

Onkoloji Alanında Çalışan Hemşirelerin Yerine Getirdikleri Rol ve İşlevler

Hayriye ÜNLÜ*

Ayişe KARADAĞ**

Lale TAŞKIN***

Füsun TERZİOĞLU****

* Yrd. Doç. Dr., Ankara
Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü,
Ankara
e-mail: hayriyeunlu@yahoo.com

** Doç. Dr., Gazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü, Ankara

*** Prof. Dr., Hacettepe
Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü,
Ankara

**** Doç. Dr., Hacettepe
Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü,
Ankara

Özet

Amaç: Kanser tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir ölüm nedenidir. Kanser insidansının artması onkoloji hemşireliğinin gelişimini de etkilemiştir. Bu araştırma onkoloji alanında çalışan hemşirelerin eğitim, araştırma ve bakıma ilişkin yerine getirdikleri rol ve işlevleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma kapsamına 93 hastanenin onkoloji kliniklerinde çalışan hemşireler alınmıştır. Anket formları posta ile gönderilmiş 38 hastaneden 458 anket formu doldurulmuş olarak geri dönmüştür.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin onkolojide çalışma yılı ortalaması 4.95, haftalık çalışma saati ortalaması ise 44.38'dir. Hemşirelerin günlük kemoterapi hazırlama ortalaması 8.10, günlük kemoterapi uygulama ortalaması 7.55'dir. Çalışmada kurumların hemşirelerden erken tanı ve tedaviye ilişkin eğitim beklentisi (%78.4), araştırma beklentisi olmadığı (%76.2), hemşirelerin araştırmada yer alma oranlarının düşük olduğu (%91.5), yapılan araştırmaların çoğunlukla desteklenmediği (67.5) saptanmıştır. Hemşirelerin bakıma ilişkin en çok yaptıkları uygulamalar; vital bulguların takibi (%44.4), enfeksiyonun önlenmesine yönelik aktiviteler (%43.3), psikolojik destek verme (%41), mobilize etme (%30.9), boşaltımın sağlanmasında hekim istemi ile yapılan müdahaleler (%30.4) ve oksijen vermedir (%29.9). Hemşirelerin en az yerine getirdikleri işlev ise cinsel yaşamının sürdürülmesine ilişkin hastanın bilgilendirilmesidir. Hemşireler, rol ve işlevlerini yerine getirmelerini engelleyen durumları sırası ile hasta sayısının fazlalığı, fiziksel ortamın uygun olmaması, araç- gereç yetersizliği, zaman yetersizliği, bilgi, deneyim eksikliği, ekip çalışmasının olmaması ve kurumun beklentisinin olmaması olarak ifade etmişlerdir.

Sonuç: Türkiye'de, onkoloji hemşireliğinin geliştirilmesi için öncelikli olarak ulusal gereksinimleri karşılayan ve uluslararası standartlara uygun sertifika programlarının başlatılması ve bu doğrultuda kanser hemşireliğinin görev tanımlarının yapılmasıdır.

Anahtar Sözcükler: Onkoloji hemşireliği, bakım, rol ve işlevler.

Roles and Functions of Carried Out by the Oncology Nurses

Aim: *Cancer is an important death cause in the world as well as in Turkey. The growth in the incidence of cancer has also affected the development of oncology nursing. This descriptive research was done to determine roles and functions related to teaching, research and care which carried by oncology nurses.*

Methods: *The research includes the nurses working in the oncology clinics of 93 hospitals. Questionnaires were sent by mail, of which 458 have returned from 38 hospitals.*

Results: *Nurses' mean clinical working duration was 4.95 years, while the mean weekly working duration was 44.38 hours. The mean number of chemotherapy preparation was 8.10 and the mean number of chemotherapy application was 7.55 in a day. It was found that hospitals didn't expect nurses to have training regarding early diagnosis and treatment (78.4 %), and to do any research (76.2%). The percentage of nurses who involved in a research was low (91.5%), additionally, hospitals didn't give any support when nurses conducted research (67.5%). The most common interventions related to care by carried out by nurses were taking vital signs (44.4%), activities towards the prevention of infection (43.3%), psychological support (41%), helping patient mobilization (30.9%), helping urinary and bowel elimination with physician order (30.4%), and oxygen administration (29.9%). Nurses were less interested in to give patients' information on their sexual life continuity. Nurses said there were a number of factors that prevented them from carrying out their roles and functions: an excessive number of patients, inconvenience of the physical environment, lack of equipment, time, knowledge, experience, team work and organizational expectations.*

Conclusion: *For the improvement of oncology nursing, in Turkey, it is essential that certificate programmes be initiated which can satisfy the national requirements and are in accordance with the international standards and by the same token, occupations definitions of oncology nurses' be made.*

Keywords: *Oncology nursing, care, role and function.*

GiriŖ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2006), küresel ölümlerin önde gelen nedeninin kanser olduğunu ve 2005 yılında dünyada 7.6 milyon kiŖinin kanser nedeni ile hayatını kaybettiğini, gerekli önlemler alınmadığı takdirde önümüzdeki 20 yıl içinde kanserden ölen kiŖi sayısının 84 milyona ulaŖacađını belirtmektedir. DSÖ ayrıca kanserden ölümlerin %70'inin tanı, tedavi ve önleyici önlemler için kaynakların sınırlı olduğu ya da kaynağın olmadığı, orta ve düşük gelir düzeyine sahip ölkelerde görüldüğünü ifade etmektedir.

Çağımızın önde gelen sağlık sorunlarından birisi olan kanser, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de ölüm nedenleri arasında kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008). DSÖ (2006) 2005 yılı verilerine göre Türkiye'de yaklaşık 52000 kiŖi kanser nedeni ile yaŖamını yitirmiŖtir bunlardan 37000'i 70 yaŖ altındadır. Kanserin oluŖumunda rol oynayan diğer faktörlere ek olarak, nüfus ve ortalama yaŖam süresinin giderek artması, ölkemizde kanser vakalarının artacağını düşündürmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (2010)'nun 2009 yılı verilerine göre Türkiye nüfusu 72.561.312'dir. Sağlık İstatistik Yıllığı (2008)'nin 2008 yılı verilerine göre doğumdan beklenen yaŖam süresi ise 75.8'dir. Ülkemizde 2006 verilerine göre kanserin görölme insidansı kadınlarda 100000 kiŖide 158.1, erkeklerde 256.4'dür. Kadınlarda en sık görülen ilk üç kanser türü meme, kolorektal ve troid kanseri; erkeklerde ise akciğer, prostat ve mesane kanseridir (Sağlık İstatistik Yıllığı 2008).

Toplumda kanser vakalarının görölme sıklığı'nın artması kanser hemŖireliđinin geliŖimi üzerinde önemli bir etken olmuŖtur. Çünkü hemŖireler kanserli bireylere 24 saat boyunca bakım veren ve bu nedenle yakın iliŖkide olan sağlık çalıŖanıdır. Onkoloji hemŖireliđinin amacı; toplumda kanseri önleme, bireylere sağlıklı bir yaŖam biçimi kazandırma ve kanser tanısı alan hastasının yaŖam kalitesini artırmaktır. Bu hedefe ulaŖabilmek için on-

koloji hemşiresinden beklenen roller; toplumun kanser konusunda eğitimi, erken tanı ve önleme, kanserli bireyin bakımı, rehabilitasyonu, danışmanlık, araştırmadır (McMillan 1995, Houston 1997, Middleton ve diğ. 2002, Yates ve diğ. 2002, Chang ve diğ., 2005). Etkin bir bakımın sağlanması ise sürekli eğitim olanaklarına ve desteğe sahip olan, bilgili ve becerili hemşirelere bağlıdır. Kusursuz bir uygulama için hemşirelik bakımı araştırmalara temellendirilmeli, düzenli olarak gözden geçirilmeli ve yenilenmelidir (Dood 1992, Mooney 2001, Yates ve diğ. 2002).

