi planına, tek veya kombine olup olmadığına, infüzyonun uzunluğuna ve saçın durumuna farklılık göstermektedir (Ünsar 2007; Balcı Yangın 2007; Demirsoy 2008).

Alopesi, yaşamı tehdit etmemesine rağmen hastanın fiziksel görünümünü, beden imajını, cinselliğini ve benlik saygısını olumsuz etkilemekte, hasta için fiziksel ve psikolojik yönden sıkıntı yaratan bir durum haline gelebilmektedir (Balcı Yangın 2007; Ünsar 2007; Demirsoy 2008).

Alopesisi olan hastanın bakımında amaç; vücudundaki bu önemli değişikliği kabullenmesini sağlamak ve oluşabilecek bu yan etkiyi en aza indirmektir.

Hemşirelik girişimleri;

- Özellikle kendine ilişkin duyguları, düşünceleri, kendine bakış şekli konusunda duygularını ifade etmesi için kişi cesaretlendirilmeli
- Aile yakınları fiziksel ve duygusal değişmelere hazırlanmalı, benzer deneyimleri yaşayan insanlarla bu deneyimleri paylaşma fırsatları sağlanmalı,

arkadaşların ve aile bireylerinin ziyaretleri teşvik edilmeli ve kişi arkadaşları veya aile bireyleriyle ilişki kurması için cesaretlendirilmeli

- Hastaya saç kaybı olacağı, ancak tedavi bitiminden sonra yeniden çıkacağı açıklanmalı ancak yeni çıkan saçların yapı ve renk yönünden farklı olabileceğine ilişkin hasta uyarılmalı
- Saç kaybını en aza indirmek için öğretim yapılmalı (şampuan kullanımı, tarak seçimi, yıkama sıklığı, kurutma teknikleri vb.)
- Kişinin tedaviden önce kendine uygun bir peruk, bandana, eşarp seçmesi ve saç kaybı başlamadan önce bunu takması konusunda bilgilendirilmesi,
- Kafa derisinin, cildin şapka ile sıcak ve soğuktan korunması (Ünsar 2007; Balcı Yangın 2007; Demirsoy 2008).

4.8.6. Solunum Sorunları

4.8.6.1. Dispne

Dispne; solunumun rahat olmaması anlamına gelen, solunumun yetersiz olduğunu ifade eden bir terimdir. Primer ve metastatik kanserler, sıklıkla öksürük, balgam, ateş, yan ağrısı, hemoptizi gibi yakınmalara yol açarlar. Kanser hastalarının %70 inden fazlası hayatlarının son döneminde dispneden yakınır. Bu hastaların %24'ünde görülen dispne genel durum bozukluğuna, düşük performans statüsüne ve kaşeksi gibi durumlara bağlıdır. Dispne, hastanın fiziksel, emosyonel ve sosyal konumlarını etkiler, anksiyete ve ölüm korkusunu artırır. Solunum yetmezliği ve özellikle pnömoni, kanser hastalarında ölüm nedenleri arasında oldukça sıktır. Anksiyete de dispne ile birlikte görülebilir. Hasta birden boğulacağından ya da uykusu sırasında solunum durması sonucu boğularak öleceğinden endişe duyar (Aslan 2003; Özdemir 2006; Kurt Sadırlı 2008).

Dispnesi olan hastanın bakımında amaç; etkili solunumun sürdürülmesi, solunum hız, derinlik ve ritminin normal olması ve dispnenin azalmasının sağlanmasıdır (Kurt Sadırlı 2008).

Hemşirelik Girişimleri:

- Solunumun niteliği ve kalitesini hız, ritim ve derinlik yönünden değerlendirmek,
- Sekresyonu miktar, renk ve yoğunluk açısından incelemek, gerekirse hava yollarını aspire etmek, doktor istemine göre oksijen tedavisi uygulamak
- Fawler/semifawler pozisyon vermek ve iki saatte bir pozisyonunu değiştirmek,
- Solunum ve öksürme egzersizlerini yaptırmak,
- Yeterli hidrasyonu sağlamak,
- Hastanın günlük aktivitelerine destek olmak, yorucu aktivitelerden ve egzersizlerden kaçınmasını sağlamak,
- Ağız bakımı vermek,
- Tedavi protokolünde yer alan ilaçları (mukolitik, bronkodilatörler, antibiyotik) düzenli kullanmasını sağlamak (Aslan 2003; Kurt Sadırlı 2008).

4.8.7. Psikiyatrik Sorunlar

4.8.7.1. Anksiyete- Depresyon

Ölümçül bir hastalıkla karşılaşma, karşılaşılan hastalığın nüksetmesi, hastalık belirtilerinin yarattığı fiziksel, duygusal sorunlar, cerrahi müdahale, radyoterapi, kemoterapi ve tedavi süresince hastanede kalma nedeni ile kişide gelişen ruhsal tepkiler, bu yeni ve kabulü çok güç olan, yaşamı ve geleceği tehdit eden duruma uyumu zorlaştırmıştır. Bunun yanı sıra hastalık nedeniyle beden görünümünün değişmesi, organların bazı işlevlerinin bozulması ya da cerrahi olarak çıkarılması da bireyin uyum mekanizmalarını etkilemekte ve geleceğe yönelik planlarında değişikliklere neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda kanser hastalarında %25-55 oranında depresyon görüldüğü belirtilmektedir (Aslan 2003; Beşer 2003; Çam 2006; Özdemir 2006; Ünsar 2007; Bostancı 2007; Kurt Sadırlı 2008).

Anksiyete-depresyonu olan hastanın bakımında amaç; risk faktörlerine yönelik planın kabulü, uygulanacak tedavi planının katılım sorumluluğunu alma, etkili baş etme yöntemlerini geliştirmedir (Aslan 2003; Özdemir 2006; Ünsar 2007; Güner Küçükkaya 2007; Bostancı 2007; Kurt Sadırlı 2008).

Hemşirelik Girişimleri:

- Hasta ve ailesinin hastalık ve tedavi süreci hakkındaki düşünce ve endişelerini rahatça ifade etmesini sağlamak, aile üyelerinin ve hastanın güçlü yönlerini konuşmak ve açığa çıkarmak,
- Hasta ve ailenin tanı, tedavi, komplikasyonlar ve prognoz hakkında ne bildiğini ve ne kadarını bilmek istediğini değerlendirmek,
- Hasta ve ailesinin gereksinim duyduğu sosyal hizmet alanlarını belirlemek,
- Hasta ve ailesi ile olumlu bir iletişim ve işbirliği sağlayarak ailenin tedavi ve bakım sürecine katılmalarını sağlamak
- Hastanın ya da birinin hastanın çevresine hâkim olduğu duygusunu vermek,
- Geçmişteki baş etme yöntemlerini değerlendirmek, kaybolduğunu hissettiği kontrolünü yeniden sağlaması için uygun yöntemi kullanılmasını sağlamak (Durna 1996; Üstün 1998 Aslan 2003; Sayın 2004; Birol 2005; Özdemir 2006; Ünsar 2007; Güner Küçükkaya 2007; Bostancı 2007; Bahar 2007; Kurt Sadırlı 2008).

4.8.8. Günlük Yaşam Aktivitelerine İlişkin Sorunlar

4.8.8.1. Yorgunluk

Yorgunluk; kas zayıflığı, hücre hasarına bağlı olarak artık ürünlerin birikmesi, kanserin fizyopatolojisinden kaynaklanan anemi, kanser patolojisi, tedavisi, ağrı veya kanser tanısı ile ilgili anksiyete gibi faktörlere bağlı olarak dinlenme ve uyku düzenin bozulması, sosyal durum ve yaşam şekline bağlı olarak gelişen ve engellenemeyen bir tükenme duygusu olarak tanımlanmaktadır. Yorgunluk, kanserli hastaların hayatlarında çok önemli bir sorun olabilmekte, hastaların kendileri hakkındaki hislerini, günlük aktivitelerini, diğer kişilerle ilişkilerini etkileyebilmekte ve tedaviyi sürdürmelerine engel olabilmektedir. Kanser hastalarının % 78'inin hastalık ve tedavi boyunca yorgunluk yaşadığı saptanmıştır. Kemoterapi uygulanan kanserli hastalardaki yorgunluk prevalansının %75-96; radyoterapi alan hastalarda %75-100; ileri evre kanseri olanlarda ise %33-89 arasında olduğu bildirilmektedir (Aslan 2003; Azak ve Çınar 2005; Ünsar 2007; Usta 2007; Karakoç 2008; Kurt Sadırlı 2008).

Yorgunluğu olan hastanın bakımında amaç; hastanın yorgunluğunun nedenlerini anlatabilmesi, yaşam üzerine yorgunluğun etkilerine ilişkin duygularını paylaşabilmesi, günlük ve haftalık aktiviteleri için önceliklerini belirleyebilmesi, aktivite düzeyinde tatmin edici sonuçlar elde edebilmesidir (Biol 2005; Ünsar 2007; Kurt Sadırlı 2008;).

Hemşirelik Girişimleri;

- Yorgunluğun belirti ve bulgularını tanımak ve dikkate almak,
- Tedavinin tipine göre hafif egzersizler seçilmesine, enerji seviyesinin artmasına yardımcı olmak,
- Hastanın alışılmış yaşam biçimini sürdürmesini sağlayacak şekilde günlük aktivitelerini planlamak, aktivitelerine yardımcı olmak
- Hastaya yorgunluğun, kemoterapi, radyasyon tedavisinin beklenen ve geçici bir yan etkisi olduğunu öğretmek,
- Alışılmış dinlenme ve uyku düzenlerini korumak,
- Ağrıyı önlemek ve en aza indirmek
- Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması ve günlük sıvı alımını arttırmak (Aslan 2003; Ünsar 2007; Usta Yeşilbalkan 2007; Karakoç 2008; Kurt Sadırlı 2008).

4.8.8.2. Uykusuzluk

Uykuya dalmada güçlük yaşama, uyku kalitesi ve sürecinde bozulma, kesintili uyuma, uyanmada güçlük yaşama, uyuduğu halde dinlenmemiş hissetme, gündüz uyuma, uykuda değişime bağlı yorgunluk, gerginlik gibi belirtiler gösteren sorunlardır ve gürültü, ışık vb çevresel değişiklikler, anksiyete, stres, depresyon, tedavi gibi nedenlerle oluşabilmektedir (Aslan 2003; Kurt Sadırlı 2008).

Uykuya dalmada güçlüğü olan hastanın bakımında amaç; uyku kalitesini yükselterek, uykusuzluğa bağlı oluşacak yorgunluk, gerginlik gibi belirtileri en aza indirmeye çalışmaktır.

Hemşirelik Girişimleri:

- Hastanın normal zamandaki uyku alışkanlıklarını belirlemek,
- Hastanın uyanmasına neden olan, uymasını engelleyen ya da kalitesini bozan etkenleri belirlemek,
- Uyumama nedenine yönelik düzenlemeler ve davranış değişiklikleri için hasta ile iş birliği yapmak (sessizlik, ışıklandırma, kafeinli içeceklerin içilmemesi, sıvı almaması, ilaç saatlerinin düzenlenmesi vb.)
- Tedavi saatlerini mümkün olduğunca uykuyu bölmeyecek şekilde planlanmak
- Hastaya gün içinde uyku sınırlaması yapmak,
- Hasta ve ailesini gevşeme teknikleri (sakinleştirici masaj, meditasyon vb) hakkında eğitmek,
- Hekim istemine göre ilaçlar vermek ve ilaçların etki ve yan etkilerini gözlemlemek (Aslan 2003; Aştı 2003; Kurt Sadırlı 2008).

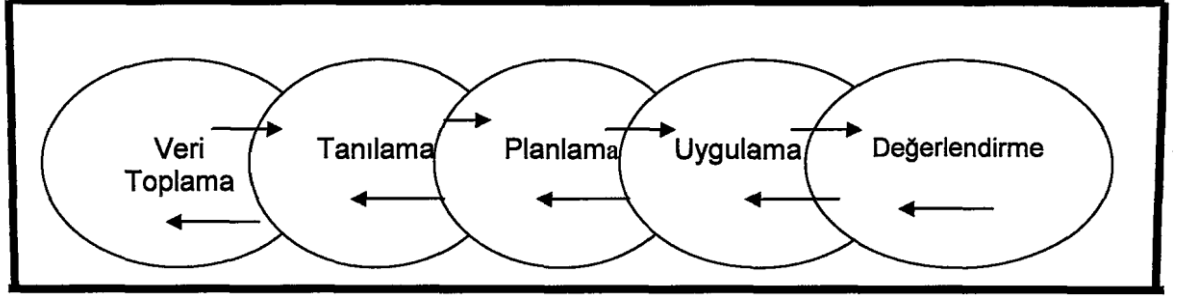
4.9. HEMŞİRELİK SÜRECİ (BAKIM PLANI)

Hemşirelik süreci (bakım planı); sağlıklı / hasta bireyin sağlık bakım gereksinimlerinin tanımlanması ve bireye özgü bakım verilmesinde kullanılan sistematik bir yöntemdir ve hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturur. Hemşirelik süreci, veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme olmak üzere 5 aşamadan oluşur.

Hemşirelik sürecinin aşamaları;

- **Veri toplama (Assessing):** Hastanın / Bireyin ilk değerlendirilmesi yapılarak bakıma temel oluşturacak veriler toplanır.
- **Tanılama (Diagnosis):** Toplanan veriler analiz edilerek ve yorumu yapılarak hemşirelik tanısı oluşturulur.
- **Planlama (Planning):** Bireyin gereksinimlerine yönelik uygulanacak hemşirelik girişimleri planlanır.
- **Uygulama (Implementation):** Bakım planı uygulamaya konur.

- **Değerlendirme (Evaluation):** Uygulanan planın, yapılan girişimlerin bireyin sorununa çözüm getirip getirmediğine bakılarak değerlendirilir (Birol 2005; Tokem 2005).



Şekil 12: Hemşirelik sürecinin aşamaları (Birol 2005)

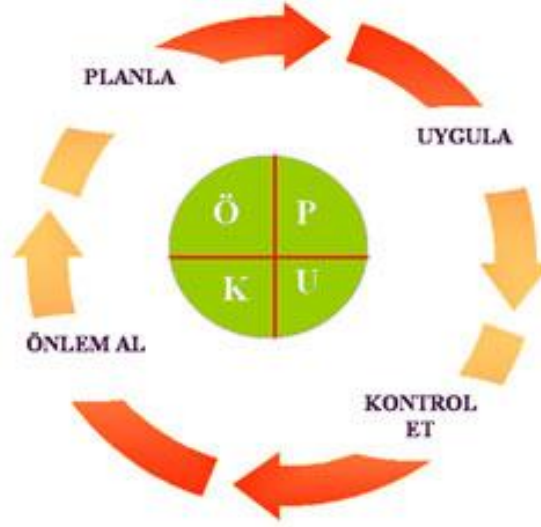
Hemşirelik süreci birbiri ile yakından ilgili ve bağlantılıdır. Her aşamanın başarısı bir önceki aşamanın doğruluğuna bağlıdır. Kliniğe yatan her bir hasta için hazırlanan bakım planı hasta taburcu olana dek devam eder, bununla birlikte hasta ve ailesinin eğitimi hastanede yatışın ilk günlerinden başlayarak taburculuk sonrası evde hastalık yönetimi stratejilerini de içererek devam eder (Boyacı 2003; Tokem 2005).

Hemşirelik bakımında istenen hedeflere ulaşmak için, her düzeydeki bakım aşamalarının sürekli iyileştirilmesi düşüncesi egemen olmalıdır. **PUKÖ döngüsü** (Planla-Uygula-Kontrol et-Önlem al) toplam kalite yönetiminin temellerinden birisidir ve sürekli iyileştirme anlayışının temel ilkesidir. Toplam kalite yönetimi (TKY); süreçlerin, ürünlerin ve hizmetlerin sürekli iyileştirilmesi yoluyla; hizmeti alanların memnuniyeti ve çalışanların bağlılığını sağlayan bir yönetim felsefesidir. TKY, sürdürülebilir mükemmellik sağlayan bir yönetim tarzıdır ve yönetimin katılımı, iletişim, sürekli gelişme, eğitim, ekip çalışması, süreç iyileştirme toplam kalite yönetiminin başarısı için gerekli kilometre taşlarıdır (Özevren 1997).

Sürekli gelişimin gerçekleşebilmesi için;

- **Planla:** Sağlıklı iş **planı** yapılmalı.
- **Uygula:** Plan doğrultusunda **uygulamaya** geçilmeli.
- **Kontrol et:** Belirlenmiş **kontrol** noktaları izlenerek sonuçlar değerlendirilmeli.

- **Önlem al:** Olumlu sonuçlar standardize edilmeli, olumsuz sonuçlarda plan revizyonu yaparak **önlem alınmalı**.



Şekil 13. PUKO Döngüsü (Özevren 1997)

PUKÖ çevriminin temel özellikleri şunlardır :

1. Katılımcı yönetim tarzıdır (Tüm çalışanlar katılır).
2. Fonksiyonlar arası faaliyetleri geliştirir.
3. “İlk defada doğru yap” ilkesi geçerlidir.
4. Kalite ve malîyet kriterlerine dönüktür.

Hemşirelik bakımında PUKO döngüsünün kullanımının hemşirelik bakımı üzerinde olumlu sonuçları vardır. Bu sayede, bakımda ekip işbirliği sağlanır, ekip içi iletişim artar, uygulamalar net olarak ortaya konur, hata yapma ya da eksik uygulamada bulunma riski ortadan kalkar ve hasta bakım kalitesi ve çalışan memnuniyeti artar.

4.10. HEMŞİRELİK BAKIMINDA STANDARDİZASYON

Gelişmiş ülkelerde başlayan ve dünyaya yayılarak tüm insanları etkileyen birtakım gelişmeler sonucunda sağlık hizmetlerinde hizmet alımında eşitlik ve kaliteli bakım alma, sağlık bakım organizasyonlarından önemli bir beklenti haline dönüşmüştür. Bu nedenle sağlık bakımına ödeme yapanlar, kaliteli bakım

standartlarını karşılayan bir bakım için ödeme yapmak istemektedirler. Bu gün birçok ülke, sağlık hizmetlerinin kalitesini sağlık kurumlarında ve ülke çapında gözden geçirmek için kalite güvenliği programları geliştirmektedirler. Kalite güvenliği standart belirlemek ile başlar ve ona dayandırılır (Öztürk 2005; Eker 2006).

Sağlık bakımında kalite, günün bilgileri ışığında verilen bakımın hastalardan istenen sonuçların alınmasını artırma ve muhtemel istenmeyen sonuçları azaltma derecesi olarak tanımlanabilir. Aynı zamanda hemşirelik hizmetlerinin birey, aile ve toplumun gereksinimlerini karşılayabilme derecesi olarakta ifade edilebilir. Değişen toplum ihtiyaçları sağlık sektöründe kalite çalışmaları için bir itici güç olmaktadır. Bireylerin satın alma gücünün artışı ve kaliteli bakım alma isteğinin yaygınlaşması üretilen hizmetin kalitesini artırma zorunluluğu getirmektedir. Son yıllarda kaliteli bakım alma toplumun isteği olmuştur. Günümüzde sağlık bakımında kalitenin geliştirilmesine uluslar arası ilgi artmıştır. Birçok ülke, sağlık hizmetlerinin kalitesini ülke çapında gözden geçirmektedir. Bu çalışmalar doğrultusunda birçok ülkede akreditasyon sistemi kurulmakta ve geliştirilmektedir. Sağlık hizmetlerinde kaliteye ulaşmak için profesyonel standartların geliştirilmesi anahtar rol oynar. Ayrıca klinik araştırmalar, değerlendirmeler, prosedürler ve bakım planları, disiplin içi, disiplinler arası ve kurumlar arası iletişimde ve görüş birliği oluşturmada son derece önemlidir (Alpman 1999; Aksoy 2001; Uzunkavak 2002; Güven 2007).

Hemşirelik uygulamaları bireyin sağlığının sürdürülmesinin yanı sıra hastaya gerekli bakımda optimum sonuca ulaşabilmek için uygulanan hemşirelik standartlarını içerir. Standartların belirlenmesi, hemşirelik hizmetlerinin daha nitelikli ve güvenilir olması, hizmetin kontrol ve değerlendirilmesi, insan gücü ve diğer kaynakların daha iyi kullanılması, kuruma ekonomik kazanç sağlanması, çalışanların iş doyumunun artması için gereklidir (Alpman 1999; Aksoy 2001; Uzunkavak 2002; Güven 2007).

Günümüzde sağlık kuruluşları uluslararası kurumlar aracılığı ile uluslararası standartlar rehberliğinde kalite güvenliğini belgeleme çabasıdadır. Akreditasyon, bir hastanenin standartlar veya kriterler ile uyumunun yetkili bir kuruluş tarafından incelenmesi ve onaylanmasını içeren resmi bir işlemdir. İşlem sonucunda sağlık

kuruluşunun bakım kalitesini arttırma amacıyla geliştirilmiş şartları karşılayıp karşılamadığı ortaya konmaktadır. 1980'lerin başlarında başlatılan Mıknatıs (Magnet) Tanıma, 20 yılı aşkın bir süredir hemşire yöneticilerin hemşirelik uygulamaları ve hasta bakımı sonuçlarını mükemmelleştirmek için yaptıkları araştırmaların odak noktası olmuştur. Magnet, sağlık bakım organizasyonlarında hemşirelik hizmetlerinin mükemmelliğini onaylayan bir programdır. Mükemmellik, hemşirelik uygulama ve felsefesi, hasta bakımının kalitesi, mesleki gelişim, kanıta dayalı hemşirelik uygulaması ve hemşirelerin karar verme aşamasına katılımını ifade eder. Magnet, en iyi donanım ve eğitime sahip hemşireler, en iyi uygulamalar, en iyi ortam ve hasta ve hemşireler için en iyi sonuçlar hakkında rehberlik oluşturur (Alpman 1999; Aksoy 2001; Uzunkavak 2002; Güven 2007).

Diğer bir ifadeyle Mıknatıs Tescili, Amerikan Hemşireler Kredilendirme Merkezi'nin tescilli profesyonel hemşirelik hizmetleri sağlayan sağlık kuruluşlarının,uyumlaştırılmasında üst düzey bir tescil programıdır. Üç hedefe ulaşmak amacıyla oluşturulmuştur:

- Profesyonel uygulamalara olanak sağlayan üstün kalitenin sağlanması.
- Hastalara sağlanan hemşirelik hizmetlerinde uyumluluk değerlendirmesi yapılması.
- Hemşirelik hizmetlerinde “en iyi uygulama” anlayışının yaygınlaşmasını sağlayacak bir mekanizma oluşturulması.

Dünya çapındaki sağlık kuruluşları, Mıknatıs Programı konseptini sürekli olarak, hemşirelik ve hastabakıcılık alanında kalitenin geliştirilmesi sürecini değerlendirmek ve iyileştirilmekte kullanmaktadır. Bir Mıknatıs sağlık hizmetleri ortamı içinde tanımlanmış olan hemşirelik hizmetlerinin ayırt edici özelliği; yüksek nitelikte hasta bakımı, klinik özerklik ve sorumluluk, katılımcı karar alma mekanizması, güçlü hemşirelik öncüleri, personel ile karşılıklı diyalog, topluluk katılımı, profesyonel alanda gelişme olanakları ve özendiriciliğin temini, personel kaynaklarının etkin kullanımı ve yüksek seviyeli iş tatminidir (Alpman 1999; Aksoy 2001; Uzunkavak 2002; Güven 2007).

Yapılan araştırmalar, Magnetli hastanelerin iyi bir hemşirelik bakımı sağlamada cazip istihdam yerleri olduğunu göstermiştir. Bu hastanelerde, kaliteli hasta sonuçları için profesyonel uygulama ortamı yaratılmakta ve sürdürülmektedir.

Ayrıca, çalışmalarda magnet onaylama proğralarının profesyonel hemşirelik uygulamalarını destekleyen bir ortamda kaliteyi yükselttiği, hemşirelerin profesyonel yeteneklerini korumalarını sağladığı, yüksek kaliteli hemşirelik uygulamalarına bağlılığın arttırdığı, hasta ve çalışan memnuniyetini arttırdığı belirlenmiştir (Alpman 1999; Aksoy 2001; Uzunkavak 2002; Güven 2007).

Ülkemizde, standartların oluşturulmasına başlamadan sorunların neler olduğunun saptanması ve sonuca nasıl ulaşılacağı doğrultusunda ön araştırmaların yapılması gerekmektedir. Bu nedenle standardizasyon konusu, günümüz hemşirelik ve ebelik araştırmalarında ön sıralarda yer alması gereken konulardan biridir (Dramalı 1998; Öztürk 2005; Eker 2006).

“Standart” kavramı çeşitli ifadelerle tanımlanmaktadır:

- Bir model ya da örnek olarak, yetkili makam, gelenek ya da genel uzlaşma yoluyla yerleşik hale getirilen şey,
- Var olan kriter ve kriterlerle kıyaslandığında, ulaşmak istenilen ve amaçlanan performans düzeyi,
- Her zaman karşılanması gereken bir beklenti durumu,
- Neyin değerli olduğunu gösteren ve değerli olana zaman ve enerji verilerek oluşturulan üründür (Öztürk 2005; Eker 2006).

Standartlar;

- Elektronik ortamda tıbbi kayıt ve dokümantasyonun sağlanması,
- Verilerin ve enformasyonun kurum içerisinde ve kurumlar arasında paylaşılması (data exchange/communication),
- Farklı sistemlerin entegrasyonu (interoperability),
- Karar destek sistemlerinin (decision support systems) geliştirilmesi ve kullanılmasına olanak sağlanması için gereklidir (Kutluk 1999; Boyacı 2003; Enünlü 2005).

Standartlar sağlık hizmetlerinde de, hizmeti alan ve hizmeti veren birey ve kuruluşlara büyük yararlar sağlar. Yazılı standartların yokluğunda, değişik düzeylerde, hızla değişen hemşire ve ebe nedeniyle kaliteli bakımdan ne anlaşıldığı ancak hemşirelerin ve ebelerin bireysel yorumlarına kalmaktadır. Standartlar ise bu bireysel yorumları en aza indirmekte, hatta önlemektedir (Türkmen 1997; Boyacı 2003; Öztürk 2005).

Standartlar durağan değildir, sürekli değişir. Değerler, bilim ve teknolojiadaki gelişmeler, yasal ve kurumsal düzenlemelerdeki değişiklikler ile sürekli yenilenirler. Bakım standartları kabul edilebilir, ulaşılabilir, ölçülebilir, gözlemlenebilir olmalıdır. Standardı belirlenen hizmet, bireye ve hastalığına, genel durumuna özgüdür (Daş 1999; Öztürk 2005).

Eğer geliştirilen standartlar klinik ortamda istenilen şekilde kullanılırsa, bunların klinik etkinliği denetlenmiş, bakımın uygunluğu ve etkinliği değerlendirilmiş olur. Standartlar yazılmadan önce ilgili literatür gözden geçirileceği için kanıta-dayalı bakım uygulaması da yapılmış olur (Gürel 2005).

Hasta odaklı bakım vermenin yanı sıra, standartların kullanılması hastaları bakım ve tedavi planlarının içine çekmeye, tedavileriyle ilgili seçeneklerden haberdar etmeye yarar (Türkmen 1997).

Bakım standartları hastanın dosyasının yerine geçecek 10 sayfalık bir doküman olabildiği gibi, hastanın medikal dosyasına iliştilen tek sayfalık bir “checklist” halinde de hazırlanabilmektedir. Hastanın bakımında emeği geçen herkesin katkısının kesintisiz bir biçimde dokümante edildiği bir sistemdir. Bu form hasta gelişmesinin izlendiği bir multidisipliner manzaradır. Hastanın bakımında rol alan hemşirenin ve ebenin her birinin ayrı ayrı gözlem notu yazması yerine tek bir hasta odaklı not önceden yazılmış olur (Türkmen 1997).

Hemşirelik bakım standartlarının amacı; meslek üyelerinin bilgi alışverişini ve anlaşmalarını kolaylaştırmak, bireyin sağlık ve güvenliğini koruyarak kaliteli hizmeti vermektir. Bakım standartları, hastaların var olan imkânların en iyisinden olduğu kadar, yeterli ve etkili bir şekilde değerlendirilerek güvenli bakım almaları için oldukça önemlidir. Hemşirelik mesleğinin hem eğitim hem de uygulama alanında oluşturulan standartlarının hayata geçirilmesi, ülkenin sağlık göstergeleri de olumlu etkileyecektir (Oymak 1992; Özdağ 1998; Boyacı 2003).

Literatürde, standart bakım uygulamasının sağladığı yararlaraya yönelik pek çok çalışma bulunmaktadır. Eroğlu ve ark. (2001), yoğun bakımda hasta bakım ve tedavi standartlarının geliştirilmesinin, kalite düzeyinin arttırılmasında, eksikliklerin giderilmesinde, ekip işbirliğinin sağlanmasında ve mevcut kaynakların en iyi şekilde kullanılmasında etkili olacağını belirtmişlerdir (Eroğlu ve ark.2001). Ünlü'nün idrar kültürü için örnek alma eyleminde uygulama standartlarının

geliştirilmesi amacıyla yaptığı çalışmasında (1999), hasta memnuniyetinin arttığı ve işlem uygulamasını kolaylaştırdığı saptanmıştır (Ünlü 1999). Tosun'un çalışmasında (2002), hasta bakımında bakım protokolü kullanılmasının hemşirelerin memnuniyet düzeyini arttırdığı ve hastaların hastanede kalış süresini azalttığı saptanmıştır (Tosun 2002). Şenuzun'un çalışmasında (1998), standart hemşirelik bakımının hastaların yaşam kalitesini yükselttiği ve hastaların hemşirelik bakımını daha fazla yeterli buldukları saptanmıştır (Şenuzun 1998). San Turgay'ın çalışmasında (1998), basınç yaralarının önlenmesinde verilen standart hemşirelik bakımının etkili olduğu ve basınç yaralarını önlediği saptanmıştır (San Turgay 1998). Ertem'in çalışmasında (2003), kadınlara doğum sonrası dönemde verilen standart hemşirelik bakımının, hasta memnuniyetini yükselttiği ve hedeflene sonuç kriterlerine ulaşmada etkin olduğu saptanmıştır (Ertem 2003). Yıldız Eryılmaz'ın çalışmasında (2001), doğum sonu sistemik, standardize bir bakım yönetimiyle verilen hemşirelik bakımının annelerin doğum sonu dönemde yeterlilik davranışlarını olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (Yıldız Eryılmaz 2001). Boyacı'nın çalışmasında (2003), gününbirlik çocuk cerrahisinde oluşturulan hemşirelik bakım standartları ile bakım vermenin aile anksiyetesini azalttığı ortaya çıkmıştır (Boyacı 2003). Şen'i çalışmasında (2005), standart hemşirelik bakım modelinin bakım kalitesini arttırdığı saptanmıştır (Şen 2005). Hassan'ın Koroner Arter Baypas Graft (CABG) uygulanan hastalarla yaptığı çalışmasında (1992), klinik uygulamalar sırasında pathway kullanımının hastanede kalış süresini kısalttığı ve maliyeti azalttığı belirlenmiştir. Thomas'ın çalışmasında (2004), palyatif bakım alan hastaların tamamı standart bakım uygulamalarının hemşirelik bakım kalitesinde ve ağrı yönetiminde olumlu etkileri olduğunu belirtmişlerdir. Ring'in (2005), genel cerrahi servisinin uygulama standartlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, standart bakım süreçleri uygulanan hastaların memnuniyetlerinin arttığı, aksaklıkların ortaya çıkmasını kolaylaştırdığı ve ekibin işbirliğini arttırdığı saptanmıştır (Ring 2005). Gençalp ve Eryılmaz'ın çalışmasında (1998), histerektomili hasta bakımında bakım protokolünün kullanılmasının sistemli bir bakım sağlamanın yanında, kolaylık sağladığı, eksiklikleri, yanlışlıkları azalttığı ve yol gösterici olduğu belirtilmiştir (Gençalp ve Eryılmaz 1998).

Ülkemizde hemşirelik uygulamalarında standart bakım protokollerinin hasta bakım kalitesine, hasta ve çalışan memnuniyetine etkilerini gösteren çalışmalar sayıca çok yeterli değildir. Literatürde de, kronik hastalıklarda belirli semptomlara yönelik geliştirilmiş akış şemalarının olduğu çalışmalara rastlanmış, ancak jinekolojik onkolojide hemşirelik bakım standartlarını belirleyen çalışma bulmakta sıkıntı yaşanmıştır. Hemşirelik uygulamalarında standart geliştirerek hasta tedavi ve bakımında ortak dil kullanmak için ülkemizde akış şemalarının etkinliğinin değerlendiriliği çalışmalara gereksinim vardır.

4.10.1. Hemşirelik Standartlarının Gelişimi

Dünyada birçok ülkede hemşireler ve bazı kurumlar hemşireli bakım kalitesini yükseltmek amacıyla çalışmalar yapmaktadır. Hemşireler alışlageldik geleneksel bakımın yerine hastaya odaklanmış ve hemşirelik bilgi ve becerilerini ortaya koyup ona profesyonel kimlik kazandırmayı amaçlayan profesyonel bakıma yönelik çabaları ile 1995'te Linda Holl ile hasta bakımında standart oluşturmaya temel olacak girişimler başlatılmıştır. Bu süreçle 1960'lı yıllarda hemşireler el becerisi gerektiren işlemler ve hastane politikasındaki ana konuları içeren süreçler için harcanan zamanı belirlemeye başlamıştır. Bunu takiben 1968'li yıllardan itibaren Amerikan Hemşirelik Birliği (ANA) çalışmalarına başlamış ve hemşirelik standartları ilk olarak 1973 yılında ANA hemşirelik kongresinde yer almış ve bu yol ile hastanın aldığı hemşirelik bakımının kalitesinin saptanması ve hemşirelik uygulamalarına sistematik bir yaklaşım getirmesi sağlanmıştır. ANA'nın geliştirdiği ilk bakım standartları hemşirelik mesleğinin kendisini yenileme gereksinimine yanıt olarak geliştirilmiş ve daha sonraki bakım standartları ise Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Derneği ve Doğum-Kadın Hastalıkları ve Yenidoğan Hemşireler Organizasyonu tarafından geliştirilmiştir (Akdemir 1994; Şenuzun 1998; Ertem 2003)

1976 yılı başlarında Manitoba Association of Registered Nurses (MARN) yönetim kurulu standartlara ilişkin çalışmalar yapmış ve sonucunda hemşirelik uygulamaları bakım, eğitim, yönetim ve araştırma olmak üzere dört ana grup altında toplamışlardır (Ertem 2003).

İngiltere’de 1978 yılında kurulan Royal Collage Nursing (RCN) hemşirelik bakım standartları için bir çalışma komitesi oluşturarak hemşirelik bakım standartlarının uygunluğunu ölçmeye yarayacak çalışma başlatmış ve bu çalışma sonucunda 1980’de “Hemşirelik Bakım Standardı” ve 1981’de “Standartlara Doğru” isminde iki doküman yayımlamıştır (Uyer 1981; Ertem 2003).

1982 yılında Norveç, kaliteli hemşirelik bakımı için gerekli olan standartları yazılı olarak belirlemiş ve hemşirelere yönelik uygun bakım planı için hedefler, gereksinime yönelik nitelikli hizmet ürünleri ve sağlık elemanlarının pratik olarak kullanacağı görünür çözüm yöntemleri geliştirmiştir. 1984’te de Brüksel’de hemşirelik bakım standardizasyonu konusunda bir toplantı gerçekleştirilmiş ve aha sonra 10-13 Haziran 1986’da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bünyesinde bir toplantı yapılmıştır. Toplantıya hastaları temsilen bir gazeteci, toplumu temsil etmek üzere bir dergi yazı işleri müdürü ve 10 hemşire katılmış ve uygulama standartlarına yönelik çalışmalar yapmışlardır. Bu toplantıda “Tüm üye ülkelerin sağlık sistemlerinde kaliteli hemşirelik bakımının yapılandırılması 1990’a kadar zorunludur” hedefi belirlenmiştir (Erefe 1993; Nural 1993; Ertem 2003).