Tıbbi teknoloji, sağlık sistemi, sağlık politikaları ve kanser olgusuna yaklaşımda meydana gelen değişimlere paralel olarak, onkoloji hemşireliğinin rol ve işlevleri de sürekli değişmekte ve gelişmektedir. Bu rollerin yerine getirilebilmesi için onkoloji hemşireliğinin özel bir dal olması zorunlu olmuştur. Ancak Türkiye’de özel dal hemşireliğine ilişkin gelişmeler yeni başlamış ve henüz istendik düzeye ulaşamamıştır. Özel dal hemşirelerinin yetiştirilmesine ilişkin mevzuat ve standartlar henüz geliştirilmemiştir. Türkiye’de yaygın olarak genel hemşirelik programlarının herhangi birinden mezun olan hemşireler onkolojiye özel bir eğitim almadan, hastane yönetiminin görevlendirmesi ile onkoloji kliniklerinde çalışmaktadırlar. Hemşireliğin özel dal olarak yapılandırılmaması, kurumlarda onkolojide çalışan bir hemşirenin daha sonra herhangi bir klinikte çalışmak üzere görevlendirilmesine de neden olabilmektedir. Ancak ülkemizde son 10 yılda azda olsa onkoloji hemşireliğinin ilişkin olumlu gelişmeler görülmektedir. Örneğin; onkoloji hemşireliği yüksek lisans programı; ilk olarak Dokuz Eylül Üniversitesi bünyesinde başlatılmış (Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2010) ve sonra Ege Üniversitesi’nde ikinci bir program açılmıştır (Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2010). Bu iki üniversitede onkoloji hemşireliği yüksek lisans programına devam edilmektedir.

Onkoloji Hemşireliği Derneği 1995-2003 yılları arasında, “antineoplastik ilaçların hazırlanma-

sı ve uygulanmasına ilişkin güvenlik önlemleri” konusunda gerçekleştirdiği bir dizi çalışmalar sonucunda, 2004 yılında Sağlık Bakanlığı ile birlikte “antineoplastik ilaçların güvenli kullanım standartları rehber”ini hazırlamıştır (Onkoloji Hemşireliği Derneği 2004) ve yine Sağlık Bakanlığı ile oluşturulan protokol çerçevesinde “Kemoterapi Hemşireliği Sertifika Kursu”nu 2005 yılında başlatmıştır. Kurs teorik ve uygulamalı olarak toplam 37 saat (27 saati teorik, 10 saati uygulama) ve süresi 5 iş günüdür.

Türkiye’de onkoloji hemşireliğinin temel sorunları; onkoloji hemşireliğine özgü eğitim programlarının az olması, güvenli kemoterapi uygulamasında bilgi eksikliği, görev tanımlarının yapılmamış olması, uygulama standartlarının yokluğu ve onkoloji alanında ekip çalışmasının yetersizliğidir.

Amaç

Ülkemizdeki onkoloji alanında çalışan hemşirelerin bireysel ve mesleki özellikleri, çalışma koşulları, rol ve işlevlerini yerine getirme durumlarına ilişkin yeterli ve kapsamlı verilere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu araştırma onkoloji alanında çalışan hemşirelerin eğitim, araştırma ve bakıma ilişkin yerine getirdikleri rol ve işlevleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Tipi ve Evreni

Bu araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Türkiye’de onkoloji kliniği bulunan Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastaneleri ile kamu iktisadi teşekkülleri ve vakıflara bağlı 93 hastanenin onkoloji kliniklerinde çalışan hemşireler araştırmanın evrenini oluşturmuştur (Türk Onkoloji Grubu Merkez Üyeler Rehberi 1999, Sağlık İstatistik Yılı 2000). Ancak söz konusu bu hastanelerin onkoloji kliniklerinde çalışan hemşire sayısına ilişkin kesin ve resmi veri elde edilememiştir. Bu nedenle de örneklem hesaplaması yapılmamış ve evren üzerinde çalışılmıştır. Evreni oluşturan 93

hastanenin onkoloji kliniklerinde çalışan tüm hemşirelere ulaşılması hedeflenmiştir. Bu nedenle 93 hastanenin başhekimlerine bir üst yazı ile onkoloji kliniklerinde çalışan hemşire sayısına göre veri toplama formunun çoğaltılması istenerek, toplam 930 adet veri toplama formu posta ile gönderilmiş ve onkoloji alanında çalışan tüm hemşireler tarafından doldurulması istenmiştir. Toplam 38 hastaneden 458 adet veri toplama formu doldurularak geri dönmüş olup 38 hastanenin evreni oluşturan 93 hastaneyi temsil etme oranı %40.9 olarak hesaplanmıştır (N=458).

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sınırlılığı veri toplama formu gönderilen 93 merkezin, 38'inden cevap alınabilmesidir.

Verilerin Toplanması

Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen veri toplama formu aracılığı ile toplanmıştır. Veri toplama formu ilgili literatür incelenerek hazırlanmıştır (Dodd 1992, Smith ve diğ. 1994, McMillan 1995, Houston 1997, Kinney 1997).

Soruların anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini test etmek için hazırlanan veri toplama formu, A Onkoloji Hastanesi'nde çalışan 10 hemşireye uygulanmış ve hemşirelerden gelen görüşler doğrultusunda yeniden düzenlenmiştir. Yeniden düzenlenen veri toplama formu, B Hastanesi'nin Onkoloji Servisi'nde çalışan 8 hemşireye uygulanmıştır. Bu uygulamadan sonra forma son şekli verilmiştir. Veri toplama formunu cevaplayan ve görüşleri alınan 18 hemşire evren dışında bırakılmıştır.

Veri toplama formu hemşireleri tanıtıcı özellikleri (yaş, eğitim, çalışma düzeni, toplam çalışma saati, onkoloji hemşireliğine ilişkin bilimsel faaliyetlere katılıp katılmadığı, onkoloji ilgili bir derneğe üyeliği ve başvurduğu kaynaklara ve rol/işlevlerini yerine getirmelerini etkileyen faktörleri içeren 13 soru), eğitim (4 soru), araştırma

(8 soru), bakım (9 soru) rolüne ilişkin toplam 35 sorudan oluşmaktadır. Hemşireleri yapılan araştırma konusunda bilgilendirmek için araştırmanın amacını, onkoloji alanına getireceği katkıları, isterlerse katılmayabilecekleri ve katılıma teşekkürü içeren mektup veri toplama formunun ön sayfasına eklenmiştir.