DSÖ’nün 1985 yılında yayınladığı 2000 yılı sağlık hedefleri içinde yer alan 31.hedefi; 1990 yılına kadar üye ülkelerin sağlık sistemleri içinde hastalarının kaliteli bakımlarını güvenceye alacak etkili mekanizmalar kurmuş olmalarıdır (Şenuzun 1998; Ekici 2001; Ertem 2003).

1991 yılında ANA, klinik uygulamalarında tüm hasta bakım durumları için hemşirelik bakımının kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesini sağlayan “Klinik Hemşirelik Uygulama Standartlarını” belirlemiştir. Birçok özel hemşirelik organizasyonları da bireye özgü klinik özellikleri dikkate alarak bakım standartları geliştirmişlerdir (Şenuzun 1998; Ertem 2003).

Ülkemizde ise ilk kez 1980 yılında Türk Hemşireler Derneği, hemşirelik standartlarını sistematik bir biçimde saptama, işlevlerini tanılama ve mesleğe sahip çıkma çabasına girmiştir. Ayrıca Hemşirelikte Standardizasyon konusunda yapılmış bazı yayınlar, çalışmalar bulunmaktadır ve bu sayı günden güne artmaktadır (Gömbül 1993; Şenuzun 1998; Okumuş 1999; Ertem 2003).

4.10.2. Kaliteye Ulaşmada Standartların Rolü

Sağlık hizmetlerinde standartların geliştirilmesi toplumu korur ve ulaşılabilir en etkin bakım hizmetlerini almaya olanak sağlar. Bu uygulamalar sonuçta hemşirelik sürecine yol gösterir (Gömbül 1993; Ertem 2003).

Doğrudan insan ilişkilerinde olan hemşirelikte bakım standartlarının geliştirilmesinde de temel amaç kaliteli bakım hizmetidir. Hemşirelik bakım standartlarının geliştirilmesinde bakımı veren hemşirelerin aktif olarak görev almaları, standartların pratik ve gerçekçi olması ve standardın kim için ve nerede uygulanacağı belirtilmelidir. Hemşirelik bakımı sonucu olarak bireyin/hastanın durumunda olması gereken gelişme, bu gelişmenin hangi düzeyde olması gerektiği ve ne zaman olması gerektiği sonuç standardı olarak belirlenmelidir (Bektaş 1997; Özdağ 1998; Ertem 2003; Karadağ ve Uçan 2006; Güven 2007).

Mesleki kalitenin birincil ölçütü standartların geliştirilmesi ve kullanılmasıdır. Standartlar hem bireysel, hem de diğer disiplinlerle işbirliği için bir zemin oluşturur. Mesleğe ilişkin kaliteye ancak anlamlı standartlar oluşturulduğunda, uygulandığında, güncelleştirildiğinde ulaşılabilir. Başka bir deyişle yazılı standartlar olmadığı takdirde kalitenin belirlenmesi mümkün olamaz. Çünkü standartlar kaliteyi ölçen belirleyicilerdir ve özellikle bakım kalitesinin ölçülmesinde standartların saptanması önem taşımaktadır (Kocaman 1993; Ertem 2003).

- ✓ Standartların geliştirilmesi profesyonel sorumluluğumuzun gösterilmesinin bir yoludur. Hemşirelik uygulama ve çalışma alanlarının belirlenmesi, standartların oluşturulması ve saptanmasında profesyonellere yetki verilmesi gerekmektedir. Profesyonellikte ise standartlara gerek vardır. Çünkü standartlar, hemşirelik uygulamalarının nerede olursa olsun ya da kim tarafından uygulanırsa uygulansın kalitenin standardize ve aha nitelikli olmasını sağlar.
- ✓ Yazılı formlarda olmayan, hemşireler için önemli araç-gereç ve binanın standart olmasını sağlar.
- ✓ Hemşirelik bakımının hedeflerini belirleyerek profesyonel hemşireliğe açıklık getirir.
- ✓ Hemşirenin bilgilerini onaylama veya tepki verdirerek karşılaştırma yapılmasını sağlar, onların formüle edilmesine yardım eder.

- ✓ Yapılandırılmış bir plan olması nedeniyle hemşirelerde değişse bile bakımın bütünlüğünün, devamlılığının korunmasını sağlar.
- ✓ Kalite sağlama sürecinin bir parçasıdır. Kaliteli hizmet sağlamada hemşirelere güç katar.
- ✓ Hizmeti verenleri ortak hedefe yöneltir. Hizmeti verenler neyi elde etmek istediklerini bilirler.
- ✓ Diğer disiplinlerde hemşirelerden neler beklemeleri gerektiğini ortaya koyar.
- ✓ Profesyonellik çerçevesinde değerlendirme kontrolü sağlar.
- ✓ Spesifik hemşirelik uygulamaları için ölçüm ve değerlendirme getirir.
- ✓ Yetkileri için gereksinimlerin listelenmesini sağlar.
- ✓ Hemşireyi hastaya doğrudan bakım vermektan alıkoymayarak zamanı değerlendirmeyi sağlar.
- ✓ Beceri, bilgi ve hemşirelik uygulamalarının kapsamını belirler.
- ✓ Profesyonel hemşirenin rolünü tam olarak tanımlar.
- ✓ Gereksiz tekrarları ortadan kaldırarak personelin üretkenliğini artırır.
- ✓ Profesyonel hemşireler tarafından hemşirelik uygulamalarının değerlendirilmesi için kriter sağlar.
- ✓ Standartların maliyeti arttırdığı iddia edilmesine rağmen, bakımın kalitesi arttığından dolayı olarak maliyeti düşürür.
- ✓ Kurum hedefleri ile bireysel hedefler arası ilişkiyi sağladığı için güdüleyici rol oynar.
- ✓ Kaynak personelin hemşirelik hedefleri doğrultusunda kullanımını sağlar.
- ✓ Hemşirelik hizmetlerinde hizmet içi eğitim programlarına ışık tutar.

Sistemler arası ilişkiler sağlar (Türkmen 1997; Daş 1999; Boyacı 2003; Ertem 2003; Öztürk 2005; Eker 2006; Karadağ ve Uçan 2006; Güven 2007).

Standartların hizmeti alanlar açısından yararları:

- ✓ Sağlığı ve güvenliği korur.
- ✓ Karşılaştırma ve tercih kolaylığı sağlar.
- ✓ Hizmeti isteme, sunma ve almada kolaylık sağlar.
- ✓ Zaman, para, insan gücü vb. yönünden kayıpları önlediği için birey hizmeti daha ucuza alır.

- ✓ Fiyat ve kalite yönünden ayrımları önler.

ANA'ya göre standartlar mesleki yönetimin önemli bir parçasıdır. Çünkü bir mesleğin kendi kendine idare edilebilir bir kurum haline gelmesinin ilk koşuludur ve hemşireler mesleki mücadeleye hemşirelik standartlarını uygulamak ve geliştirmek için girerler (Şenuzun 1998; Ertem 2003).

Uluslar arası Hemşirelik Konseyi (ICN) (1980)'e göre standartların amacı, hizmet kalitesi ve toplumu korumak üzerine etkili, ulaşılabilir ve hemşirelik bakımını güvenceye almaktır. Standartlar hizmetin niteliğini planlama, yürütme ve tanımlama karşında bir yargılama noktası sağlar. Nitelik ve niceliğin otorite ölçüsü olarak standartlar toplum için ve onun kaynakları dâhilinde oluşturularak toplumun ihtiyaçlarını karşılamak olduğunu belirlemektir. Bu bağlamda standartlar, hemşirelere, yöneticilere, uygulayıcılara ve eğitimcilere arzulanan hemşirelik bakım kalitesini işaret ederler (Şenuzun 1993; Akdemir 1994; Karadeniz 1999; Ertem 2003; Güven 2007).

4.11. AKIŞ ŞEMASI

Belli bir süreçteki adımları grafik sembollerle gösteren şemaya “akış şeması” denir. Akış şemaları kullanılarak büyük bir süreçte çeşitli basamaklar tanımlanır ve yapılan işin herkes tarafından anlaşılması sağlanır. Çoğu zaman süreçte meydana gelen olaylar gerçekte olması gerekenden farklıdır. Akış şeması oluşturmakla belli bir süreçte atılması gereken adımlara daha yakından bakma imkanına kavuşulur. Akış şemaları sürece kimin nasıl katılacağına ve hangi alanlarda daha çok iyileştirmeye gerek olduğunun belirlenmesine yardımcı olmaktadır ([http :// www. maliye. gov. tr /kalite /menu /elkitabi /arac1.htm](http://www.maliye.gov.tr/kalite/menu/elkitabi/arac1.htm); Veyisoğlu ve ark.2000).

Hemşirelik akış şemaları, belirli tanılardaki hastaların tüm bakım unsurlarını kapsayan ve bakımda kaliteli standartlara ulaşmak için kullanılan uygulama araçlarıdır. Akış şemaları, hastanın kalıcı tıbbi kayıtlarının bir parçası ve multidisipliner bir klinik yönetim aracıdır. Akış şemaları, “klinik yol” (clinical paths), “bakım haritası” (care maps), “kritik yol” (critical paths), “bakım yolu”

(care paths), “beklenen iyileşme yolu” (anticipated recovery paths) olarak ta adlandırılmaktadır. Hastanın bakım sürecinin gözle görülebilmesini sağlayan bir yoldur. Akış şemaları, ekip işbirliği yoluyla bakımın devamını sağlayan, bakım kalitesini arttıran, kaynak, malzeme ve zaman kullanımını azaltan, bakımın basamaklara ve bir zaman çizelgesi üzerine planlanmasını sağlayan araçlardır (Neale 1991; Dykes 1997; Shorts 1997; Türkmen 1997; Şenuzun 1998; Campbell 1998; Veyisoğlu ve ark.2000; Tosun 2002; Tokem 2005).

4.11.1. Akış şemasının bakıma katkısı

Akış şemalarının kullanılmasının hasta, sağlık personeli, sağlık kurumu ve sağlık finansmanını sağlayan kurumlar için pek çok yararı vardır. Bakım süreci boyunca hastaya uygulanacak tüm aktiviteler ve hastada beklenen tüm klinik sonuçlar şema üzerinde gösterilir.

Bakım protokollerinin potansiyel yararları şu şekilde sıralanabilir:

- Sağlık ekibinin tüm üyelerini hastanın bakım sürecinden haberdar eder, disiplinler arası iletişim ve işbirliği artar.
- Bakım sürecindeki eksiklikleri ve gecikmeleri önler.
- Bakım sürecinde normalden sapma durumlarının nedenlerini ve sıklığını öğrenmek için gerekli verilerin toplanmasını sağlar.
- İstenen hasta bakım sonuçlarına ve taburculuk amaçlarına ulaşıp ulaşılmadığını kontrol eder.
- Aynı hasta gruplarına eşit bakım sağlar ve bakım kalitesini artırır.
- Fazla ve etkin olmayan uygulamaları elimine ederek kaynakların etkin ve etkili kullanımını sağlar.
- Hastanede kalma süresi, kullanılan test ve tedaviler için gerekli standartların oluşturulmasını sağlar ve maliyeti azaltır.
- Personel eğitim veya oryantasyon eğitimi aracı olarak hizmet görür.
- Sağlık kurumu için bakımın değerlendirilmesinde hazır veri sağlar.
- Klinikte kullanılan formları ve çizelgeleri azaltarak evrak işleri için geçen süreyi azaltır.
- Tüm ekibin çalışmalarının bakım protokolünde görülebilmesinin yanı sıra hastanın da tüm bakımdan haberdar olmasını sağlar ve memnuniyeti artırır (Orient

1983; Schofield 1990; Neale 1991; Türkmen 1997; Campbell 1998; Glenn 1999; Okumuş 1999; Wong 2000; Tosun 2002; Boyacı 2003; Tokem 2005; Loeb 2006; Chase 2008).

Akış şemaları, daha çok hastalığın tahmin edilebilir bir seyir izlediği durumlarda yararlı olmaktadır. Durumu karmaşık olan veya komplikasyon gelişen hastalar için bu şemalar uygun olmayabilir. Ancak bazı kurumlar bu tip özel durumu olan hastalar içinde farklı bakım şemaları geliştirmişlerdir. Bir akış şeması formatında genellikle sekiz bakım unsuru yer alır. Bunlar; değerlendirme ve konsültasyonlar, testler, bakım uygulamaları, ilaç tedavileri, diyet, aktivite-çevre güvenliği, eğitim ve taburculuk planıdır (Neale 1991; Dykes 1997 Türkmen 1997; Campbell 1998; Tosun 2002; Tokem 2005).

Akış şemalarının kullanım alanları şu şekilde sıralanabilir (Neale 1991; Dykes 1997; Campbell 1998; Okumuş 1999; Tosun 2002):

- **Bakım ve tedavinin tüm aşamaları:** Hastanın polikliniğe müracaatından itibaren yatış süresi ve taburculuk sonrası izlemlerle devam eder.
- **Klinikler:** Hastanın hastaneye kabulü ile başlar ve taburcu olması ile biter. En çok kullanılan alandır.
- **Kronik hastalıklar:** Hastanede ve evde izlemlerle sürer.
- **Özel uygulamalar:** Ayaktan izlenen hastalar veya diyaliz hastaları gibi gruplar izlenir.

Hemşirelerin / ebelerin hasta bakımında akış şeması kullanımını arttırmak için öneriler

- Standart formatlarının kullanılması
- Akış şemasının kısa ve öz tutulması
- Akış şemasının uygulayan personel pozitif geri bildirimler verilmesi
- Akış şemasının bir kayıt aracı olarak kullanımının sağlanması
- Akış şemasının uygulamasında personele yardımcı olunması
- Konu ile ilgili eğitim programları düzenlenerek personelin bilgilendirilmesi ve sorumluluklarının belirlenmesi

- Akış şemasının geliştirilmede personelin katılımının sağlanması (Neale 1991; Dykes 1997; Campbell 1998; Tosun 2002).

Mosher ve ark. (1992) yaptıkları çalışmada, standart bakım protokolü ile bakım verilen hastalarda memnuniyetin daha yüksek olduğunu ve hemşirelik hizmetlerini “daha organize” olarak tanımladığını belirtmiştir (Mosher 1992).

Akış şemalarının kullanılmasında karşılaşılabilecek engeller

- Ekibin eğitimlere ve akış şemasını uygulamaya direnç göstermesi
- Hemşirelerin veya diğer ekip üyelerinin iş yoğunluklarının fazla olması
- Ekibin her üyesinin akış şeması hakkında farklı şekillerde karara varması
- Akış şemasının ekip tarafından sahiplenilmemesi
- Hekimlerin akış şemasına katılmamaları
- Engellenemeyen personel değişimleri veya personel sayısının yetersiz olması
- Rol ve sorumlulukların belirsiz olması
- Yönetim desteğinin yetersiz olması
- Kurumda ekip anlayışının yetersiz olması
- Kayıt işlemlerini yük olarak görülmesi
- Hastaların eğitim ve rehabilitasyon faaliyetlerine direnç göstermesi
- Bakım veren hemşirelerin eğitim, bilgi beceri ve deneyim yönünden farklılık göstermesi
- Akış şemasında ortaya çıkan sapmaların değerlendirilmesinde, kaydedilmesinde ve çözümünde yaşanan güçlükler ve yetersizlikler (Neale 1991; Türkmen 1997; Dykes 1997; Campbell 1998; Tosun 2002).

4.11.2. Akış şemasını uygulamada ortaya çıkan sapmalar (Varyans)

Varyans, akış şeması uygulamalarından veya istenen sonuçlardan herhangi bir sapmayı ifade eder. Varyans, ne beklendiği ile neye ulaşıldığı veya ne yapılması planlandığı ile ne yapıldığı arasındaki farktır. Diğer bir deyişle varyans, akış şemasında belirtilen hedeflerden / aktivitelerden sapma olmasıdır. Varyans takibi, tutarlı bir temele dayanan hedeflere ya da istenen sonuçlara ulaşip ulaşılmadığını

belirlemek için yapılır. Diğer bir deyişle varyans analizi, belirlenen sorunlarla ilgili gidiş yönünü incelemek, bu sorunlara karşı eylem planı geliştirmek ve uygulamak, böylece kaliteli bakıma ulaşmak için yapılır (Türkmen 1997; Tosun 2002; Tokem 2005).

Varyanslar, klinik duruma göre olumlu ya da olumsuz olabilir. Hastanın beklenen zamandan daha önce iyileşmesi ve taburcu olması **olumlu varyans**; ameliyat sonrası dönemde enfeksiyon gelişmesi sonucu hastanın hastanede daha uzun süre kalması **olumsuz varyans** olarak tanımlanmaktadır (Türkmen 1997; Tosun 2002; Tokem 2005).

Akış şemalarının uygulanması sırasında meydana gelen varyans nedenleri:

- **Sistem varyansları:** Hastanın akış şemasına göre ilerlemesini engelleyen kurum kaynaklı varyanslardır. Örneğin; laboratuvar sonuçlarının gecikmesi, kurumda yapılmayan testler veya işlerler, kliniğe nakledilecek hastalar için boş yatak bulunmaması veya hastane dışına nakilde gecikmeler gibi.
- **Hasta varyansları:** Hastada beklenen sonuçları etkileyen, hastanın durumundan kaynaklanan değişiklikler veya komplikasyonlardır. Örneğin, ilaç tedavisini reddetme, diyet problemleri, giderilmeyen sürekli ağrı, komplikasyon gelişmesi vb.
- **Bakım verenlere bağlı varyanslar:** Hastanın akış şemasına göre ilerlemesini engelleyen / geciktiren, bakım verenlerden kaynaklanan varyanslardır. Örneğin; test ve tedavilerin istemde belirtilmemesi, istemi uygulamada gecikmeler, personeli uygun yerlerde çalıştırmamak veya yetersiz personel olması gibi.
- **Toplumsal varyanslar:** Hastanın akış şemasına göre ilerlemesini engelleyen / geciktiren, toplumla ilgili faktörlerdir. Örneğin; ulaşım imkanlarının yetersiz olması veya evde bakımla ilgili sorunların olması gibi (Türkmen 1997;Tosun 2002; Tokem 2005).

4.11.3. Akış şeması geliştirme:

Multidisipliner bir klinik yönetim aracı olan akış şemalarının geliştirilmesinde hasta bakımına katılan ekip üyelerinin ortak çalışması

gereklidir. Akış şeması geliştirilirken yararlanılan personelin klinik bilgi ve becerilerinin yüksek olması, liderlik ve diğerlerini etkileyebilme yeteneklerinin bulunması istenen unsurlardır. Uzman klinik hemşireleri, akış şemasının geliştirilmesinde ekibe yardımcı olabilecek önemli elemanlardır. Bu hemşireler, mevcut uygulamaları değerlendirmenin yanı sıra yeni uygulamaları da araştırıp ekibe bilgi verebilirler. Akış şemalarının oluşturulması sürecinde tüm verilere ekibin tüm üyeleri her zaman ulaşılabilmelidir ve akış şemalarının oluşturulması için yeterli zaman ayrılmalıdır

(Tosun 2002; <http://www.maliye.gov.tr/kalite/menu/elkitabi/arac1.htm>; Veyisoğlu ve ark.2000).

Bir faaliyet birden fazla bölümün katkısı ile gerçekleştiriliyor olabilir. Sorumlulukların, iş akışının, formların açıkça saptanabilmesi için önce işin akış şemasının çizilmesi gerekir. Akış şeması yapılan ve dökümanite edilmesi istenen işi tam olarak anlatmalıdır. Akış şemaları prosedür yazımında oldukça yararlı olup, prosedürün arkasına eklenmesi tavsiye edilir.

- **İşin başlığının yazılması ve başlangıç noktasının belirlenmesi. “NE?”**

İş akış şemasının çıkartılması için o işin ilk önce başlığı hangi departmanla ilgili olduğu, işin hangi departmandan gelen verilere göre sürdürüldüğü belirlenmelidir.

- **İşin nasıl yapıldığının belirlenmesi. “NASIL?”**

İşin başlığı ve başlangıç noktası belirlendikten sonra nasıl yapıldığının belirlenmesi gerekiyor. Kayıt mı yapılıyor, kontrol mu ediliyor, karar mı veriliyor, karar için bir başkasına mı gönderiliyor, bir başkasına gönderilirken kopyası alınıyor mu, karara göre bir sonraki aşama ne oluyor bu soruların cevaplanması gerekiyor.

- **İşin ne zaman yapıldığının belirlenmesi. “NE ZAMAN?”**

İşin yapılış sıklığı belirlenmelidir. “Günlük mü?”, “Periyodik mi?” Bu sorular cevaplanmalıdır.

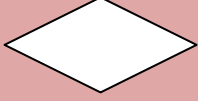
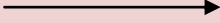
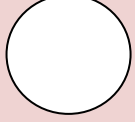
- **İşin kimin tarafından yapıldığının belirlenmesi. “KİM?”**

İşin yukarıdaki aşamalar sırasında kimler tarafından yapıldığının, işin hangi aşamalarının kimler sorumluluğunda olduğunun belirlenmesi gerekir.

- **İşin sonlandırılması. “SONUÇ”**

“İşin sonucu hangi departmanları ilgilendiriyor?”, “Hangi departmanlara girdi sağlıyor?”, “Kimlere rapor veriliyor?”, “Kaç nüsha çıkarılıyor?”, “İşin kaydı ve aktarılması nasıl yapılıyor?” Bu soruların cevaplanması gerekir.

Akış şeması çıkarılırken “İş akış Şeması Şekilleri”nden faydalanılır. Her birinin yönetim bilgi sistemlerinde standart bir anlamı vardır (www.sgdb.gazi.edu.tr/ickontrolornek/**isakissemasicikarmaasamaları.doc**. erişim: 11.10.2009) ; (w3.gazi.edu.tr/.../basic%20ders%20notu_ABDULKADIR_son.doc. erişim: 12.02.2010).

SEMBOL	ANLAM
	Başlangıç ve bitiş noktalarını gösterir.
	Süreç akışı içerisinde yerine getirilen bir adımı, faaliyeti tanımlar.
	Karar aşamasını veya akışın farklılaştığı yerleri gösterir.
	İki faaliyet arasındaki akışı gösterir.
	Akış şemasının bir sayfaya sığmaması durumunda bir başka sayfaya geçişte bağlantı olarak kullanılır.

Şekil 14. İş Akış Şeması Sembolleri ve Anlamları

Akış şemalarının geliştirilmesinde kullanılacak yol:

- Akış şemalarını kullanmanın amaçları, yararları hakkında hastane personeline eğitim verilir.
- Akış şemalarının hazırlanması ile ilgili veriler toplanır. Bunun için literatür incelemesi yapılır. Bakımın ana unsurları belirlenir.

- Diğer yandan bir önceki aşamada elde edilmiş mevcut bakım durumu göz önünde bulundurulur ve kurum için istenen bakım hedefleri doğrultusunda bakım protokolü oluşturulur.
- Akış şemaları, sağlık ekibi üyeleri (her disiplin kendilerini ilgilendiren bölümü inceler) tarafından incelenir.
- Hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı uygulama sürecinde değerlendirilir.
- Akış şemaları hastane yetkililerinin onayına sunulur.
- Akış şemalarının kullanımı ile ilgili politika ve prosedür geliştirilir.
- Akış şemalarının kullanımı hakkında ilgili personelin tümü eğitilir.
- Pilot uygulama yapılır ve değerlendirilir.
- Gerekirse akış şemalarını üzerinde değişiklik yapılır ve protokol yeniden yazılır.
- Akış şemalarını hasta bakımı uygulamasında uygulamaya konur (Neale 1991; Türkmen 1997; Dykes 1997; Campbell 1998; Tosun 2002).

Klinik hemşirelik uygulama standartları, bakımının sunulmasında yol gösterir ve bakım standartlarının beklentisel sonuçlarını tanımlar. Bu nedenle klinikteki tüm hemşirelik uygulamaları için standartların oluşturulması gerekmektedir. Son otuz yılda, hemşirelik bakımı standartları ve kalite güvencesi konusu büyük önem kazanmıştır. Klinik hemşire, kaliteyi sağlamanın önemini anlamak, standartları belirlemek ve kendi hizmetini gerçekçi biçimde izlemek ve değerlendirmek durumundadır (Şahin 1999; Güven 2007).

Hemşirelik mesleği, geliştirdiği hemşirelik bakım standartları ve kriterleri ile hemşireliğin verildiği yapı, hemşirelik süreci ve bunun sonunda ulaşılanları sürekli ve nesnel olarak ölçerek, hastanın gereksindiği hemşirelik bakımının belirli gelişmişlik düzeyine ulaştırılmasını güvence altına alır (Alpman 1999; Güven 2007).

Sağlık bakımının beklenen kalitesinin sağlanmasında yazılı standartların önemi açıktır. Bu yüzden standartların kaliteyi tanımladığını söylemek doğru bir yaklaşımdır. Standartlar yazılı dokümanlardır, belirlenen standartlar mutlaka yazılı hale getirilmelidir.

Hemşirelik bakımını standartlaştırma amaçları; meslek üyelerinin hemşirelik bakımı ile ilgili bilgi alışverişlerini ve anlaşmalarını kolaylaştırmak; uygulanan bakım hizmetlerinde işgücü, malzeme, zaman vb. faktörlerden en üst düzeyde ekonomi sağlamak (hemşire çıkarları); kaliteli hizmet üreterek hasta çıkarlarını gözetmek ve insanın sağlık ve güvenliğini korumak olarak sıralanabilir (Gökdoğan 1992; Güven 2007).

Söz konusu standartların, saptanan hedeflere ulaşmada iyi bir kriter olabilmesi için bir otorite tarafından saptanması, ilkelere dayalı olması, işlevlere açıklık getirmesi, amaca uygun, ulaşılabilir, uygulayıcılar tarafından kabul edilebilir, açık, seçik, yorumlanabilir, esnek, yeni kavram ve uygulamalara dayalı, ana gelişmeleri hedef alan yapıcılığa yer veren, hemşirelik hizmetlerinin nicelik ve niteliğini değerlendirici, özellikle sürekli değerlendirme ve değişikliğe yer verici nitelikte olması gerekir (Alpman 1999; Güven 2007).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın, İstanbul ili Anadolu ve Avrupa yakalarında hizmet veren 9 hastanede (3 Sağlık Bakanlığı Hastanesi, 3 Özel Hastane, 3 Üniversite Hastanesi) yürütülmesi planlanmıştır. Ancak 1 özel hastanenin hemşirelerin yoğun iş temposunu gerekçe göstermesi nedeniyle, 2 üniversite hastanesinin de etik kurul prosedürlerinin uzun sürmesi ve çalışma için gerekli izinlerin alınması sürecinde zorluk yaşanması nedeniyle çalışma 6 hastanede (3 Sağlık Bakanlığı Hastanesi, 2 Özel Hastane, 1 Üniversite Hastanesi) yürütülmüştür. Etik kurul onayı ve izin yazıları için başvuru yapılmadan önce gerekli ön görüşmeler yapılmış, gerekli izinlerin alınması için hemşirelik hizmetleri müdürlükleri ve Sağlık Müdürlüğü'ne başvurulmuş ve gerekli izinler alınarak 13.10.2008-13.03.2009 tarihleri arasında veriler toplanmıştır.

Araştırma kapsamında bulunan hastaneler gerek Anadolu yakasında, gerekse Avrupa yakasında hizmet verdikleri kitlelerin büyüklüğü ve uyguladıkları etkin programları sayesinde önemli bir yere sahiptir. Araştırmamızın gerçekleştirileceği hastanelerin hepsinde hemşirelik hizmetleri etkin olarak verilmekte olup, bu alanda çalışan hemşireler de sağlık ekibinin önemli birer üyesi konumundadırlar.

Araştırma kapsamındaki hastanelerde hemşirelik bakımı hizmet akışı belirli bir sistematığe sahiptir ancak; hizmet akışındaki ve hemşirelik uygulamalarındaki farklılıklar araştırmamızın bu hastanelerde planlanmasında etkili olmuştur. Özellikle hemşirelikte standart bakım ve uygulamaların kullanılması mesleki etkinliği ve bütünlüğü arttırdığı düşünüldüğünde mevcut hastanelerdeki hemşirelik uygulamalarında standart akış şemalarının oluşturulması hemşirelikte ortak dil kullanılması açısından önemlidir.

5.2. Araştırmanın Tipi

Tek gruplu yarı deneysel bir araştırmadır.

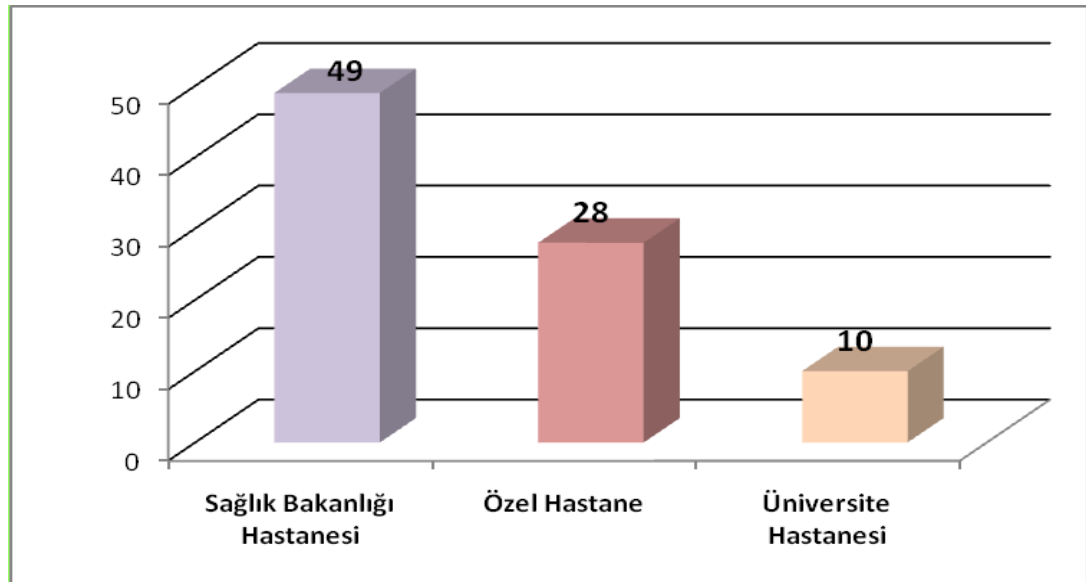
5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışma kapsamına alınan hastanelerin jinekolojik onkoloji servislerinde çalışan hemşire sayısı 98'dir. Çalışmanın evrenini, veri toplanan tarihlerde çalışma kapsamındaki hastanelerin jinekolojik onkoloji servislerinde çalışan hemşireler oluşturmuştur.

Örneklem grubunun seçiminde hemşirelerin;

- Jinekolojik onkoloji hastalarına bakım veriyor olmasına
- Jinekolojik onkoloji servislerinde en az 6 aydır çalışıyor olmasına
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmasına dikkat edilmiştir.

Çalışma, örneklem seçimine gidilmeden evren üzerinde yürütülmüş ve 87 hemşire çalışma kapsamına alınmıştır. Örnekleme alınan hemşirelerin hastanelere göre dağılımı Şekil 15'te gösterilmiştir. 4 hemşire, veri toplama tarihleri arasında raporlu / izinli olması, 4 hemşire 6 aydan kısa süredir jinekolojik onkolojide çalıştığı için ve 3 hemşire çalışmaya katılmayı istemediği için çalışma dışı bırakılmıştır.



Şekil 15. Örnekleme Alınan Hemşirelerin Hastanelere Göre Dağılımı (n:87)

Bu çalışma, jinekolojik onkoloji hastalarına verilen hemşirelik uygulamalarına ilişkin akış şemalarını geliştirmek ve alana uyarlamak amacıyla tek gruplu yarı deneysel bir çalışma olarak planlanmıştır.

5.4. Araştırmanın Varsayımları

Klinik hemşirelik uygulama standartları için kullanılan akış şemaları, bakımının sunulmasında yol gösterir ve bakım standartlarının beklentisel sonuçlarını tanımlar. Bu nedenle klinikteki tüm hemşirelik uygulamaları için standartların oluşturulması gerekmektedir.

- Hemşirelikte akış şemalarının kullanımını bireysel özellikler etkileyebilir,
- Hemşirelikte akış şemalarının kullanımını mesleki özellikler etkileyebilir,
- Hemşirelikte akış şemalarının kullanımını standartlar ve akış şemaları konusundaki farkındalık-bilgi düzeyi etkileyebilir,
- Jinekolojik onkoloji hemşirelik bakımında akış şemalarının kullanılması hemşirelik bakımının planlanmasını etkileyebilir.
- Jinekolojik onkoloji hemşirelik bakımında akış şemalarının kullanılması hemşirelik bakımının uygulanmasını etkileyebilir.
- Jinekolojik onkoloji hemşirelik bakımında akış şemalarının kullanılması hemşirelik bakımının değerlendirilmesini etkileyebilir.
- Jinekolojik onkoloji hemşirelik bakımında akış şemalarının kullanılması hemşirelik bakımının genel gözden geçirilmesini etkileyebilir.

5.5. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, literatür taraması ve klinik çalışanların uygulama ve deneyimlerinden yola çıkarak araştırmacılar tarafından oluşturulan formlar kullanılarak değerlendirilmiştir.

5.5.1. Hemşire-Ebe Bilgi Formu (Ek-1)

Hemşire-Ebe Bilgi Formu; hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve standart bakım uygulamalarına yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan bir formdur. Sosyo-demografik yapıya ilişkin 11 soru,

hemşirelikte standart bakım uygulamalarına yönelik 12 soru olmak üzere toplam 23 sorudan oluşmaktadır. Örneklem grubundaki hemşirelere ilk görüşmede uygulanmıştır.

Hemşire-Ebe Bilgi Formu, hemşirelerle ilk tanışma olan ilk görüşme sırasında hemşirelerin kendilerine verilerek uygulanmıştır. Verilerin elde edilmesi sırasında hemşirelerden izin alınmıştır.

5.5.2. Akış Şemalarının Etkinliğini Belirleme Formları (Ek-2A, Ek-2B)

Akış Şemalarının Etkinliğini Belirleme Formları (Ek-2A, Ek-2B), hemşirelerin uygulamalar sırasında akış şemalarını kullanmanın sağladığı faydaları ve hemşirelik bakımında etkinliğini belirlemek üzere araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelenerek hemşirelik süreci ve PUKO döngüsü dikkate alınarak oluşturulmuş, 4 alt gruplu (Planlama aşaması, Uygulama aşaması, Değerlendirme aşaması, Genel gözden geçirme aşaması), 17 maddeli, 4'lü değerlendirmeli bir anket formudur. Anket formunun alt gruplarından “planlama aşaması” grubunda 4 soru, “uygulama aşaması” grubunda 6 soru, “değerlendirme aşaması” grubunda 5 soru ve “genel gözden geçirme” aşamasında 2 soru yer almaktadır. Akış şemalarını etkinliği “1”den “4”e (4:“Çok fazla, 3: “Kısmen”, 2: “Biraz”, 1:Hiç”) kadar değişen puanların sonuçlarına dayanılarak değerlendirilmiştir. Puanların artması, akış şemalarının etkinliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Öncelikle, hemşirelerin akış şemalarına ilişkin değerlendirmeleri Ek-2A kullanılarak uygulama öncesi ölçülmüştür. Bu ölçüm akış şemalarının planlanma, uygulama, değerlendirme, gözden geçirme aşaması olmak üzere dört ayrı aşama için gerçekleştirilmiştir. Ayrıca tüm bu boyutlara dayalı olarak bir genel değerlendirme puanı hesaplanmıştır. Uygulama sonrasında ise Ek-2B uygulanarak hemşirelerin akış şemalarına ilişkin algılarındaki değişim incelenmiştir.

5.6. Veri Toplama Yöntemi

Veri toplama çalışmalarına başlamadan önce, hastanelerin hemşirelik hizmetleri müdürlükleri ile görüşülmüştür, ilgili birimlerde çalışmanın yürütülmesi için gerekli izinler alınmıştır (Ek-6). Araştırma Mart 2008’de tez izleme jürisinde sunulmuş, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurul Onayı (Ek-5)

alındıktan sonra veri toplama işlemine başlanmıştır. Anket uygulamasına başlamadan önce, hemşirelerden çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onam alınmıştır.