Veri Toplama Formunun Uygulanması

Veri toplama formu, örneklem kapsamına alınan 93 hastaneye içine pul yapıştırılmış geriye dönüş zarfı ve gönderilen kurumun katkı ve iznini talep eden bir ön yazı ile postalanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Cevaplanarak geri dönmüş olan veri toplama formları araştırmacılar tarafından incelenerek açık uçlu sorulara gelen tüm yanıtların dökümü yapılmıştır. Tanıtıcı bilgilerde yer alan yaş, toplam mesleki deneyim yılı ve onkolojide çalışma yılı ile haftalık toplam çalışma süresi gibi verilerde gruplama yapılmamış, ham veri olarak bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Eğitim, araştırma, ve bakım rolüne ilişkin açık uçlu sorular, hemşirelerden gelen yanıtlar doğrultusunda ana başlıklar çerçevesinde gruplandırılmış ve tablolaştırılmıştır. Bakım rolüne ilişkin işlevler günlük yaşam aktiviteleri temel alınarak; güvenli çevre ve rahatlığın sağlanması, solunum, kardiyovasküler fonksiyonu sürdürme, beslenme, yeterli ve uygun hareket, boşaltım, cinsellik başlıkları altında gruplandırılmıştır.

Veri toplama formundan elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmış SPSS 7.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı, yüzdelik ve ortalama gibi istatistiksel analizler kullanılmıştır.

Bulgular

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %45.6'sı önlisans mezunu olup, % 2.8'i yönetici hemşire olarak çalıştıklarını, %92.6'sı onkoloji ile herhangi bir derneğe üye olmadıklarını belirtmiştir. Hemşirelerin yaş ortalaması $\bar{X} = 28.65$, çalış-

Tablo 1: Kurumun Hemşirelerden Kanserden Korunma ve Erken Tanıya Yönelik Beklentisi

Kurumun Beklentisi	Sayı (%)*
Korunma ve erken tanıya yönelik hizmet beklentisi (n=458)**	
Var	50 (10.9)
Yok	359 (78.4)
Cevapsız	49 (10.7)
Beklenen hizmet türü (n=50)**	
Tarama/risk gruplarını belirleme	6 (12.0)
Eğitim	44 (88.0)
Kurumun yatan hasta için eğitim beklentisi (n=458)**	
Var	225 (49.1)
Yok	197 (43.0)
Cevapsız	36 (7.9)
Eğitim verme durumu (n=458)**	
Veriyor	242 (52.8)
Vermiyor	181 (39.5)
Cevapsız	35 (7.6)
Eğitim verilen gruplar(n=210)**	
Hastanın kendisi	19 (9.0)
Hasta ailesi	19 (9.0)
Hasta ve ailesi	172 (82.0)

* Yüzdelerin üzerinden alınmıştır

**Bu soruya yanıt veren hemşire sayısı

ma yılı ortalaması $\bar{X} = 8.62$, onkolojide çalışma yılı ortalaması $\bar{X} = 4.95$, haftalık çalışma saati ortalaması ise $\bar{X} = 44.38$ 'dir. Hemşirelerin bakım verdikleri hasta sayısı ortalamaları incelendiğinde gündüz bakım verilen hasta sayısı ortalaması $\bar{X} = 9.29$, gece bakım verilen hasta sayısı ortalaması $\bar{X} = 20.40$ olduğu görülmektedir. Hemşirelerin günlük kemoterapi hazırlama ortalaması $\bar{X} = 8.10$, günlük kemoterapi uygulama ortalaması $\bar{X} = 7.55$ 'dir.

Hemşirelerin %78.4'ü kurumlarının kanserden korunma ve erken tanıya yönelik kendilerinden herhangi bir hizmet beklemediğini belirtmektedir. Kurumlarının kendilerinden hizmet beklediğini belirten hemşirelerin %88'i beklenen hizmet türünün eğitim olduğunu ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin % 49.1' i kurumun hasta ve ailesine yönelik kendilerinden eğitim verme beklentisi olduğunu, % 52.8' i eğitim verdiklerini ve %82'si bu eğitimleri hasta ve ailesine birlikte verdiklerini belirtmişlerdir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin % 52.8'i kanserden korunma ve erken tanıya ilişkin eğitim verdiğini belirtmiştir. Eğitimin süresine bakıldığında hemşirelerin; hasta eğitimi (%43.7) ve hasta ailesi eğitimi(%40.6) için 5-30/dk ayırdığı görülmektedir. Eğitim süresi ortalaması hastalar için $\bar{X} = 22.97$, hasta aileleri için $\bar{X} = 20.35$ dakikadır.

Hemşirelerin %54.9'u hastalara hasta odasında, %55.8'i hasta ailelerine koridor gibi herhangi bir ortamda eğitim verdiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 2: Hemşirelerin Hasta ve Hasta Ailelerine Verdikleri Eğitime İlişkin Özellikler

Özellikler	Hasta Eğitimi	Hasta Ailesi Eğitimi
	Sayı (%)*	Sayı (%)*
Eğitimin süresi	(n=112)**	(n=101)**
5-30/dk	49 (43.7)	41 (40.6)
31-60/dk	10 (8.9)	4 (3.9)
Süre belirtilmemiş	53 (47.4)	56 (55.5)
Eğitimin yapıldığı yer	(n=155)**	(n=147)**
Eğitim odası	1 (0.6)	1 (0.6)
Hasta odası	85 (54.9)	50 (34.0)
Hemşire odası	11 (7.1)	14 (9.6)
Herhangi bir ortam (koridor vs.)	58 (37.4)	82 (55.8)
Eğitim konuları	(n= 353)**	(n= 352)**
Tedavinin yan etkileri	81 (22.9)	65 (18.5)
Hijyen/enfeksiyondan korunma	73 (20.7)	72 (20.5)
Tedavi bilgisi	53 (15.0)	42 (11.9)
Beslenme	53 (15.0)	45 (12.8)
Hastalık bilgisi	47 (13.3)	45 (12.8)
Psikolojik destek	16 (4.5)	38 (10.7)
Ağız bakımı	15 (4.3)	–
Travma-kanama	15 (4.3)	–
Masaj	–	3 (0.9)
Evde bakım	–	38 (10.7)
Klinik kurallar	–	4 (1.2)

* Yüzdeler n üzerinden alınmıştır

**Bu soruya cevap veren hemşire sayısı

Hemşirelerin çoğunluğu hastalara (% 84.1) ve hasta ailelerine (%86.5) eğitim verirken herhangi bir eğitim materyali kullanmadıklarını ifade etmişlerdir. Hemşireler hastalara verdikleri eğitim konusunu çoğunlukla (%29.9) tedavinin yan etkileri olarak belirtirken, hasta yakınlarına verdikleri eğitimin konusunu çoğunlukla (%20.5) hijyen ve enfeksiyondan korunma olarak belirtmişlerdir.

Hemşirelerin %76.2'si çalıştıkları kurumun kendilerinden araştırma yapma beklentisi olmadığını, %67.5'i kurumun araştırmaları desteklediğini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %84.9'u araştırma yapmadığını belirtirken, %91.5'i de ya-

pılan araştırmalarda da yer almadıklarını belirtmiştir. Hemşirelerin %36'sı onkoloji alanında araştırma yapmaya istekli olduklarını, %38.2'si ise onkoloji alanında araştırma yapmayı istemediklerini ifade etmişlerdir.