1. AŞAMA: Akış Şemalarının Oluşturulması

- Araştırma konusuna yönelik kaynaklar taranmıştır.
- Jinekolojik onkoloji problemlerine ait riskler-problemler belirlenmiş ve sınıflandırılmıştır.
- Belirlenen risk-problemlere yönelik standart hemşirelik uygulamalarının ve mevcut akış şemalarının olup olmadığını belirlemek için literatür taraması yapılmıştır.
- Tarama sonucu bulunan şemalar gözden geçirilmiş, eksik alanlara yönelik akış şemalarının geliştirilmesi ve düzenlenmesi amacıyla akış şeması oluşturma çalışmaları başlamıştır.
- Yapılan değerlendirmeler sonucunda, jinekolojik onkoloji alanına ait risklere yönelik olarak üç akış şeması; kemoterapinin neden olduğu semptomlara yönelik olarak sekiz akış şeması; operasyon süreci ve taburculuğa yönelik olarak dört akış şeması olmak üzere toplam 15 akış şemasının (Ek-3) oluşturulmasına karar verilmiştir.
- Oluşturulan akış şemaları, danışman öğretim üyesi ile gözden geçirilerek gerekli ekleme ve düzeltmeler yapıldıktan sonra kliniklerde çalışan hemşirelerin görüşüne sunulmak üzere son hali verilmiştir.

2. AŞAMA: Akış Şemalarının Uygulanması

A. İlk Uygulama: (Kasım 2008- Ocak 2009)

- Anket sorularının anlaşılabilirliğini ve uygulama süresini belirlemek amacıyla 5 hemşire ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama yapılan grubun verileri araştırma kapsamına alınmamıştır.
- Araştırma kapsamındaki hastanelerin hemşirelik hizmetleri müdürlükleri ile uygulama öncesinde görüşülmüş; çalışmanın amacının açıklanması, hemşire bilgi formu (Ek-1) ve akış şemalarının etkinliğini belirleme formu (Ek-2A)'nın

uygulanması için tüm hemşirelerin bir arada olmasını sağlayacak toplantı günü belirlenmiştir.

➤ Belirlenen gün ve saatte toplantıya katılan hemşirelere çalışmanın amacı hakkında kısa bir sunum yapılmıştır. Hemşire bilgi formu (Ek-1) ve akış şemalarının etkinliğini belirleme formu (Ek-2A) hemşirelerin görüşlerinin birbirlerinden etkilenmemesi için hemşirelere tek tek verilmiş, her iki formun üzerine de daha sonra hatırlayabilecekleri bir işaret / rumuz koymaları istenmiş ve formlar toplanmıştır.

➤ Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olan akış şemaları (Ek-4), anket formunu dolduran hemşirelere verilmiş ve her bir akış şemasını birbirlerinden etkilenmeden, bağımsız olarak incelemeleri, gerekli gördükleri düzeltmeleri / önerileri akış şemalarının üzerine yazmaları istenmiştir. Hemşirelerin akış şemalarına yönelik yaptıkları değişiklikler Ek 4'te gösterilmiştir. Şemalar üzerinde hemşirelerin önerileri doğrultusunda yapılan değişiklikler kırmızı renkle belirtilmiştir.

➤ Hemşirelere akış şemalarını incelemeleri ve düzeltmeleri / önerileri yapmaları için 1 hafta ile 1 ay arasında değişen süre tanınmıştır. Sürenin bitiminde hastanelere gidilerek hemşirelerden üzerinde düzeltme/ öneri yapılmış olan akış şemaları geri alınmıştır.

➤ Hemşirelerden geri alınan akış şemaları araştırmacılar tarafından tek tek incelenmiş ve hemşirelerin akış şemalarında ne tür düzeltme / öneri yaptıkları ve bunların gerekliliği değerlendirilerek şemalar yeniden gözden geçirilerek gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra son şekli verilmiştir.

B. İkinci Uygulama (Şubat-Mart 2009)

➤ Son şekli verilmiş akış şemaları ilk uygulamaya katılan hemşirelere tekrar verilmiş ve 2 hafta ile 1 ay arasında değişen süre içerisinde, her bir akış şemasını **en az bir kez** hemşirelik bakım uygulamalarında kullanmaları istenmiştir.

➤ 2 hafta ile 1 ay arasında değişen sürenin sonunda çalışmanın yapıldığı hastanelere gidilerek çalışmaya katılan hemşirelere akış şemalarının etkinliğini

belirleme formu (Ek-2B) tekrar uygulanmış ve hemşirelerden akış şemaları geri alınmıştır.

5.7. Verilerin Analizi

Araştırma verileri SPSS paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; demografik verilerde frekans, yüzde dağılımı; anket formunun analizinde bağımlı gruplarda t testi ve varyans analizi kullanılmıştır.

5.8. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Durumlar

Olumlu durumlar;

- Araştırmanın yürütüldüğü hastanelerin hemşirelik hizmetleri müdürlerinin çalışmanın gerekliliğine inanması ve uygulama sürecinde gerekli olan olanakların sağlanması konusunda destek olmaları
- Çalışma kapsamında bulunan hastanelerin tüm hizmet alanlarını (özel, devlet, üniversite hastaneleri) kapsamı nedeniyle araştırma grubunda farklı görüş ve çalışma koşullarına sahip katılımcıların yer alması
- Katılımcıların çalışmaya katılmaya istekli olması
- Katılımcıların akış şemalarının gerekliliği ve uygulamada kullanılması konusunda destekleyici geri bildirimlerde bulunması
- Hemşirelerin, değerlendirmek ve hasta bakımında uygulamak üzere kendilerine verilen akış şemalarının kliniklerde ve kendilerinde kalması konusunda taleplerinin olması

Olumsuz durumlar;

- Araştırmanın ilk aşamada, dokuz hastanede (3 devlet hastanesi, 3 özel hastane ve 3 üniversite hastanesi) yapılmasının planlanması ama izin problemleri nedeniyle çalışmanın izin alınan üç devlet, bir üniversite ve iki özel hastane olmak üzere toplam altı hastanede gerçekleştirilmesi

- Araştırmanın uygulandığı hastanelerin birbirinden uzak ve ayrı yerlerde olması
- Özellikle hemşire sayısının yetersiz olduğu hastanelerdeki hemşirelerin iş yüklerinin çok fazla olması nedeniyle akış şemalarını değerlendirmede, öneri getirmede zorluk yaşamaları nedeniyle değerlendirme sürecinin uzun sürmesi
- Özel hastanelerde çalışan hemşirelerde işten ayrılmaların daha fazla olması nedeniyle örneklem sayısının azalması

6. BULGULAR

Araştırmanın verileri,

- Katılımcıların bireysel-mesleki özelliklerine, mevcut uygulama kaynaklarına ve iş akış şemalarının kullanımına yönelik görüşlerine ait bulgular
- Katılımcıların akış şema süreci puan ortalamalarına ilişkin veriler
- Katılımcıların değişkenlere göre akış şema sürecini değerlendirmeleri olmak üzere üç başlıkta incelenmiştir.

6.1. Katılımcıların Bireysel-Mesleki Özelliklerine, Mevcut Uygulama Kaynaklarına ve Akış Şemalarının Kullanımına Yönelik Görüşlerine Ait Bulgular

Tablo 6.1.1. Katılımcıların Çalıştıkları Hastanelere Göre Demografik Verilerinin Dağılımı

DEMOGRAFİK VERİLER	Üniversite Hastanesi		Devlet Hastanesi		Özel hastane	
	n	%	n	%	n	%
<u>Yaş grupları</u>						
20-25 yaş	-	-	7	14.3	14	50.0
26-31 yaş	4	40.0	15	30.6	13	46.4
32-37 yaş	5	50.0	18	36.7	-	-
38 yaş ve üzeri	1	10.0	9	18.4	1	3.6
<u>Eğitim Durumu</u>						
Sağlık Meslek Lisesi	1	10.0	10	20.4	3	10.7
Ön lisans	5	50.0	23	46.9	-	-
Lisans ve üzeri	4	40.0	16	32.7	25	89.3
<u>Kadro durumu</u>						
Ebe	-	-	24	49.0	11	39.3
Hemşire	10	100.0	25	51.0	17	60.7
<u>Meslekte çalışma süresi</u>						
1 yıldan az	-	-	-	-	6	21.4
2-5 yıl	3	30.0	11	22.4	14	50.0
6-9 yıl	2	20.0	10	20.4	6	21.4
10 yıl ve üzeri	5	50.0	28	57.2	2	7.2
<u>Jinekolojik onkolojide çalışma süresi</u>						
1 yıldan az (6 ay-1 yıl arası)	1	10.0	3	6.1	7	25.0
2-5 yıl	3	30.0	16	32.7	15	53.6
6-9 yıl	3	30.0	13	26.5	4	14.3
10 yıl ve üzeri	3	30.0	17	34.7	2	7.1
Toplam	10	100.0	49	100.0	28	100.0

Katılımcıların çalıştıkları hastanelere göre demografik verilerinin dağılımı **Tablo 6.1.1**'de gösterilmiştir. Katılımcıların demografik verilerine göre dağılımları hastane gruplarıyla karşılaştırıldığında; en genç personele sahip hastane grubunun özel hastaneler olduğu(%50), en yaşlı gruba sahip hastanelerin ise devlet hastanesi (%18.4) olduğu saptanmıştır. Katılımcılardan sağlık meslek lisesi mezunu personele sahip hastane grubunun devlet hastanesi (%20.4), lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip hastane grubunun ise özel hastane (%89.3) ve üniversite hastanesi (%40) olduğu görülmektedir. Katılımcıların kadro durumlarına göre dağılımları hastane gruplarıyla karşılaştırıldığında; hemşire kadrosuna sahip katılımcıların tüm hastanelerde(%100; %51; %60.7) sayıca ebe kadrosuna göre fazla olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların meslekte 1 yıldan az süredir çalışan personele sahip hastane grubunun özel hastaneler olduğu(%21.4), 10 yıl ve üzeri süredir meslekte çalışan gruba sahip hastanelerin ise devlet hastanesi (%57.2) ve üniversite hastanesi (%50) olduğu görülmektedir. Katılımcıların jinekolojik onkoloji alanında çalışma sürelerine göre dağılımları hastane gruplarıyla karşılaştırıldığında; 1 yıldan az süredir çalışan personele sahip hastane grubunun özel hastaneler olduğu(%25), 10 yıl ve üzeri süredir meslekte çalışan gruba sahip hastanelerin ise devlet hastanesi (%34.7) ve üniversite hastanesi (%30) olduğu görülmektedir.

Tablo 6.1.2. Katılımcıların Çalıştıkları Hastanelere Göre Bilgi Kaynaklarına Ait Verilerinin Dağılımı

BİLGİ KAYNAKLARINA AİT VERİLER	Üniversite Hastanesi		Devlet Hastanesi		Özel Hastane	
	n	%	n	%	n	%
<u>Hasta bakımı ve tedavisinde kullanılan kaynaklar</u>						
<i>İnternet</i>	5	50.0	6	12.2	16	57.1
Ders kitapları, sağlık dergileri	5	50.0	11	22.4	8	28.6
Hekime danışırım	-	-	21	42.9	3	10.7
Diğer hemşire arkadaşlara danışırım	-	-	6	12.2	-	-
Diğer (kongre, sempozyum, hizmet içi eğitim vb.)	-	-	5	10.3	1	3.6
<u>Mesleki gelişme ve yeniliklerden haberdar olmada kullanılan kaynaklar</u>						
<i>İnternet</i>	4	40.0	15	30.6	21	75.0
Ders kitapları, sağlık dergileri	4	40.0	10	20.4	4	14.3

Diğer hemşire arkadaşlardan öğrenirim	-	-	9	18.4	2	7.1
Diğer (kongre, sempozyum, hizmet içi eğitim vb.)	2	20.0	15	30.6	1	3.6
<u>Mesleki etkinliklere katılma durumu</u>						
<i>Katılan</i>	8	80.0	27	55.1	27	96.4
Katılmayan	2	20.0	22	44.9	1	3.6
Toplam	10	100.0	49	100.0	28	100.0

Katılımcıların çalıştıkları hastanelere göre bilgi kaynaklarına ait verilerinin dağılımı **Tablo 6.1.2'**de gösterilmiştir. Katılımcılardan özel hastanede çalışanların %57.1'i ve üniversite hastanesinde çalışanların %50'si hasta bakımı ve tedavisinde, kaynak olarak interneti kullanırken; devlet hastanesindekilerin %42.9'u hekime danıştığını belirtmiştir. Benzer şekilde, üniversite hastanesi (%40), devlet hastanesi (%30.6) ve özel hastanede (%75) katılımcıların mesleki gelişme ve yeniliklerden haberdar olmada kaynak olarak interneti kullandığı saptanmıştır. Tüm hastanelerdeki katılımcıların büyük oranda mesleki etkinliklere katıldıkları belirlenmekle birlikte, devlet hastanesindeki katılımcıların mesleki etkinliklere katılım oranı (%55.1) diğerlerine göre daha az bulunmuştur.

Tablo 6.1.3. Katılımcıların Standart Bakım Uygulamasına İlişkin Verilerinin Dağılımı

STANDART BAKIM UYGULAMASINA İLİŞKİN VERİLER	Üniversite Hastanesi		Devlet Hastanesi		Özel Hastane	
	n	%	n	%	n	%
<u>“Standart bakım”ı nasıl tanımladığı</u>						
Ders kitaplarındaki uygulamaların aynısını yapmak	1	10.0	5	10.2	4	14.3
<i>Hemşirelik hizmetlerini tüm hastalara aynı doğrultuda planlamak</i>	6	60.0	38	77.6	17	60.7
Tek düze çalışmak	2	20.0	6	12.2	5	17.9
Fikrim yok	1	10.0	-	-	2	7.1
<u>Standart bakımın gerekliliği konusunda ne düşündüğü</u>						
<i>Gerekli</i>	9	90.0	44	89.8	25	89.3
Gerekli değil	1	10.0	5	10.2	3	10.7
<u>Alanda standart bakım uygulaması olma durumu</u>						
Var	2	20.0	23	46.9	21	75.0
Yok	8	80.0	26	53.1	7	25.0
<u>Alandaki standartları kimin geliştirdiği *</u>						
Doktorlar	-	-	-	-	1	4.8
Başhemşirelik	2	100.0	5	21.7	10	47.6
Sorumlu hemşireler	-	-	6	26.1	-	-

Klinik hemşireleri	-	-	12	52.2	2	9.6
Diğer (hastane kalite departmanı vb.)	-	-	-	-	8	38.0
<u>Standart bakım gereklimi? *</u>						
Evet	2	100.0	23	100.0	20	95.2
Hayır	-	-	-	-	1	4.8
<u>Standartların katkısı nedir? *</u>						
Çalışan memnuniyetini artırır	-	-	2	8.7	-	-
Bakımda eşitlik ve bütünlük sağlar	2	100.0	19	82.6	15	71.4
Hasta memnuniyetini artırır	-	-	2	8.7	6	28.6
<u>Alandaki standartlar yeterli mi? *</u>						
Yeterli	-	-	1	4.3	3	14.3
Kısmen yeterli	1	50.0	19	82.6	15	71.4
Yeterli değil	1	50.0	3	13.1	3	14.3
<u>Tüm hastanelerde standart bakım planlarının kullanılmasını isteme durumu *</u>						
Kullanılsın	1	50.0	21	91.3	21	100.0
Kullanılmasın	1	50.0	2	8.7	-	-
Toplam	10	100.0	49	100.0	28	100.0

(* Yüzdelik hesaplamaları n:46 üzerinden yapılmıştır)

Katılımcıların çalıştıkları hastanelere göre standart bakım uygulamalarına yönelik görüşlerine **Tablo 6.1.3**'te yer verilmiştir. Bulgular değerlendirildiğinde, katılımcıların standart bakım uygulamalarına yönelik çalıştıkları hastaneler arasında görüş farklılığının olmadığı ve tüm kurumlarda katılımcıların ilk sırada standart bakımı, “*hemşirelik hizmetlerini tüm hastalara aynı doğrultuda planlamak ve uygulamak*” olarak tanımladığı ve standart bakımı gerekli gördüğü belirlenmiştir. Özel hastanedeki katılımcıların (%75), üniversite hastanesi (%20) çalışanları ve devlet hastanesi (%46.9) çalışanlarına oranla kurumlarında standart bakımları daha fazla kullandığı, üniversite hastanesi (%100) ve özel hastanede (%47.6) oluşturulan bu standartların ilk sırada başhemşire ve yardımcılar tarafından geliştirildiği devlet hastanesinde (%52.2) ise klinik hemşirelerinin standartları geliştirdiği belirlenmiştir. Tüm hastanelerdeki katılımcılar standart bakımın gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca tüm hastanedeki katılımcıların kullandıkları standart bakım uygulamalarının katkısını ilk sırada “*bakımda bütünlük-eşitlik sağlar*” olarak belirttikleri, alandaki standart bakım uygulamalarını kısmen yeterli gördükleri ve standart bakım uygulamalarının tüm hastanelerde kullanılmasını istedikleri saptanmıştır.

Tablo 6.1.4. Katılımcıların Akış Şemasına İlişkin Verilerinin Dağılımı

AKIŞ ŞEMASINA İLİŞKİN VERİLER	Üniversite Hastanesi		Devlet Hastanesi		Özel Hastane	
	n	%	n	%	n	%
<u>Akış şeması”nı nasıl tanımladığı</u>						
Bakım planı	1	10.0	8	16.3	9	32.1
<i>Bakım uygulamalarını görsel ve adım adım ifade eden şema</i>	6	60.0	34	69.4	10	35.8
Fikrim yok	3	30.0	7	14.3	9	32.1
<u>Alanda kullanılan akış şeması olma durumu</u>						
Var	-	-	21	42.9	13	46.4
Yok	10	100.0	28	57.1	15	53.6
<u>Çalışma alanında akış şeması olmasını isteme durumu</u>						
<i>İsteyen</i>	7	70.0	45	91.8	25	89.3
İstemeyen	3	30.0	4	8.2	3	10.7
Toplam	10	100.0	49	100.0	28	100.0

Katılımcıların akış şemasına ilişkin verilerinin dağılımı **Tablo 6.1.4**’te gösterilmiştir. Tüm kurumlarda çalışan katılımcıların akış şemanın tanımını ilk sırada “*bakım uygulamalarını görsel ve adım adım ifade eden şema*” olarak tanımladıkları belirlenirken, tüm hastanelerdeki katılımcıların büyük oranda alanlarında hiç akış şeması kullanmadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Tüm hastanelerdeki katılımcıların büyük oranda akış şemalarını gerekli görerek tüm alanlarda kullanılmasını istedikleri saptanmıştır.

6.2. KATILIMCILARIN AKIŞ ŞEMA SÜRECİ PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN VERİLER

Tablo 6.2.1. Katılımcıların Akış Şema Süreci Planlama Aşamasına İlişkin Değerlendirmeleri (n:87)

Planlama aşaması	Ortalama	n	Std. Sapma	Std. Hata	İstatistiksel test (p)
Uygulama öncesi	3.4828	87	.54824	.05878	t = -6.448 p= 0.000
Uygulama sonrası	3.8448	87	.26480	.02839	

(Eşleştirilmiş örneklem t-testi) p<0.001

Katılımcıların akış şema süreci planlama aşamalarına ilişkin uygulama öncesi ve sonrasındaki değerlendirmeleri eşleştirilmiş örneklem t-testi kullanılarak karşılaştırılmış ve analiz sonuçları **Tablo 6.2.1**'de sunulmuştur. Her iki ölçüm arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p = 0.000$; $p < 0.01$).

Tablo 6.2.2. Katılımcıların Akış Şema Süreci Uygulama Aşamasına İlişkin Değerlendirmeleri (n:87)

Uygulama aşaması	Ortalama	n	Std. Sapma	Std. Hata	İstatistiksel test (p)
Uygulama öncesi	3.3621	87	.57015	.06113	t = -8.331 p= 0.000
Uygulama sonrası	3.7931	87	.27252	.02922	

(Eşleştirilmiş örneklem t-testi) $p < 0.001$

Katılımcıların akış şema süreci uygulama aşamalarına ilişkin uygulama öncesi ve sonrasındaki değerlendirmeleri eşleştirilmiş örneklem t-testi kullanılarak karşılaştırılmış ve analiz sonuçları **Tablo 6.2.2**'de sunulmuştur. Her iki ölçüm arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p = 0.000$; $p < 0.01$).

Tablo 6.2.3. Katılımcıların Akış Şema Süreci Değerlendirme Aşamasına İlişkin Değerlendirmeleri (n:87)

Değerlendirme aşaması	Ortalama	n	Std. Sapma	Std. Hata	İstatistiksel test (p)
Uygulama öncesi	3.4920	87	.56223	.06028	t = -6.364 p= 0.000
Uygulama sonrası	3.8345	87	.29287	.03140	

(Eşleştirilmiş örneklem t-testi) $p < 0.001$

Katılımcıların akış şema süreci değerlendirme aşamalarına ilişkin uygulama öncesi ve sonrasındaki değerlendirmeleri eşleştirilmiş örneklem t-testi kullanılarak karşılaştırılmış ve analiz sonuçları **Tablo 6.2.3**'te sunulmuştur. Her iki ölçüm arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p = 0.000$; $p < 0.01$).

Tablo 6.2.4. Katılımcıların Akış Şema Süreci Gözden Geçirme Aşamasına İlişkin Değerlendirmeleri (n:87)

Gözden geçirme aşaması	Ortalama	n	Std. Sapma	Std. Hata	İstatistiksel test (p)
Uygulama öncesi	3.6379	87	.56388	.06045	t = -5.208 p= 0.000
Uygulama sonrası	3.9540	87	.19636	.02105	

(Eşleştirilmiş örneklem t-testi) $p < 0.001$

Katılımcıların akış şema süreci gözden geçirme aşamalarına ilişkin uygulama öncesi ve sonrasındaki değerlendirmeleri eşleştirilmiş örneklem t-testi kullanılarak karşılaştırılmış ve analiz sonuçları **Tablo 6.2.4**'te sunulmuştur. Her iki ölçüm arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p = 0.000$; $p < 0.01$).

Tablo 6.2.5. Katılımcıların Akış Şema Süreci Genel Değerlendirme Aşamasına İlişkin Değerlendirmeleri (n:87)

Genel değerlendirme	Ortalama	n	Std. Sapma	Std. Hata	İstatistiksel test (p)
Uygulama öncesi	3.4611	87	.49613	.05319	t = -8.055 p= 0.000
Uygulama sonrası	3.8364	87	.21387	.02293	

(Eşleştirilmiş örneklem t-testi) $p < 0.001$

Katılımcıların akış şema süreci hakkındaki uygulama öncesi ve sonrasındaki genel değerlendirmeleri eşleştirilmiş örneklem t-testi kullanılarak karşılaştırılmış ve analiz sonuçları **Tablo 6.2.5**'te sunulmuştur. Her iki ölçüm arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p = 0.000$; $p < 0.01$).

6.3. KATILIMCILARIN DEĞİŞKENLERE GÖRE AKIŞ ŞEMA SÜRECİNİ DEĞERLENDİRMELERİ

6.3.1. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreç Değerlendirmeleri (n:87)

Katılımcıların yaş grupları ile uygulama öncesinde ve sonrasında akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeleri arasındaki ilişki varyans analizi yardımıyla incelenmiş ve analiz sonuçları **Tablo 6.3.1**'de verilmiştir. Akış şema sürecinin etkinliğine ilişkin değerlendirmeler ile yaş grupları arasında planlama, uygulama, değerlendirme, gözden geçirme ve genel değerlendirme aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablounun uygulama öncesi ve sonrası puan ortalamaları ile yaş gruplarının değerlendirilmesi incelendiğinde, genç yaş gruplarındaki katılımcıların puan ortalamalarının ileri yaş grubundaki katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamakla birlikte, tüm yaş gruplarının uygulama sonrası puanlarında, uygulama öncesine göre belirgin artış olduğu görülmektedir.

6.3.1. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreç Değerlendirmeleri (n:87)										
Akış şema süreci	Yaş grupları	n	UYGULAMA ÖNCESİ			İstatistiksel test p	UYGULAMA SONRASI			İstatistiksel test p
			Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata		Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	
Planlama	20-25 yaş	21	3.5714	.5071	.1107	F= .706 p= .551	3.8095	.4024	.8781	F= .526 p= .772
	26-31 yaş	32	3.5000	.6720	.1188		3.8438	.3689	.1176	
	32-37 yaş	23	3.4348	.6624	.1381		3.9130	.4170	.101	
	38 yaş ve üzeri	11	3.2727	.7862	.2371		3.7273	.4671	.1408	
	Toplam	87	3.4828	.54824	.05878		3.8448	.26480	.02839	
Uygulama	20-25 yaş	21	3.3810	.1615	.032	F= .724 p= .541	3.8571	.3586	.1194	F= .545 p= .653
	26-31 yaş	32	3.3438	.1463	.448		3.7813	.4908	.8677	
	32-37 yaş	23	3.3478	.1616	1.342		3.7826	.5184	.1081	
	38 yaş ve üzeri	11	3.1818	.2264	.796		3.8182	.7508	.2264	
	Toplam	87	3.3621	.57015	.06113		3.7931	.27252	.02922	
Değerlendirme	20-25 yaş	21	3.4286	.6761	.1475	F= .810 p= .970	3.8095	.4024	.8751	F= .071 p= .975
	26-31 yaş	32	3.5938	.6652	.1176		3.7813	.4200	.1220	
	32-37 yaş	23	3.5217	.5931	.1237		3.9091	.3015	.3184	
	38 yaş ve üzeri	11	3.6364	.6742	.2033		3.8696	.3444	.3439	
	Toplam	87	3.4920	.56223	.06028		3.8345	.29287	.03140	
Gözden Geçirme	20-25 yaş	21	3.6667	.4830	.1054	F= 1.180 p= .323	3.9048	.3008	.3125	F= .509 p= .677
	26-31 yaş	32	3.5625	.7594	.1342		3.9688	.1768	.2258	
	32-37 yaş	23	3.7273	.6467	.1950		3.9565	.2085	.4762	
	38 yaş ve üzeri	11	3.5455	.9342	.2817		3.9130	.2881	.6007	
	Toplam	87	3.6379	.56388	.06045		3.9540	.19636	.02105	
Genel toplam	20-25 yaş	21	3.5714	.5071	.1107	F= .365 p= .779	3.7356	.4436	.1408	F= .286 p= .835
	26-31 yaş	32	3.5000	.6720	.1188		3.6897	.5351	.2264	
	32-37 yaş	23	3.4348	.5898	.1230		3.8851	.3208	.3439	
	38 yaş ve üzeri	11	3.2727	.6467	.1950		3.9540	.2106	.3125	
	Toplam	87	3.4611	.49613	.05319		3.8364	.21387	.02293	

6.3.2. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreç Değerlendirmeleri (n:87)

Katılımcıların eğitim durumları ile uygulama öncesinde ve sonrasında akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeleri arasındaki ilişki varyans analizi yardımıyla incelenmiş ve analiz sonuçları **Tablo 6.3.2**'de verilmiştir. Akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeler ile eğitim durumları arasında planlama, uygulama, değerlendirme, gözden geçirme ve genel değerlendirme aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Eğitim durumları ile uygulama öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların puan ortalamalarının sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunu katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamakla birlikte, tüm eğitim düzeylerindeki katılımcıların uygulama sonrası puanlarında, uygulama öncesine göre belirgin artış gözlenmiştir.

Tablo 6.3.2. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreç Değerlendirmeleri (n:87)										
Akış Şema Süreci	Eğitim durumu	n	UYGULAMA ÖNCESİ				UYGULAMA SONRASI			
			Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	İstatistiksel test p	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	İstatistiksel test p
Planlama	SML	14	3.4464	.42943	.11477	F= 2.240 p= 0.113	3.8571	.18898	.05051	F= .028 p= 0.972
	Ön lisans	28	3.3214	.64498	.12189		3.8482	.24851	.04696	
	Lisans	45	3.5944	.49798	.07423		3.8389	.29751	.04435	
	Toplam	87	3.4828	.54824	.05878		3.8448	.26480	.02839	
Uygulama	SML	14	3.3333	.53109	.14194	F= .711 p= 0.494	3.7976	.17515	.04681	F= .015 p= 0.985
	Ön lisans	28	3.2679	.65631	.12403		3.7857	.29696	.05612	
	Lisans	45	3.4296	.52643	.07848		3.7963	.28623	.04267	
	Toplam	87	3.3621	.57015	.06113		3.7931	.27252	.02922	
Değerlendirme	SML	14	3.4286	.53122	.14198	F= .592 p= 0.556	3.8286	.29202	.07805	F= .868 p= 0.423
	Ön lisans	28	3.4214	.55334	.10457		3.8929	.19231	.03634	
	Lisans	45	3.5556	.58136	.08666		3.8000	.34112	.05085	
	Toplam	87	3.4920	.56223	.06028		3.8345	.29287	.03140	
Gözden Geçirme	SML	14	3.4643	.74587	.19934	F= 1.521 p= 0.224	4.0000	.00000	.00000	F= .667 p= 0.516
	Ön lisans	28	3.5714	.57275	.10824		3.9643	.18898	.03571	
	Lisans	45	3.7333	.48383	.07213		3.9333	.22863	.03408	
	Toplam	87	3.6379	.56388	.06045		3.9540	.19636	.02105	
Genel toplam	SML	14	3.4034	.47781	.12770	F= 1.254 p= 0.291	3.8445	.15751	.04210	F= .172 p= 0.842
	Ön lisans	28	3.3613	.53787	.10165		3.8529	.17792	.03362	
	Lisans	45	3.5412	.47136	.07027		3.8235	.24957	.03720	
	Toplam	87	3.4611	.49613	.05319		3.8364	.21387	.02293	

Tablo 6.3.3. Katılımcıların Kadro Durumlarına Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreç Değerlendirmeleri (n:87)

Katılımcıların kadroları ile uygulama öncesinde ve sonrasında akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeleri arasındaki ilişki varyans analizi yardımıyla incelenmiş ve analiz sonuçları **Tablo 6.3.3**'te verilmiştir. Akış şema sürecine ilişkin uygulama öncesi ve sonrası değerlendirmeleri ile kadro durumları arasında planlama ve genel değerlendirme aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Akış şemalarının etkinliğine ilişkin değerlendirmeler ile kadro durumları arasında uygulama, değerlendirme ve gözden geçirme aşamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların kadro durumları ile uygulama öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, hemşire kadrosundaki katılımcıların puan ortalamalarının ebe kadrosundaki katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan tüm değerlendirmelerde gerek hemşire kadrosundaki, gerekse ebe kadrosundaki katılımcıların uygulama sonrasındaki puan ortalamalarının uygulama öncesine göre büyük oranda arttığı gözlenmiştir.

Tablo 6.3.3. Katılımcıların Kadrolarına Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreç Değerlendirmeleri (n:87)

Akış Şema Süreci	Kadro durumu	n	UYGULAMA ÖNCESİ				UYGULAMA SONRASI			
			Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	İstatistiksel test p	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	İstatistiksel test p
Planlama	Ebe	35	3.3714	.6456	.1091	F= 4.838 p= .031	3.7356	.4436	.4755	F= 4.352 p= .047
	Hemşire	52	3.6731	.5134	.1255		3.8891	.3998	.4286	
	Toplam	87	3.4828	.54824	.05878		3.8448	.26480	.02839	
Uygulama	Ebe	35	3.3429	.7648	.1293	F= 1.334 p= .251	3.8114	.4902	.8287	F=.041 p= .840
	Hemşire	52	3.5769	.6054	.1318		3.7714	.4800	.6656	
	Toplam	87	3.3621	.57015	.06113		3.7931	.27252	.02922	
Değerlendirme	Ebe	35	3.5714	.6547	.1107	F= .810 p= .970	3.8286	.3824	.6463	F= .779 p= .380
	Hemşire	52	3.7308	.4897	.1240		3.8546	.3226	.4474	
	Toplam	87	3.4920	.56223	.06028		3.8345	.29287	.03140	
Gözden Geçirme	Ebe	35	3.4286	.8148	.1377	F= 4.438 p= .083	3.9429	.2355	.3981	F= .397 p= .530
	Hemşire	52	3.7692	.4693	.1032		3.9615	.1942	.2693	
	Toplam	87	3.6379	.56388	.06045		3.9540	.19636	.02105	
Genel toplam	Ebe	35	3.4286	.6742	.1237	F= 4.758 p= .032	3.8080	.2906	.3116	F= .888 p= .020
	Hemşire	52	3.5325	.7594	.1342		3.8540	.2106	.2258	
	Toplam	87	3.4611	.49613	.05319		3.8364	.21387	.02293	

Tablo 6.3.4. Katılımcıların Meslekte Çalışma Sürelerine Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreç Değerlendirmeleri (n:87)

Katılımcıların meslekte çalışma süreleri ile akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeleri arasındaki ilişki varyans analizi yardımıyla incelenmiş ve analiz sonuçları **Tablo 6.3.4**'te verilmiştir. Akış şema süreci ile meslekte çalışma süresi arasında planlama, uygulama, değerlendirme, gözden geçirme ve genel değerlendirme aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların uygulama öncesi ve sonrası puan ortalamaları ile meslekte çalışma süreleri incelendiğinde, meslekte 10 yıl ve üzeri süredir çalışanların puan ortalamalarının meslekte çalışma yılı daha az olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde anlamlı farklılık olmamasına rağmen, uygulama sonrasında meslekte çalışma süresinin tüm gruplarında uygulama öncesine göre belirgin puan artışı belirlenmiştir.

Tablo 6.3.4.Katılımcıların Meslekte Çalışma Süresine Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreç Değerlendirmeleri (n:87)

Akış Şema Süreci	Çalışma Süresi	n	UYGULAMA ÖNCESİ				UYGULAMA SONRASI			
			Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	İst.test p	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	İst.test p
Planlama	1yıldan az	6	3.5833	.40825	.16667	F= 2.965 p= 0.307	3.7083	.40052	.16351	F= .740 p= 0.531
	2-5 yıl	28	3.6875	.38264	.07231		3.8839	.28449	.05376	
	6-9 yıl	18	3.5000	.44557	.10502		3.8333	.25725	.06063	
	10 yıl ve üzeri	35	3.2929	.66831	.11297		3.8429	.22756	.03847	
	Toplam	87	3.4828	.54824	.05878		3.8448	.26480	.02839	
Uygulama	1yıldan az	6	3.6944	.37143	.15164	F= 1.617 p= 0.192	3.8056	.22153	.09044	F= 1.450 p= 0.234
	2-5 yıl	28	3.4464	.52323	.09888		3.8750	.20095	.03798	
	6-9 yıl	18	3.3889	.44281	.10437		3.7778	.30250	.07130	
	10 yıl ve üzeri	35	3.2238	.66414	.11226		3.7333	.30572	.05168	
	Toplam	87	3.3621	.57015	.06113		3.7931	.27252	.02922	
Değerlendirme	1yıldan az	6	3.4333	.67429	.27528	F= .771 p= 0.513	3.5667	.36697	.14981	F= 2.777 p= 0.406
	2-5 yıl	28	3.5786	.48790	.09220		3.9214	.16635	.03144	
	6-9 yıl	18	3.5778	.58967	.13899		3.8444	.26172	.06169	
	10 yıl ve üzeri	35	3.3886	.59000	.09973		3.8057	.34806	.05883	
	Toplam	87	3.4920	.56223	.06028		3.8345	.29287	.03140	
Gözden Geçirme	1yıldan az	6	3.7500	.41833	.17078	F= .549 p= 0.650	3.9167	.20412	.08333	F= .614 p= 0.608
	2-5 yıl	28	3.7321	.41904	.07919		3.9643	.18898	.03571	
	6-9 yıl	18	3.5833	.62426	.14714		4.0000	.00000	.00000	
	10 yıl ve üzeri	35	3.5714	.65465	.11066		3.9286	.24683	.04172	
	Toplam	87	3.6379	.56388	.06045		3.9540	.19636	.02105	
Genel toplam	1yıldan az	6	3.5980	.41830	.17077	F= 1.525 p= 0.214	3.7255	.26481	.10811	F= 1.717 p= 0.170
	2-5 yıl	28	3.5756	.39908	.07542		3.9013	.16795	.03174	
	6-9 yıl	18	3.4935	.46543	.10970		3.8366	.17883	.04215	
	10 yıl ve üzeri	35	3.3294	.57409	.09704		3.8034	.24543	.04149	
	Toplam	87	3.4611	.49613	.05319		3.8364	.21387	.02293	

Tablo 6.3.5. Katılımcıların Jinekolojik Onkoloji Alanında Çalışma Süresine Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreç Değerlendirmeleri (n:87)

Katılımcıların jinekolojik onkoloji alanında çalışma süreleri ile akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeleri ile arasındaki ilişki varyans analizi yardımıyla incelenmiş ve analiz sonuçları **Tablo 6.3.5**'te verilmiştir. Akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeler ile jinekolojik onkoloji alanında çalışma süreleri arasında planlama, uygulama, değerlendirme, gözden geçirme ve genel değerlendirme aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların jinekolojik onkoloji alanında çalışma süreleri ile uygulama öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamasına rağmen alanda 10 yıl ve üzeri süredir çalışan katılımcıların planlama ve uygulama aşamalarının puan ortalamalarının diğerlerine göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan tüm değerlendirmelerde tüm çalışma yılı gruplarındaki katılımcıların uygulama sonrasındaki puan ortalamalarının uygulama öncesine göre büyük oranda arttığı gözlenmiştir.