Araştırma yapmak istediğini belirten hemşireler düşündükleri araştırma konularını çoğunlukla sağlık personelinin kemoterapinin olumsuz etkilerinden korunma yolları (%27.9), hastanın/ailenin kemoterapi ve radyoterapinin yan etkilerinden korunma yolları (%24.5), hastanın/ailenin psikolojik durumu (%16,9) olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 3: Hemşirelerin Onkoloji Alanında Araştırma Rolüne İlişkin Özellikleri

Özellikler	Sayı (%)*
Kurumun hemşirelerden araştırma yapma beklentisi (n=458)**	
Var	74 (16.2)
Yok	349 (76.2)
Cevapsız	35 (7.6)
Kurumun araştırmaları destekleme durumu(n=458)**	
Destekliyor	58 (12.6)
Desteklemiyor	309 (67.5)
Cevapsız	91 (19.9)
Kendi başına araştırma yapma durumu(n=458)**	
Araştırma yapan	38 (8.3)
Araştırma yapmayan	389 (84.9)
Cevapsız	31 (6.8)
Diğer ekip üyelerinin yaptığı araştırmalara katılma durumu (n=458)**	
Katılan	19 (4.1)
Katılmayan	419 (91.5)
Cevapsız	20 (4.4)
Katıldığı araştırma aşaması (n=38)**	
Veri toplama	14 (36.0)
Uygulama	14 (36.0)
Değerlendirme	6 (15.0)
Planlama	5 (13.0)
Araştırma yapmaya istekli olma durumu(n=458)**	
İstiyor	165 (36.0)
İstemiyor	175 (38.2)
Cevapsız	118 (25.8)
Düşünülen araştırma konuları (n=172)**	
Sağlık personelinin kemoterapinin olumsuz etkilerinden korunma yolları	48 (27.9)
Hastanın / ailenin kemoterapi ve radyoterapinin yan etkilerinden korunma yolları	42 (24.5)
Hastanın/ ailenin psikolojik durumu	29 (16.9)
Semptom kontrolü	13 (7.6)
Hasta ve aile eğitimi	10 (5.9)
Kanserin artma nedenleri	8 (4.6)
Hasta ve ailesinin yaşam kalitesi	7 (4.1)
Çalışanların psikolojik durumları	5 (2.9)
Erken tanı	5 (2.9)
İlk yardım	2 (1.1)
Ayaktan tedavi kliniklerinin fiziki ortamı	2 (1.1)
Hasta ve ailesinin sosyoekonomik sorunları	1 (0.5)

* Yüzdeler n üzerinden alınmıştır

** Bu soruya cevap veren hemşire sayısı

Tablo 4: Onkoloji Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Bakım Rolüne İlişkin Uygulamaları

Bakım Rolüne İlişkin Uygulamalar	Sayı (%)*
Hasta ve çevre güvenliğinin sağlanması	(n= 343)**
Enfeksiyonun önlenmesine yönelik aktiviteler	270 (43.3)
Kaza ve kanamaların önlenmesine yönelik aktiviteler	168 (27.0)
Hastayı enfeksiyonu önlemeye yönelik) bilgilendirme	105 (16.9)
Hastayı kanama ve kazalara ilişkin bilgilendirme	34 (5.5)
Hasta ailesini enfeksiyonu önlemeye yönelik bilgilendirme	33 (5.3)
Hasta ailesini kanama ve kazalara ilişkin bilgilendirme	6 (0.9)
Hiçbir uygulama yapmayan	7 (1.1)
Solunum fonksiyonunun sürdürülmesi	(n= 269)**
Oksijen verme	171 (29.9)
Pozisyon verme/aktivitesini kısıtlama	139 (24.3)
Solunum-öksürük egzersizi yaptırma ve buhar - postural drenaj- aspirasyon uygulama	107 (18.6)
Uygun ortam sağlama	65 (11.4)
Vital bulgularının takibi	36 (6.3)
İlaç tedavisinin uygulanması	25 (4.4)
Hastanın bilgilendirilmesi	11 (2.0)
Bol hidrasyonun sağlanması	7 (1.2)
Hiçbir uygulama yapmayan	8 (1.4)
Acil müdahale için gerekli hazırlıkları yapma	3 (0.5)
Kardiyovasküler fonksiyonun sürdürülmesi	(n= 217)**
Yaşamsal bulguların takibi	144 (44.4)
İlaç ya da sıvı tedavisini uygulama	46 (14.2)
EKG çekimi, monitorize etme ve izleme	35 (10.8)
Pozisyon verme	27 (8.3)
Uygun aktivitenin sürdürülmesi	22 (6.8)
Hiçbir uygulama yapmayan	16 (4.9)
Aldığı / çıkardığı izlemi	11 (3.4)
Hastanın bilgilendirilmesi	8 (2.5)
Acil müdahale için hazırlık yapma	8 (2.5)
Diyetini ayarlama	7 (2.2)
Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması	(n= 351)**
Uygun diyetin sağlanmasında hekim, diyetisyen ve hasta yakını ile işbirliği yapma	113 (19.8)
Hastaya beslenmesi hakkında bilgi verme	109 (19.1)
Besin alımına teşvik edici aktivitelerde bulunma	101 (17.7)
Parenteral ve enteral beslenmeyi sağlama	95 (16.7)
Beslenme durumunu izleme	70 (12.3)
Sıvı - elektrolit dengesini sağlama	45 (7.9)
Hasta ailesine beslenme hakkında bilgi verme	25 (4.4)
Hiçbir uygulama yapmayan	12 (2.1)

Tablo 4: Onkoloji Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Bakım Rolüne İlişkin Uygulamaları

Boşaltımın sağlanması	(n= 303)**
Hekim istemi ile yapılan müdahaleler (lavman yapma-üretral kateter takma-laksatif/diüretik verme)	176 (30.4)
Hastayı bol hidrate etme	88 (15.2)
Uygun diyet sağlama	79 (13.6)
Sık mobilizasyon	62 (10.7)
Aldığı- çıkardığı izlemi	60 (10.3)
Hasta ve aileyi hijyen, beslenme, boşaltımı sağlama konusunda bilgilendirme	55 (9.4)
Boşaltımı sağlayıcı yardımcı aktiviteler(su sesi dinletme v.s)	52 (9.0)
Hiçbir uygulama yapmayan	8 (1.4)
Rahatlığın sağlanması	(n= 278)**
Psikolojik destek verme	201 (41.0)
Semptom Kontrolüne ilişkin uygulamalar yapma	96 (19.6)
Hasta ve ailesini tanı, tedavi, komplikasyon, rehabilitasyon, evde bakıma ilişkin bilgilendirme	96 (19.6)
Hasta ve hasta ailesi ile işbirliği yapma ve iletişim kurma	37 (7.6)
Fiziksel çevreyi düzenleme	27 (5.5)
Hastanın kliniğe uyumunu sağlama	19 (3.9)
Hasta ve ailesini sosyal güvence açısından bilgilendirme	11 (2.2)
Hiçbir uygulama yapmayan	3 (0.6)
Yeterli ve uygun hareketin sağlanması	(n= 277)**
Mobilize etme	123 (30.9)
Pozisyon verme/değiştirme	87 (21.9)
Hastayı hareket konusunda bilgilendirme	56 (14.1)
Aktif - pasif egzersiz yaptırma	50 (12.6)
Uygun hareket ortamı sağlama	30 (7.5)
Hastanın aktivitelerine yardımcı olma	20 (5.0)
Hasta ailesini hareket konusunda bilgilendirme	16 (4.0)
Hiçbir uygulama yapmayan	16 (4.0)
Cinsel yaşamın sürdürülmesi	(n= 135)**
Hiçbir uygulama yapmayan	45 (33.3)
Psikolojik destek sağlama	34 (25.2)
Cinselliğini vurgulama/vücudunu anlatma	19 (14.1)
Aile planlaması önerme	13 (9.6)
Kemoterapi ve radyoterapi süresince cinsel yaşama ara vermesini söyleme	10 (7.4)
Hastalar bu konuda şikayet getirmedi	8 (6.0)
Hijyenik cinsel ilişki önerme	6 (4.4)

* Yüzdeler n üzerinden alınmıştır

** Bu soruya cevap veren hemşire sayısı

Hemşirelerin bakım rolünde en çok yapmış oldukları işlevler sırası ile; kardiyovasküler fonksiyonunun sürdürülmesinde vital bulguların takibi (%44.4), hasta ve çevre güvenliğinin sağlanmasında enfeksiyonun önlenmesine yönelik aktiviteler (% 43.3), rahatlığın sağlanmasında psikolojik destek verme (%41), yeterli ve uygun hareketin sağlanmasında mobilize etme (%30.9), boşaltımın sağlanmasında hekim istemi ile yapılan müdahaleler (%30.4), solunum fonksiyonunun sürdürülmesinde oksijen vermedir (%29.9). Hemşirelerin en az yerine getirdiği işlev hastanın cinsel yaşamının sürdürülmesine ilişkin bilgilendirilmesi işlevlerdir. Hemşirelerin %33.3'ü konuya ilişkin hiç bir aktivitede bulunmadığını belirtmiştir.

Tartışma

Kurumun Tanıya Yönelik Beklentileri

Kanserle mücadelede korunma ve erken tanı oldukça önemlidir. Buna rağmen hemşirelerin çoğunluğu çalıştıkları kurumun kendilerinden korunma ve erken tanıya ilişkin bir hizmet beklemediğini (%78.4) ifade etmişlerdir. Türkiye'de sağlık sisteminin tedavi edici hizmetlere odaklanması ve araştırmanın hastanede çalışan hemşireler üzerinde yapılmasının bu sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerin Eğitici Rolü

Hasta ve hasta ailesinin eğitimi hemşirenin önemli fonksiyonlarından biridir. Hasta ve ailesi ile kurulan yakın, teröpatik ilişki kanserin oluşturduğu krizin aşılmasında oldukça önemlidir. Hasta eğitiminin, hastanın iyileşme süreci ve semptom kontrolüne olumlu etkisi olduğunu kanıtlayan pek çok araştırma vardır (Larson ve diğ. 1998, Loescher ve Reid 2000, Iranmanesh ve diğ. 2009). Araştırmamızda kurumun hemşirelerden eğitim beklentisi ile hemşirelerin eğitim verme durumu paralellik göstermektedir. Hemşirelerin çoğunlukla hasta ve ailesine birlikte eğitim verdiğini belirtmesi sevindirici bir durumdur.

Sağlık eğitiminin amacı, bireylere sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesine yönelik istendik davranış kazandırmaktır. Eğitimin süresi, yapıldığı ortam, görsel ve işitsel materyal kullanma durumu ve içeriğin bireyin gereksinimlerine uygun olması eğitimin niteliğini etkilemektedir. Eğitimin amacına ulaşması için önceden planlanması gerekir. Hemşirelerin %47.4'ü hastalara ve %55.5'i hasta ailesine verilen eğitimde süre belirtmemesi, özellikle hasta ailesine koridor gibi herhangi bir ortamda eğitim vermeleri ve eğitimde materyal kullanmamaları hemşirelerin planlı bir eğitim yapmadıklarının göstergeleri olarak düşünülebilir. Çalışmamızda hemşirelerin "hasta ve ailesine ayaküstü verdikleri herhangi bir bilgiyi" eğitim olarak kabul ettikleri saptanmıştır. Hemşirelerin, hastalar için $\bar{X} = 22.97$, hasta aileleri için $\bar{X} = 20.35$ dakika ayırmaları bir eğitim seansı için yeterli olarak görülmesine rağmen çoğunluğun süre belirtmemiş olması düşündürücüdür. Çalışmada dikkat çekici diğer bir nokta hemşirelerin eğitim verme sürecinde eğitim materyali kullanmamasıdır. Oysa günümüzde hasta eğitimi için geliştirilmiş bilgisayar programları kullanılmakta ve bu programların daha etkili olmasına yönelik çalışmalar yapılmaktadır (Ramirez ve Mondragon 2002). Benzer şekilde 15 ülkeden 1115 onkoloji hemşiresi ile yapılan bir çalışmada da, hemşirelerin oral kemoterapi alan hastalara verilen eğitim sırasında materyal kullanmadıkları ve verilen eğitimlerin istendik düzeyde olmadığı belirtilmektedir (Kav ve diğ. 2008).

Literatürde kemoterapiye bağlı olarak gelişen bulantı, kusma, saç dökülmesi, stomatit, mukozit ve enfeksiyon onkoloji hemşirelerinin sık karşılaştıkları ve çözüm aradıkları problem alanları olarak belirtilmektedir (Nieweg 1990, Dood 1992, McMillan ve diğ. 1995, Houston 1997, Larson ve diğ. 1998, Potting 2008). Yapılan bir çalışmada (Finlay ve diğ. 2009) kanser ve palyatif bakımı birleştiren bir bakım modelinin eş zamanlı uygulandığında semptom kontrolünü sağla-

dığı ve yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmektedir. Çalışmamızda hemşirelerin verdikleri eğitimin içeriğinde tedavinin yan etkileri, hijyen ve enfeksiyondan korunma, beslenmeye yönelik konular yer almakta olup sonuçlar literatürle paralellik göstermektedir.

Hemşirelerin Araştırmacı Rolü

Araştırma yoluyla bilimsel bilgi üretme ve araştırma sonuçlarına dayanarak bakım verme en temel hemşirelik rollerinden biridir. Hemşirelik müdahalelerinin etkinliği ancak araştırma sonuçları ile gösterilebilir. Onkoloji hemşireleri, hemşirelik bakımının hasta sonuçları üzerine etkili olduğunu, hastanın iyileşme sürecine katkısı olduğunu gösterebilecek pek çok mesleki fırsata sahiptir. Kaliteli hasta bakımı verebilmeleri için onkoloji hemşirelerinin kanıta dayalı bilgi ve teknikleri uygulamalarına aktarmaları gerekir (Dood 1992, Mooney 2001, Yates ve diğ. 2002). Türkiye’de hemşirelik araştırmaları 1955 yılında Hemşirelik Yüksekokulunun kurulması ile akademisyen hemşireler tarafından başlatılmıştır. Klinikten hemşirelerin araştırma sürecine katılımları ise oldukça sınırlıdır. Dolayısıyla kurumun çoğunlukla hemşirelerden araştırma yapmayı beklememesi, araştırmaları desteklememesi, çok az sayıda hemşirenin kliniklerde yapılan araştırmalara katıldığını ifade etmesi ve kendi başına araştırma yaptığını belirtmesi sürpriz değil, beklenen bir bulgudur. Benzer bir sonuca Emiroğlu ve diğ. (2005) yapmış oldukları çalışmada da rastlanmaktadır. Bu çalışmada hemşirelerin %32.6’sının kendi başına araştırma yaptıkları, %40.9’unun ise yapılan çalışmaların veri toplama aşamasında yer aldıkları saptanmıştır. Araştırma yapan hemşire oranının düşük olmasının önemli bir nedeni de bu hemşirelerin kliniklerde doğrudan bakım verici bir rol üstlenmeleridir. Karadağ ve arkadaşlarının Türkiye’de 7 bölgede, farklı eğitim düzeylerine sahip 1047 hemşire üzerinde yaptıkları çalışmada araştırma boyutu düşük düzeyde yerine getirilen profesyonellik davranışlarından biri olarak belir-

lenmiştir (Karadağ ve diğ. 2007). Bulgularımızı destekler nitelikte başka bir çalışmada McMillan ve arkadaşları (1995) tarafından yapılmıştır bu çalışmada ileri uygulama hemşirelerinin çoğunlukla hemşirelik dışı araştırmalarda yer aldıkları belirtilmekte, ancak bu hemşirelerin hemşirelik araştırmalarını önemli gördükleri ve zaman buldukça bu alanda çalışılması gerektiğine inandıklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada doğrudan hasta bakımı veren ileri uygulama hemşirelerinin araştırma davranışlarını daha az gösterdikleri saptanmıştır.