Tablo 6.3.5. Katılımcıların Jinekolojik Onkoloji Alanında Çalışma Süresine Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreç Değerlendirmeleri (n:87)

Akış Şema Süreci	Çalışma Süresi	n	UYGULAMA ÖNCESİ				UYGULAMA SONRASI			
			Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	İst.test p	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	İst. Test p
Planlama	1yıldan az	11	3.5455	.5222	.1517	F= 2.122 p= .104	3.9091	.3015	.9091	F= .707 p= .550
	2-5 yıl	34	3.6471	.5971	.1024		3.9118	.2879	.2033	
	6-9 yıl	20	3.6500	.5871	.1313		4.0000	.0000	.0000	
	10 yıl ve üzeri	22	3.3182	.8387	.1788		3.6364	.4924	.1050	
	Toplam	87	3.4828	.54824	.05878		3.8448	.26480	.02839	
Uygulama	1yıldan az	11	3.3636	.6742	.2033	F= .408 p= .748	3.8046	.4270	.1211	F= 1.018 p= .389
	2-5 yıl	34	3.3529	.8121	.1393		3.7816	.4426	.1277	
	6-9 yıl	20	3.3500	.8127	.1817		3.7586	.4814	.1220	
	10 yıl ve üzeri	22	3.2600	.5982	.1338		3.6897	.5351	.1549	
	Toplam	87	3.3621	.57015	.06113		3.7931	.27252	.02922	
Değerlendirme	1yıldan az	11	3.3908	.7211	.1403	F= 1.068 p= .367	3.7931	.4074	.1521	F=.424 p= .737
	2-5 yıl	34	3.4598	.6613	.1527		3.7701	.4750	.1127	
	6-9 yıl	20	3.4253	.6757	.1602		3.7931	.4350	.1239	
	10 yıl ve üzeri	22	3.6667	.5638	.1578		3.8851	.3208	.3493	
	Toplam	87	3.4920	.56223	.06028		3.8345	.29287	.03140	
Gözden Geçirme	1yıldan az	11	3.7273	.4671	.1408	F= .804 p= .495	3.9091	.3015	.9091	F= .676 p= .569
	2-5 yıl	34	3.7353	.6183	.1060		3.9706	.1715	.2941	
	6-9 yıl	20	3.4500	.6863	.1535		4.0000	.0000	.0000	
	10 yıl ve üzeri	22	3.5455	.8004	.1707		3.9545	.2132	.4545	
	Toplam	87	3.6379	.5638	.06045		3.9540	.19636	.02105	
Genel toplam	1yıldan az	11	3.3333	.7875	.1850	F= .850 p= .470	3.7356	.4436	.1050	F= .423 p= .737
	2-5 yıl	34	3.1609	.8051	.2229		3.6897	.5351	.1549	
	6-9 yıl	20	3.3182	.7799	.1663		3.8851	.3208	.3439	
	10 yıl ve üzeri	22	3.5943	.5680	.1378		3.6943	.2106	.2258	
	Toplam	87	3.4611	.49613	.05319		3.8364	.21387	.02293	

Tablo 6.3.6. Katılımcıların Görev Yaptıkları Hastanelere Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreç Değerlendirmeleri (n:87)

Katılımcıların görev yaptıkları hastane ile akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeleri arasındaki ilişki varyans analizi yardımıyla incelenmiş ve analiz sonuçları **Tablo 6.3.6**'da verilmiştir. Akış şema süreci ile görev yapılan hastaneler arasında planlama, uygulama ve genel toplam aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan istatistiksel değerlendirmede, devlet hastanelerinin uygulama öncesi ve sonrası puan ortalamalarının diğer hastanelere oranda daha düşük olduğu ancak, tüm hastane gruplarının puan ortalamalarının uygulama sonrasında belirgin biçimde arttığı gözlenmiştir.

Akış şema sürecinin değerlendirme ve gözden geçirme aşamalarına ilişkin değerlendirmeler ile görev yapılan hastane arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Her iki aşamada da, üniversite hastanesi ve özel hastanelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. İstatistiksel anlamlılık olmamakla birlikte tüm grupların uygulama sonrası puanları artmıştır.

Tablo 6.3.6. Katılımcıların Görev Yaptıkları Hastanelere Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreç Değerlendirmeleri (n:87)										
Akış Şema Süreci	Hastaneler	n	UYGULAMA ÖNCESİ				UYGULAMA SONRASI			
			Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	İstatistiksel test p	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	İstatistiksel test p
Planlama	Üniversite Hast.	10	3.8000	.42164	.13333	F= 3.034 p= 0.015	3.9000	.31623	.10000	F= .876 p= 0.010
	Devlet Hast.	49	3.5334	.57354	.13158		3.8085	.10645	.02845	
	Özel Hast.	28	3.6518	.58509	.16890		3.8750	.36923	.09868	
	Toplam	87	3.4828	.54824	.05878		3.8448	.26480	.02839	
Uygulama	Üniversite Hast.	10	3.5000	.54997	.17392	F= 3.065 p= 0.014	3.7500	.43212	.13665	F= 1.603 p= 0.016
	Devlet Hast.	49	3.4729	.66861	.15339		3.7467	.18324	.04897	
	Özel Hast.	28	3.5297	.64141	.18516		3.8630	.15004	.03537	
	Toplam	87	3.3621	.57015	.06113		3.7931	.27252	.02922	
Değerlendirme	Üniversite Hast.	10	3.7800	.41580	.13149	F= 1.770 p= 0.128	3.8200	.50288	.15902	F= 1.165 p= 0.334
	Devlet Hast.	49	3.5932	.66772	.15319		3.7572	.21684	.04975	
	Özel Hast.	28	3.6443	.44415	.12822		3.8752	.10290	.02425	
	Toplam	87	3.4920	.56223	.06028		3.8345	.29287	.03140	
Gözden Geçirme	Üniversite Hast.	10	3.9000	.31623	.10000	F= 1.951 p= 0.095	3.9500	.15811	.05000	F= 1.292 p= 0.276
	Devlet Hast.	49	3.7967	.63407	.14547		3.9269	.22942	.05263	
	Özel Hast.	28	3.8250	.56909	.16428		3.9822	.00000	.00000	
	Toplam	87	3.6379	.56388	.06045		3.9540	.19636	.02105	
Genel toplam	Üniversite Hast.	10	3.7500	.38368	.12133	F= 2.340 p= 0.049	3.8294	.34684	.10968	F= .900 p= 0.048
	Devlet Hast.	49	3.4636	.59006	.13537		3.8202	.17699	.04060	
	Özel Hast.	28	3.6504	.46000	.13279		3.8487	.11198	.02639	
	Toplam	87	3.4611	.49613	.05319		3.8364	.21387	.02293	

Tablo 6.3.7. Katılımcıların Standart Bakımın Gerekliği Konusundaki Düşüncelerine Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreç Değerlendirmeleri (n:87)

Katılımcıların standart bakımın gerekliliği konusundaki düşünceleri ile akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeleri arasındaki ilişki varyans analizi yardımıyla incelenmiş ve analiz sonuçları **Tablo 6.3.7**'de verilmiştir. Akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeler ile standart bakımın gerekliliği konusundaki düşünceler arasında planlama, uygulama, değerlendirme, gözden geçirme ve genel değerlendirme aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).

Katılımcıların standart bakımın gerekliliği konusundaki düşünceleri ile uygulama öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, standart bakımın gerekli olduğunu düşünen katılımcıların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan tüm değerlendirmelerde gerek standart bakımın gerekli olduğunu düşünen, gerekse standart bakımın gerekli olmadığı belirten katılımcıların uygulama sonrasındaki puan ortalamalarında belirgin artış gözlenmiştir.

Tablo 6.3.7. Katılımcıların Standart Bakımın Gerekliği Konusundaki Düşüncelerine Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreç Değerlendirmeleri (n:87)										
Akış Şema Süreci	Standart bakımın gerekliği	n	UYGULAMA ÖNCESİ				UYGULAMA SONRASI			
			Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	İstatistiksel test p	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	İstatistiksel test p
Planlama	Gerekli	78	3.7385	.5511	.2402	F= 4.767 p= .032	3.8791	.3998	.1667	F=2.902 p= .029
	Gerekli değil	9	3.3111	.6009	.2003		3.7356	.4436	.1757	
	Toplam	87	3.4828	.54824	.05878		3.8448	.26480	.02839	
Uygulama	Gerekli	78	3.6513	.5954	.4170	F= 3.887 p= .025	3.8161	.4454	.2422	F=6.175 p= .015
	Gerekli değil	9	3.5111	.9280	.3093		3.6897	.5351	.2357	
	Toplam	87	3.6621	.57015	.06113		3.7931	.27252	.02922	
Değerlendirme	Gerekli	78	3.6043	.5680	.6090	F= 10.392 p= .002	3.9310	.2970	.2422	F= 7.945 p= .006
	Gerekli değil	9	3.4957	.6447	.3683		3.7701	.4750	.2357	
	Toplam	87	3.4920	.56223	.06028		3.8345	.29287	.03140	
Gözden Geçirme	Gerekli	78	3.6667	.5736	.6495	F= 5.242 p= .025	3.9744	.1561	.1470	F= 7.563 p= .007
	Gerekli değil	9	3.0000	.7071	.2357		3.6667	.5000	.1667	
	Toplam	87	3.6379	.5638	.06045		3.9540	.19636	.02105	
Genel toplam	Gerekli	78	3.3974	.7268	.8230	F= 12.143 p= .001	3.8540	.2106	.2258	F= 15.846 p= .000
	Gerekli değil	9	2.7778	.7875	.3643		3.8080	.2906	.3116	
	Toplam	87	3.4611	.49613	.05319		3.8364	.21387	.02293	

Tablo 6.3.8. Katılımcıların Çalışma Alanında Akış Şemasını İsteme Durumlarına Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreç Değerlendirmeleri (n:87)

Katılımcıların çalışma alanında akış şeması olmasını isteme durumları ile akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeleri arasındaki ilişki varyans analizi yardımıyla incelenmiş ve analiz sonuçları **Tablo 6.3.8**'de verilmiştir. Akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeler ile çalışma alanında akış şeması olmasını isteme durumları arasında planlama, değerlendirme, gözden geçirme ve genel değerlendirme aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan istatistiksel değerlendirmede, çalışma alanında akış şemasını isteyen katılımcıların uygulama öncesi ve sonrası puan ortalamalarının akış şeması istemeyenlere oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Uygulama aşamasına ilişkin değerlendirmeler ile çalışma alanında akış şeması olmasını isteme durumları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Yapılan değerlendirmede, istatistiksel anlamlılık olmamakla birlikte uygulama sonrası puanları uygulama öncesine artmıştır.

Tablo 6.3.8. Katılımcıların Çalışma Alanında Akış Şemasını İsteme Durumlarına Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreç Değerlendirmeleri (n:87)

Akış Şema Süreci	Akış şeması isteme durumu	n	UYGULAMA ÖNCESİ				UYGULAMA SONRASI			
			Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	İstatistiksel test p	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	İstatistiksel test p
Planlama	İsteyen	77	3.5057	.6447	.6912	F= 5.451 p= .022	3.8880	.2960	.3116	F=.260 p= .011
	İstemeyen	10	3.4333	.7875	.8443		3.8066	.4323	.4634	
	Toplam	87	3.4828	.54824	.05878		3.8448	.26480	.02839	
Uygulama	İsteyen	77	3.3908	.7679	.8233	F= 3.697 p= .058	3.8161	.4454	.1528	F=.166 p= .685
	İstemeyen	10	3.1609	.8051	.8632		3.6897	.5351	.2687	
	Toplam	87	3.3621	.57015	.06113		3.7931	.27252	.02922	
Değerlendirme	İsteyen	77	3.4598	.6613	.7090	F= 4.667 p= .034	3.8851	.3208	.1333	F=2.259 p= .037
	İstemeyen	10	3.1000	.7379	.2333		3.7701	.4750	.1528	
	Toplam	87	3.4920	.56223	.06028		3.8345	.29287	.03140	
Gözden Geçirme	İsteyen	77	3.6437	.5701	.6112	F= 7.348 p= .008	3.9610	.1948	.2220	F=.741 p= .039
	İstemeyen	10	3.6322	.6491	.6959		3.9200	.3162	.2258	
	Toplam	87	3.6379	.5638	.06045		3.9540	.19636	.02105	
Genel toplam	İsteyen	77	3.7013	.5396	.6149	F= 11.198 p= .001	3.9340	.2106	.2148	F=1.273 p= .026
	İstemeyen	10	3.2000	.6325	.2000		3.7380	.3998	.4286	
	Toplam	87	3.4611	.49613	.05319		3.8364	.21387	.02293	

7. TARTIŞMA

7.1. KATILIMCILARA AİT BİREYSEL ÖZELLİKLER, BİLGİ KAYNAKLARI VE AKIŞ ŞEMALARINA İLİŞKİN VERİLERİN TARTIŞILMASI

7.1.1. Katılımcıların Bireysel Özelliklerine İlişkin Verilerin Tartışılması

Katılımcıların çalıştıkları hastanelere göre bireysel özelliklerine ilişkin verilerinin dağılımı **Tablo 6.1.1**'de gösterilmiştir. Katılımcıların çalıştıkları hastanelere göre demografik verilerinin dağılımı Tablo 6.1.1'de gösterilmiştir. Katılımcıların demografik verilerine göre dağılımları hastane gruplarıyla karşılaştırıldığında; en genç personele sahip hastane grubunun özel hastaneler olduğu(%50), en yaşlı gruba sahip hastanelerin ise devlet hastanesi (%18.4) olduğu görülmektedir. Bu bulgudan, genç yaş gruplarındaki katılımcıların daha çok özel hastanelerde çalıştıkları, yaşın ilerlemesiyle birlikte katılımcıların kamu hastanelerinde çalışmaya başladıkları sonucuna varılmıştır. Bu durum, genç yaştaki hemşirelerin mezuniyet sonrasında atamalarının kamu hastanelerine olmayışı nedeniyle daha çok özel hastaneleri çalışmak için tercih ettiklerini düşündürmüştür. Ayrıca devlet hastanelerinde atamaları yapılmış çalışanların yer aldığı düşünüldüğünde, diğer hastane gruplarına oranla yaş grubunun daha yüksek olması beklendik bir sonuçtur.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları hastane gruplarıyla karşılaştırıldığında; sağlık meslek lisesi mezunu personele sahip hastane grubunun devlet hastanesi (%20.4), lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip hastane grubunun ise özel hastane (%89.3) ve üniversite hastanesi (%40) olduğu görülmektedir (**Tablo 6.1.1**). Katılımcılardan sağlık meslek lisesi mezunlarının devlet hastanelerinde çalıştıkları, lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların daha çok özel hastaneleri ve üniversite hastanelerini tercih ettikleri görülmektedir. Sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunlarının atamalarının lisans mezunlarına oranla daha fazla yapılması nedeniyle, bu eğitim düzeyindeki katılımcıların kamu hastanelerinde çalıştıklarını düşündürmüştür. Ayrıca, daha önceden hemşire mezun eden sağlık meslek liselerinin eğitime ara vermesi ve önlisans düzeyinde eğitim veren hemşirelik meslek yüksekokullarının bölümlerini lisans düzeyine çıkarılmasının meslekte eğitim düzeyinin yükselmesinde önemli bir etken olduğu düşünülmektedir. Baykal'ın çalışmasında (1994)da, sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin devlet hastanesinde çalıştıkları belirlenmiştir. Bu sonuç, çalışma bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların kadro durumlarına göre dağılımları hastane gruplarıyla karşılaştırıldığında; hemşire kadrosuna sahip katılımcıların tüm hastanelerde (%100; %51; %60.7) sayıca ebe kadrosuna göre fazla olduğu saptanmıştır (**Tablo 6.1.1**). Tüm hastanelerin jinekolojik onkoloji kliniklerinde çalışan meslek grubunun ağırlıkla hemşire grubu olduğu belirlenmiştir. Bu sonucun, jinekolojik onkoloji biriminin özelleşmiş birimler olması ve bu kliniklerde çalışan meslek grubunun ağırlıkla hemşire grubu olması beklendik bir durumdur.

Katılımcıların meslekte çalışma sürelerine göre dağılımları hastane gruplarıyla karşılaştırıldığında; meslekte 1 yıldan az süredir çalışan personele sahip hastane grubunun özel hastaneler olduğu (%21.4), 10 yıl ve üzeri süredir meslekte çalışan gruba sahip hastanelerin ise devlet hastanesi (%57.2) ve üniversite hastanesi (%50) olduğu görülmektedir (**Tablo 6.1.1**). Bu durum, genç yaştaki hemşirelerin mezuniyet sonrasında atamalarının kamu hastanelerine olmayışı nedeniyle çalışmak için özel hastaneleri tercih ettikleri sonucuna bağlanmıştır. Baykal'ın çalışmasında (1994)da, meslekte 10 yıldan uzun süredir çalışan hemşirelerin devlet hastanesinde çalıştıkları belirlenmiştir. Bu bulgu, çalışma bulgusunu desteklemektedir.

Katılımcıların jinekolojik onkoloji alanında çalışma sürelerine göre dağılımları hastane gruplarıyla karşılaştırıldığında; 1 yıldan az süredir çalışan personele sahip hastane grubunun özel hastaneler olduğu(%25), 10 yıl ve üzeri süredir meslekte çalışan gruba sahip hastanelerin ise devlet hastanesi (%34.7) ve üniversite hastanesi (%30) olduğu görülmektedir (**Tablo 6.1.1**). Bu sonuç, özel hastanelerin birimde çalışan personelin seçiminde mesleki deneyimi ve alanda uzmanlaşmış olmayı dikkate almadıklarını, devlet hastanelerinde ise meslekte çalışma yılı ve deneyimin artmasının alanda uzmanlaşmış olmada önemli bir kriter olduğunu düşündürmüştür.

7.1.2. Katılımcıların Bilgi Kaynaklarına İlişkin Verilerinin Tartışılması

Katılımcıların çalıştıkları hastanelere göre bilgi kaynaklarına ait verilerinin dağılımı **Tablo 6.1.2**'de gösterilmiştir. Katılımcılardan özel hastanede çalışanların %57.1'i ve üniversite hastanesinde çalışanların %50'si hasta bakımı ve tedavisinde, kaynak olarak interneti kullanırken; devlet hastanesindekilerin %42.9'u hekime danıştığını belirtmiştir. Benzer şekilde, üniversite hastanesi (%40), devlet hastanesi (%30.6) ve özel hastanedeki (%75) katılımcıların mesleki gelişme ve yeniliklerden haberdar olmada kaynak olarak interneti kullandığı saptanmıştır. (**Tablo 6.1.2**). Bu sonuç, özel hastanede çalışan katılımcıların genellikle genç yaş grubundaki bireyler olması, dolayısıyla teknolojik gelişme ve yeniliklerden daha fazla yararlanıyor olmalarının bu sonuçta etkili olabileceğini

düşündürmüştür. Ayrıca, bir çok devlet hastanesinde hemşirelerin kullanabileceği bilgisayar, internet vb. olanakların olmayışı, hemşirelerin bazılarının bu sistemleri kullanmada etkin bilgiye sahip olmadığını belirtmeleri, hasta yoğunluğu nedeniyle kitap vb. kaynakları kullanacak zamanlarının olmadıklarını ifade etmelerinin bu sonuçta etkili olmuş olabileceğini düşündürmüştür.

Katılımcılardan özel hastanede çalışan katılımcılardan %96.4'ü mesleki eğitim etkinliklerine katıldıklarını, özel hastanelerde çalışan katılımcılardan %92.9'u mesleki yayınları okuduklarını belirtmişlerdir. Tüm hastanelerdeki katılımcıların büyük oranda mesleki etkinliklere katıldıkları belirlenmekle birlikte, devlet hastanesindeki katılımcıların mesleki etkinliklere katılım oranı (%55.1) diğerlerine göre daha az bulunmuştur (**Tablo 6.1.2**). Katılımcıların büyük çoğunluğunun bilimsel toplantılara katılması yeniliklerden haberdar olmada ve bunları kullanmada araştırmacı ve sorgulayıcı oldukları şeklinde yorumlanmıştır. Ayrıca, özel hastanede çalışan katılımcıların mesleki etkinliklere daha fazla oranda katılıyor olmalarının, çalıştıkları kurumun finansal destek sağlıyor olmasından, devlet hastanesine göre hasta başına düşen çalışan sayısının yeterli olması nedeniyle mesleki etkinliklere katılım konusunda gerekli izinlerin daha rahat alınmasına bağlanmıştır. Literatürde de, çalışmamız bulgusunu destekler nitelikte çalışmalar yapılmıştır. Yıldız Fındık ve ark. çalışmasında (2008), hemşirelerin büyük oranda mesleki eğitim etkinliğine katıldıkları belirlenmiştir (Yıldız Fındık ve ark.2008). Öztürk ve ark. çalışmasında (2008) ve Keskin ve ark. çalışmasında (2001) da, hemşirelerin mesleki bilimsel etkinliklere ve toplantıları katıldıkları saptanmıştır (Öztürk ve ark.2008; Keskin ve ark.2001). Bu sonuçlar, çalışma bulgusunu desteklemektedir.

7.1.3. Katılımcıların Standart Bakım Uygulamasına İlişkin Verilerinin Tartışılması

Katılımcıların standart bakım uygulamasına ilişkin verilerinin dağılımı **Tablo 6.1.3**'te gösterilmiştir. Katılımcıların çalıştıkları hastanelere göre standart bakım uygulamalarına yönelik görüşlerine **Tablo 6.1.3**'te yer verilmiştir. Bulgular değerlendirildiğinde, katılımcıların standart bakım uygulamalarına yönelik çalıştıkları hastaneler arasında görüş farklılığının olmadığı ve tüm kurumlarda katılımcıların ilk sırada standart bakımı, *“hemşirelik hizmetlerini tüm hastalara aynı doğrultuda planlamak ve uygulamak”* olarak tanımladığı ve standart bakımı gerekli gördüğü belirlenmiştir. Özel hastanedeki katılımcıların (%75), üniversite hastanesi (%20) çalışanları ve devlet hastanesi (%46.9) çalışanlarına oranla kurumlarında standart bakımları daha fazla kullandığı, üniversite hastanesi (%100) ve özel hastanede (%47.6) oluşturulan bu standartların ilk sırada başhemşire ve yardımcıları

tarafından geliştirildiği devlet hastanesinde (%52.2) ise klinik hemşirelerinin standartları geliştirdiği belirlenmiştir. Tüm hastanelerdeki katılımcılar standart bakımın gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca tüm hastanedeki katılımcıların kullandıkları standart bakım uygulamalarının katkısını ilk sırada “*bakımda bütünlük-eşitlik sağlar*” olarak belirttikleri, alandaki standart bakım uygulamalarını kısmen yeterli gördükleri ve standart bakım uygulamalarının tüm hastanelerde kullanılmasını istedikleri saptanmıştır.

Katılımcıların büyük çoğunluğu standart bakımın tanımını yapabilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğunu devlet hastanesinde çalışıyor olmaları, dolayısıyla sayılarının diğer hastanelerde çalışanlara oranla fazla olmasının bu sonucu etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Ancak, uygulama sırasında katılımcıların alanda kullandıkları akış şemalarının olmayışının, şemanın kullanımı ve bunun bakımda sağlayacağı yararlar konusunda yeterli bilgilerinin olmadığı gözlenmiştir. Ülkemizde akış şemalarının hemşirelik bakımında kullanıldığı çalışmalara rastlanamamıştır. Bakım protokolü ya da vaka yönetimi yöntemlerinin kullanılarak yapılan çalışmalarda, geçerliği saptanmış standartların hasta bakımında kullanılmasının, hastaların gereksinimlerine uygun, yeterli ve kaliteli hemşirelik bakımı almalarını sağladıkları vurgulanmıştır. Mesleki kalitenin birincil ölçütü standartların geliştirilmesi ve kullanılmasıdır. Standartlar hem bireysel hem de diğer disiplinlerle işbirliği için zemin oluşturur. Mesleğe ilişkin kaliteyi ancak anlamlı standartlar oluşturulduğunda, uygulandığında, güncelleştirildiğinde ulaşılabilmektedir. Ülkemizde eğitim düzeyini yükseltme, hemşirelik uygulamalarını uluslararası düzeyde tutma ve otonomi çabasında olan hemşireliğin bu hedeflere ulaşabilmesi için; günümüzde kendi alanı içine giren uygulamalarla ilgili standartları saptaması, denetlemesi ve değerlendirmesi zorunludur. Çünkü bir meslek vermiş olduğu hizmetin kalitesine önem vermek ve kalitesini garanti altına almak için vermiş olduğu hizmetin kontrol mekanizmalarını araştırmak zorundadır. Standartlar hem bireysel hem de diğer disiplinlerle işbirliği için zemin oluşturur. Mesleğe ilişkin kaliteye; ancak anlamlı standartlar oluşturulduğunda, uygulandığında, güncelleştirildiğinde ulaşılabilmektedir (Erdoğan 2003; Ertem ve Sevil 2007).

Çalışmamızda kurumlar arasında standartları oluşturma ve kullanma oranlarında farklılıklar saptanmıştır. Özellikle devlet ve özel hastanelerde çalışan hemşirelerin üniversite hastanesinde çalışanlara oranla standartları daha çok kullandıklarını ifade etmeleri dikkat çekmiştir. Bir kurumda kalite çalışmalarının başlatılması ancak tüm alanlarda kapsamlı ve etkin standartların oluşturulması ile mümkün olabilir. Günümüzde kalite yaklaşımı öncelikle özel hastanelerde başlamış ve diğer sağlık kurumlarında da yaygınlaşmaya başlamıştır. Kamu hastanelerinde de artık bu hızlı değişime ayak uydurmak için düzenli çalışmalar ve denetimler

yapılmaktadır. Kalite kavramının oluşturulmasında anlamlı standartların oluşturulması gerekli olduğundan gerek özel hastanelerde gerekse devlet hastanelerindeki hemşirelerin standartlara daha alışık olması beklenen bir sonuçtur.

Literatürde, standart bakım uygulamasının sağladığı yararlaraya yönelik pek çok çalışma bulunmaktadır. Çalışmalarda, hasta bakım ve tedavi standartlarının geliştirilmesinin, kalite düzeyinin arttırılmasında, eksikliklerin giderilmesinde, ekip işbirliğinin sağlanmasında ve mevcut kaynakların en iyi şekilde kullanılmasında etkili olacağı; bakımında bakım protokolü kullanılmasının hemşirelerin memnuniyet düzeyini arttırdığı ve hastaların hastanede kalış süresini azalttığı belirtilmiştir (Eroğlu ve ark.2001; Tosun 2002; Şenuzun 1998; Ertem 2003; Yıldız Eryılmaz 2001; Şen 2005; Gençalp ve Eryılmaz 1998). Bu bulgular çalışma bulgusunu desteklemektedir.

7.1.4. Katılımcıların Akış Şemasına İlişkin Verilerinin Tartışılması

Katılımcıların akış şemasına ilişkin verilerinin dağılımı **Tablo 6.1.4**'te gösterilmiştir. Tüm kurumlarda çalışan katılımcıların akış şemanın tanımını ilk sırada *“bakım uygulamalarını görsel ve adım adım ifade eden şema”* olarak tanımladıkları belirlenirken, tüm hastanelerdeki katılımcıların büyük oranda alanlarında hiç akış şeması kullanmadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Tüm hastanelerdeki katılımcıların büyük oranda akış şemalarını gerekli görerek tüm alanlarda kullanılmasını istedikleri saptanmıştır.

Literatürde akış şemaları, herhangi bir problemin çözümü veya yapılmak istenen bir eylem için yapılacak işlemlerin adım adım ifadesi olarak tanımlanmaktadır. Çözüm için yapılması gereken işlemler hiçbir alternatif yoruma izin vermeksizin sözel olarak ifade edilir daha sonra öncelik sıraları göz önünde bulundurularak ayrıntılı bir biçimde tanımlanır ve şematize edilir şeklinde ifade edilmektedir (Schofield 1990; Orient et all 1983). Çalışmada da katılımcıların büyük bir kısmının akış şemalarını literatür tanımlarına uyumlu bir şekilde tanımlamaları ve akış şemalarına yönelik bilgilerinin olduğunu ifade etmeleri dikkati çekerken, büyük bir çoğunluğun alanda akış şemalarını kullanmadıklarını ifade etmeleri bilgilerin uygulamaya geçirilmesinde bir problem olduğuna işaret etmektedir. Katılımcılardan uygulama sırasında alınan geri bildirimlerde, çalıştıkları kliniklerde akış şemalarının gerekli olduğunu, ancak hasta bakım uygulamalarında akış şemalarının yetersiz olması ya da olmayışının uygulamalarda bireysel farklılıklar yarattığını ve özellikle hemşireler tarafından oluşturulan standart akış şemalarının uygulamada kolaylık sağlayacağını ifade ettikleri saptanmıştır.

Literatürde, standart bakım uygulamasının sağladığı yararlaraya yönelik pek çok çalışma bulunmaktadır. Hassan'ın Koroner Arter Baypas Greft (CABG) uygulanan hastalarla yaptığı çalışmasında (1992), klinik uygulamalar sırasında pathway kullanımının hastanede kalış süresini kısalttığı ve maliyeti azalttığı belirlenmiştir. Thomas'ın çalışmasında (2004), palyatif bakım alan hastaların tamamı standart bakım uygulamalarının hemşirelik bakım kalitesinde ve ağrı yönetiminde olumlu etkileri olduğunu belirtmişlerdir. Ring'in (2005), genel cerrahi servisinin uygulama standartlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, standart bakım süreçleri uygulanan hastaların memnuniyetlerinin arttığı, aksaklıkların ortaya çıkmasını kolaylaştırdığı ve ekibin işbirliğini arttırdığı saptanmıştır (Ring 2005). Bu bulgular çalışma bulgusunu desteklemektedir.

Ülkemizde hemşirelik uygulamalarında standart bakım protokollerinin hasta bakım kalitesine, hasta ve çalışan memnuniyetine etkilerini gösteren çalışmalar sayıca çok yeterli değildir. Literatürde de, kronik hastalıklarda belirli semptomlara yönelik geliştirilmiş akış şemalarının olduğu çalışmalara rastlanmış, ancak jinekolojik onkolojide hemşirelik bakım standartlarını belirleyen çalışma bulmakta sıkıntı yaşanmıştır. Hemşirelik uygulamalarında standart geliştirerek hasta tedavi ve bakımında ortak dil kullanmak için ülkemizde akış şemalarının etkinliğinin değerlendiriliği çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir.

7.2. KATILIMCILARIN AKIŞ ŞEMALARININ OLUŞTURMA SÜRECİNE İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELERİN TARTIŞILMASI

Literatür taraması sonunda, araştırmacılar tarafından jinekolojik onkoloji alanına ait riskler-problemler belirlenerek sınıflandırılmıştır. Belirlenen risklere yönelik olarak standart bakım ve uygulamaların olup olmadığı belirlenmiştir. Değerlendirmeler sonucunda, Jinekolojik onkoloji alanına ilişkin toplam 15 adet akış şeması oluşturulmuştur.

7.2.1. Jinekolojik Onkoloji Alanına Ait Risklere Yönelik Akış Şemalarının Tartışılması

Jinekolojik onkoloji alanına ait risklere yönelik olarak üç akış şeması oluşturulmuştur. Oluşturulan akış şemalarının, araştırmamızı gerçekleştirdiğimiz altı hastanenin jinekoloji polikliniklerinde ve jinekoloji servislerinde çalışan katılımcılar tarafından değerlendirilmesi sağlanmıştır. Özellikle özel hastanelerde çalışan katılımcıların hastane kalite çalışmaları içersinde de yer alıyor olmaları ve kendi hastaneleri içinde bakım standartlarını oluşturuyor olmaları nedeniyle diğer hastanelere göre daha anlamlı değerlendirmelerin yapılmasını sağlamıştır. Devlet hastanelerinde hasta yoğunluğunun çok

fazla olması nedeniyle hasta eğitimine ağırlık verilememesi şemaların yeterince değerlendirilmemesine neden olmuştur.

7.2.2. Kemoterapinin Neden Olduğu Semptomlara Yönelik Akış Şemalarının Tartışılması

Kemoterapinin neden olduğu semptomlara yönelik sekiz akış şeması oluşturulmuştur. Oluşturulan şemalar, hastanelerin jinekoloji ve jinekolojik onkoloji servislerinde çalışan katılımcılar tarafından değerlendirilmiştir. Hastanelerin çoğunda ayrı bir jinekolojik onkoloji servisinin olmayışı nedeniyle katılımcıların değerlendirme sürecinde güçlükler yaşanmıştır. Ancak, genel olarak, jinekolojik onkoloji alanının özelleşmiş bir alan olması ve genelde hemşirelerin aynı birimde uzun süre çalışmaları nedeniyle, belirlenen akış şemaları üzerinde çok farklı ya da belirlenene zıt herhangi bir öneri olmamıştır. Hastane bazında olan değerlendirmeler sonucunda, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan hemşirelerin hasta yoğunluğunu çok olması, büyük çoğunluğunun sağlık meslek lisesi ya da ön lisans mezunu olması ve en önemlisi onkoloji sertifikasyonlarının olmayışı nedeniyle, öneri getirmede sıkıntı yaşadıkları gözlenmiştir. Özel hastanelerde, hasta memnuniyetinin önemli olması nedeniyle akış şemalarını değerlendirmede ve kullanmada daha istekli ve değerlendirmede daha katılımcı oldukları saptanmıştır. Üniversite hastanesi, görev ve rollerin daha net belirlenmiş olması, hemşireler dışında da eğitim amacıyla tıp öğrencileri ya da asistan hekimlerinde bakımın belirli bölümlerinde etkin görev alıyor olmaları nedeniyle uygulamanın bazı süreçlerinde yer aldığı belirlenmiştir. Akış şemalarına yönelik eğitim seviyesi yüksek olan, genç yaş grubundaki ve Sağlık Bakanlığı hastaneleri dışındaki hastanelerde çalışan hemşirelerin çalışmada daha aktif rol aldıkları gözlenmiştir. Şemalar katılımcılar tarafından değerlendirildiğinde, uygulama basamaklarının bütüncül yaklaşım sergilemeyi kolaylaştırdığı, takiplerde gözden kaçan uygulamaları ve buna bağlı ortaya çıkan eksikliği gidermede şemanın oldukça yol gösterici olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır.