Çalışmamızda; araştırmalara katıldığını ifade eden 39 hemşirenin % 35.9’u katıldığı araştırma aşamasını veri toplama, %35.9’u uygulama olarak belirtmiştir. Hemşireler katıldıklarını ifade ettikleri araştırma aşamalarında da klinikte araştırma yapan kişilerin anket formlarını doldurarak, kan, idrar örneği olarak, herhangi bir tedavi protokolünü uygulayarak, medikal onkoloji alanında kullanılan işlemleri gerçekleştirerek yer aldıklarını ifade etmişlerdir.

Çalışmamızda hemşirelerin araştırma yapmak istedikleri öncelikli konular sırası ile sağlık personelinin kemoterapinin olumsuz etkilerinden korunma yolları, hastanın/ailenin kemoterapi ve radyoterapinin yan etkilerinden korunma yolları, hastanın/ailenin psikolojik durumu olarak saptanmıştır. Bu dönemde antineoplastik ilaçların güvenli kullanımına ilişkin rehberin ve ulusal standartların olmaması bu sonucu etkilemiş olabilir.

Mcilpatrick ve diğ. (2004)’nin yaptıkları bir çalışmada, onkoloji hemşireliği araştırmalarının ülkelere ve yıllara göre önceliklerini karşılaştırmışlardır. Bu çalışma sonuçlarına göre; 1994 yılı itibari ile USA’da öncelikli araştırma konuları (1) ağrı, (2) önleme, (3) yaşam kalitesi, (4) riskleri azaltma ve erken tanı, (5) etik olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada Kanada’da (1998) semptom kontrolü ve iletişim ilk sırada, yaşam kalitesi ikinci sı-

rada, ağrı kontrolü ve yönetimi üçüncü sırada, uygulama standartları, hemşirelerde tükenmişlik dördüncü sırada, stresle baş etme ve stres yönetimi beşinci sırada yer almıştır. Norveç'in (Rusteon ve Achjolberg 2000) araştırma öncelikleri sırası ile; yaşam kalitesi, psikososyal destek, danışmanlık, karar verme sürecinde hasta beklentileri, hemşire hasta iletişimi, hemşirelerde tükenmişlik olarak saptanmıştır. Yapılan bir başka çalışmada (Mcilpatrick ve diğ. 2004) Kuzey İrlanda'nın araştırma öncelikleri; iletişim, hemşirelerde stres ve tükenmişlik, bakımın sürekliliği, hastaların kanser deneyimleri ve hastaların bilgi gereksinimleri olarak belirtilmiştir.

Onkoloji Nursing Society (ONS) 1981 yılından beri belirli aralıklarla onkoloji alanında araştırma önceliklerini belirleme çalışmalarını yürütmektedir. Yaşam kalitesi hem 1991 hem de 1994 yılındaki çalışmada en önde gelen araştırma konusu olarak saptanmıştır. Bir çalışmada stres, baş etme ve adaptasyon, ağrı, hasta eğitimi, önleme ve tarama, maliyet ve ekonomik konular, nötrope ve immünoşüpresyon, etik, araştırmada önceliği olan konular olarak belirlenmiştir (Haberman 2000). Yates ve diğ (2002) yaptıkları bir çalışmada psikolojik destek, ağrı ve semptom kontrolünü kanser hemşireliği araştırmaları için üç öncelikli alan olarak belirlemişlerdir. Yapılan bir çalışmada kanser hastalarının ağrıya ilişkin hemşirelik yaklaşımını ve hemşirelerin ağrısı olan hastaya yönelik kendi yaklaşımlarını değerlendirmelerine bakılmıştır. (Chang ve diğ. 2005). Norveç'te yapılan diğer bir çalışmada ise (Rustoen ve diğ. 2000) araştırma kapsamına alınan tüm denekler yaşam kalitesini öncelikli araştırma konusu olarak belirtmişlerdir. Yapılan diğer bir çalışmada (Wilson 2008) hastaların yaşam tarzının ağrı yönetimine olan etkisinde onkoloji hemşireleri ile diğer alanlarda çalışan hemşirelerin yaklaşımlarındaki farklılıklar karşılaştırılmıştır. Bizim çalışmamızda ise hemşirelerin araştırmayı düşündükleri konular arasında ilk sırada kemoterapinin yan etkilerinden

korunma yolları gelmektedir. Ülkemizde onkoloji hemşireliğinin özelleşmiş bir alan olmamasının ve çalışma ortamında yeterli güvenlik önlemlerinin alınmamasının bu sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülebilir. Literatürde belirtilen araştırma öncelikleri ile paralellik göstermeyen bu bulgu, ülkemizde onkoloji hemşirelerinin gerçek bir önceliği olarak durmaktadır.

Hemşirelerin Bakım Rolü

Güvenli çevreyi sağlama kanser hastaları gibi bazı özel gruplarda daha da önem taşımaktadır. Onkoloji hastalarında çevre güvenliğini sağlama; nötrope ve trombositopeniye bağlı olarak gelişebilecek enfeksiyon, hemoraji, ateş ve titreme gibi komplikasyonları önlemeyi içerir (Ellerhorst 2005). Onkoloji hastalarında kanama ve enfeksiyon sık görülen ve yaşamı tehdit eden bir durum olduğu için çalışmamızda da hemşireler enfeksiyon, kaza ve kanamaların önlenmesine ilişkin aktiviteleri önemli ölçüde yerine getirmişlerdir.

Solunum sıkıntısı olan hastaya bakım vermede yapılacak hemşirelik uygulamaları uygun pozisyon vermeyi, hastayı yatak istirahatine almayı, solunum öksürük egzersizlerini, dikkati başka yöne çekmeyi, meditasyon, zihinsel yönlendirme ve gevşeme teknikleri, ağırlı solunum ve beraberindeki kaygıyla baş etmeyi, sekresyonları yumuşatmak için sıvı alımının arttırmayı, dispneyi tedavi etmek için kullanılan ilaçların amaç, doz ve yan etkileri konusunda hastayı eğitmeyi, ileri derecede hipoksisi olan hastalara oksijen vermeyi, kan gazını takip etmeyi, hasta ve ailede kaygıyı azaltmayı (Henoch ve diğ. 2008) içermektedir. Çalışmamızda hastalarının solunum ve kardiyovasküler fonksiyonlarının sürdürülmesine yönelik bağımsız hemşirelik işlevlerinin istendik düzeyde olmadığı görülmektedir. Bu sonucun, hemşirelerin onkoloji hastalarını bir bütün olarak değerlendirmekten ziyade, sık görülen semptomlar ve hekim istemine bağlı aktivitelere (oksijen verme, vital bulguların takibi, ilaç ve sıvı tedavisi uygulama-

ma, aktivitenin kısıtlanması vb) yoğunlaşmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bilindiği gibi kanserin kendisi ve tedavisi beslenme durumunu olumsuz etkilemekte ve malnütrisyon kanserli hastalarda mortalite ve morbiditenin temel nedeni olarak düşünülmektedir (Moore 2005). Rust ve Gill'in (1997) çalışmalarında, tüm kanser hastalarının %40-80'inin değişik derecelerde malnütrisyon sorunu yaşadıklarını belirlemiştir. Kanserle tedaviye verilen cevabın, toksisitenin, yaşam kalitesinin ve bakım maliyetinin beslenme durumu ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Cunnigham ve Bell 2000). Beslenme ile ilgili sorunların çözümü, bütüncül yaklaşımı, sürekli girişimi, değerlendirme ve danışmanlığı gerektirmektedir (Moore 2005). Bizim çalışmamızda, hemşirelerin (n=351) bakım işlevleri arasında en çok yerine getirilen işlev "hastanın yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanmasıdır" Bu sonuç, hemşirelerin onkoloji hastalarının beslenmesi ile ilgili işlevleri, diğer işlevlere göre daha fazla önemsediklerini göstermektedir. Dikkat çeken diğer bir nokta ise hemşirelerin hastanın diyetinin ayarlanmasında hekim, diyetisyen, hasta ve hasta yakını ile işbirliği yapmaları ve beslenme ile ilgili aktivitelerde bağımsız hemşirelik işlevlerini daha fazla kullanmalarınıdır.

Kanser hastalarında fiziksel ve ruhsal rahatlığın sağlanması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi bulantı, kusma, anoreksiya, ağrı, anksiyete, alopesi, yorgunluk, ishal, konstipasyon, mukozit gibi yan etkilerin kontrol altına alınması ile mümkündür. Bu yan etkilerin kontrol altına alınmasında onkoloji hemşiresi önemli bir rol oynamaktadır (Smith ve diğ. 1994, McMillan 1996, Houston 1997, Irvine ve diğ. 1998, Miller ve Kearney 2001). Bu çalışmada, rahatlığın sağlanmasında hemşirelerin yarıya yakınının psikolojik destek vermeleri olumlu bir durumdur. Kemoterapinin yan etkilerini azaltma ve öz bakım davranışları kazandırmada hasta eğitimi ve semptom kontrolü önemli olduğu halde (Smith ve diğ.1994) bu ça-

lışmada, semptom kontrolü ve hasta/ailesini bilgilendirmeye yönelik işlevlerin yeterli oranda yerine getirilmediği saptanmıştır. Potting (2008) yaptığı bir çalışmada, ağız kavitesini değerlendirme ve ağız bakımına ilişkin bilgi ve becerisi artırılan hemşirelerin hastalarında mukozit oluşma oranlarının azaldığını belirtmektedir.

Kas-iskelet, lenfatik ve sinir sistemini etkileyen tümörler, kemoterapi ve radyoterapiye bağlı olarak gelişen nöropati ve deride oluşan komplikasyonlar Yeterli ve uygun hareketinin sağlanması için hemşireler öncelikle hastanın hareketini etkileyebilen risk faktörlerini belirlemeli, uygun girişimleri planlamalı ve uygulamalıdır. Bu girişimler kas-iskelet sisteminin fonksiyonlarını sürdürmeye yönelik hastayı mobilize etme, pozisyon değiştirme, aktif-pasif egzersiz yaptırma; aktivitelerinde yardımcı olma; bilgilendirme; birey ve aileyi bakıma katma gibi uygulamaları içermektedir (Pearce 1998). Bu çalışmada hastanın yeterli ve uygun hareketinin sağlanmasına yönelik hemşirelik uygulamalarına bakıldığında ilk üç sırada sırasıyla mobilize etme, pozisyon verme/değiştirme ve hareket konusunda bilgilendirme gelmektedir. Bu sonuç, hastaların yeterli ve uygun hareketinin sağlanmasına yönelik hemşirelik işlevlerinin istenilen düzeyde olmadığını göstermesi açısından önemlidir.

Kanser hastaları cinsel organlardaki fonksiyon bozukluğu, dış görünümde meydana gelen değişiklik, beden imajının zedelenmesi ve kanser tedavisinin komplikasyonlarına bağlı cinsel problemler yaşamaktadır (Hughes 2008, Chen ve diğ. 2009.). İnsan cinselliği, bütüncül sağlık bakımının bir parçasıdır dolayısıyla hemşirelerin uygulamalarında seksüel sağlığı geliştirme sorumlulukları vardır. Ancak hemşirelerin seksüel problemleri çözmeye ilişkin bilgi ve beceri eksikliği, mahremiyetle ilgili konulara girilmesine karşı gösterilen isteksizlik ve tepki, cinsellikle ilgili tutumlar cinselliğin ele alınmasını etkilemektedir. Bu nedenle, araştırmada en düşük (n:135) oranda yeri-

ne getirilen hemşirelik işlevlerinin hastanın cinsel yaşamının sürdürülmesine yönelik işlevler olması üzücü ve şaşırtıcı olmayan bir bulgudur. Kontronoulas ve diğ. (2009) sekiz makaleyi inceleyerek yaptıkları bir analizde, seksüel sağlık bakımının hemşirenin rollerinden biri olmasına rağmen hemşirelerin konuya ilişkin hastaların sorularını yanıtlamakta yetersiz kaldıkları ya da kaçındıklarını saptamışlardır.

Sonuç

Bu araştırma ile araştırma kapsamına alınan hemşirelerin onkoloji hemşireliğine yönelik işlevleri etkin ve yeterli şekilde yerine getirmediği saptanmıştır. Bize göre bu durumun en önemli nedeni, Türkiye’de onkoloji hemşireliğinin özel dal olmaması ve hemşirelerin alana özgü eğitimden geçmemesidir. Hemşireler ise rol ve işlevlerini yerine getirmelerini engelleyen durumları sırası ile; hasta sayısının fazlalığı, fiziksel ortamın uygun olmaması, araç- gereç yetersizliği, zaman yetersizliği, bilgi, deneyim eksikliği, ekip çalışmasının olmaması ve kurumun beklentisinin olmaması olarak ifade etmişlerdir. Bu sonuçlara göre, Türkiye’de, onkoloji hemşireliğinin geliştirilmesi için öncelikli olarak ulusal gereksinimleri karşılayan ve uluslararası standartlara uygun sertifikasyon programlarının başlatılması ve bu doğrultuda kanser hemşireliğinin görev tanımlarının yapılması gereklidir.

Yazarların Katkıları

Çalışma tasarımı: H Ü, A K, L T, F T

Veri toplama ve/ veya analiz: H Ü, A K

Makalenin hazırlanması: H Ü, A K, L T, F T

Kaynaklar

Chang Y, Lin YP, Chang HJ, Lin CC (2005) Cancer patient and staff ratings of caring behaviors. *Cancer Nursing* 28(5), 331-339.

Chen RC, Clark JA, Talcott J (2009) An individualizing quality-of-life outcomes reporting: How localized prostate cancer treatments affect patients with different levels of baseline urinary, bowel, and sexual function. *Journal of Clinical Oncology* 27(24), 3916-3922.

Cunningham R, Bell R (2000) Nutrition in cancer: An overview. *Seminars in Oncology Nursing* 16(2), 90-98.

Dodd MJ (1992) The role of the oncology clinical nurse specialist in research. *Oncology Nursing Forum* 19(1 suppl), 25-27.

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Onkoloji Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, , ulaşılan adres: <http://www.deu.edu.tr/DEUWeb/Icerik/Icerik.php?KOD=8783> , ulaşıma tarihi: 09/04/2010.