Kemoterapi alan hastalar üzerinde yapılan araştırmalarda; semptomların sistematik değerlendirilmesinin yanısıra kontrolüne yönelik eğitimler verilmesi ve hastaların desteklenmesinde hemşirelerin vazgeçilmez olduğu vurgulanmaktadır. Whenerly-Tedder (1997), kemoterapi alan hastaların emosyonel durumunu değerlendirmede ve hastalığın onlar için hangi anlama geldiğini anlamada hemşirelerin beceri sahibi olmalarının önemini belirtmiştir. Benor (1998), ayaktan kanser tedavisi gören hastalar; hemşirelerin yaptığı eğitim, danışmanlık ve destek aktivitelerini içeren ev ziyaretlerinin hastaların sıkıntılarını azalttığını

belirlemiş, özbakım yaklaşımının kanser hastalarının yaşam kalitesini yükseltmek için etkin olabileceğini vurgulamıştır (Whenery-Tedder 1997; Benor 1998; Demirsoy 2008).

Yapılan çalışmalarda, kemoterapi uygulamasına ve semptomlarına yönelik eğitimin hastalar ve yakınları için çok gerekli ve önemli olduğunu fakat gerektiği gibi ve hastalarımızın ihtiyacına cevap verebilecek şekilde yapılamadığını ortaya çıkarmaktadır. Kliniklerdeki hasta sayısının dünya standartlarında olması gerekenden daha fazla, çalışan sağlık personeli sayısının ise hasta sayısına oranla çok az olmasından dolayı sağlık ekibinin hastalara eğitim için ayırdığı zaman çok sınırlıdır. Sağlık kurumlarında genellikle hastaların varolan/ifade ettikleri semptomlarına odaklanıp, tedavi edilmektedir (Demirsoy 2008).

7.2.3. Operasyon Süreci ve Taburculuğa Yönelik Akış Şemalarının Tartışılması

Operasyon süreci ve taburculuğa yönelik dört akış şeması oluşturulmuştur. Oluşturulan şemalar, jinekoloji servislerinde çalışan katılımcıların önerilerine sunulmuştur. Akış şemalarına yönelik alınan geribildirimler arasında; komplikasyonlara yönelik oluşturulan şemaların oldukça ayrıntılı olduğu, özellikle tanılamaya yönelik bulgularında verilmesinin erken müdahalede yönlendirici olduğu, diğer fiziksel komplikasyonların yanında ruhsal problemlere yönelik sorunlara da yer verilmiş olmasının çoğu zaman gözden kaçan bulguların tanımlanmasına olanak sağladığı ifadeleri yer almıştır

Terminal dönemdeki hastaya bakım vermekte, aile ile iletişimde ne yapılması gerektiği gibi konularda sıkıntı yaşadıkları, bu nedenle çoğu zaman bu süreçte değerlendirmekte bu yüzden problem yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin yaptıkları genel değerlendirmeler sonucunda belirlenen değişiklikleri uygun şekilde eklenmiş, ancak hemşirelik bakımında olması gereken ancak hastane bazında farklılık gösteren uygulamalar konusunda çıkartılma yapılmamıştır.

7.3. KATILIMCILARIN AKIŞ ŞEMA SÜRECİ PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN VERİLERİN TARTIŞILMASI

Katılımcıların akış şema sürecine ilişkin uygulama öncesi ve sonrasındaki değerlendirmeleri incelendiğinde; sürecin planlama, uygulama, değerlendirme, gözden geçirme ve genel değerlendirme aşamalarının her iki ölçüm arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p= 0.000$; $p<0.01$) (**Tablo 6.2.1; 6.2.2; 6.2.3; 6.2.4;6.2.5**).

Tabloların ortalama sütunundaki değerlerden uygulama sonrası testten alınan puanların yükseldiği anlaşılmaktadır. Bu bulgu, uygulama sonrasında katılımcıların akış şema süreci ve

aşamalarına yararına olan inançlarının arttığını göstermektedir. Uygulama sırasında, katılımcılar tarafından uygulama basamaklarının bütüncül yaklaşım sergilemeyi kolaylaştırdığı, takipler sırasında gözden kaçan uygulamaların fark edilmesini sağladığı ve eksikliklerin giderilmesinde şemanın oldukça yol gösterici olduğuna ilişkin geribildirimler alınmıştır.

Literatürde de, geçerliliği saptanmış olan standartların hasta bakımında kullanılması, hastaların gereksinimlerine uygun, yeterli ve kaliteli hemşirelik bakımı almalarını sağlamaktadır. Oskay Şahin ve Oktay'ın hasta kabulü standartlarının geliştirilmesi çalışmasında (2001), standart geliştirme sonrası hasta grubun toplam hizmet kalitesi puanı standart geliştirme öncesine göre yüksek bulunmuş ve hizmet kalitesinin arttığı belirlenmiştir (Oskay ve Oktay, 2001). Ayrıl ve ark. çalışmasında da (2003), rehabilitasyon merkezinde hemşirelik bakımını sistematik yaklaşımla gerçekleştirmeye başladıktan sonra hizmetin niteliğinde belirgin artış olduğu saptanmıştır (Ayrıl ve ark., 2003). Yıldız Eryılmaz'ın çalışmasında da (2001), hemşirelik bakımının standartize edildiğinde, bakımın kalitesinin ve hasta memnuniyetinin arttığı belirtilmiştir (Yıldız Eryılmaz, 2001). Ghosh ve ark. çalışmasında da (2001), jinekolojik onkoloji hastalarına yönelik verilen bakım yaklaşımının hastaların yaşam kalitesi, memnuniyetinde artışa neden olduğu ve bakım maliyetlerinin azalmasında etkili olduğu belirtilmiştir (Ghosh ve ark. 2001). Müller ve ark. çalışmasında (2009), cerrahide klinik pathway kullanımının komplikasyonları ve hastaneye geri yatışları azalttığı belirtilmiştir (Müller 2009). Dy ve ark. çalışmasında (2005), kritik pathwaylerin hastanede kalış süresini kısaltmada etkili olduğu saptanmıştır (Dy ve ark. 2005). Vries ve ark. çalışmasında (2007), yaşlı kanser hastalarını bakımında kullanılan klinik bakım pathwaylerinin ortaya çıkabilecek olası sorunların tespitinde kolaylık sağladığı ve hastanın eğitim gereksinimlerinin fark edilmesini kolaylaştırdığı belirtilmiştir (Vries ve ark.2007).

7.4. KATILIMCILARIN DEĞİŞKENLERE GÖRE AKIŞ ŞEMA SÜRECİNİ DEĞERLENDİRMELERİ

7.4.1. Katılımcıların Bireysel Özelliklerine İlişkin Verilerin Tartışılması

Katılımcıların *yaş grupları* ile akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeleri arasındaki ilişki varyans analizi yardımıyla incelenmiş ve analiz sonuçları **Tablo 6.3.1**'de verilmiştir. Akış şema sürecinin etkinliğine ilişkin değerlendirmeler ile yaş grupları arasında planlama, uygulama, değerlendirme, gözden geçirme ve genel değerlendirme aşamaları arasında

istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu sonuç, katılımcıların farklı yaş gruplarında olmasının sürece yönelik değerlendirmeleri üzerinde etkili olmadığını göstermektedir. Bunun yanı sıra, akış şemalarına yönelik katılımcılardan görüş alma aşamasında genç yaş grubundaki katılımcıların akış şemalarını kullanmada daha istekli oldukları gözlenmiştir. Tablounun uygulama öncesi ve sonrası puan ortalamaları ile yaş gruplarının değerlendirilmesi incelendiğinde, genç yaş gruplarındaki katılımcıların puan ortalamalarının ileri yaş grubundaki katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamakla birlikte, tüm yaş gruplarının uygulama sonrası puanlarında, uygulama öncesine göre belirgin artış olduğu görülmektedir. Katılımcılardan yaş grubu büyük olanların şemalarının hasta bakım sürecini uzatacağı, evrak işlerini ve dolayısıyla iş yükünü arttıracacağı yönünde görüşlerin olduğu gözlenmiştir. Literatürde hemşirelerin farkındalık ve inanç durumları arttıkça değişime daha kolay adapte oldukları ve mesleki gelişim sürecine destek oldukları ifade edilmektedir. Ayrıca, değişim sürecinde genç yaş grubunun sürece daha kolay uyum sağlayarak katılımcı oldukları; buna karşın ileri yaş grubunun değişim sürecinde daha ön yargılı ve isteksiz oldukları bilinen bir gerçektir. Genç yaş grubunun değişime daha açık olması, bilimsel ve teknolojik gelişmeleri daha yakından takip etmeleri ve farklılıklara daha kolay adapte olmalarından etkilenirken, ileri yaş grubunun değişim sürecini çoğu zaman “eski köye yeni adet” ifadesi ile tanımlamaları da bu süreçte yaşanan güçlükleri özetler niteliktedir. Genç hemşirelerin, bilgilerin taze olması, yeni iş yerinde kendini kanıtlama çabasıyla problem çözme ve karar verme becerilerini daha etkin kullandıkları, ileri yaştaki hemşirelerin ise meslek yıllarının dolmasıyla deneyimlerin artması nedeni ile teknikleri daha iyi kullandıkları ve devam eden sürece alıştıkları için yeniliklere uyum sağlamada zorlandıkları düşünülmektedir.

Katılımcıların *eğitim durumları* ile uygulama öncesinde ve sonrasında akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeleri arasındaki ilişki varyans analizi yardımıyla incelenmiş ve analiz sonuçları **Tablo 6.3.2**'de verilmiştir. Akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeler ile eğitim durumları arasında planlama, uygulama, değerlendirme, gözden geçirme ve genel değerlendirme aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu bulgudan, katılımcıların akış şemalarına ilişkin değerlendirmelerinin eğitim düzeylerine bağlı olarak değişmediği sonucuna varılmıştır. Eğitim durumları ile uygulama öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların puan ortalamalarının sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunu katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamakla birlikte, tüm eğitim düzeylerindeki katılımcıların uygulama sonrası

puanlarında, uygulama öncesine göre belirgin artış gözlenmiştir. Literatürde de, eğitim düzeyinin bakım standartlarını etkilemediği yönünde yapılmış çalışma sonuçları yer almaktadır. Gökdoğan'ın çalışmasında (1992), hemşirelerin eğitim düzeylerinin hemşirelikte standart bakıma yönelik görüşlerinde etkili olmadığı saptanmıştır (Gökdoğan 1992). Kruse'un (1999) klinik hemşireleri ile yaptığı çalışmada hemşirelerin eğitim düzeyinin hasta bakımında pathway kullanımından memnun olma durumlarını etkilemediği saptanmamıştır (Kruse 1999). Ronellenfitsch ve ark. çalışmasında (2008), eğitim durumunun klinik pathwaylerin yararlarının kanıtlanmasında etkisine yönelik bilgilerin sınırlı olduğu ifade edilmiştir (Ronellenfitsch ve ark.2008). Bu sonuçlar, çalışma bulgusunu desteklemektedir.

Katılımcıların **kadroları** ile uygulama öncesinde ve sonrasında akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeleri arasındaki ilişki varyans analizi yardımıyla incelenmiş ve analiz sonuçları **Tablo 6.3.3**'te verilmiştir. Akış şema sürecine ilişkin uygulama öncesi ve sonrası değerlendirmeleri ile kadro durumları arasında planlama ve genel değerlendirme aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Bu bulgu, farklı kadrolardaki katılımcıların akış şemalarının planlama ve genel değerlendirme aşamaları hakkındaki değerlendirmeleri arasında belirgin farklılık olduğunu ortaya koymaktadır. Ebe kadrosundaki katılımcılar hemşire kadrosundaki katılımcılara göre daha düşük puan almışlardır. Bu bulgudan, hemşirelerin akış şemalarının planlama ve genel değerlendirme aşamaları hakkındaki değerlendirmelerinin ebelerden farklı olduğu ve hemşirelerin planlama ve genel değerlendirme boyutlarının önemine daha çok inandıkları sonucuna varılmıştır. Jinekolojik onkoloji alanı özelleşmiş bir alandır ve onkoloji alanında sertifikasyonu olan, uzmanlaşmış hemşirelerin çalışması gereken birimlerdir. Ülkemizde mesleki uzmanlaşmanın olmayışı, görev tanımlarında netliklerin olmaması, ebelerin doğumhane ve kadın doğum servisleri dışındaki alanlarda da eleman ihtiyacını gidermek amaçlı olarak çalışıyor olması gibi nedenlerden dolayı uygulamalarda ve değerlendirmelerde farklılıklar yaşanmaktadır.

7.4.2. Katılımcıların Mesleki Özelliklerine İlişkin Verilerin Tartışılması

Katılımcıların **meslekte çalışma süreleri** ile akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeleri arasındaki ilişki varyans analizi yardımıyla incelenmiş ve analiz sonuçları **Tablo 6.3.4**'te verilmiştir. Akış şema süreci ile meslekte çalışma süresi arasında planlama, uygulama, değerlendirme, gözden geçirme ve genel değerlendirme aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu bulgu, farklı çalışma sürelerine sahip katılımcıların akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeleri arasında belirgin bir fark olmadığı ortaya koymaktadır. Bunun yanında 10 yıl ve üzeri görev süresine sahip katılımcıların akış

şema sürecinin önemine daha az inandıkları sonucuna varılmıştır. Akış şemalarına yönelik katılımcılardan görüş alma sürecinde de, meslekte çalışma yılı az olan, daha genç yaş grubundaki katılımcıların akış şemalarını değerlendirme ve kullanmada daha istekli oldukları gözlenmiştir. Meslekte çalışma yılı fazla olan katılımcıların, yenil uygulama ve değişikliklere karşı daha önyargılı ve isteksiz oldukları gözlenmiştir. Literatürde de, çalışma bulgusu ile benzerlik gösteren çalışmalar yer almaktadır. Gökdoğan'ın çalışmasında (1992), hemşirelerin çalışma sürelerinin hemşirelikte standart bakıma yönelik görüşlerinde etkili olmadığı saptanmıştır (Gökdoğan 1992). Kruse'un (1999) klinik hemşireleri ile yaptığı çalışmada hemşirelerin çalışma yılının hasta bakımında pathway kullanımından memnun olma durumlarını etkilemediği saptanmamıştır (Kruse 1999).

Katılımcıların *jinekolojik onkoloji alanında çalışma süreleri* ile akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeleri ile arasındaki ilişki varyans analizi yardımıyla incelenmiş ve analiz sonuçları **Tablo 6.3.5**'te verilmiştir. Akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeler ile jinekolojik onkoloji alanında çalışma süreleri arasında planlama, uygulama, değerlendirme, gözden geçirme ve genel değerlendirme aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu bulgu, katılımcıların akış şemalarının planlama, uygulama, değerlendirme ve gözden geçirme aşamalarına ilişkin görüşlerinin jinekolojik onkoloji alanında çalışma sürelerine bağlı olarak değişmediği sonucunu ortaya koymaktadır. Veri toplama sürecinde, katılımcılardan alanda uzun süre çalışanların bakımda şema kullanımı konusunda istekli olmadığı, ancak işe yeni başlayan ya da alanda yeni çalışan katılımcıların oryantasyonları için şema kullanımının faydalı olacağı yönünde bildirimleri olmuştur.

Katılımcıların *görev yaptıkları hastane* ile akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeleri arasındaki ilişki varyans analizi yardımıyla incelenmiş ve analiz sonuçları **Tablo 6.3.6**'da verilmiştir. Akış şema süreci ile görev yapılan hastaneler arasında planlama, uygulama ve genel değerlendirme aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Akış şema sürecinin değerlendirme ve gözden geçirme aşamalarına ilişkin değerlendirmeler ile görev yapılan hastane arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu bulgu, farklı hastanelerde görev yapan katılımcıların akış şemalarının planlama, uygulama ve genel değerlendirme aşamalarına yönelik değerlendirmeleri arasında belirgin bir fark olduğunu ortaya koymaktadır. Üniversite hastanesi ve özel hastanede görev yapan katılımcıların akış şemalarının yararına daha fazla inandıkları sonucuna varılmıştır. Bu sonuç, üniversite hastanesi ve özel hastanedeki hasta sayısının devlet hastanelerine oranla daha az olmasından ve bu hastanelerde hasta başına düşen hemşire sayısının fazla olmasından kaynaklanmış olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Devlet hastaneleri, diğer hastanelere göre hasta sayısının fazla olduğu, çalışan sayısının hasta bakımını karşılamada yetersiz olduğu ve fiziki koşulların diğer hastanelere göre daha yetersiz olan hastanelerdir. Bu hastanelerde çalışanların hasta tedavisi dışında bakım uygulamaları için çok fazla zamanlarının olmadığı, evrak işlerinin çokluğu ve görevlerin net bir şekilde belirlenmemiş olmamasının da bu sonuçta etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir. Son yıllarda özellikle devlet hastanelerinde kalite çalışmaları kapsamında başlatılan çalışmaların olması, bakımda standardizasyonu sağlamak amacıyla protokollerin oluşturulması çalışmaları sevindiricidir. Ancak, bu çalışmaların içselleştirilmeden ve gerekli alt yapı oluşturulmadan başlatılmış olması, standart oluşturma çalışmaları içerisinde yer alan ekibin bu uygulamaların gerekliliğine inanmamalarının çalışmalardan istenen sonucu elde etmede engel teşkil ettiğini düşündürmektedir. Literatürde çalışma bulgusunu destekleyen çalışmalar yer almaktadır. Gökdoğan'ın çalışmasında (1992), hemşirelerin çalıştıkları hastanelerin hemşirelikte standart bakıma yönelik görüşlerinde etkili olmadığı saptanmıştır (Gökdoğan 1992). Darer ve ark. çalışmasında (2002), klinik yol uygulamasının hastanelere göre farklılık gösterebileceği ifade edilmiş; klinik yol kullanımının en çok eğitim hastanelerinde en az ise devlet hastanelerinde olduğu belirlenmiştir (Darer ve ark. 2002). Bu sonuçlar çalışma bulgusunu desteklemektedir.

7.4.3. Katılımcıların Standart Bakım Uygulamasına İlişkin Verilerin Tartışılması

Katılımcıların *standart bakımın gerekliliği* konusundaki düşünceleri ile akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeleri arasındaki ilişki varyans analizi yardımıyla incelenmiş ve analiz sonuçları **Tablo 6.3.7**'de verilmiştir. Akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeler ile standart bakımın gerekliliği konusundaki düşünceler arasında planlama, uygulama, değerlendirme, gözden geçirme ve genel değerlendirme aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu bulgu, farklı düşüncelere sahip katılımcıların akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeleri arasında belirgin farklılık olduğunu ortaya koymaktadır. Katılımcıların akış şemaları hakkındaki değerlendirmelerinin standart bakımın gerekliliğine yönelik düşüncelerine bağlı olarak değişiklik gösterdiği, standart bakımın gerekli olduğunu düşünen katılımcıların akış şema sürecinin önemine daha fazla inandıkları sonucuna varılmıştır. Çalışma alanında standart bakımın olmasını isteyen katılımcılar, akış şemalarının yararına inanmaktadırlar. Uygulama sırasındaki izlenimlerde, akış şemalarının standart bakımda ortak dil olacağını, hasta ve çalışan memnuniyetini arttıracaklarını düşünen ve uygulamalarda akış şemalarının kullanılmasının gerekliliğine inanan katılımcıların şemaların değerlendirmelerine yönelik daha destekleyici ve istekli oldukları gözlenmiştir. Bu bulgu da, çalışma bulgusunu desteklemektedir.

Literatürde, standart bakım uygulamasının sağladığı yararlaraya yönelik pek çok çalışma bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda, standart bakım uygulamalarını gerek hasta bakım uygulamaları ve hasta maliyetleri üzerinde, gerekse çalışan memnuniyetinin arttırdığı saptanmıştır (Eroğlu ve ark.2001; Ünlü 1999; Tosun 2002; Şenuzun 1998; San Turgay 1998; Ertem 2003; Yıldız Eryılmaz 2001; Boyacı 2003; Şen 2005; Ring 2005 ;Gençalp ve Eryılmaz 1998).

Ülkemizde hemşirelik uygulamalarında standart bakım protokollerinin hasta bakım kalitesine, hasta ve çalışan memnuniyetine etkilerini gösteren çalışmalar sayıca çok yeterli değildir. Literatürde de, kronik hastalıklarda belirli semptomlara yönelik geliştirilmiş akış şemalarının olduğu çalışmalara rastlanmış, ancak jinekolojik onkolojide hemşirelik bakım standartlarını belirleyen çalışma bulmakta sıkıntı yaşanmıştır. Hemşirelik uygulamalarında standart geliştirerek hasta tedavi ve bakımında ortak dil kullanmak için ülkemizde akış şemalarının etkinliğinin değerlendiriliği çalışmalara gereksinim vardır.

7.4.4. Katılımcıların Akış Şemasına İlişkin Verilerin Tartışılması

Katılımcıların çalışma alanında *akış şeması olmasını isteme durumları* ile akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeleri arasındaki ilişki varyans analizi yardımıyla incelenmiş ve analiz sonuçları **Tablo 6.3.8'**de verilmiştir. Akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeler ile çalışma alanında akış şeması olmasını isteme durumları arasında planlama, değerlendirme, gözden geçirme ve genel değerlendirme aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Bu bulgu, çalışma alanında akış şemasını isteme konusunda farklı düşüncelere sahip katılımcıların akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeleri arasında fark olduğunu ortaya koymaktadır. Katılımcılardan, çalışma alanında akış şeması olmasını isteyenlerin akış şema sürecinin önemine daha fazla inandıkları sonucuna varılmıştır. Uygulama alanında akış şeması olmasını isteyen katılımcılar, şemaların klinik rotasyona tabii olan çalışanların kliniğe uyumlarında, işe yeni başlayan deneyimsiz hemşirelerin ve klinik uygulama için hastanelerde bulunan öğrencilerin eğitiminde yol gösterici bir rehber olacağını ifade etmişlerdir. Ayrıca, akış şemalarının sayfalarca okunarak öğrenilecek bilgileri tek bir sayfada özet şeklinde ve görsel olarak kolay anlaşılabilir olarak hazırlanmasının da klinikteki akışı aksatmadan eksiklerin kontrol edilmesini sağlayacağı belirtilmiştir. Bu ifadelerde, çalışanların akış şemasını isteme durumlarının şemanın etkinliğine inandıklarının göstergesi olarak yorumlanmıştır.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1. SONUÇLAR

Jinekolojik onkoloji hastalarına verilen hemşirelik uygulamalarına ilişkin akış şemalarını alana uyarlamak ve geliştirmek amacıyla tek gruplu yarı deneysel bir çalışma olarak planlanan çalışmamız İstanbul ilinde hizmet veren 3 Sağlık Bakanlığı hastanesi, 2 özel hastane ve 1 üniversite hastanesi olmak üzere toplam altı hastanede 13.10.2008-13.03.2009 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışma kapsamına 87 hemşire alınmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar, aşağıda belirtiliği şekilde özetlenmiştir:

8.1.1. Katılımcıların Bireysel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Sonuçlar (Tablo 6.1.1)

- Katılımcılardan en genç personele sahip hastane grubu özel hastaneler (%50), en yaşlı gruba sahip hastaneler ise devlet hastanesi (%18.4)dir.
- Katılımcılardan sağlık meslek lisesi mezunu personele sahip hastane grubu devlet hastanesi (%20.4), lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip hastane grubu ise özel hastane (%89.3) ve üniversite hastanesi (%40)dir.
- Katılımcılardan hemşire kadrosuna sahip katılımcılar tüm hastanelerde (%100; %51; %60.7) ebe kadrosuna göre fazladır.
- Katılımcılardan meslekte 1 yıldan az süredir çalışan personele sahip hastane grubu özel hastaneler (%21.4), 10 yıl ve üzeri süredir meslekte çalışan gruba sahip hastaneler ise devlet hastanesi (%57.2) ve üniversite hastanesi (%50)dir.
- Katılımcılardan jinekolojik onkoloji alanında 1 yıldan az süredir çalışan personele sahip hastane grubu özel hastaneler (%25), 10 yıl ve üzeri süredir meslekte çalışan gruba sahip hastaneler ise devlet hastanesi (%34.7) ve üniversite hastanesi (%30)dir.

8.1.2. Katılımcıların Mesleki Bilgi Kaynaklarına İlişkin Sonuçlar (Tablo 6.1.2)

- Katılımcılardan özel hastanede çalışanların %57.1'i ve üniversite hastanesinde çalışanların %50'si hasta bakımı ve tedavisinde, kaynak olarak interneti kullanırken; devlet hastanesindekilerin %42.9'u hekime danıştığını belirtmiştir.

- Katılımcılardan üniversite hastanesi (%40), devlet hastanesi (%30.6) ve özel hastanede (%75) çalışanların mesleki gelişme ve yeniliklerden haberdar olmada kaynak olarak interneti kullandığı saptanmıştır.
- Tüm hastanelerdeki katılımcıların büyük oranda mesleki etkinliklere katıldıkları belirlenmekle birlikte, devlet hastanesindeki katılımcıların mesleki etkinliklere katılım oranı (%55.1) diğerlerine göre daha az bulunmuştur.

8.1.3. Mesleki Standartlar ve Akış Şemalarına İlişkin Sonuçlar (Tablo 6.1.3 - Tablo 6.1.4)

- Katılımcıların standart bakım uygulamalarına yönelik çalıştıkları hastaneler arasında görüş farklılığının olmadığı ve tüm kurumlarda katılımcıların ilk sırada standart bakımı, *“hemşirelik hizmetlerini tüm hastalara aynı doğrultuda planlamak ve uygulamak”* olarak tanımladığı ve standart bakımı gerekli gördüğü belirlenmiştir.
- Özel hastanedeki katılımcıların (%75), üniversite hastanesi (%20) çalışanları ve devlet hastanesi (%46.9) çalışanlarına oranla kurumlarında standart bakımları daha fazla kullandığı, üniversite hastanesi (%100) ve özel hastanede (%47.6) oluşturulan bu standartların ilk sırada başhemşire ve yardımcılar tarafından geliştirildiği devlet hastanesinde (%52.2) ise klinik hemşirelerinin standartları geliştirdiği belirlenmiştir.
- Tüm hastanelerdeki katılımcılar standart bakımın gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca tüm hastanedeki katılımcıların kullandıkları standart bakım uygulamalarının katkısını ilk sırada *“bakımda bütünlük-eşitlik sağlar”* olarak belirttikleri, alandaki standart bakım uygulamalarını kısmen yeterli gördükleri ve standart bakım uygulamalarının tüm hastanelerde kullanılmasını istedikleri saptanmıştır.
- Katılımcıların tüm kurumlarda çalışan katılımcıların akış şemanın tanımını ilk sırada *“bakım uygulamalarını görsel ve adım adım ifade eden şema”* olarak tanımladıkları belirlenirken, tüm hastanelerdeki katılımcıların büyük oranda alanlarında hiç akış şeması kullanmadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir.
- Tüm hastanelerdeki katılımcıların büyük oranda akış şemalarını gerekli görerek tüm alanlarda kullanılmasını istedikleri saptanmıştır.

8.1.4. Uygulama Öncesi ve Sonrası Akış Akış Şeması Sürecine İlişkin Sonuçlar

- Katılımcıların akış şema sürecine ilişkin uygulama öncesi ve sonrasındaki değerlendirmeleri incelendiğinde; sürecin planlama, uygulama, değerlendirme, gözden

geçirme ve genel değerlendirme aşamalarının her iki ölçüm arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.000$; $p<0.01$).

- Katılımcıların akış şema sürecinin etkinliğine ilişkin değerlendirmeler ile **yaş grupları** arasında planlama, uygulama, değerlendirme, gözden geçirme ve genel değerlendirme aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Katılımcıların akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeler ile **eğitim durumları** arasında planlama, uygulama, değerlendirme, gözden geçirme ve genel değerlendirme aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Katılımcıların akış şema sürecine ilişkin uygulama öncesi ve sonrası değerlendirmeleri ile **kadro durumları** arasında planlama ve genel değerlendirme aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).
- Katılımcıların akış şema süreci ile **meslekte çalışma süresi** arasında planlama, uygulama, değerlendirme, gözden geçirme ve genel değerlendirme aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Katılımcıların akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeler ile **jinekolojik onkoloji alanında çalışma süreleri** arasında planlama, uygulama, değerlendirme, gözden geçirme ve genel değerlendirme aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Katılımcıların akış şema süreci ile **görev yapılan hastaneler** arasında planlama, uygulama ve genel değerlendirme aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).
- Katılımcıların akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeler ile **standart bakımın gerekliliği konusundaki düşünceleri** arasında planlama, uygulama, değerlendirme, gözden geçirme ve genel değerlendirme aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).
- Katılımcıların akış şema sürecine ilişkin değerlendirmeler ile **çalışma alanında akış şeması olmasını isteme durumları** arasında planlama, değerlendirme, gözden geçirme ve genel değerlendirme aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).

8.2. ÖNERİLER

- Hemşire/ebelerin mesleki gelişme ve yeniliklerden haberdar olmalarını desteklemek için kongre/sempozyum gibi etkinliklere katılmaları konusunda finansal destek sağlanması, bakımdaki güncel ve farklı yaklaşımların klinik hemşireleriyle paylaşmasının sağlanması amacıyla periyodik toplantılar yapılması
- Hemşirelere standart bakım uygulamasının amacı, faydaları, uygulama yöntemi konusunda eğitim verilmesi
- Çalışma alanlarında standart bakımın sağlanması amacıyla akış şemaları kullanımını konusunda hemşirelerin cesaretlendirilmesi
- İşe yeni başlayan, klinik rotasyona tabi tutulan hemşirelerin ve klinik uygulamaya çıkan stajyer hemşirelerin oryantasyonu için akış şemalarının kullanılması
- Tüm hastanelerde aynı soruna, aynı bakım yaklaşımının sağlanması ve bakımda standardizasyonun sağlanması için akış şemalarının tüm hastanelerde kullanması ve kullanımın denetlenmesi
- Kadın doğum hemşireliğine yönelik hemşirelik uygulamaları dışındaki diğer alanlardaki hemşirelik bakımlarına yönelik olarak ta akış şemalarının oluşturulması ve etkinliğinin değerlendirilmesi
- Akış şemalarının kliniklerde daha uzun süre kullanılarak daha uzun süreçte değerlendirmelerin yapılması
- Akış şemalarının bakıma etkisini değerlendirmek için deney-kontrol gruplarını içeren daha büyük gruplarda benzer çalışmaların tekrarlanması
- Akış şemalarının deney-kontrol gruplu hastalarda kullanılarak hastalarının bakıdan memnuniyetini değerlendirecek çalışmaların yapılması
- Akış şemalarının hasta bakımında kullanımının tedavi gider maliyetleri üzerindeki etkisini belirlemek amaçlı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

1. Akdemir, N. (1994). Kalite, Maliyet ve Hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1:1, 48-51.
2. Akdemir, N. ve Birol, L. (2005). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Sistem Ofset, 80-81,287-295, Ankara.
3. Aksoy MA. (2001). Hemşirelerin Hemşirelikte Kalite Güvencesine İlişkin Bilgi ve Görüşlerinin Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Basılmış Hemşirelik Esasları Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.
4. Akyol H. (2004). Kemoterapinin temel ilkeleri. XIII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi Hemşire Programı, İzmir.
5. Akyolcu, N. (1993)."Kanserli Genç Erişkinlerde Görülen Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı", *Hemşirelik Bülteni*, 7(30):38-39.
6. Akyüz A. (2008). Jinekolojik kanser deneyimi. 11.Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi Özet Kitabı, *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 9(4-1): 70-73.
7. Aldemir T, Erdine S.(2000). Kanser ağrısında tanı ve tedavi. Topuz E, Aydınar A, Karadeniz N A (Editörler). Klinik Onkoloji. İstanbul: Tunç Matbaası; p.323-330.
8. Algier, L. (1994). "Kanserli Hastada Semptomların Kontrolü", *Türk Hemşireler Dergisi*, 44(5-6):8-11.
9. Algier, L., Abbasoğlu, A., Hakverdioğlu, G., Ökdem, Ş., Göçer, S., (2005). Hastaların ve hemşirelerin hemşirelik girişimlerinin önemini algılamaları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1):33-40.
10. Alpman N. (1999). Türk Standartları Enstitüsü'nün Hazırladığı Hastanelerin Akreditasyonu ile İlgili Standartların Çağdaş Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Ölçütleri ile Uyumunun Araştırılması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Basılmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
11. Aslan Ö. (2003). Kanserli hastalarda kemoterapiye bağlı semptomların değerlendirilmesi ve bu semptomların kontrolünde hemşirelik eğitiminin rolü. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doktora Tezi, Ankara.
12. Aslan, Ö., Vural, H., Kömürcü, Ş. ve ark. (2006). "Kemoterapi Alan Kanser Hastalarına Verilen Eğitimin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi", *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1):16-27.

13. Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M., Erdem, R., (2007). Sağlık hizmetlerinde kalite deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6): 55-71.
14. Aştı T. (2003). Kanserli hastanın evde bakımında temel ilke ve uygulamalar, *Hemşirelik Forumu*, 6(2): 48-61.
15. Aştı, T., Acaroğlu, R., (2000). Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2): 22-27.
16. Atabek, T. (1993). Kanserli hastada hijyenik bakım, *Hemşirelik Bülteni*, 7(29):31- 40.
17. Atasü T. (1996). Jinekoloji. İstanbul, Ünlversal Dil Hizmetleri ve Yayıncılık, İstanbul.
18. Aydın, B. (2007). Sağlık sektöründe kalite çalışmaları ve akreditasyon. 5. *Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi*, s:9-11.
19. Ayral, N., Tonbul, S., Akman, MN. (2003). Bir Üniversite Hastanesinin Rehabilitasyon Merkezinde Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1):53-59.
20. Azak, A. ve Çınar, S. (2005). Lenfomalı hastalarda (Hodgkin ve Non-hodgkin) yorgunluk sendromu ve etkileyen faktörler, *Türk Hemotoloji Onkoloji Dergisi*, 15(2):78-80.
21. Bahar A. (2007). Ölüm sürecinde olan hasta: Terminal bakım ve hospis. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6):147-158.
22. Bailey R et al. (1999). Impact of clinical pathways and practice guidelines on the management of acute exacerbation of bronchial asthma. *Chest*, 113 (1): 28-33.
23. Balcı Yangın H (2007). Alopesi. Can G (Editör). Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi. İstanbul: 3P-Pharma Publication Planning, Mavi İletişim Danışmanlık Tic. A.Ş; p.133-140.
24. Baltimore M. (2000). John Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El kitabı. Atlas Kitapçılık.
25. Baran, G. (2001). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Klinik Uygulama Formu Örneği. *Hemşirelik Formu*, 4:5, s:10-16.
26. Baykal Ü. (1994). Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinde Performans Değerlendirme ve Türkiye'deki Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinin Performans Değerlendirme Sistemlerine İlişkin Bir Araştırma. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Doktora Tezi. İstanbul.
27. Baz NE, Middel B, Dijk JPV, Oosterhof A, Boonstra PW, Reijneveld SA (2007). Are the outcomes of clinical pathways evidence-based? A critical appraisal of clinical pathway evaluation research. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 13:920-929.

28. Beaudin CL (1998). Outcomes Measurement: Application of Performance Standards and Practice Guidelines in Managed Behavioral Healthcare. *Journal Care Quality*, 13(1):14-26.
29. Bektaş, G. (1997). Hasta Bakım Kalitesinin Güvenliğinin Sağlanması ve Yükseltilmesi İçin Neler Yapılmalıdır? *Türk Hemşireler Dergisi*, 17(1):31-32.
30. Benor DE.(1998). Measuring impact of nursing intervention on cancer patients's ability to control symptoms. *Cancer Nursing*, 21(5):320-33.
31. Beşer N. Öz F. (2003). Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (1): 47 – 58
32. Biffl, WL., Smith, WR., Moore, EE., Gonzalez, RC., Morgan, SC., (2001). Evolution of a multidisciplinary clinical pathway for the management of unstable patients with pelvic fractures. *Annals of Surgery*, 233(6):843-850.
33. Birol L. (2005). Hemşirelik Süreci, Etki Matbaacılık, 301-319, İzmir.
34. Bostancı N. (2007). Anksiyete. Can G (Editör). Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi. İstanbul: 3P-Pharma Publication Planning, Mavi İletişim Danışmanlık Tic. A.Ş; p.229-242.
35. Boyacı M. (2003). Çocuk cerrahisinde gününbirlik olgulara yönelik geliştirilen hemşirelik bakım standartlarının aile anksiyetesini azaltmaya etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: S. Kuşuoğlu).
36. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M (1998). Integrated care pathways. *British Medical Journal*, 316: 133-137.
37. Casarett, D., Karlawish, J., Morales, K., Crowley, B., Mirsch, T., Asch, DA., (2005). Improving the use of hospice services in nursing homes. *JAMA*, 294(2):211-217.
38. Cella D, Calhoun B, Roland P. (2000). Quality of Life Among Women with Gynecologic Malignancies. In: Hoskins WJ, Perez CA, Young RC editors. Principles and Practice of Gynecologic Oncology . Third edition. New York: Lippincott Williams& Wilkins; p.571- 585.
39. Chase DM, Lopez S, Nguyen CN, Pugmire GA, Monk BJ. (2008). A clinical pathway for postoperative management and early patient discharge, does it work in gynecologic oncology? *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 199: 541-542.
40. Cheah J (2000). Clinical Pathways- an evaluation of its impact on the quality of care in an acute care general hospital in Singapore. *Singapore Med J*, 41(7):335-346.