Dünya Sağlık Örgütü (2006) Cancer Control Knowledge into Action WHO Guide for Effective Programmes, Introduction to the cancer control series, ulaşma adresi: <http://www.who.int/cancer/modules/Planning%20Module.pdf>, ulaşma tarihi: 11.03.2010.

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onkoloji Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, ulaşım adresi: <http://saglik.ege.edu.tr/detay.php?SayfaID=311&cat=details>, ulaşım tarihi:09/04/2010.

Ellerhorst Ryan (2005) Protective mechanisms: Infection. In JK Itano, NK Taoka (Eds.) *Core Curriculum for Oncology Nursing*. (4rd ed) Elsevier Saunders Company, 259-271.

Emiroğlu ON, Ünlü H, Terzioğlu F, Bulut H (2005) Hemşirelerin araştırmalara katılma durumları, araştırmaya ilişkin görüşleri ve bilgi gereksinimleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 7(1-2), 64-86.

Finlay E, Hien LLB, Henderson H, O’Dwyer PJ, Casarett D (2009) Do phase 1 patients have greater needs for palliative care compared with other cancer patients? *Cancer* 15, 446-453.

Haberman M (2000) Advancing cancer nursing through nursing research. In CH Yarbrow, MH Fraquge, M Goodman (Eds.) *Cancer Nursing*. (5th ed), Sudbury: Jones and Barlett, 1728-1740.

- Henoch I, Bergman B, Gustafsson M, Gaston-Johansson F, Danielson E** (2008) Dyspnea experience in patients with lung cancer in palliative care. *European Journal of Oncology Nursing* 12, 86-96.
- Houston D** (1997) Supportive therapies for cancer chemotherapy patients and the role of the oncology nurse. *Cancer Nursing* 20(6), 409-413.
- Hughes MK** (2008) Alterations of sexual function in women with cancer. *Seminars in Oncology Nursing* 24(2), 91-101.
- Iranmanesh S, Axelsson K, Savenstedt S, Haggström T** (2009) A caring relationship with people who have cancer. *Journal of Advanced Nursing* 65(6), 1300-1308.
- Irvine DM, Vincent L, Graydon JE, Bubela N** (1998) Fatigue in women with breast cancer receiving radiation therapy. *Cancer Nursing* 21(2), 127-135.
- Karadağ A, Hisar F, Özhan-Elbaş N** (2007) The level of professionalism among nurses in Turkey. *Journal of Nursing Scholarship* 39(4), 1-3.
- Kav S, Johnson J, Rittenberg C, Ortega PF, Suominen T, Olsen PR, Patiraki E, Porock D, Dahler A, Toliusiene J, Tadic D, Pittayapan P, Roy V, Wang, Colak M, Ami SB, Anderson E, Snow RC** (2008) Role of the nurse in patient education and follow-up of people receiving oral chemotherapy treatment: An International survey. *Support Care Cancer* 16, 1075-1083.
- Kinney AY, Hawkins R, Hudmon KS** (1997) A descriptive study of the role of the oncology nurse practitioner. *Oncology Nursing Forum* 24(5), 811-820. Kontronoulos
- Kontronoulas G, Papadopoulou C, Patiraki E** (2009) Nurses knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: Critical review of the evidence. *Support Care Cancer* 17, 479-501.
- Larson PJ, Miaskowski C, MacPhail L, Dodd MJ** (1998) Approach for reducing chemotherapy induced mucositis. *Cancer Nursing* 21(4), 263-8.
- Loescher LJ, Reid EM** (2000) Dynamics of cancer prevention. In CH Yarbro, MH Fraqqe, M Goodman (Eds.) *Cancer Nursing*. (5th ed) Sudbury: Jones and Barlett, 135-149.
- McIlpatrick S, McCance T, Henderson L** (2004) Developing a strategic framework for cancer nursing research. *European Journal of Oncology Nursing* 8, 262-265.
- McMillan SC** (1996) Pain and pain relief experienced by hospice patients with cancer. *Cancer Nursing* 1(4), 298-307.
- McMillan SC, Heusinkveld KB, Spray J** (1995) Advanced practice in oncology nursing: A role delineation study. *Oncology Nursing Forum* 22(1), 41-50.
- Middelton L, Dimond E, Calzone K, Davis J, Jenkins J** (2002) The role of the nurse in cancer genetics. *Cancer Nursing* 25(3), 196-206.
- Miller M, Kearney N** (2001) Nurses' knowledge and attitudes towards cancer-related fatigue. *European Journal of Oncology Nursing* 5(4), 203-276.
- Mooney KH** (2001) Advocating for quality cancer care: Making evidence-based practice a reality. *Oncology Nursing Forum* 28(2), 17-21.
- Moore S** (2005) Oncology Advanced Practice Nurse. In CH Yarbo, MH Frogge, M Goodman (Eds), *Cancer Nursing*. Sudbury: Jones and Barlett, 1760-1771.
- Nieweg N** (1990) The impact of haematopoietic growth factors in oncology nursing. *International Cancer Nursing* 2(4), 7-8.
- Onkoloji Hemşireleri Derneği** (2004) İlaçların Güvenli Kullanım Standartları Rehberi ulaşım adresi: <http://www.onkohem.org.tr/editor/upload/rehber-02.04.2009.pdf>, ulaşım tarihi: 09.04.2010.
- Pearce JD** (1998) Alterations in mobility, skin integrity and neurologic status. In JK Itano, KN Taoka. (Eds.) *Core Curriculum for Oncology Nursing*. (3rd ed) WB Saunders Company, 197-206.
- Potting CMJ, Mank A, Blijlevens NMA, Donnelly JP, Achterberg TV** (2008) Providing oral care in haematological oncology patients: Nurses' knowledge and skills. *European Journal of Oncology Nursing* 12, 291-298.
- Ramirez TR, Mondragon D** (2002) Computer-based education for patients with cancer at Latino Border Hospital. *Cancer Nursing* 25(3), 245-250.
- Rust D, Gill C** (1997) Nutritional support. In RA Gates, RM Fink (Eds) *Oncology Nursing Secrets*. Henley and Belfus, 262-276.

Rusteon T, Achjolberg TK (2000) Cancer nursing research priorities: A Norwegian perspective. *Cancer Nursing* 23(5), 375-380.

Smith CM, Holcombe JK, Stullenbarger EA (1994), Meta-analysis of intervention effectiveness for symptom management in oncology nursing research. *Oncology Nursing Forum* 21(7), 1201-1208.

TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2008) Strateji GeliŖtirme BaŖkanlıđı, Kalkan Matbaacılık Ltd. Ŗti., Ankara.

TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2000) Strateji GeliŖtirme BaŖkanlıđı, Kalkan Matbaacılık Ltd. Ŗti., Ankara.

Türk Onkoloji Grubu Merkez Üyeler Rehberi (1999) Alp Press, 106-110, Ankara.

Türkiye İstatistik Kurumu (2010), Nüfus ve kalkınma göstergeleri ulaşma adresi: <http://nkg.tuik.gov.tr/son10.asp?gosterge=1&Submit=G%F6r%FCnt%FCle>, ulaşılma tarihi: 09. 04. 2010.

Wilson B (2008) Can patient lifestyle influence the management of pain? *Journal of Clinical Nursing* 18, 399-408.

Yates P, Baker D, Barret L, Christie L, Dewar MA, Middleton R, Moore D, Stellan G, Bennetto G (2002) Cancer nursing research in Queensland, Australia: Barriers, priorities and strategies for progress. *Cancer Nursing* 25(3), 167-180.