41. Cheah J. (1998). Clinical pathways: Changing the face of patient care delivery in the next millenium. *Clinician in Management*, 7: 78-84.
42. Chernecky CC. (1994). Alopesi. Culhana B. (1994a). Konstipasyon. Kemoterapiye Bağlı Belirtilerin Denetimi ve Bakımı. 3. Baskı, Çeviren: Çotuk B, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı Basım ve Ciltevi, İstanbul, s. 27-34.
43. Cleeland CS, Mendoza TR, Wang XS et al. (2000). Assessing Symptom Distress in Cancer Patients. American Cancer Society, 89: 1634-1636
44. Conde DM, Pinto- Neto AM, Cabello C, Santos Sa D, Costa- Paiva L, Martinez EZ (2005). Quality of Life in Brazilian Breast Cancer Survivors Age 45- 65 Years: Associated Factors. *The Breast Journal*, 11 (6): 425- 432.
45. Conrad K. Kemoterapiye Bağlı Deri Reaksiyonları. Culhana B. (1994a). Konstipasyon. Kemoterapiye Bağlı Belirtilerin Denetimi ve Bakımı. 3. Baskı, Çeviren: Çotuk B, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı Basım ve Ciltevi, İstanbul, s. 35-50.
46. Conrad, C. (2001). 13. Onkoloji Hemşireliği Kursu Kanserde Tedavi Yöntemleri-I, Onkoloji Hemşireliği Derneği, 48-60, Ankara.
47. Coşkun A, Akbayrak N. (2001). Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2):63-68.
48. Coşkun A, Beji NK, Şahin NH, Oskay ÜY, Dikencik BK, Yıldırım G, Aslan E, Reis N, Demirci H, Güngör İ. (2008). Hemşire ve ebelere yönelik kadın sağlığı ve hastalıkları öğrenim rehberi. İstanbul Medikal Yayıncılık, 1. Baskı, İstanbul.
49. Culhana B. (1994a). Konstipasyon. Kemoterapiye Bağlı Belirtilerin Denetimi ve Bakımı. 3. Baskı, Çeviren: Çotuk B, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı Basım ve Ciltevi, İstanbul, s. 117-121.
50. Culhana B. (1994b). Diyare. Kemoterapiye Bağlı Belirtilerin Denetimi ve Bakımı. 3. Baskı, Çeviren: Çotuk B, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı Basım ve Ciltevi, İstanbul, s. 123-130.
51. Cundiff, GW., Harris, RL., Coates, KW., Bump, RC., (1997). Clinical predictors of urinary incontinence in women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 177(2): 262-267.
52. Çam O, Gümüş Babacan A. (2006). Meme kanserli kadınlar için duygusal destek odaklı hemşirelik girişimleri, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3): 52-60.

53. Çelik Ö, Tezcan B (2000). Kadın Hastalıkları ve Doğum 2000. Asya Tıp Yayıncılık.
54. Çürük GN (2005). Radyoterapi uygulanan kanserli hastaların bakım gereksinimleri. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Kayseri (Danışman: S. Taşçı).
55. Dalgıç G, Karadağ A, Kuzu N. (1998). Kemoterapiye bağlı gelişen stomatit hemşirelik bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2):53-59.
56. Darer J, Pronovost P, Bass EB. (2002). Use and evaluation of critical pathways in hospitals. *Effective Clinical Practice*, 5(3):114-119.
57. Daş Z. (1999). Vaka yönetimi ve bakım protokolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(2): 11-17.
58. Dean Baar SL. (1993). Application of the new ANA Framework for Nursing Practice Standards Guidelines. *Journal of Nursing Care Quality*, 8(1):33-42.
59. Dede M, Alanbay İ. (2007). Over kanserleri; Epidemiyoloji ve risk faktörleri, *Türkiye Klinikleri*, 3(31):10-6.
60. Dede S. (1998). Jinekolojik kanser operasyonu geçiren hastaların cinsel yaşantılarının incelenmesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman: N. İnanç).
61. Delbar V, Benor DE. (2001). "Impact of a Nursing Intervention on Cancer Patients' Ability to Cope", *Journal Of Psychosocial Oncology*, 19(2):57-75.
62. Demirelli F.H., Özgüroğlu M., Demir G. (1997). Kanser Terapisi Uygulama İlkeleri, İstanbul, 18: 85-92
63. Demirsoy G. (2008). Jinekolojik Onkoloji Hastalarında Kemoterapiye Bağlı Semptomların Yönetimi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul (Danışman: N. Kömürcü).
64. Dinçol K. (2000). Kemoterapide temel prensipler. Topuz E, Aydın A, Karadeniz N A (Editörler). Klinik Onkoloji. İstanbul: Tunç Matbaası; p. 34-47.
65. Dracup K. (1996). Clinical Practice Guidelines Nursing, p:41-46.
66. Dramalı A. (1998). Hemşirelik Uygulamalarında Kalite. Hemşirelik-Ebelik Eğitim ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu Kitabı. Kayseri.
67. Durna, Z. (1991). Kanserli hastada ağız bakımı, *Hemşirelik Bülteni*, 4 (18):99- 105.
68. Durna, Z. (1996). İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Rehberi, İ.Ü. Basımevi ve Film Dağıtım Merkezi, 39-45, İstanbul.

69. Dy SM, Garg P, Nyberg D, Dawson PB, Pronovost PJ, Morlock L, Rubin H, Wu aw. (2005). Critical pathway effectiveness: Assessing the impact of patient, hospital care and pathway characteristics using qualitative comparative analysis. *Health Services Research*, 40(2):499-516.
70. Dykes PC (1997). An introduction to critical pathways. Dykes PC, Wheeler K (eds): Planning, Implementing, and Evaluating Critical Pathways New York: Springer Publishing Company, s:1-7.
71. Edwards SGM, Thompson AJ, Playford Ed. (2004). Integrated care pathways: disease-specific or process-specific? *Clinical Medicine*, 4(2):132-135.
72. Egelioglu N. (2007). Kemoterapi alan kanserli hastalarda cinsiyete göre yaşam kalitesinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Danışman: H. Okumuş).
73. Eker A (2006). Sezeryan sonrası verilen bakımın hasta memnuniyetine etkisi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Mersin, s:9-12.
74. Ekici B, Atay S. (2001). Hemşirelikte Standardizasyon ve Çocuğun Hastaneye Yatmasına Yönelik Bakım Standartları. *Hemşirelik Forumu*, 4(5):22-32.
75. Ell, K., Quon, B., Quinn, DI., Johnson, MD., Wells, A., Lee, PJ., Xie, B., (2007). Improving treatment of depression among low-income patients with cancer:The design of the ADAPt-C study. *Gen Hosp Psychiatry*, 29(3):223-231.
76. Enünlü T. Sağlık Bilgi Standartları, 2000’li Yılların Türkiye’inde Sağlıkta Bilgi Stratejileri Raporlar ve Dokümanlar.
<http://www.sbs2000.org/pages/index.php?id=34&1828282020>.Erisim Tarihi: 07.06.2005.
77. Erdoğan S. (2003). Standart ve ortak dil kullanmak hemşireliğin geleceği için fırsat mı? *İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 50:23-27.
78. Erefe İ. (1993). Sağlık hizmetlerinde standart ve kalitenin önemi. Uluslar arası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyum Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 20-25.
79. Eroğlu, F., Özmen, S., Noyaner, A., Aydın, C., (2001). Yoğun bakımda hasta sağlık bakım kalitesini geliştirebilir miyiz? *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 8(3):9-11.
80. Ertem G, Sevil Ü. (2007). Geliştirilen standartlar doğrultusunda verilen hemşirelik bakımının bakım kalitesine ve hasta memnuniyetine olan etkisinin incelenmesi. *Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi*, 4(2):1-13.

81. Ertem, G. (2003). Standartlara dayalı hemşirelik bakımının bakım kalitesine ve hasta memnuniyetine olan etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İzmir (Danışman: Ü.Sevil).
82. Erten O, Uslu T. (1998). Jinekolojik Onkoloji. Dokuz Eylül Yayınları. 1.Baskı. İzmir.
83. Falanga IJ, Lafrenaye S, Mayer SK, Tetrault JP (2006). Management of acute pain in children: Safety and efficacy of a nurse- controlled algorithm for pain relief: *Acute pain*, 8:45-54.
84. Frumovitz M, Sun C, Shover L. (2005). Quality of Life and Sexual Functioning in Cervical Cancer Survivors. *J Clin Oncol*, 23: 7428- 7436
85. Gençalp NS., Eryılmaz HY. (1998). 3. Sınıf öğrencilerinin histerektomili hastalara bakım protokolü kullanarak verdikleri bakımın değerlendirilmesi. Uluslararası Katılımlı VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, Ankara, s:195-198.
86. Ghosh K, Downs LS, Padilla LA, Murray KP, Twiggs LB, Letourneau CM, Carson LF. (2001). The implementation of critical pathways in gynecologic oncology in a managed care setting: A cost analysis. *Gynecologic Oncology*, 83:378-382.
87. Ghosh, K., Downs, LS., Padilla, LA., Murray, KP., Twiggs, LB., Letourneau, CM., Carson, LF., (2001). The implementation of critical pathways in gynecologic oncology in a managed care setting: A cost analysis. *Gynecologic Oncology*, 83(2):378-382.
88. Glenn DM, Macario A. (1999). Do clinical pathways improve efficiency? *Seminars in Anesthesia, Perioperative Medicine and Pain*, 18(4):281-288.
89. Gökdoğan F. (1992). Hemşirelik bakımında standardizasyona ilişkin bir araştırma.3. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Esnaf Ofset Matbaacılık, Sivas, s:35-42.
90. Gömbül, Ö.(1993). Hemşirelikte Kalite Güvenliği ve Standartlar. *Türk Hemşireler Dergisi*, 43:3, s:22-28.
91. Güner Küçükkaya P (2007). Depresyon. Can G (Editör). Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi. İstanbul: 3P-Pharma Publication Planning, Mavi İletişim Danışmanlık Tic. A.Ş; 2007: p.243-253.
92. Güven H. (2007). Bakım dostu hastanelerin standartlarının belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek lisans Tezi, İstanbul (Danışman: S. Oktay).

93. Hassan SF (1992). The effect of clinical pathways on hospital costs and patients' length of stay: A systems approach to healthcare optimization. Faculty of the Graduate School of the University of Louisville Master of Science Thesis.
94. Haydaroglu A.(2004). Jinekolojik Kanserlerde Epidemiyoloji, IX. Ege Onkoloji Günleri (Jinekolojik Onkoloji Sempozyumu ve Cerrahi Workshop) Kitabı, İzmir, 1-14
95. Hiromoto BM, Dungan J. (1991). Contract learning for self-care activities. *Cancer Nursing*, 14(3):148-154.
96. Hogan CM. (1994). Bulantı ve Kusma. Kemoterapiye Bağlı Belirtilerin Denetimi ve Bakımı. 3. Baskı, Çeviren: Çotuk B, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı Basım ve Ciltevi, İstanbul, s. 97-116.
97. Holtzman J, Bjerke T, Kane R. (1998). The effects of clinical pathways for renal transplant on patient outcomes and length of stay. *Medical Care*, 36 (6): 826-834.
98. Janda M, Obermair A, Cellas D, Crandon AJ. (2004). Vulvar Cancer Patients' Quality of Life: A Qualitative Assessment. *Int J Gynecol Cancer*, 14: 875- 881.
99. Jha S, Moran P, Blackwell A, Greenham H. (2007). Integrated care pathways: The way forward for continence services?, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 134: 120-125.
100. Johnson DC, Kassner CT, Kutner JS (2004). Current use of guidelines, protocols and care pathways for symptom management in hospice. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 21(1):51-57.
101. Johnson S: Introduction to pathways of care. Johnson S (ed) Pathways of Care Oxford: Blackwell, 1997b, S:3-14
102. Johnson S: What is a pathway of care? Johnson S (ed) Pathways of Care Oxford: Blackwell, 1997a, p:15-24
103. Kanan, N. (1993). Kemoterapi uygulamalarında hemşirenin rolü. *Hemşirelik Bülteni*, 7(29):31-40.
104. Karadağ G, Uçan Ö. (2006). Hemşirelik eğitimi ve kalite. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(3):42-51.
105. Karadeniz G (1999). Standart Bakım Planı Örneği. VII.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Erzurum, 43-51.
106. Karakoç T. (2008). Kanser hastalarında yorgunluk ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(8):99-118.
107. Kav S. (2001). 13. Onkoloji Hemşireliği Kursu Tedavi Yöntemleri-I, Onkoloji Hemşireliği Derneği, 61-75, Ankara.

108. Keskin G, Baram Z, Karaca A, Berk M, Ayyıldız A, Mutlu A, Doğan Ö, Yüksel Ü. (2001). İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde çalışan hemşirelerin bilimsel toplantılara katılma durumlarının incelenmesi. I. Uluslararası & V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi, Nevşehir, s:257-260.
109. Kıray Vural, B., (1998). Sağlık riskinin belirlenmesi ve hemşirelik için önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2): 39-43.
110. Kızılcı S. (1999). Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(2):18-25.
111. Kiriş H.(2004). Jinekolojik Kanserli Hastalarda Sosyal Destek ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Danışman: A.Şirin)
112. Kişnişiçi H. (1996). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitapevi.
113. Kocaman G, Karayurt Ö, Özmen Ö, Yılmazmış F (1993). Hemşirelik Bakım Sonucunu Değerlendiren Bir Çalışma Örneği: Postoperatif Komplikasyonlar. Uluslararası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyum Bildirileri Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 227-231.
114. Kömürcü Ş, Şenler Çay F. (2006). Kanserde destek tedavi ve semptom kontrolü. Aydın A, Topuz E (Editörler). Onkoloji El Kitabı. İstanbul: Turgut Yayıncılık; p.809-836.
115. Kösebay D, Tokatlı NM. (2000). Jinekolojik Kanserlerde Evreleme Klasifikasyonları ve Klinik Uygulama Yönergeleri, 3.Baskı.
116. Kruse R. (1999). An investigation of the relationship between perioperative nurses' perceptions of satisfaction with work and satisfaction with the use of clinical pathways. Faculty of the Allan&Donna Lansing School of Nursing Master Thesis, Kentucky.
117. Kurt A. (2008). Sağlık ekibi ile yaşanan deneyimler. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 9(4-1):110-111.
118. Kurt Sadırlı S (2008). Kanserli Hastalarda Semptom Kontrolünün değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği AD Yüksek Lisans Tezi, Edirne, (Danışman: S Ünsar)
119. Kutluk T, Kars A. (1996). Kanser konusunda genel bilgiler, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları, Ankara, 44-45.

120. Kutluk T, Ünsal İ, Enünlü T. (1999). Elektronik Hasta Kayıtları. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 30(2): 145-150.
121. Kuzeyli Yıldırım, Y. (2006). "Kanserli Hastalarda Evde Bakım", Fadiloğlu Ç, Ertem G (Ed). Evde Bakım, Meta Basım Matbaacılık, 269-287, İzmir.
122. Lakusta CM, Atkinson MJ, Robinson JW, Nation J, Taenzer PA, Campo MG. (2001). Quality of life in ovarian cancer patients receiving chemotherapy. *Gynecologic Oncology*, 81: 490- 495.
123. Le T, Hopkins L, Fung Kee Fung M. (2005). Quality of life assesments in epithelial ovarian cancer patients during and after chemotherapy. *Int J Gynecol Cancer*, 15: 811-816.
124. Le T, Leis A, Pahwa P, Wright K, Ali K, Reeder B, Hopkins L. (2004). Quality of life evaluations in patients with ovarian cancer during chemotherapy treatment. *Gynecologic Oncology*, 92: 839- 844.
125. Lee Schafer S. (1994). Lökopeniye Bağlı Enfeksiyon. Kemoterapiye Bağlı Belirtilerin Denetimi ve Bakımı. 3. Baskı, Çeviren: Çotuk B, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı Basım ve Ciltevi, İstanbul, s. 153-179.
126. Lewis, SM., Heitkemper, MM., Dirksen SR. (2000). Medical- Surgical Nursing. Fifth Ed., Mosby, 305-309, Philadelphia.
127. Loeb, M., Carusone, SC., Goeree, R., Walter, SD., Brazil, K., Krueger, P., Simor, A., Moss, L., Marrie, T. (2006). Effect of a clinical pathway to reduce hospitalizations in nursing home resident with pneumonia. *JAMA*. 295(21):2503- 2510.
128. Lowe C. (1998). Care pathways:have they a place in "the new National Health Service"? *Journal of Nursing Management*, 6: 303-306.
129. Luhrs CA, Meghani S, Homel P, Drayton M, O'Toole E, Paccione M, Daratsos L, Wollner D, Bookbinder M. (2005). Pilot of a pathway to improve the care of imminently dying oncology inpatients in a veterans affairs medical center. *Journal of pain and symptom management*, 29(6):544-551.
130. Lumsdon K, Hagland M. (1993). Mapping care. *Hospitals Health Networks* 67 (20): 34-40.
131. Madeya ML, Britton D. (1994). Yorgunluk. Kemoterapiye Bağlı Belirtilerin Denetimi ve Bakımı. 3. Baskı, Çeviren: Çotuk B, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı Basım ve Ciltevi, İstanbul, s. 133-137.
132. McEnroe, L.E. (1996). "Role of the oncology nurse in home care: Family-centered practice", *Seminars in Oncology Nursing*, 12(3):188-192.

133. Memiş S. (2002). "Radyoterapide Hasta ve Hemşire Eğitimi", *Hemşirelik Dergisi*, 12(48):82-85.
134. Miller SE. (1994). Stomatit ve Özofajit. Kemoterapiye Bağlı Belirtilerin Denetimi ve Bakımı. 3. Baskı, Çeviren: Çotuk B, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı Basım ve Ciltevi, İstanbul, s. 83-96.
135. Mosher C, Cronk P, Kidd A, Mc Cormick P, Stockton S, Sulla S. (1992). Upgrading practice with critical pathways, *American Journal of Nursing*, January.
136. Moyet CJL. (2005). Hemşirelik Tanıları El Kitabı, Çeviren: F. Erdemir, Nobel Tıp Kitabevleri, 492-495, İstanbul.
137. Müller MK, Dedes KJ, Dindo D, Steiner S, Hahnloser D, Clavien PA (2009). Impact of clinical pathways in surgery. *Langenbecks Arch Surg*, 394:31-39.
138. Neale EJ, Chang AMZ. (1991). Clinical algorithms. *Medical Teacher*, 13(4):317-322.
139. Nelson W, Gibson F, Hayden S, Morgan N. (2001). Using action research in paediatric oncology to develop an oral care algorithm. *European Journal of Oncology Nursing*, 5(3):180-189.
140. Nural, N.(1992).Kaliteli Bakım Standardı. III Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı.s:23-24, 28-34.
141. Okumuş H (1999). Klinik yollar. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı, Erzurum.
142. Orient, JM., Kettel, LJ., Sox, HC., Sox, C., Berccren, HJ., Woods, AH., Brown, BW., Lebowitz, M. (1983). The Effect of Algortihms on the Cost and Quality of Patient Care. *Medical Care*, 21(2):157-167.
143. Oskay Şahin, A., Oktay, S. (2001). Hasta Kabulü Standartlarının Geliştirilmesi. 1.Uluslararası& 8. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, 462-466.
144. Ovayolu N, Parlar S, Karakaş S. Kemoterapi uygulamasının toksik ve yan etkilerine yönelik alınabilecek hemşirelik önlemleri, *Hemşirelik forumu* 2003; 6(2): 36-41.
145. Oymak E. (1992). Standardizasyon ve hizmet standardı geliştirme. III.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas, s:25.
146. Özbaş A. (2007). Ekstravazasyon. Can G (Editör). Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi. İstanbul: 3P-Pharma Publication Planning, Mavi İletişim Danışmanlık Tic. A.Ş; 2007: p.119-132..
147. Özbaş, A. (2003). Radyoterapi sonucu gelişen semptomlarda bakım, *Hemşirelik Dergisi*, 13(50):57-73.

148. Özdağ N (1998). Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite. *Hemşire Dergisi*, 48(2):12-16.
149. Özdemir S. (2006). Kanser hastalarının yaşadığı semptomlar ile tedavi kararını değerlendirme ve yaşam tutum profili arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
150. Özevren M. (1997). Toplam Kalite Yönetimi, Alpa Basım Dağıtım, İstanbul, s: 40.
151. Özgürlüoğlu M.(2002). Kanserli hastalarda ağrıya yaklaşım, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Etkinlikleri Baş, Boyun, Bel Ağrıları Sempozyum Dizisi, 30: 225-239.
152. Öztürk A, Kaya N, Ayık S, Uygur E, Cengiz A. (2008). Hemşirelik uygulamalarında araştırma sonuçlarının kullanımında engeller. VI.Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi Özet Kitabı, Nevşehir, s:128.
153. Öztürk C. Standartlar ve Hemşirelik Bakımındaki Yeri ve Önemi. 13. Ulusal Neonatoloji Kongresi (UNEKO-13) ve Yeni doğan Hemşireliği Kongresi Kongre Kitabı. Kayseri: 2005.
154. Panella M, Marchisio S, Stanislao FD. (2003). Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work? *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6):509-521.
155. Pernoll ML. (1994). Çağdaş Obstetrik & Jinekolojik Teşhis & Tedavi. Cilt I-II. İstanbul, Barış Kitabevi, 1994.
156. Petursson C (1994). Trombositopeniye Bağlı Kanama. Kemoterapiye Bağlı Belirtilerin Denetimi ve Bakımı. 3. Baskı, Çeviren: Çotuk B, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı Basım ve Ciltevi, İstanbul, s. 145-151.
157. Pınar R. (2003). Assesment of Quality of life in Turkish patients with cancer, *Turkish Journal Of Cancer*, 33(2): 96-101.
158. Piura B, Rabinovich A. (2000). Primary carcinoma of the fallopian tube: study of 11 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 91: 169- 75.
159. Platin N. (1998). Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. Ankara: Akşam Sanat Okulu Matbaası, 2. Baskı, 116 – 217.
160. Rardin CR, Weisman CJ, Kim YB, Niloff JM. (1999). Early Discharge after abdominal surgery: Experience on a gynecologic oncology service. *Gynecologic Oncology*, 75: 47-50.

161. Reis N (2003). Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul.
162. Riches T, Stead L, Espie C. (1994). Introducing anticipated recovery pathways: A teaching hospital experience. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 7(5): 21-24.
163. Ring E. (2005). Defining, Analyzing and using patient perceptions to develop standards for improving care. Northcentral University Faculty of the Department of Business and Management Doctor of Philosophy, Colorado.
164. Ronellenfitsch U, Rössner E, Jakob J, Post S, Hohenberger P, Schwarzbach M. (2008). Clinical pathways in surgery-should we introduce them into clinical routine?A review article. *Langenbecks Arch Surg*, 393:449-457.
165. Rust DM, Shuster MH. (1994) Kemoterapi İle İlişkili Anoreksi ve Protein – Kalori Malnutrisyonu. Kemoterapiye Bağlı Belirtilerin Denetimi ve Bakımı. 3. Baskı, Çeviren: Çotuk B, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı Basım ve Ciltevi, İstanbul, s. 53-73.
166. San Turgay A. (1998). Basınç yaralarının önlenmesinde standart hemşirelik bakımının etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Danışman: E. Çakırcalı).
167. Santillan A, Govan L, Zahurak ML, Diaz-Montes TP, Giuntoli RL, Bristow RE. (2008). Feasibility and economic impact of a clinical pathway for pap test utilization in Gynecologic Oncology practice. *Gynecologic Oncology*, 109:388-393.
168. Savaşer, S. (1998). " Kemoterapiye Bağlı Kemik İliği Supresyonu Sonucu Oluşan Kanama ve Enfeksiyona Eğilimli Hastanın Bakımı", *Hemşirelik Forumu Onkoloji Özel Sayısı*, 1(5):211-215.
169. Savcı AB (2006). Kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum (Danışman: A.Güraksın).
170. Sayın Yazıcı, Y., Kanan, N. (2004). Kanserde psikososyal yaklaşım, *Hemşirelik Bülteni*, 13(53):127-137.
171. Schofield J (1990). Pratical Standard. *Nursing Times*, 9(8):31-32.
172. Scott JR. (1990). Obstetrics And Gynecology. Sixth Edition, Lippincott Company.

173. Sharghi, N., Bosch, RJ., Mayer, K., Essex, M., Seage, GR., (2005). The development and utility of a clinical algorithm to predict early HIV-1 infection. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 4(1): 472-478.
174. Short MS. (1997). Charting by exception on a clinical pathway. *Nursing Management*, 28(8): 45-46.
175. Smith TJ, Hillner BE. (2001). Ensuring quality cancer care by the use of clinical practice guidelines and critical pathways. *Journal of Clinical Oncology*, 19(11):2886-2897.
176. Steele CA, Harkins BL. (1994). Ekstravazasyon. Culhana B. (1994a). Konstipasyon. Kemoterapiye Bağlı Belirtilerin Denetimi ve Bakımı. 3. Baskı, Çeviren: Çotuk B, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı Basım ve Ciltevi, İstanbul, s. 183-197.
177. Strasser, F., Sweeney, C., Willey, J. ve ark. (2004). "Impact of a Half-Day Multidisciplinary Symptom Control and Palliative Care Outpatient Clinic in a Comprehensive Cancer Center on Recommendations, Symptom Intensity, and Patient Satisfaction", *J of Pain and Symptom Management*, 27(6):481-491.
178. Şahin AO. (1999). Hasta Kabulü Standartlarının Geliştirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Basılmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
179. Şen N (2005). Total Parenteral Beslenen Çocuklarda Standart Hemşirelik Bakım Modelinin Bakım Kalitesine Etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 21(2): 59-75.
180. Şenuzun Ergün F. (1998). Perkütan transluminal koroner anjiyoplasti uygulanan hastalara yönelik geliştirilen standart hemşirelik bakım modelinin hastanın yaşam kalitesine ve bakım yeterliliğine olan etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Ç. Fadiloğlu).
181. Taşkın L, Eroğlu K, Terzioğlu F, Vural G, Kutlu Ö. (2004). Hemşire ve Ebeler İçin Doğum ve Kadın Sağlığı Uygulama Rehberi. Palme Yayıncılık, Ankara.
182. Taşkın L. (2000). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. IV. Baskı, Ankara.
183. Taşpınar A. (2006). Jinekolojik kanserli hastalarda kemoterapiye bağlı gelişen bulantı-kusma üzerine akupresürün etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir (Danışman: A.Şirin)
184. Thomas JE. (2004). Patients' perceptions of quality nursing care and satisfaction relative to cancer pain. The Faculty of D'Youville College Master of Science Thesis Community Health Nursing, Buffalo.

185. Tokem YB (2005). Romatoid artritli bireylerin bakında vaka yönetimi modelinin etkinliğinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İzmir, s: 59-63. (Danışman: G. Argon).
186. Topuz E, Aydın A, Taş F. (2000). Jinekolojik Tümörlerde Tedavi Rehberi. İstanbul Onkoloji Grubu Yayınları:04, İstanbul.
187. Tosun N. (2002). Akut miyokard enfarktüsü geçiren hastaların bakımında vaka yönetimi modelinin uygulanması. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doktora Tezi, Ankara, s: 11-19. (Danışman: N. Akbayrak)
188. Tuncer, A.M. (2007). Türkiye’de Kanser Kontrolü. Ankara: Onur Matbaası.
189. Türkmen E. Hemşirelikte Vaka Yönetimi Yöntemi ve Hasta Bakımı Üzerine Etkileri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi.İstanbul: 1997 (Danışman: S.Oktay).
190. Uslu R. (2004). Cervix Kanseriinde Kemoterapinin Yeri, IX. Ege Onkoloji Günleri (Jinekolojik Onkoloji Sempozyumu ve Cerrahi Workshop) Kitabı, İzmir, 34-35.
191. Usta Yeşilbalkan Ö. (2007). Yorgunluk. Can G (Editör). Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi. İstanbul: 3P-Pharma Publication Planning, Mavi İletişim Danışmanlık Tic. A.Ş; 2007: p.17-24.
192. Uyer G (1981). Hemşirelik Hizmetleri Standartları ve Bunları Değerlendirme Kriterleri. *Türk Hemşireler Dergisi*, 3:13-18.
193. Uzun Ö, Aslan F, Selimen D, Koç M. (2004). Quality of Life in Women With Breast Cancer in Turkey. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3): 207- 213
194. Uzunkavak E. (2002). Hastanelerde Uygulanan Kalite Yönetim Sistemleri ve Özel Hastaneler Üzerine Bir Durum Değerlendirme Araştırması, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
195. Ünlü H. (1999). İdrar kültürü için örnek almada standart geliştirme. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 1:57-70.
196. Ünsar S, Yıldız Fındık Ü, Kurt S, Özcan H. (2007). Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(5):89-106.
197. Üstün B. (1998). Kanser hastasına nasıl yardım edilebilir, *Hemşirelik Forumu Onkoloji Özel Sayısı*, 1(5):215-221.
198. Veyisoğlu, D., Aydın, Ö., Ersoy, K., (2000). Hasta kabul hizmetlerinde kalite iyileştirme araç ve yöntemlerinin uygulanması. 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu (Uluslararası Katılımlı) Bildiriler Kitabı. s:511.

199. Vries M, Weert JCM, Jansen J, Lemmens VE, Maas HUA (2007). Step by step development of clinical care pathways for older cancer patients: Necessary or desirable? *European Journal of Cancer*, 43: 2170-2178.
200. Walter LB., Wade RS, Ernest EM, Ricardo JG, Steven JM, Theresa H, Patrick JO, Charles ER, Reginald JF and Jon MB (2001). Evolution of a multidisciplinary clinical pathway for the management of unstable patients with pelvic fractures. *Annals of surgery*, 233 (6):843-850.
201. West J, Wright J, Tuffnell D, Jankowicz D, West R. (2005). Do clinical trials improve of care? A comparison of clinical processes and outcomes in patient in a clinical trial and similar patients outside a trial where both groups are managed according to a strict protocol. *Quality and Safety in Health Care*, 14: 175-178.
202. Whenerly-Tedder M. (1997). Apositive approach to chemotherapy. *Nursing Times*, 93(23):22-23.
203. Wong, C., Visram, F., Cook, D., Griffith, L., Randall, J., O'brien, B., Higgins, D., (2000). Development, dissemination, implementation and evaluation of a clinical pathway for oxygen therapy. *Canadian Medical Association Journal*, 162(1):29-33.
204. Yazıcı Korkmaz Ö (2008). Kemoterapi sırasında oluşan reaksiyonların kontrolüne yönelik hemşirelik girişimlerinin değerlendirilmesi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul. (Danışman: Gülbeyaz Can)
205. Yeşilbalkan, U. Ö. ve ark.(2005). "Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi", *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 21(1):13-31.
206. Yıldız Eryılmaz H. (2001). Doğum Sonu Uygulanan Bakım Yönetiminin (Pathway) Etkilerinin Belirlenmesi. 1.Uluslararası & 8. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, 260-266.
207. Yıldız Fındık Ü, Ünsar S, Yıldızeli Topçu S. (2008). Çalışan hemşirelerin eğitim etkinliklerinin değerlendirilmesi. VI.Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi Özet Kitabı, Nevşehir, s:38.
208. Yılmaz BH.(1999). Mekanik Ventilator Desteği Alan Yenidoğanın Bakımı Konusunda Geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Modelinin Bakım Kalitesine Etkisi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Ens., Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir
209. Yılmaz M. (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2):69-73.

210. Yılmaz MÇ. (2007). Mukozit yönetiminde kanıta dayılı uygulamalar. *Uluslar arası Hematoloji- Onkoloji Dergisi*, 4(17):241-246.
211. Youngkin EY, Davis MS. (2004). Women' s Health a Primary Care Clinical Guide, Third Edition, Pearson Prentice Hall, New Jersey.

10. EKLER

Ek-1: Hemşire –Ebe Bilgi Formu

Bu çalışmada, tedavi-bakım amacıyla kliniklerde yatan hastalara verilen hemşirelik bakımında standart oluşturmak için geliştirilen hasta bakımına yönelik iş akış şemalarını uygulamada kullanmak ve oluşturulan akış şemalarının etkinliğini belirlemek amaçlanmaktadır. Anket formunda isminiz sorulmamaktadır. Lütfen boş soru bırakmayınız. Katılımınız için teşekkürler.

Kerime Derya BEYDAĞ

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı Öğrencisi

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Eğitim durumunuz nedir?
 - a) Sağlık meslek lisesi
 - b) Önlisans
 - c) Lisans
 - d) Yüksek lisans ve doktora
3. Kadronuz nedir?
 - a) Ebe
 - b) Hemşire
4. Ne kadar süredir hemşire/ ebe olarak çalışmaktasınız?
5. Kaç yıldır kadın doğum alanında çalışmaktasınız?
6. Hangi hastanede çalışmaktasınız?
 - a) Marmara Üniversitesi Hastanesi
 - b) Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 - c) Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 - d) Amerikan Hastanesi
 - e) Bakırköy Doğumevi
 - f) Memorial Hastanesi
7. Hangi klinikte çalışmaktasınız?
 - a) İnfertilite/ yardımcı üreme teknikleri
 - b) Doğumhane
 - c) Doğum servisleri
 - d) Jinekolojik onkoloji
 - e) Sezaryen servisi
8. Hasta bakımı ve tedavisinde ihtiyaç duyduğunuzda neleri kaynak olarak kullanırsınız?
 - a) İnternet, TV vb. başvururum.
 - b) Ders kitapları, sağlık dergilerine başvururum.
 - c) Hekime danışırım
 - d) Diğer hemşire arkadaşlara danışırım
 - e) Diğer.....
9. Mesleğimizle ilgili gelişme ve yeniliklerden nasıl haberdar oluyorsunuz?
.....
10. Mesleki gelişiminiz için seminer, kongre vb. etkinliklere katılır mısınız?
 - a) Evet
 - b) Hayır
11. Mesleğinizle ilgili dergi, kitap vb. okur musunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır

12. Hemşirelikte standart bakım uygulaması deyince ne düşünüyorsunuz?

.....
.....

13. Hemşirelikte standart bakım uygulaması gerekli mi?

a) Evet ise nedeni nedir?

b) Hayır ise nedeni nedir?.....

14. Çalışma alanınızda standart bakım uygulamalarınız var mı?

a) Yok

b) Var

(NOT: 14. sorunun cevabı “YOK” ise 15,16,17,18,19 no’lu soruları cevaplamayınız, 20.sorudan devam ediniz.)

15. Bu standart uygulamaları kim geliştirdi?

.....

16. Sizce bu standart bakım uygulamaları gerekli mi?

a) Gerekli

b) Gerekli değil

17. Uygulamalarınıza bu standartların katkısı nedir?

.....

18. Bu standartlar yeterli mi?

a) Yeterli

b) Kısmen yeterli

c) Yeterli değil

Sizce geliştirilebilecek yönleri için neler yapılabilir?

.....

19. Hemşirelik bakımında standartların geliştirilmesi ve tüm hastanelerde standart bakım planlarının kullanılması konusunda ne düşünüyorsunuz?

.....

.....

20. Akış şeması nedir?

.....

.....

22. Alanınızda kullandığınız akış şemalarınız var mı?

a) Yok

b) Var

23. Bakım verirken sizi yönlendirebilecek akış şemaları olmasını ister misiniz?

a) Evet

b) Hayır

TEŞEKKÜRLER

EK2A. AKIŞ ŞEMALARININ ETKİNLİĞİNİ BELİRLEME FORMU

Aşağıda kliniklerde kullanmış olduğunuz akış şemalarının etkinliğini belirlemeye yönelik hazırlanmış olan sorular yer almaktadır. Sizin görüşünüze uygun olduğunu düşündüğünüz seçeneği işaretleyiniz.

AŞAMALAR	Çok fazla	Kısmen	Biraz	Hiç
PLANLAMA AŞAMASI				
1.Akış şemaları yapılacak işlerin planlanması, gruplandırılması, önceliklerin belirlenmesinde kolaylık sağlar mı?				
2.Akış şemaları hasta bakımına yönelik veri toplamada eksiklerinizi görmenizi sağlar mı?				
3.Akış şemaları hastaya yönelik yapılacak işlemleri bütüncül olarak görmenize yardımcı olur mu?				
4.Akış şemaları gerekli ve eksik malzemelerin belirlenmesi, ihtiyaçların giderilmesini görmenizde yardımcı olur mu?				
UYGULAMA AŞAMASI				
5.Akış şemalarının tüm hastalara eşit bakım ve tedavi olanağı sağlar mı?				
6.Akış şemaları çalışmalarınızda size çalışma kolaylığı sağlar mı?				
7.Akış şemaları çalışmalarınızda size zaman kazandırır mı?				
8.Akış şemaları hemşirelik kayıtlarında kolaylık sağlar mı?				
9. Bakım verirken sizi yönlendirir mi?				
10.Akış şemaları ekip üyeleri içinde iletişim ve işbirliği kurabilmenizde etkili olur mu?				
DEĞERLENDİRME AŞAMASI				
11.Akış şemaları bilgi ve becerilerinizi etkin olarak kullanmanızı sağlar mı?				
12.Akış şemaları hasta bakımına yönelik verileri değerlendirmenizde size kolaylık sağlar mı?				
13. Akış şemaları hasta memnuniyetini artırır mı?				
14.Akış şemaları hasta bakımında standart oluşturmada etkili olur mu?				
15.Akış şemaları hastalara verdiğiniz bakımın kalitesini artırır mı?				
GENEL GÖZDEN GEÇİRME				
16.Akış şemalarının işe yeni başlayanlar için bakım vermede kolaylık sağlar mı?				
17.Akış şemaları bakım değerlendirmesi sonrasında eksikliklerinizi görmenizi sağlar mı?				

EK 2B. AKIŞ ŞEMALARININ ETKİNLİĞİNİ BELİRLEME FORMU

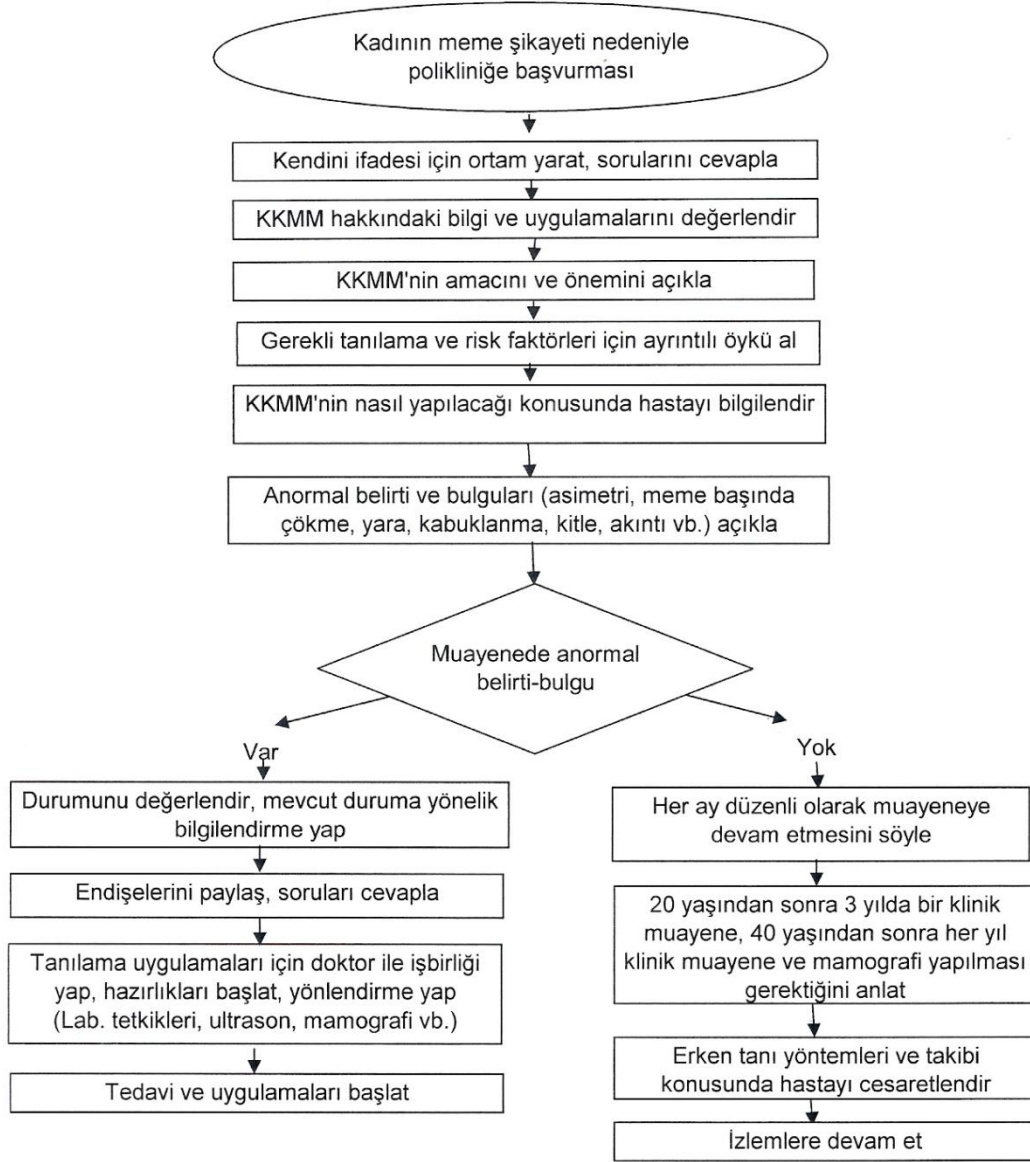
Aşağıda kliniklerde kullanmış olduğunuz akış şemalarının etkinliğini belirlemeye yönelik hazırlanmış olan sorular yer almaktadır. Sizin görüşünüze uygun olduğunu düşündüğünüz seçeneği işaretleyiniz.

AŞAMALAR	Çok fazla	Kısmen	Biraz	Hiç
PLANLAMA AŞAMASI				
1.Akış şemaları yapılacak işlerin planlanması, gruplandırılması, önceliklerin belirlenmesinde kolaylık sağladı mı?				
2.Akış şemaları hasta bakımına yönelik veri toplamada eksiklerinizi görmenizi sağladı mı?				
3.Akış şemaları hastaya yönelik yapılacak işlemleri bütüncül olarak görmenize yardımcı oldu mu?				
4.Akış şemaları gerekli ve eksik malzemelerin belirlenmesi, ihtiyaçların giderilmesini görmenizde yardımcı oldu mu?				
UYGULAMA AŞAMASI				
5.Akış şemalarının tüm hastalara eşit bakım ve tedavi olanağı sağladığını düşünüyor musunuz?				
6.Akış şemaları çalışmalarınızda size çalışma kolaylığı sağladı mı?				
7.Akış şemaları çalışmalarınızda size zaman kazandırdı mı?				
8.Akış şemaları hemşirelik kayıtlarında kolaylık sağladı mı?				
9. Bakım verirken sizi yönlendirdi mi?				
10.Akış şemaları ekip üyeleri içinde iletişim ve işbirliği kurabilmenizde etkili oldu mu?				
DEĞERLENDİRME AŞAMASI				
11.Akış şemaları bilgi ve becerilerinizi etkin olarak kullanmanızı sağladı mı?				
12.Akış şemaları hasta bakımına yönelik verileri değerlendirmenizde size kolaylık sağladı mı?				
13. Akış şemaları hasta memnuniyetini arttırdı mı?				
14.Akış şemaları hasta bakımında standart oluşturmanızda etkili oldu mu?				
15.Akış şemaları hastalara verdiğiniz bakımın kalitesini arttırdı mı?				
GENEL GÖZDEN GEÇİRME				
16.Akış şemalarının işe yeni başlayanlar için bakım vermede kolaylık sağlayacağını düşünüyor musunuz?				
17.Akış şemaları bakım değerlendirmesi sonrasında eksikliklerinizi görmenizi sağladı mı?				

EK-3: JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ HEMŞİRELİK BAKIMI AKIŞ ŞEMALARI

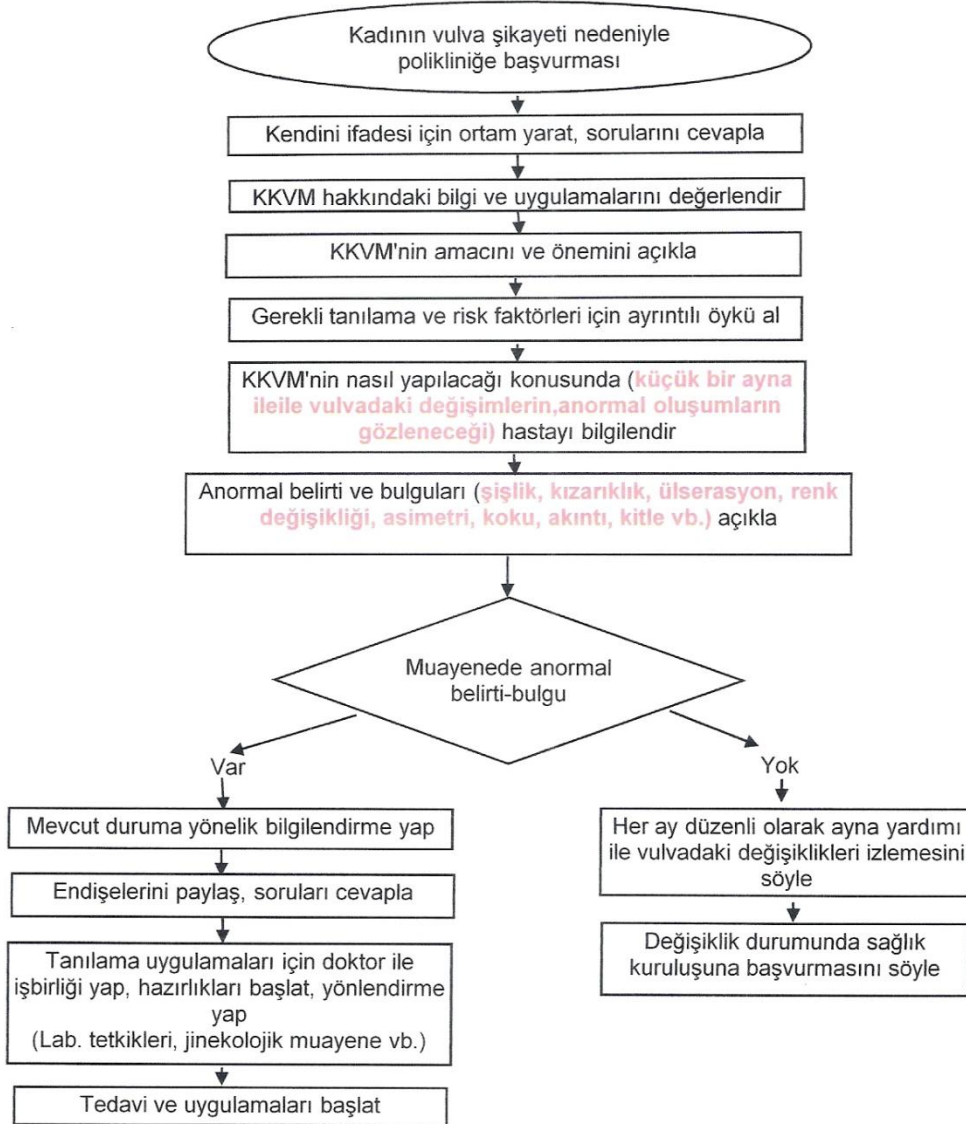
1. Kendi Kendine Meme Muayenesine (KKMM) Yönelik Akış Şeması
2. Kendi Kendine Vulva Muayenesine (KKVM) Yönelik Akış Şeması
3. Servikal Tanılamada Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Akış Şeması
4. Kemoterapinin Neden Olduğu Hematolojik Sorunlara Yönelik Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Akış Şeması
5. Kemoterapinin Neden Olduğu Gastrointestinal Sorunlara Yönelik Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Akış Şeması
6. Kemoterapinin Neden Olduğu Boşaltım Sorunlarına Yönelik Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Akış Şeması
7. Kemoterapinin Neden Olduğu Cilt Sorunlarına Yönelik Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Akış Şeması
8. Kemoterapinin Neden Olduğu Dispneye Yönelik Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Akış Şeması
9. Kemoterapinin Neden Olduğu Yorgunluk-Uykusuzluk Sorunlarına Yönelik Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Akış Şeması
10. Kemoterapinin Neden Olduğu Ağrıya Yönelik Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Akış Şeması
11. Kemoterapinin Neden Olduğu Anksiyete-Depresyon Sorununa Yönelik Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Akış Şeması
12. Operasyon Sonrası Taburculuğa Yönelik Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Akış Şeması
13. Terminal Dönemdeki Hasta ve Ailesine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Akış Şeması
14. Histerektomi Operasyon Sürecinde Hemşirelik Uygulamaları Akış Şeması
15. Vulvektomi Operasyon Sürecinde Hemşirelik Uygulamaları Akış Şeması

Şema 1: KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİNE (KKMM) YÖNELİK AKIŞ ŞEMASI*



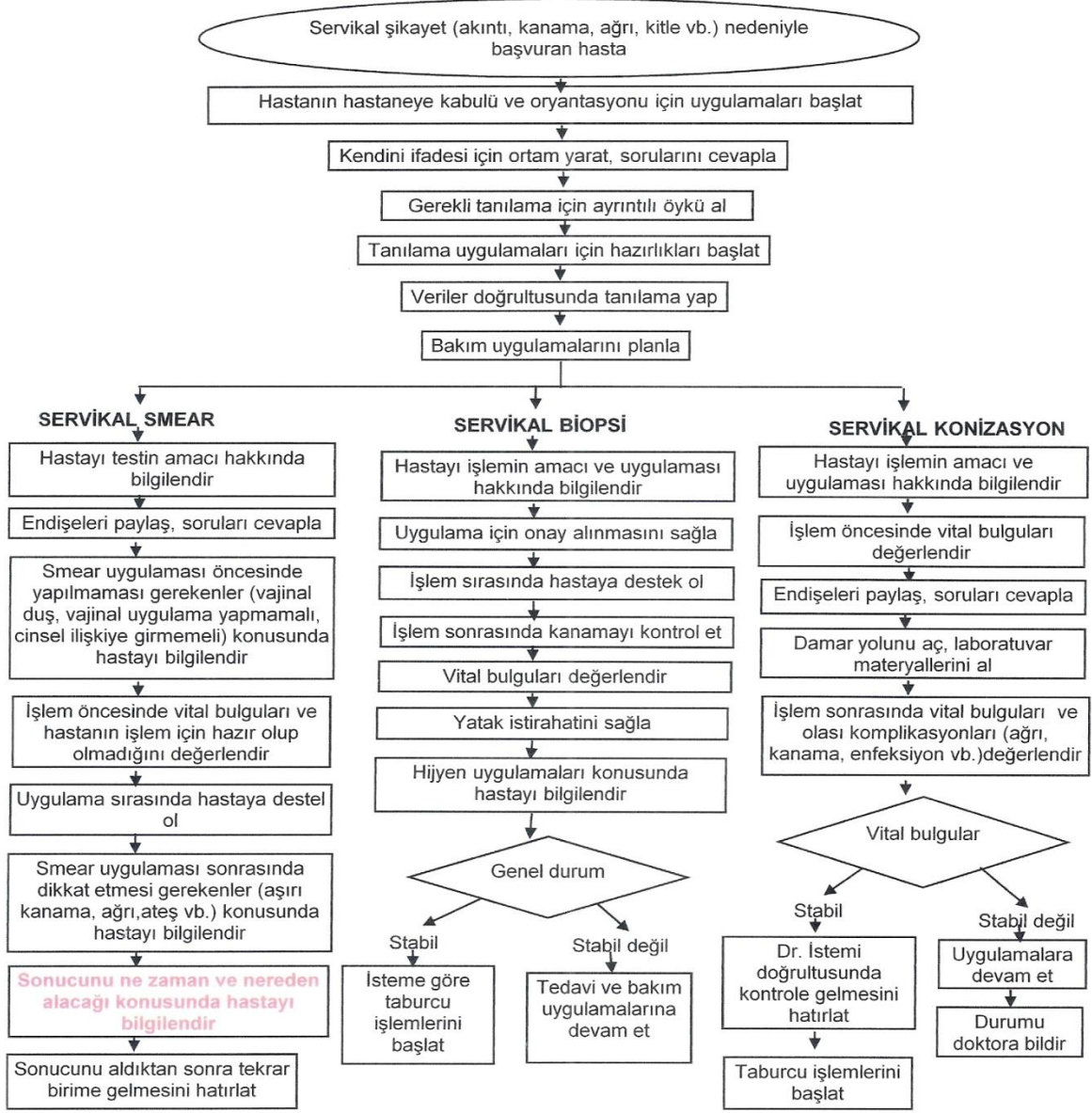
* (Taşkın 2000; Taşkın ve ark. 2004; Bilgiç ve ark.2005)

Şema 2: KENDİ KENDİNE VULVA MUAYENESİNE (KKVM) YÖNELİK AKIŞ ŞEMASI*



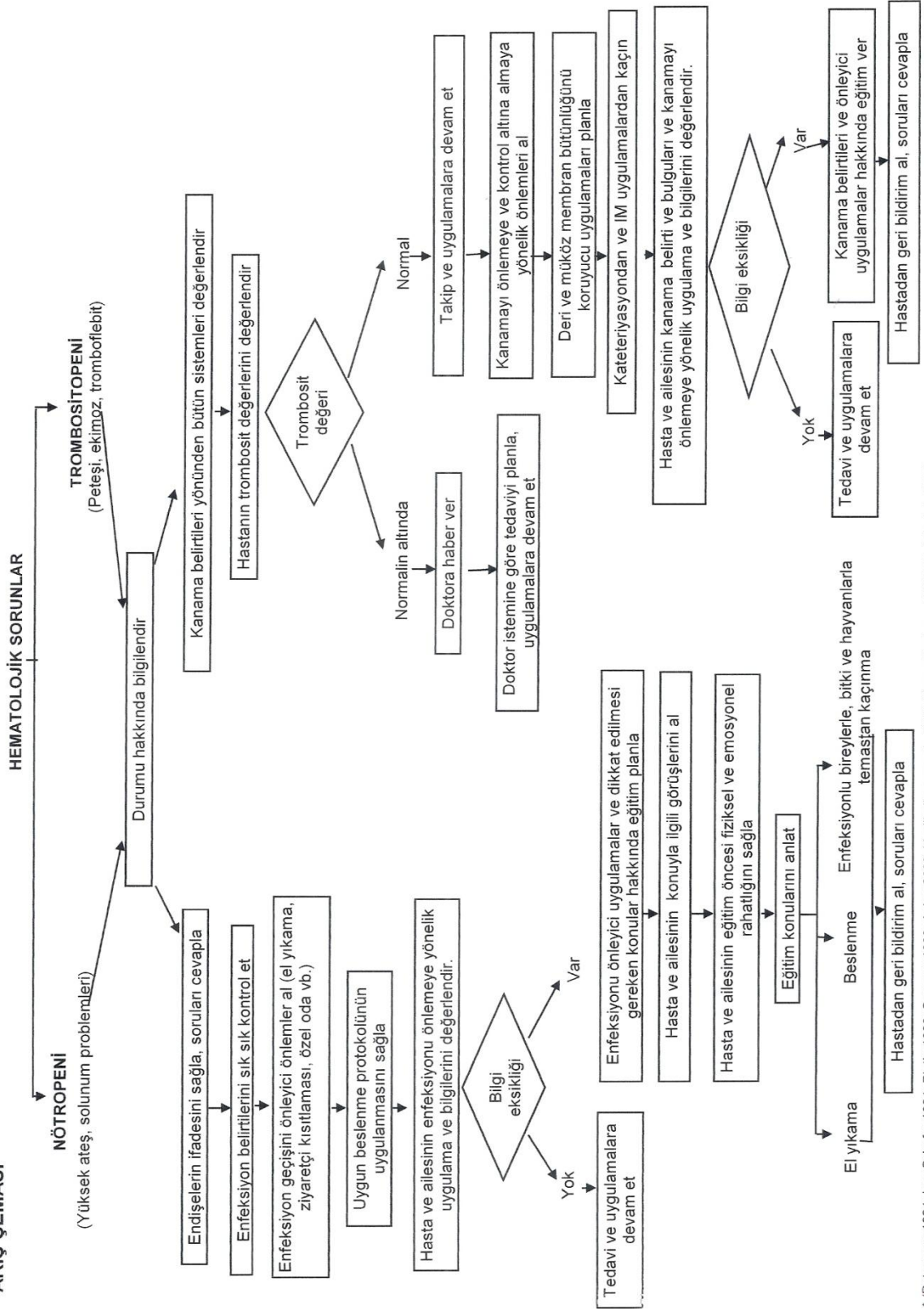
* (Taşkın 2000; Taşkın ve ark. 2004; Bilgiç ve ark.2005; Coskun ve ark.2008)

Şema 3: SERVİKAL TANILAMADA HEMŞİRELİK UYGULAMALARINA İLİŞKİN AKIŞ ŞEMASI*



* (Taşkın 2000; Youngkin and Davis 2004; Coşkun ve ark.2008)

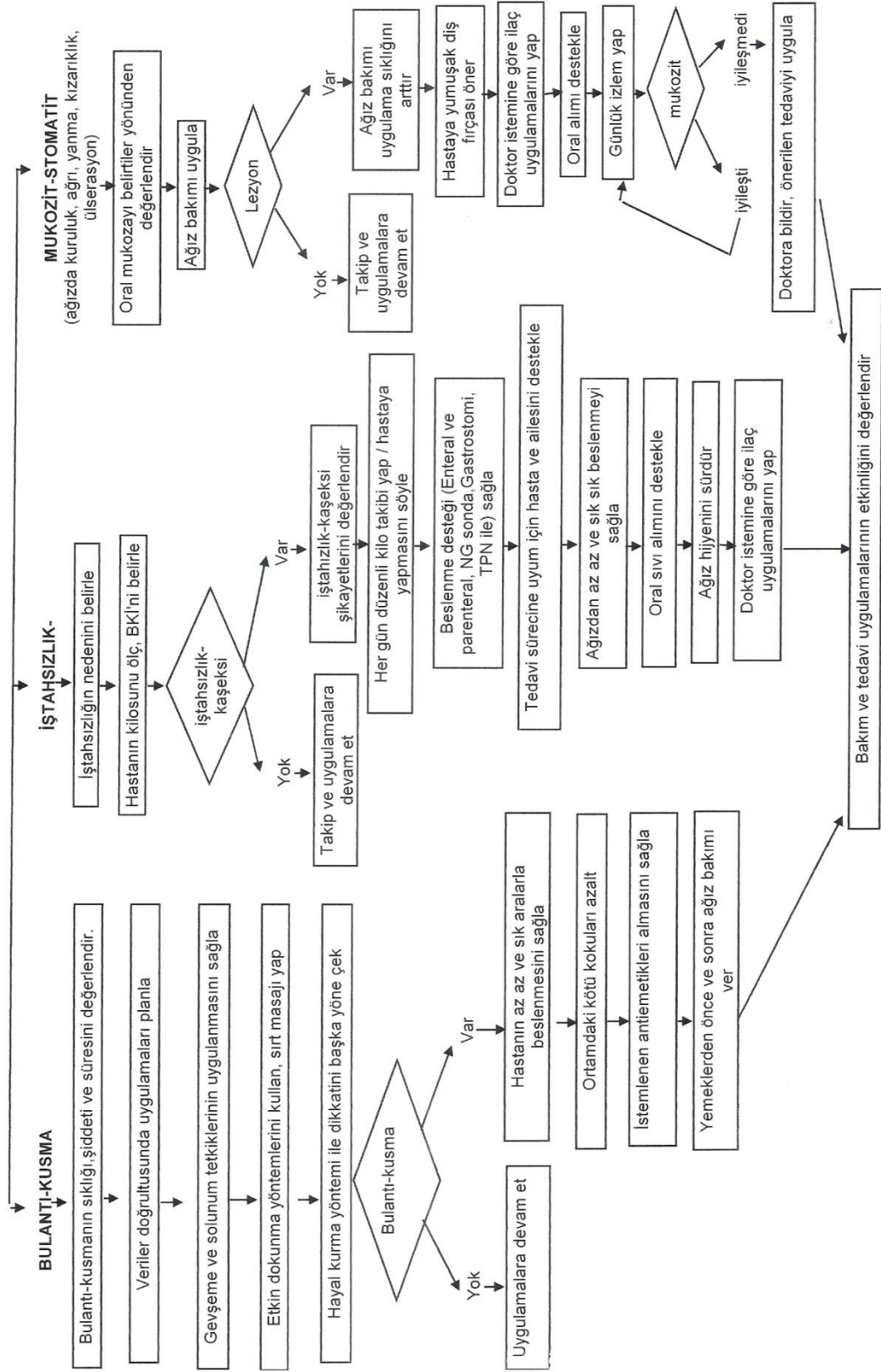
Şema 4: KEMOTERAPİNİN NEDEN OLDUĞU HEMATOLOJİK SORUNLARA YÖNELİK HEMŞİRELİK UYGULAMALARINA İLİŞKİN AKIŞ ŞEMASI*



* (Pettersson 1994; Lee Schafer 1994; Platin 1998; Savaşer 1998; Aslan 2003; Yeşilbalkan ve ark. 2005; Yazıcı Korkmaz 2008; Kurt Sadırlı 2008)

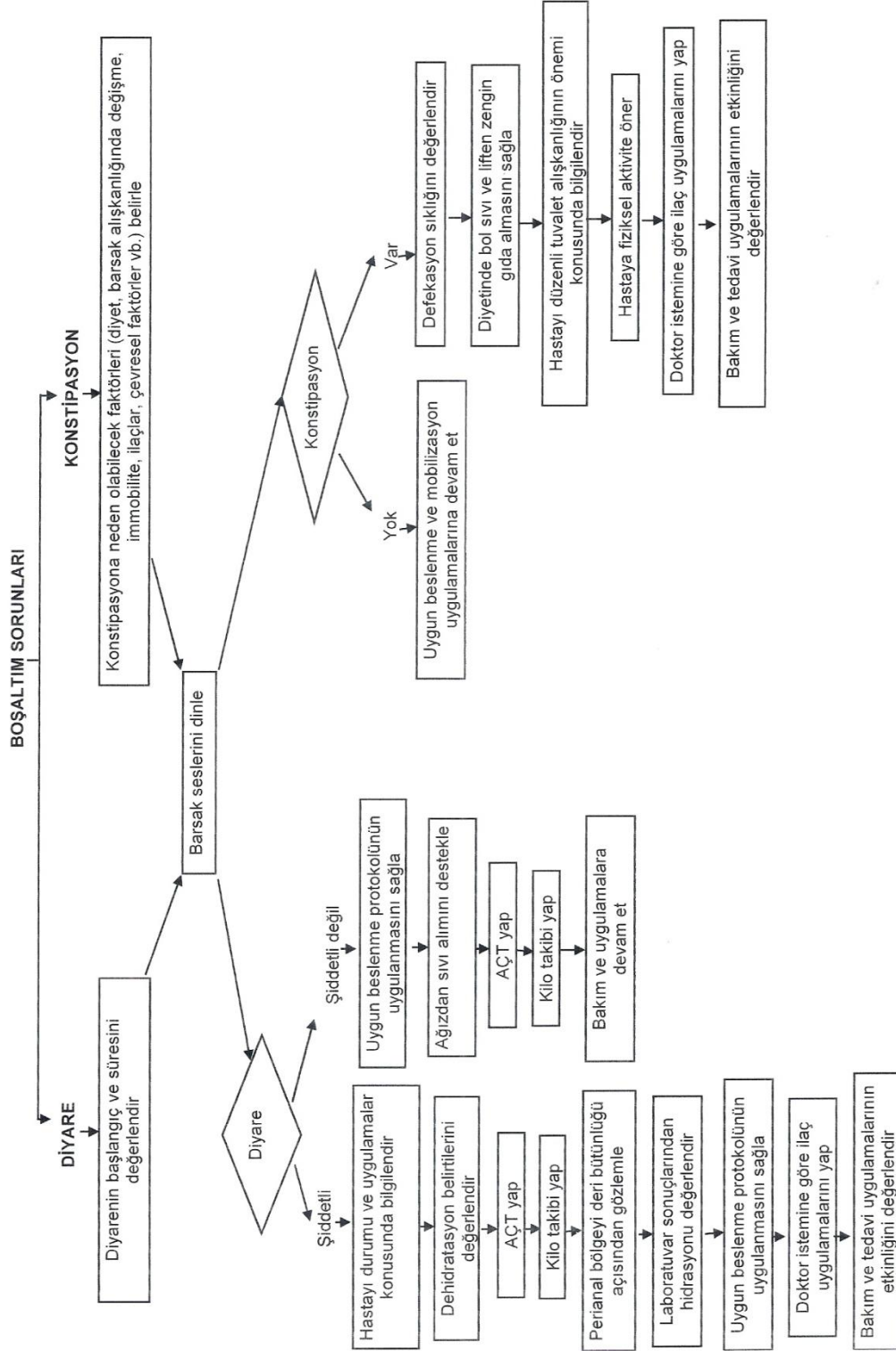
Şema 5: KEMOTERAPİNİN NEDEN OLDUĞU GASTROİNTESTİNAL SORUNLARA YÖNELİK HEMŞİRELİK UYGULAMALARINA İLİŞKİN AKIŞ ŞEMASI*

GASTROİNTESTİNAL SORUNLAR



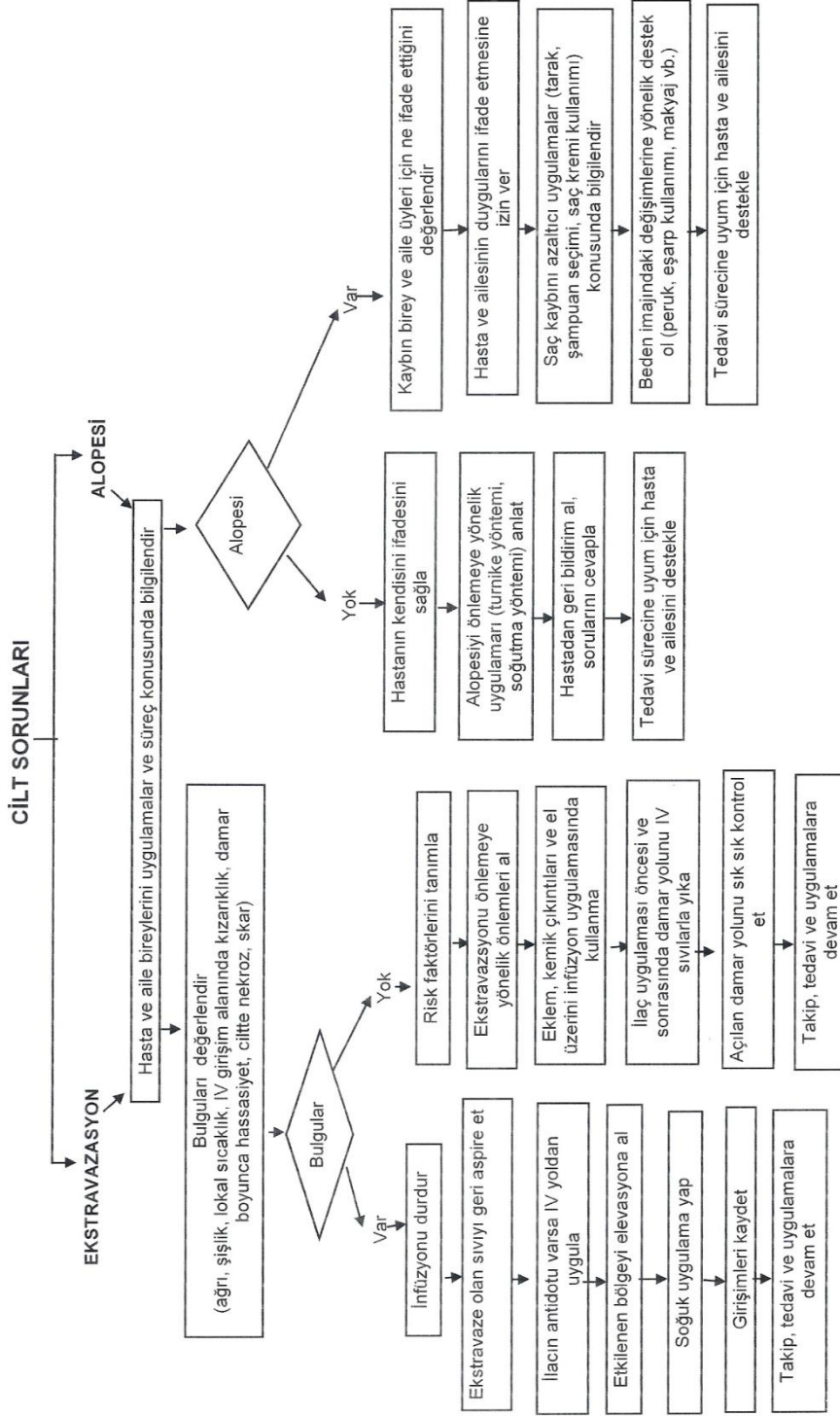
* (Duma 1991; Rust and Shuster 1994; Miller 1994; Hogan 1994; Dalgıç ve ark. 1998; Nelson et al.2001; Yeşilbalkan ve ark. 2005; Yazıcı Korkmaz 2005)

Şema 6: KEMOTERAPİNİN NEDEN OLDUĞU BOŞALTIM SORUNLARINA YÖNELİK HEMŞİRELİK UYGULAMALARINA İLİŞKİN AKIŞ ŞEMASI*



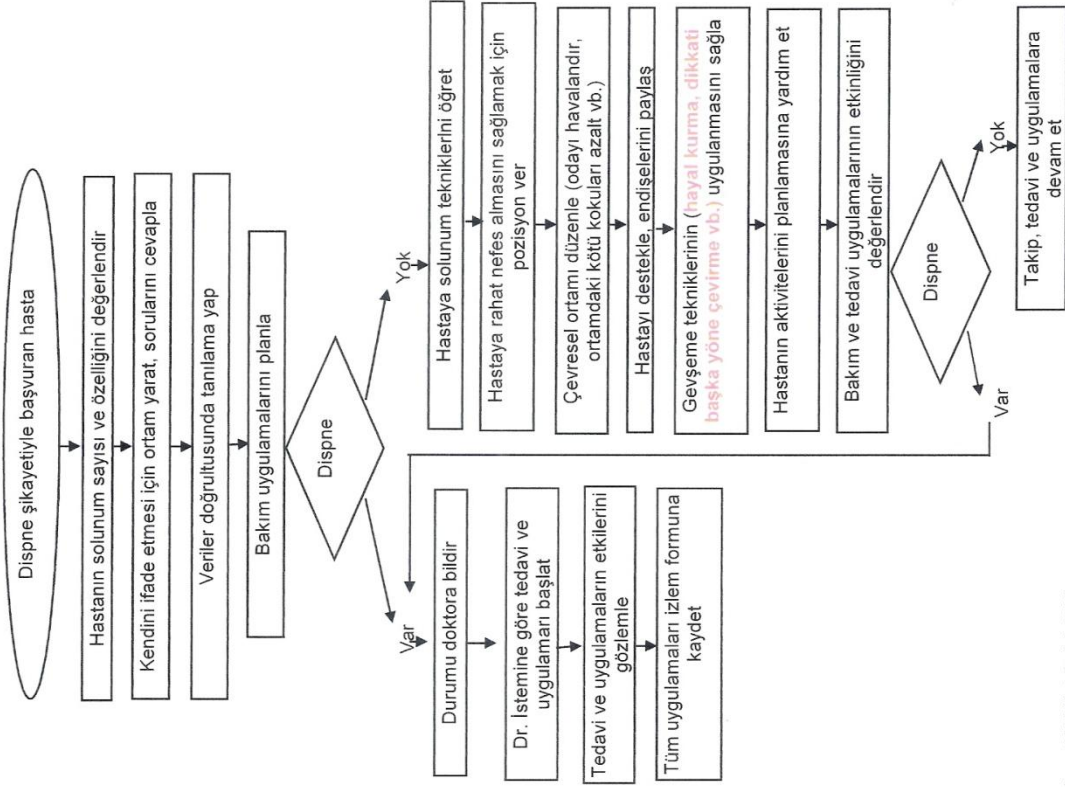
* (Culhane 1994a; Culhane 1994b; Platin 1998; Cleeland et al. 2000; Yeşilbalkan ve ark. 2005; Kurt Sadırlı 2008; Demirsoy 2008)

Şema 7: KEMOTERAPİNİN NEDEN OLDUĞU CİLT SORUNLARINA YÖNELİK HEMŞİRELİK UYGULAMALARINA İLİŞKİN AKIŞ ŞEMASI*



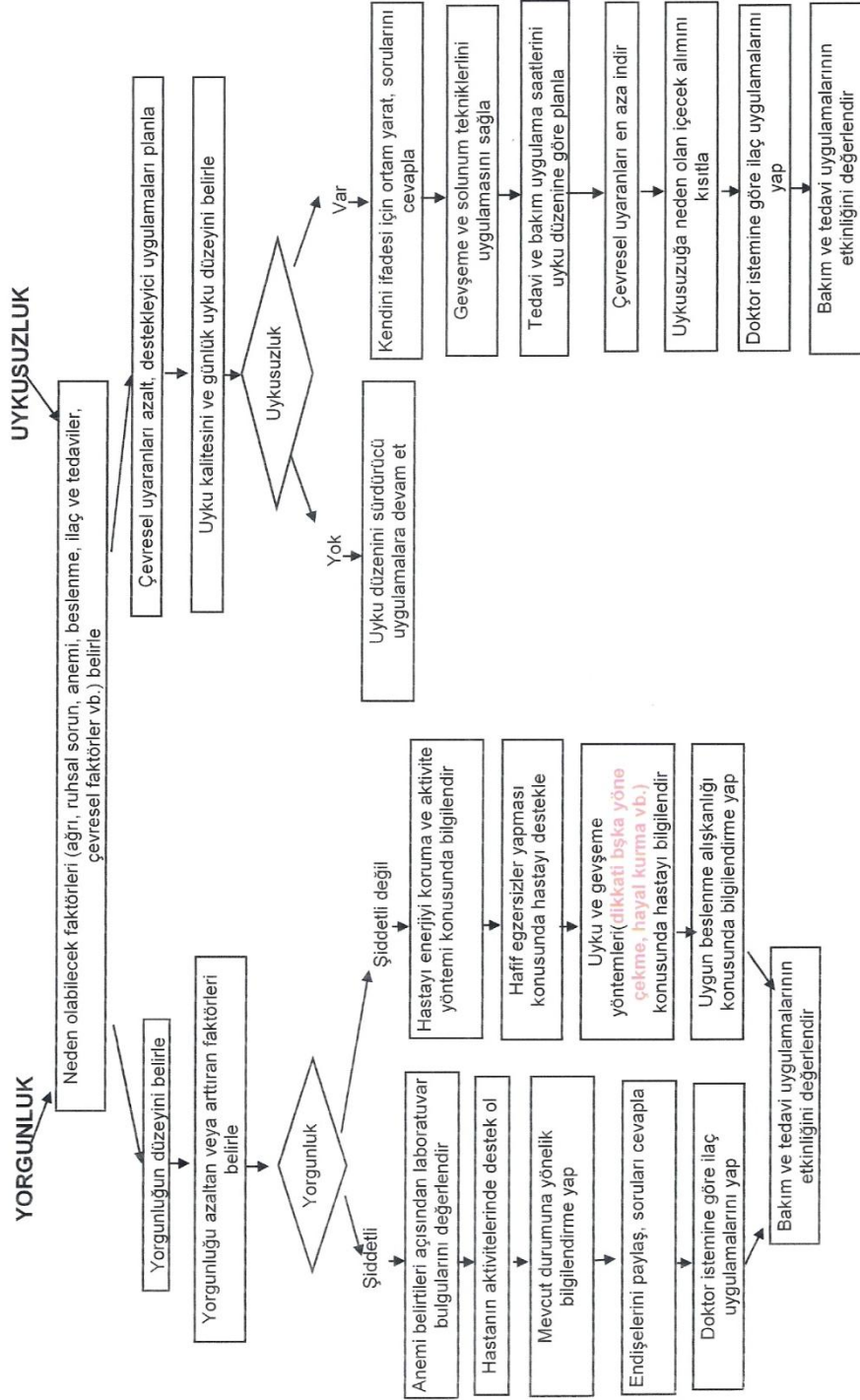
* (Cherny 1994; Conrad 1994; Steele and Harkins 1994; Platin 1998; Aslan 2003; Balci Yangın 2007; Özbaş 2007; Yazıcı Korkmaz 2008)

Şema 8: KEMOTERAPİNİN NEDEN OLDUĞU DISPNEYE YÖNELİK HEMŞİRELİK UYGULAMALARINA İLİŞKİN AKIŞ ŞEMASI*



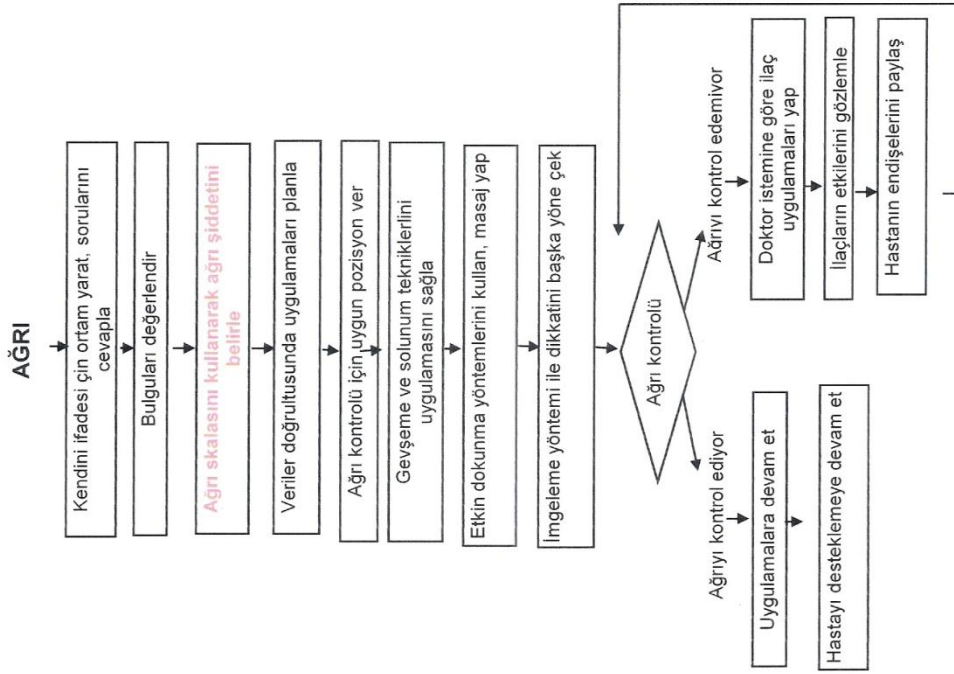
* (Platin 1998; Aslan 2003; Yeşilbakan 2005; Yazıcı Korkmaz 2008; Kurt Sadırlı 2008)

Şema 9: KEMOTERAPİNİN NEDEN OLDUĞU YORGUNLUK-UYKUSUZLUK SORUNLARINA YÖNELİK HEMŞİRELİK UYGULAMALARINA İLİŞ AKIŞ ŞEMASI*



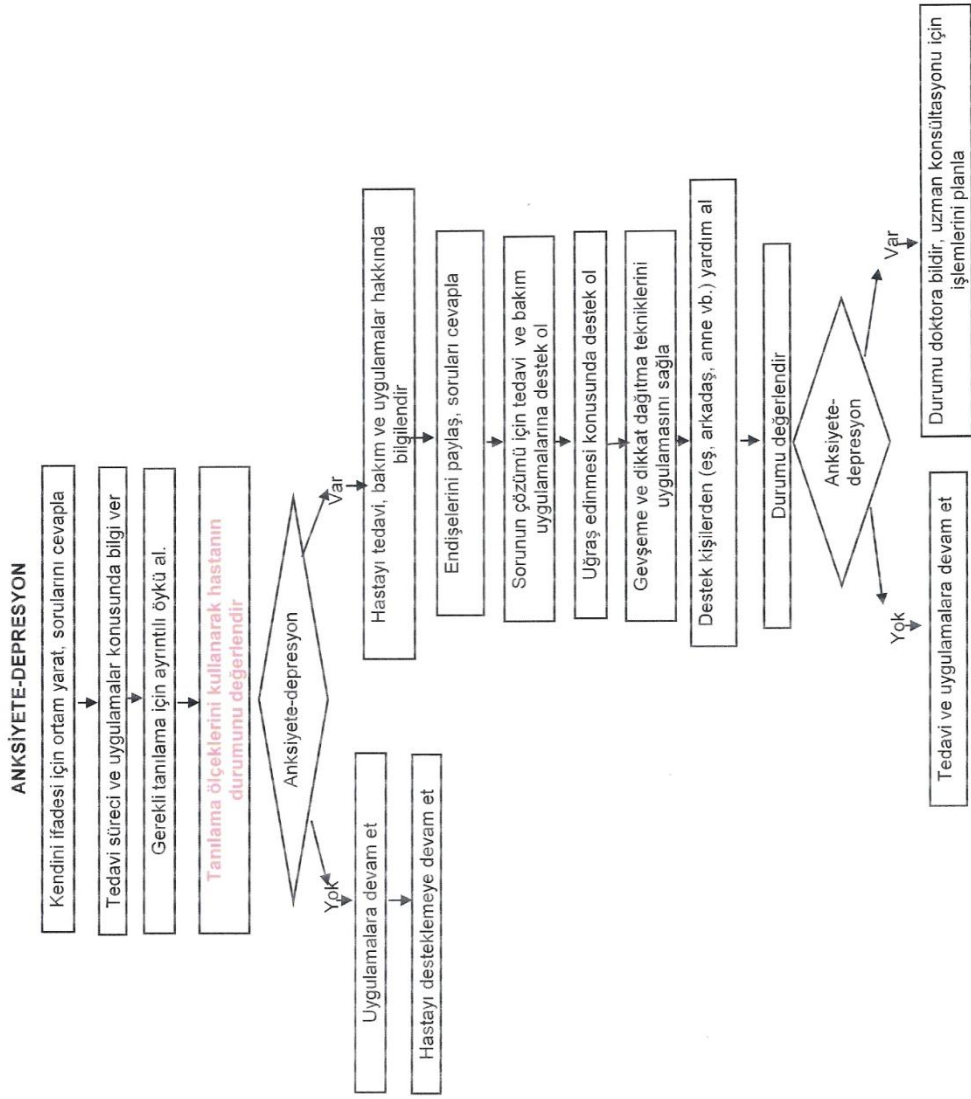
* (Madeya and Britton 1994; Platin 1998; Aslan 2003; Usta Yeşilbalkan 2007; Karakoç 2008)

Şema 10: KEMOTERAPİNİN NEDEN OLDUĞU AĞRI SORUNUNA YÖNELİK HEMŞİRELİK UYGULAMALARINA İLİŞKİN AKIŞ ŞEMASI*



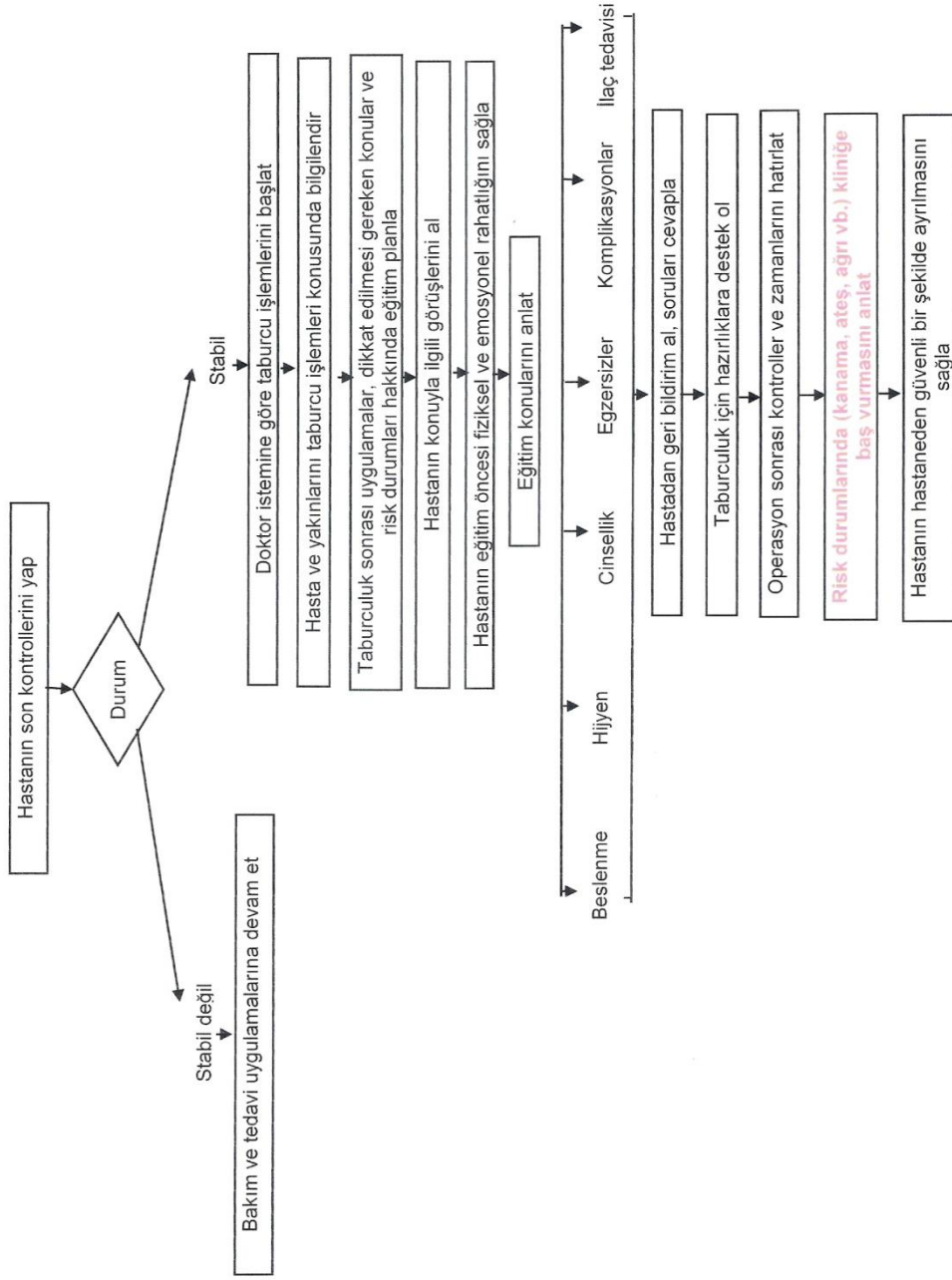
* (F atın 1998; Alcemir ve Erdine 2000; Özgürlüoğlu 2002 ; Aslan 2003; Thomas 2004)

Şema 11: KEMOTE RAPİ NİN NEDEN OLDUĞU ANKSİYETE -DEPRESYON SORUNUNA YÖNELİK HEMŞİRELİK UYGULAMALARINA İLİŞKİN AKIŞ ŞEMASI*



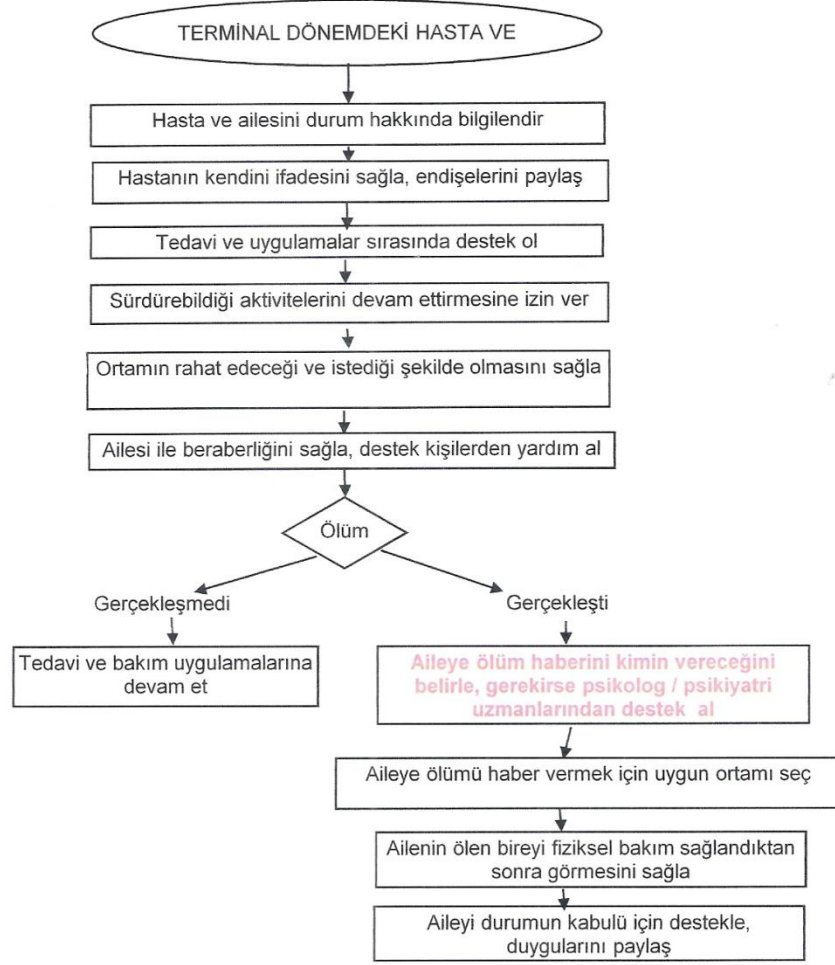
(Platin 1998; Aslan 2003; Sayın Yazıcı ve Kanan 2004; Güner Küçükkaya 2007; Bostancı 2007)

Şema 12: OPERASYON SONRASI TABURCULUĞA YÖNELİK HEMŞİRELİK UYGULAMALARINA İLİŞKİN AKIŞ ŞEMASI*



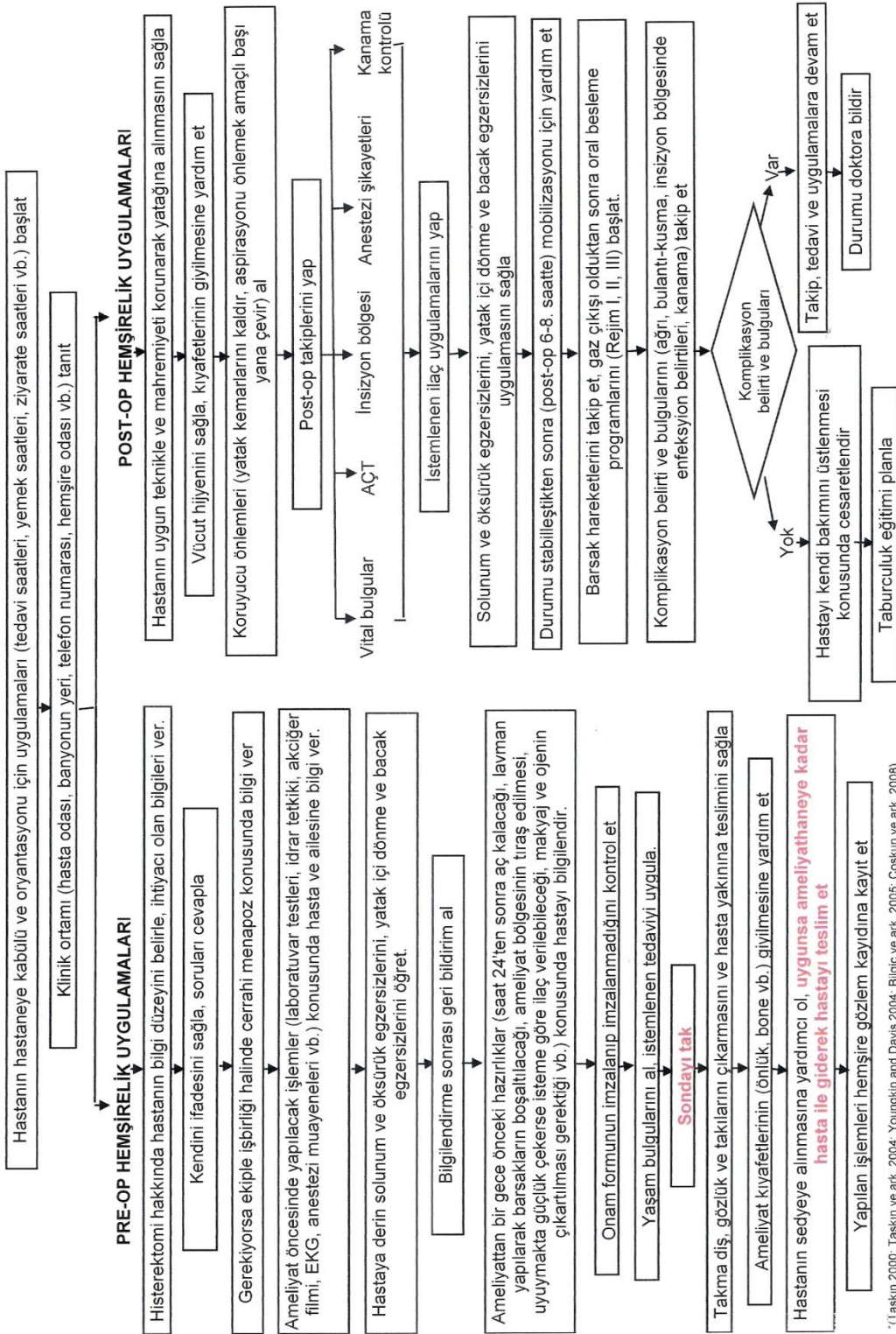
* (V cEnroe 1996 Platin 1998; Kuzeyli Yıldırım 2006; Ünser ve ark. 2007; Demirsoy 2008; Kurt Sadırlı 2008; Yazıcı Korkmaz 2008)

Şema 13: TERMİNAL DÖNEMDEKİ HASTA VE AİLESİNE YÖNELİK HEMŞİRELİK UYGULAMALARINA İLİŞKİN AKIŞ ŞEMASI*



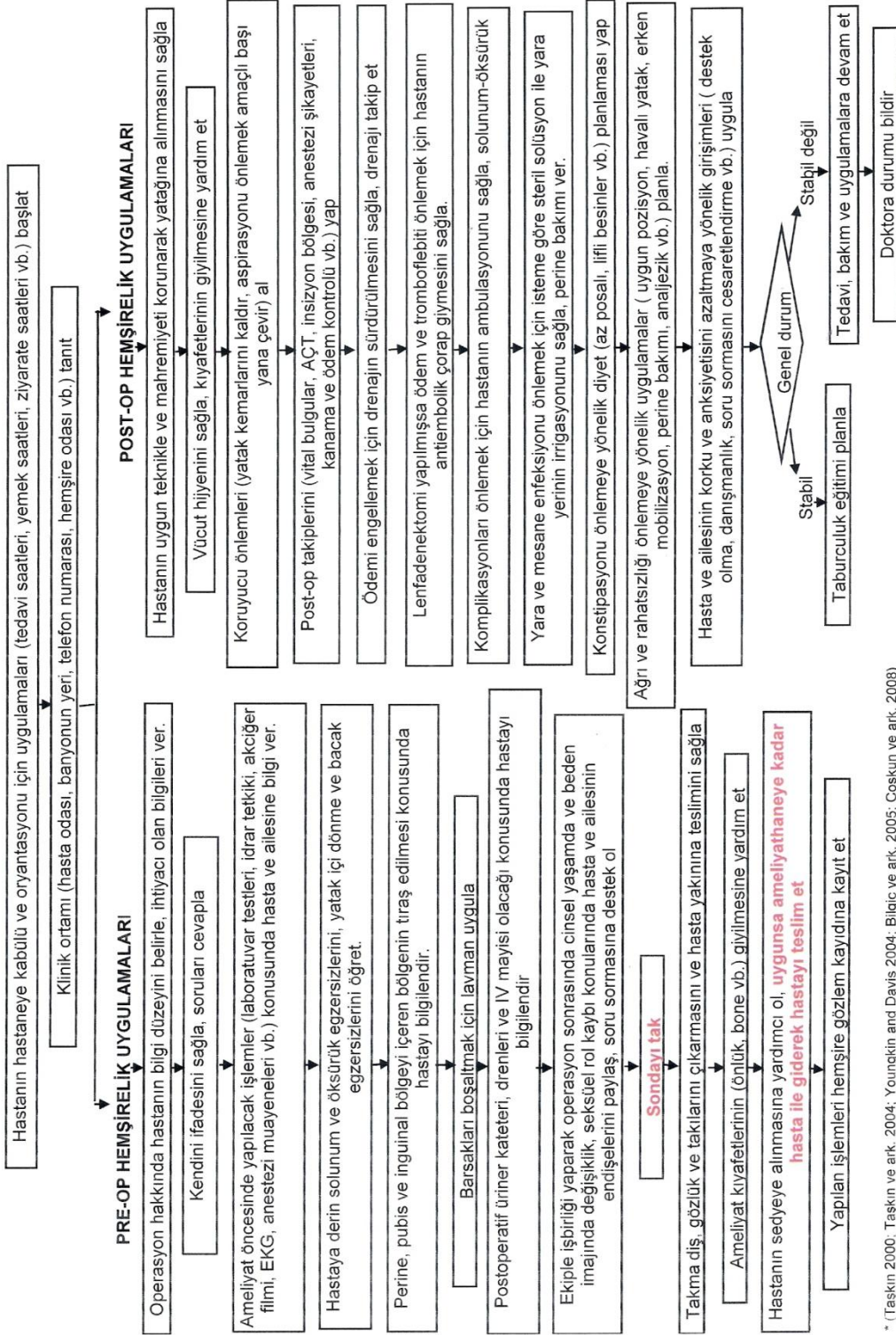
* (Luhrs et al. 2005; Kömürcü ve Şenler Çay 2006)

Şema 14: HİSTEREKTOMİ OPERASYON SÜRECİNDE HEMŞİRELİK UYGULAMALARI AKIŞ ŞEMASI*



* (Taşkın 2000; Taşkın ve ark. 2004; Youngkin and Davis 2004; Bilgiç ve ark. 2005; Coşkun ve ark. 2006)

Şema 15: VULVEKTOMİ OPERASYON SÜRECİNDE HEMŞİRELİK UYGULAMALARI AKIŞ ŞEMASI*



* (Taşkın 2000; Taşkın ve ark. 2004; Youngkin and Davis 2004; Biliç ve ark. 2005; Coşkun ve ark. 2008)

EK-4: HEMŞİRELERİN AKIŞ ŞEMALARINA YÖNELİK YAPTIKLARI DEĞİŞİKLİKLER

ŞEMA NO	SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİ	ÖZEL HASTANELER	ÜNİVERSİTE HASTANESİ
1	Değişiklik / Düzeltme yok	Değişiklik / Düzeltme yok	Değişiklik / Düzeltme yok
2	Değişiklik / Düzeltme yok	KKVM'nin nasıl yapılacağı kısaca tarif edilsin.	Anormal belirti-bulguların ne olduğu yazılsın.
3	Sonuçların ne zaman, nereden alacağı konusunda bilgi verilsin.	Tetkik sonuçlarını değerlendirerek, sonraki aşamada ne yapılması gerektiği konusunda bilgi verilsin.	Değişiklik / Düzeltme yok
4	Değişiklik / Düzeltme yok	Değişiklik / Düzeltme yok	Değişiklik / Düzeltme yok
5	Değişiklik / Düzeltme yok	Değişiklik / Düzeltme yok	Değişiklik / Düzeltme yok
6	Değişiklik / Düzeltme yok	Değişiklik / Düzeltme yok	Değişiklik / Düzeltme yok
7	Değişiklik / Düzeltme yok	Değişiklik / Düzeltme yok	Değişiklik / Düzeltme yok
8	Değişiklik / Düzeltme yok	Gevşeme tekniklerinden birkaç tanesi yazılsın.	Değişiklik / Düzeltme yok
9	Değişiklik / Düzeltme yok	Gevşeme tekniklerinden birkaç tanesi yazılsın.	Gevşeme tekniklerinden birkaç tanesi yazılsın.
10	Değişiklik / Düzeltme yok	Değişiklik / Düzeltme yok	Değişiklik / Düzeltme yok
11	Tanılama ölçeklerini hemşireler kullanmıyor, bu nedenle bu aşama çıkartılsın.	KLP (Konsültasyon Liyezon Psikiyatri) konusunda destek alınması eklensin.	Değişiklik / Düzeltme yok
12	Değişiklik / Düzeltme yok	Taburculuk sonrası olası riskler ve kliniğe başvurusu gerektiği eklensin.	Risk durumlarının neler olduğu kısaca yazılsın.
13	Ölüm durumunda aile ile hekimler konuşuyor, hemşire etkin görev almıyor. Bu nedenle bu aşama çıkartılsın.	Ölüm durumunda aileye haber vermede psikolog, psikiyatri uzmanlarından destek alınması eklensin.	Ölüm durumunda aileye bilgi verilmesinde hekim ile işbirliği yapılması eklensin.
14	Hastayı ameliyathaneye personel götürüyor.	Değişiklik / Düzeltme yok	Pre-op dönemde sonda ameliyathanede takılıyor, hastayı ameliyathaneye personel götürüyor.
15	Hastayı ameliyathaneye personel götürüyor.	Değişiklik / Düzeltme yok	Pre-op dönemde sonda ameliyathanede takılıyor, hastayı ameliyathaneye personel götürüyor.

EK-5: ETİK KURUL İZİN YAZISI



MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA ETİK KURULU

Sayı : B.30.2.MAR.0.01.02/AEK/558
Konu :

05.09.2008

Sayın Prof.Dr. Nuran KÖMÜRCÜ

MAR-YÇ-2008-0173 protokol nolu “ Jinekolojik onkoloji Hemşirelik uygulamalarına ilişkin akış şemalarının uyarlanması ve geliştirilmesi ” isimli projeniz Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.

Prof. Dr. Haner DİRESKENELİ
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Araştırma Etik Kurul Başkanı

EK-6: KURUMLARDAN ALINAN İZİN YAZILARI



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sayı :B.30.2.MAR.O.A1.00.01/ 584
Konu :

18 MART 2008

MEMORIAL HASTANESİ
Memorial Sağlık Grubu Memorial Hastanesi Hizmetleri Müdürlüğü'ne

Anabilim Dalımız doktora öğrencisi,Kerime Derya BEYDAĞ'ın "Jinekolojik Onkoloji hastalarına verilen Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Akış Şemalarının Geliştirilmesi ve mevcut olan Akış Şemalarının Alana Uyarlanması " konulu tezi ile ilgili kamu hastanelerinde çalışma yapılabilmesi için gerekli iznin verilmesini emir ve müsadelerinize saygılarımla arz ederim ederim.

Uygur Dur
Azime İSLİM
Memorial Sağlık Grubu Memorial Hastanesi

Prof Dr Sevim ROELAS
Müdür

Uygur Dur

24.04.2008

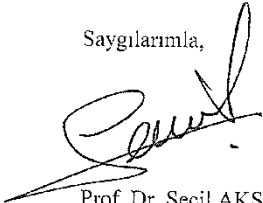
**T.C. Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne**

İlgi: 18.03.2008 tarih /584 sayılı yazınız

Enstitünüz Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi Sn. Kerime Derya Beydağ'ın "Jinekolojik Onkoloji Hastalarına Verilen Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Akış Şemalarının Geliştirilmesi ve Mevcut Olan Akış Şemalarının Alana Uyarlanması" konulu tezi ile ilgili çalışmasını Hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim

Saygılarımla,



Prof. Dr. Sevil AKSAYAN
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü

Sayı : 029

 **Vehbi Koç Vakfı**

Güzelnahçe Sokak No: 20 Nişantaşı 34365 İstanbul-Türkiye Telefon: (0212) 311 20 00 Faks: (0212) 311 21 90
İnternet adresi: www.amerikanhastanesi.com.tr E-posta: vkvah@amerikanhastanesi.com.tr Alo Sağlık Hattı: (0 212) 311 29 29

PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1- Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı ile Marmara Üniversitesi
Üniversitesi/Hastanesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Fakültesi/Kliniği arasında düzenlenmiştir.
Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluş Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
ve Bakırköy Kadın Hastası ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve
Araştırma Hastanesi dir.
Çalışmanın adı Tiroklinik, Onkoloji Hemşirelik Bakımına Yönelik
Akış Şemalarının Alana Uyarlanması dir.

Bu çalışmada görevlendirilen kişi/kişiler Keime Deniz Beydağ
Prof. Dr. Nuran Kandırıcı dir.

Konusu:

Madde 2- Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi: Başlangıç 24.07.2008 /Bitiş 24.10.2008

Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır. Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülecek çözülecektir.

Yürürlük:

Çalışma yayım/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilir.

Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

Yapılan çalışmanın Sağlık Müdürlüğü ilgili şubesi ile görüş alışverişinde bulunacak ve yürütücüsü 3 ay süre ile değerlendirmeler yapılacaktır.

Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

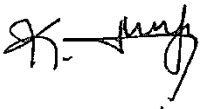
Ek Bilgi:

Taraflar:

18/08/2008

Ünvanı-Adı-Soyadı

Hemşire K. Deniz Beydağ



OLUR

18/08/2008

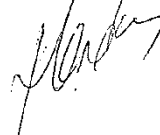
Vali a.

Uz. Dr. Mehmet BAKAR
Sağlık Müdürü

18/08/2008

Ünvanı-Adı-Soyadı

Uz. Dr. Hando AKPınar KAZANCI





T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sayı :B.30.2.MAR.O.A1.00.01/ 585
Konu :

16 MART 2008

SAĞLIK BAKANLIĞI

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhemşireliği'ne

Anabilim Dalımız doktora öğrencisi,Kerime Derya BEYDAĞ'ın "Jinekolojik Onkoloji hastalarına verilen Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Akış Şemalarının Geliştirilmesi ve mevcut olan Akış Şemalarının Alana Uyarlanması " konulu tezi ile ilgili kamu hastanelerinde çalışma yapılabilmesi için gerekli iznin verilmesini emir ve müsadelerinize saygılarımla arz ederim ederim.

uygundur

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Fatma ÇIRPI
Başhemşire

Prof. Dr. Sevim ROLLAS
Müdür

EK-7: ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Kerime Derya	Soyadı	BEYDAĞ
Doğum Yeri	Gölcük	Doğum Tarihi	17.10.1979
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	29986165084
E-mail	kderya79@hotmail.com	Tel	(505) 786 18 72

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2010
Yüksek Lisans	Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2005
Lisans	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yükseokulu	2001
Lise	Ankara Çankaya Lisesi (Yabancı Dil Ağırlıklı Lise)	1997

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Öğretim Görevlisi	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Y.O.Ebelik Bölümü	17.11.2009-.....
2. Öğretim Görevlisi-Hemşire	Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Y.O	28.12.2001-16.11.2009
3. Hemşire	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi	Temmuz-Aralık 2001

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	Orta	Orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu #								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	72.500							

Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır

KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	Çok iyi
Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin