

Kanser hastasının semptom yönetimi

Symptom management of cancer patients

Özlem UĞUR

Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İzmir

Kanser, dünyada ve ülkemizde sağlığı tehdit eden önemli sağlık sorunlarından biri olup, ölüme yol açan hastalıklar arasında, dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye’de kalp-damar hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. 2012 yılında ABD’de ortalama yeni kanserli hasta sayısı 1.683.910 kişi olarak saptanmıştır.^[2] Türkiye’deki durum incelendiğinde ise T.C. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2000-2006 yılları arasında 396 bin kanser olgusu bulunmuştur. Her yıl ortalama 140 bin kişi kanserden ölmekte, 150 bin kişiye ise yeni kanser tanısı konmaktadır. Önümüzdeki 20 yılda bu oranın 500 bine çıkacağı tahmin edilmektedir. 2022 yılında beklenen kanserli hasta popülasyonunun 18 milyona, 2030 yılında ise 22 milyon ulaşacağı tahmin edilmektedir.

Anahtar sözcükler: Kanser; semptom sıklıkları; semptom yönetimi.

Cancer is one of the major health problems in the world and in our country that threaten the health and diseases leading to death, many countries in the world and is second only to cardiovascular disease in Turkey. Cancer patients’ symptom burden the patient’s age, gender, primary cancer field, the phase in the treatment, also varies according to the presence of a chronic disease. Relief of the symptoms of the patient’s physical and psychological symptom management in cancer patients is important. Nurses providing care to the patient with cancer patients to help control the symptoms of the patient and the caregiver should provide the necessary care and education.

Key words: Cancer; symptom frequency; symptom management.

Kanserli Hastaların Semptom Sıklıkları ve Semptom Yönetimleri

Kanser hastalarının yaşadığı semptom yükleri hastanın yaşına, cinsiyetine, primer kanser alanına, evresine, tedavisine, başka bir kronik hastalık varlığına göre değişkenlik göstermektedir. Örn: Meme kanseri olan hastalarda semptom sıklıkları sırasıyla yorgunluk (%51), uyku bozuklukları (%36.30), sıkıntı (%30.80), ağrı (%29.20) şeklinde görülürken, bu lenfomalı olan hastalarda yorgunluk (%67), uyuşukluk (%41.90), uyku bozuklukları (%39.20), stress (%36.50), iştahsızlık (%36.50) şeklinde görülmektedir.^[4-5] Kanser hastalarında semptom yönetimi hastanın fiziksel ve psikolojik semptomlarının giderilmesinde önem taşımaktadır.

Kanserde yaygın semptomların hastalıkla ilişkisini, nedenlerini, prevalansını, sonuçlarını ve kontrol yöntemlerini bilmek hasta ve ailesini semptom kontrolünde cesaretlendirmektedir.^[6-7] Bazı semptomların kontrolüne yönelik alınabilecek önlemlere aşağıda yer verilmiştir.

Ağrı

Ağrı hasta ve yakınlarını zorlayan en önemli semptomlardan biridir. Kanser hastalarının orta veya kuvvetli düzeyde ağrı deneyimledikleri bulunmuştur.^[8-9] Akut ağrı ani doku hasarının açığa çıkardığı prostoglandin, serotonin, histamin, bradikinin ve P maddesi nedeniyle olurken^[10]; kronik ağrı KT bağlı periferik nöropati; RT bağlı brakial

plexopati, RT ve cerrahi tedaviye bağlı pelvik ağrı nedeniyle oluşabilir.^[11] Kronik ağrı varlığı, ayaktan takip edilen kanser hastalarının ortalama %50'sinde, metastatik kanser hastalarının ise %80-90'ında görülmektedir.

İyi bir ağrı yönetiminin temel ilkesi doktor ve hemşirenin dürüst iletişimidir.^[8-11] Bu nedenden dolayı sağlık personeli:^[11]

- Hasta ve ailesi ile güven ilişkisi kurmalı,
- Ağrı şiddetini/sıklığını değerlendirmeli ve nasıl değerlendireceğini hastaya öğretmeli
- Hastanın ağrı nedeniyle fiziksel ve psikolojik semptomları, fonksiyonel durumu, bilişsel durumu, konforunun nasıl etkilendiğini değerlendirmeli,
- Hastanın ağrı ile baş etme yöntemlerini sorgulamalı,
- Hastayı kendi ağrı yönetimiyle ilgili sorumluluk alması için desteklenmelidir.

Sağlık personeli:^[11]

- Ağrı kontrolünün farklı yollardan yapılabileceğini unutmamalıdır. Her bir kişinin ağrıya cevabının, toleransının hastanın yaşı, cinsiyeti, anksiyete, korku durumları, iyi hasta olma anlayışı, dini gereksinimleri, emosyonel durumları, kültürü, yetiştiği çevreden etkilenebileceğini;
- Ağrı kontrolünde hastanın başka hastalık varlığı, kullandığı diğer ilaçları ve hastanın tercihlerinin dikkate alınma gerekliliğini unutmamalıdır.
- Kronik ağrısı olanlara düzenli ağrı kesici reçete edilmelidir.
- Hastanın ağrı kontrolünde ilk seçenek olarak oral analjeziklerin kullanımı tercih edilmeli ve WHO'nun analjezi merdiveni kullanılmalıdır.
- Hastalara opioid kullanımını ani olarak durdurulması tavsiye edilir. İlaç dozlarının ayarlanmasında her zaman sağlık ekibiyle birlikte karar verme gerekliliği vurgulanmalıdır.
- Ağrı kesicilerin yan etkilerine karşı hastaların gözlenmesi önemlidir. Çoğu hastada konstipasyon gelişebilir. Günlük laksatif ve yumuşatıcılar kullanılarak hastalar konstipasyondan

korunabilir. Opioidlerin dozu arttıkça dışkı yumuşatıcıların ve laksatiflerin dozu artırılmalıdır. Ayrıca çoğu hasta bulantı ve uyuşukluk halinden şikayet etmektedirler. Genellikle yaşanan mide bulantısı ve uyuşukluk hissi birkaç gün içinde kendiliğinden geçer. Eğer bu bulgular iki üç gün içinde geçmezse ve hastalar bu bulguları yönetmede sıkıntı yaşarsa o vakit hasta doktora tekrar yönlendirilmelidir.

- Hastalara non farmakolojik uygulamaları yapması önerilmelidir (Masaj yapmak, sıcak ya da soğuk uygulama, ılık banyolar, TENS...). Hasta ve yakınına dikkati başka yöne çekme, (Okuma, müzik dinleme, hayal kurma...), gevşeme teknikleri öğretilmeli ve duyguların paylaşılmasının önemi vurgulanmalıdır.^[11,12]

Yorgunluk

Yorgunluk anormal kas metabolitlerinin birikimi, sitokin üretiminin artışı, nöromuskuler fonksiyonlarda değişiklik, adenosin trifosfat sentezindeki anormallik, seratonin regülasyonunda bozukluk, vagal afferent aktivasyonu, Hb düzeylerindeki azalmaya bağlı meydana gelen anemi nedeniyle oluşur.^[13] KT ve RT alan hastaların %95'i, akciğer kanserli hastaların %78-37'si, meme kanserli hastaların %28-9'u, Prostat kanserli hastaların %15'i yorgunluktan söz etmektedir.^[14] Kanser evresi, ileri yaş, yaşam stresörleri, uykusuzluk, yatak istirahati, depresyon ve ağrı, dehidratasyon, beslenme yetersizlikleri, immobilitate, kas zayıflığı, kronik hastalığın psikolojik etkileri ve kronik hastalık varlığı yorgunluğu etkiler.^[13]

Sağlık personeli:^[15]

- Yorgunluğa neden olan etkenleri belirlemeli.
- Hastaların fiziksel tanılmasını yapmalı ve yorgunluğunu değerlendirmeli.
- Hastanın laboratuvar bulgularını kontrol etmeli (elektrolit düzeyleri, transferin düzeyleri, Fe bağlama kapasiteleri, folik asit düzeyi, B12 seviyesi, tiroid fonksiyon testleri...).
- Doktor önerisi ile multivitamin ve ilaç desteği sağlamalı (Demir takviyesi, tiroid replasmanı, epoetin alfa, benzodiazepinler, hipnotikler, psikostimulanlar...).

- Hastanın günde en az 8-12 bardak sıvı tüketmesini desteklemeli.
- Yüksek proteinli diyet takviyesi almasını sağlamalı.
- Hastaya kendine dinlenme molaları vermesini, gereksiz görevleri ortadan kaldırması ve iş organizasyonları yapmasının gerekliliğini belirtmeli.
- Sevdiği sosyal faaliyetlerle ilgilenmesini.
- Uyku hijyenine dikkat etmesi gerekliliğini vurgulamalıdır.^[15,16]
- Bireye 12 adımda yorgunluğu yönetmesini öğretmelidir.^[17]
 - Yardım isteyin
 - Egzersiz yapın (orta düzeyde)
 - Yeterli uyuyun (en az sekiz saat)
 - Düzenli beslenin
 - Yaşadığınız ortamı rahat duruma getirin
 - Önceliklerinizi belirleyin
 - Gün içinde dinlenin/vücudunuzu dinleyin
 - Alkol ve kafeinden uzak durun
 - Günlük tutun
 - Stresinizi yönetin
 - Yorgunluğunuzu azaltıcı alternatif terapiler kullanın (terapötik dokunma, akupunktur)
 - Bir destek grubuna katılın.

Bulantı-Kusma, İştahsızlık

Bulantı/kusma çeşitli yollarla kemoreseptör tetikleme alanının uyarılması ile epigastrium ve boğazın arkasında deneyimlenen, kusma ile sonuçlanabilen, hoş olmayan duygu, midede rahatsızlık hissi gelişme olasılığının olmasıdır.^[13] İlerlemiş kanserli hastalarda; bulantı prevalansı %7-49 arasında değişirken, kusma prevalansı %11-78 arasında değişmektedir. Daha önceden hiçbir bulantı deneyimi olmamış kanser hastalarının %40'ında opioid kullanımına bağlı bulantı ve kusma deneyimlerinin olduğu belirtilmektedir. Yaşam sonu dönemde yaşanan bulantı ve kusma; psikolojik

sıkıntıya neden olarak yaşam kalitesini düşürmektedir. Fizyolojisine bakıldığında; konstipasyon gastroparesis, kemoreseptör trigger zone bölgesinin uyarılması, bulantı merkezine sinyalin gitmesi ve opioidlerin yan etkilerinin yaşanması bulantı kusma gelişimine neden olabilir.^[19]

İştahsızlık ise bireyin metabolik gereksiniminden daha az besin alması sonucu kilo kaybı olmasıdır.^[13] Kanserli hastanın iştahsız, düzenli ve yeterli yemek yememesi en çok zorlanılan semptomlardandır (%54).^[18] Kanserli hastalar da beslenme problemi hastalığın evresi ve tedavinin yan etkilerine bağlı değişebilmektedir. İştahsızlık baş-boyun kanserleri, GIS kanserler, akciğer, karaciğer ve pankreas kanserleri, lenfoma, metabolik ve hormonal anormallikler, hiperkalsemi ve tümörlerin ürettiği sitokinler, KT, RT, cerrahi tedavinin yan etkilerine bağlı gelişebilir. Kemoterapi tedavisine bağlı oluşan konstipasyon, diare, erken doyma, yorgunluk, oral mukozit, özefagit, bulantı, kusma, tat/koku değişiklikleri KT bağlı malnütrisyon ve oral alımın azalmasına neden olabilir. Radyoterapiye bağlı olarak gelişen disfaji, darlıklar, yorgunluk, oral mukozit, özefajit, bulantı/kusma, ağrı ve ağız kuruluğu oluşumu iştahsızlık oluşturabilir.^[13]

Sağlık personeli,^[13-19]

- Hastanın günlük vücut ağırlığı, oral alım durumu, son 24 saatte tüketilen besin miktarı, bulantı/kusma varlığı, çiğneme ve yutma fonksiyonlarını değerlendirilmeli.
- Hastaların BKİ, kilo kaybı (son 6 ayda >10 kilo kaybı), antropometrik ölçümlerini yapmalı.
- Laboratuvar testlerini kontrol etmeli (CBC, elektrolitler, glukoz, kalsiyum, total protein, albumin, pre albumin, kreatinin, karaciğer fonksiyon testleri, LDH düzeyleri...).
- Diyetisyenle işbirliği yaparak beslenme programı planlamalı.
- Yüksek kalorili ve proteinli besinlerin alınması için hastayı cesaretlendirmeli.
- Diyet düzenlemesi yapılırken hastanın tercihleri, iştah durumu, sıvı tüketimi, tat duyusu, barsak değişiklikleri dikkate alınmalı.

- Bulantı/kusma ve iştahsızlığın yönetimini ilaçlarla kontrol altına alınmalı (antiemetikler, ağrı için analjezikler, kortikosteroidler).
- Bulantı/kusma nedeni kullanılan opioidler ise dr önerisi ile değişimi tavsiye edilebilir (morfin oxycone, hidromorfon; fentanyl methadone).^[20]
- Hastanın;^[21]
- Sosyal destekleri değerlendirilmeli (Bakım verenlerin diyete uyumları, ev ortamı, finansal durumları...).
- Yemeğin oluşurduğu gerginliği azaltmak ve iştahi artırmak için yemekten 30-60 dakika önce relaksasyon egzersizleri yapması önerilmeli.
- Beslenme ile ilgili hastalara önerilerde bulunulmalıdır.
 - Günde 8-12 bardak sıvı alımı sağlayın.
 - Yemekten 30 dakika önce, uyku bölünmelerini önlemek için yatmadan iki saat önce sıvı alımını azaltın/sınırlayın.
 - Bulantı dönemlerinde sıvıları yavaş tüketin.
 - Küçük ve sık öğünlerle beslenin (günde 5-6 kez).
 - Yüksek kalorili ve proteinli gıdalar almayı tercih edin (peynir, yoğurt, yumurta, fıstık yağı, proteinli gıdalar).
 - Sindirimi kolaylaştırmak için yemek yedikten 30-60 dakika boyunca dik oturun.
 - Gıdaların kokusu iştahi bastırır. Mide bulantınız varsa soğuk içecekler, hafif kokulu gıdalar yiyin ve yemek yapmaktan kaçının.
 - Eğer yorgunsanız veya öğünlerinizi hazırlamıyorsanız kolay hazırlanan gıdaları (dondurulmuş gıdalar, konserve), eve yemek getiren servisleri tercih edin, aile veya arkadaşlarınızdan yemek yapmasını isteyin
 - Gerekliyse oral beslenme takviyelerine başvurun.

Diyare

Diyare, bağırsaklardan besinlerin emiliminin ve/veya gastrointestinal kanaldan sıvı ve elektro-

litlerin salınımının bozulmasına neden olan gaita sayısı ve sıklığındaki artıştır.^[13]

Diyare oluşumuna kemoterapi ajanları (Capasitabine, Dasatinib, 5-Fu, İrinotecan, Cisplatin, yüksek doz interferon veya interlökin 2 uygulanması), pelvis, abdomen ve lomber bölgeye radyoterapi uygulanması, uzun veya kısa bağırsak rezeksiyonları, pankreatik duodonektomi, whipple ve vagotomy gibi cerrahi işlemler, bazı ilaçlar (Laxatifler, antibiyotikler, prokinetik ajanlar (metoclopramide), narkotik analjezikler, NSAID...), tıbbi anemnezinde kısmi bağırsak obstruksiyonu olan hastalar, enflamatuvar bağırsak hastalıkları (crohn hast., ülseratif kolit...), kemik iliği sonrası hastanın GVH olması, hastanın ileri yaşta olması, anksiyete, stress, enfeksiyon, feeding ile beslenmesi, laktoz intoleransı diyare oluşumuna neden olan faktörlerdendir.

Sağlık personeli;^[22]

- Neden olan faktörleri belirlemeli.
- Hastanın bağırsak alışkanlığını değerlendirmeli.
- Diyarenin başlangıcı, gaita sayısı, içeriği ve süresini takip etmeli.
- Hastayı dehidratasyon bulguları, sıvı-elektrolit kayıpları, abdominal ağrı, halsizlik, ateş gibi semptomlar yönünden değerlendirmeli.
- İrrinotecan kullanımından 24 saat sonra oluşan diyarelere, kolinerjik reseptörlerin uyarılmasına bağlı erken oluşan diyarelere karşı dikkatli olmalıdır.
- Hastanın kilo ve yaşam bulguları takibini yapmalı.
- Geç başlangıçlı ishallerde, RT' nin indüklediği ishallerde yüksek doz loperamid uygulaması yararlı olabilir. Doktor istemine göre hastaya loperamid başlanabilir.
- Acil tıbbi yardım isteyebileceğiniz durumları hastaya açıklayın (38 derecinin üzerinde ateş, kanlı dışkı, akut abdominal kramplar, ağrılar, baş dönmesi, halsizlik, konfüzyon, aşırı susama, koyu renkli idrar).

Hastalara;^[22]

- Hafif ve sindirimi kolay, posasız yiyecekler tercih etmesini, aşırı sıcak ve soğuk besinlerin tüketiminden kaçınmasını.
- Günde 10-12 bardak sıvı almasını.
- Diyetine lif ilavesi yapmasını (elma, muz, yulaf ezmesi, patates).
- Sık sık ve az az beslenmesini.
- İshali kötüleştirecek yiyecek (kızarmış gıdalar, soğuk içecekler, alkol, kafein...) ve ilaçlardan kaçınmasını önerin.
- Cilt bakımınıza önem göstermesinin önemini vurgulayın (cilt bütünlüğünüzü koruyun, perianal cilt bölgesini ılık su ile temizleyin, ılık su ile oturma banyosu yapın, nemlendiriciler kullanın).
- Sağlık profesyonelleri ile iletişime girebileceği adresleri verin.

Konstipasyon

Konstipasyon, haftada üç dışkılamadan az boşaltımın olması, anormal sert gaita veya ek güç gerektiren defekasyondur.^[13] Literatürde kanser hastalarının %54'ünün tedavinin herhangi bir döneminde konstipasyon yaşadıkları belirtilmektedir.^[23] Konstipasyon oluşumuna kemoterapi ajanları (Vinka alkaloidler, platinumlar, hormonal ajanlar, taxanlar), ilaç tedavileri (Alüminyum ve kalsiyum içeren antiasitler, antikolinerjikler, antikonvülzanlar, antiemetikler, antihypertansifler, antispazmodikler, baryum sülfat içeren ilaçlar, kalsiyum ve demir ilaçları, amino oksidase inhibitörleri, opioidler, trisiklik antidepressanlar), metabolik yetersizlikler (Hyperkalsemi, hyperglisemi, hypotroidi), nörolojik yetersizlikler (sakral sinir infiltrasyonu, otonomik yetersizlikler, spinal kord kompresyonu ve hasarı, multipl skleroz, Parkinson hastalığı), barsak obstrüksiyonu (tümör büyümesine bağlı kompresyon, radyasyon fibrozisi/skar dokusu), hastanın fiziksel aktivitesinin az olması, immobilité, kas tonüsünün kötü olması, irritable bağırsak sendromu varlığı, ileri yaş, çeşitli kognitif değişiklikler, sedasyon, depresyon, barsak alışkanlığındaki değişiklikler, acil defekasyon ihtiyacı, laksatif kullanım öyküsü, diyet (yetersiz lif ve sıvı gıda alımı), bulantı, yorgunluk, mukozit ve iştahsızlık

öyküsü gibi diğer etkenlerde konstipasyon gelişimini tetikleyen faktörlerdendir.^[24]

Sağlık personeli:^[24]

- Hastanın bağırsak fonksiyonlarını günlük olarak değerlendirmeli.
- Komple kan sayımı, elektrolit profilleri ve tanı testlerini kontrol etmeli.
- Opioid alan ve risk faktörlerini taşıyan bazı kanser hastalarına doktor önerisi ile profilaktik olarak bağırsak protokolü başlanabilir (Bu protokolün amacı hastanın son iki-üç gün içinde normal kıvamda dışkı çıkarmasıdır).
- Nötropenik veya trombosit değeri düşük olan hastalar rektal suppozituarlar, enema, fitil kullanımından kaçınılmalıdır.
- Yüksek dozda laktüloz kullanımı sakıncalıdır.
- Bağırsak obstrüksiyonu şüphesi olan hastalarda semptom çeşitliliğine, hidrasyona dikkat edilmeli.
- Hastalar acil durumlar hakkında bilgilendirilmelidir.
- 38 derecenin üzerinde ateş.
- Kramplar, akut gelen abdominal ağrılar, distansiyon oluşumu, duyu kaybı, spinal kord basısı.
- Baş dönmesi, halsizlik, konfüzyon, aşırı susama, koyu renkli idrara yapma, olası dehidratasyon bulguları.
- Kabızlık bu önerilere rağmen geçmiyorsa dr ve hemşirenizi bilgilendirin

Sağlık bakım ekibiyle iletişiminizi kesmeyin

Sağlık personeli hasta eğitiminde şu noktaları özellikle vurgulamalıdır:^[24]

Gastrokolik reflexi uyarmak için yemeklerden 30-60 dakika sonra defekasyonu uyarın.

Gizliliğe önem gösterin ve tuvalet ihtiyacınız için yeterli zaman ayırın.

Aşırı ıkmaktan kaçının.

Bağırsak boşaltımı için oturma veya çömelme pozisyonu alın. Rahat olduğunuz zaman boşaltım eylemini başlatın.

Hareket ve konforunuz için ağrı kontrolünü sağlayın.

Günlük 8-12 bardak sıvı alın. Hastada herhangi bir sorun yoksa günde 1500-2000 ml sıvı alımını sağlayın.

İçeceklerin çok sıcak veya soğuk olması peristaltik hareketleri artırır. Kahve, çay, alkol kullanımından kaçının.

Kuru erik, kuru erik suyu, papaya gibi doğal laksatif ilaçların kullanımını tercih edin.

Lif kullanımında distansiyon ve şişkinlik belirtileri yönünden dikkatli olun.

Enfeksiyon Riski

Kemoterapi ve radyoterapi kemik iliğinin yeni hücre üretme yeteneğini bozması, hücrelerin yapılıma hızında azalma meydana getirir. Hücrelerin hızlı ölmeleri sonucunda lökositler ve buna bağlı olarak da nötrofil sayısı düşer. Nötropeni KT'yi takiben 7-14. günler arasında meydana gelir.^[13]

Sağlık personeli;^[25]

- Hastada enfeksiyon belirtilerini gözlemeli.
- Hasta ve ailesini enfeksiyon koruma yöntemleri hakkında bilgilendirmeli.
- Hastayla ilgili tüm işlemlerde el temizliğinin önemini vurgulamalıdır.
- Elektrolit değerlerini kontrol etmeli.
- Mutlak nötrofil sayısı $<1500 \text{ mm}^3$ ise nötrope-nik diyet başlanır. Diyet hakkında hasta bilgilendirilmeli.
- Doktor istemine göre hastaya antibiyotik ve antipiretik ilaç desteği sağlanmalıdır.
- Nötropeni riski $\%20>$ 'den fazla ise doktor önerisi ile hastaya Koloni Stimüle Edici Faktör (CSF) kullanımı önerilir.^[26]

Sağlık personeli hasta eğitiminde şu noktaları özellikle vurgulamalıdır:^[25]

- Ateş görülme sıklığı ve nedenleri.
- Hastaya ağız ve vücut hijyeninin önemi anlatılmalıdır.

- Cilt bütünlüğü için yeterli hidrasyon, protein, B ve C vitamini desteği alınmasının önemi.
- Cilt ve oral bakım hijyeninin önemi.
- Gıdaların temizliği, sebze ve meyvelerin tazeliği.
- Sıcak ve soğuk gıdaların uygun sıcaklıkta korunmasının önemi.
- Pastörize olmamış peynirler, deniz ürünleri, yumurta, pişmemiş et tüketimine, yeterli temizlenmemiş sebze ve meyvelerin tüketiminin yapılmaması.
- Elle hayvan dışkısı ile temas etmekten, evcil hayvanlarla oynarken yaralanmaktan kaçınılması gerektiği.
- İki hafta önce KT veya immünosupresif tedavi alan hastaların canlı virüs aşısı olanlarla temasının azaltılması gerektiği vurgulanmalıdır.
- Kanserli hasta ve ev halkına yıllık influenza aşılması yaptırması önerilir (Özellikle lenfoma ve splenektomi ameliyatı olmuş olanlar).

Kanama Riski

KT ilaçlarının kemik iliğini baskılanması nedeniyle trombosit üretim yeteneğinin azalması sonucu oluşur.^[13]

Sağlık personeli;^[13]

- Hastanın kanama riski taşıdığını tespit etmek için trombosit değerini kontrol etmeli.
- Hastayı düşmelerden korumak için güvenli çevre yaratılmasının önemi hasta ve yakınına vurgulanmalıdır.
- Deri ve mukoza bütünlüğünün sürdürülmesinin önemi vurgulanmalı.
- Ağız bakımı için yumuşak diş fırçası kullanılması önerilmelidir.
- İnvaziv girişimler önlenmeli.
- İşlemlerde yapışmayan, nemli yara bakım ürünleri kullanılmalı.
- Travmayı önleyici giysi seçimi ve kıyafet değişimi sağlanır.

- Aspirin ve non steroid antienflamatuvar ilaçların kullanılmamasının gerekliliği hasta ve yakınına anlatılmalıdır.

Oral Mukoz Membran Bütünlüğünde Bozulma Riski

KT ve RT uygulanması ile tetiklenen reaktif oksijen ürünlerinin (ROS) DNA hasarına bağlı eşzamanlı olarak oluşan immün sistemin (NF-kB, TNF-alfa, IL-1beta, IL-6) mukoza harabiyetini başlatması ile oluşur.^[13]

Sağlık personeli;^[13-27]

- Günlük mukoza değerlendirilmesi yapmalı, mukoza değerlendirilmesini hasta ve ailesine öğretmeli.
- İrritan gıdaların alımını engellemeli (baharat, portakal, limon vs...).
- Günlük oral ağrı değerlendirmesi (0-5 VAS) yapmalı.
- Mukozitlerin şiddetini azaltmak için ağız bakımı planlaması oluşturmaktır.
- Sıklığı: 2-4 saatte bir yapması.
- Diş Fırçalama: En yumuşak diş fırçasını kullanması önerilir. Fakat hastanın trombosit sayısı <50.000 mm³ ise diş fırçalamayacağı, ağız bakımını gargara ile yapması gerektiği anlatılır.
- Ağız bakımı solüsyonu olarak salin solüsyonu veya isteğe göre bikarbonat ve steril su kullanımı önerilebilir.
- Mukozitin derecesine göre enteral veya parenteral beslenme başlanır.
- Gerekli durumlarda kültür alınarak doktor istemine göre antibiyotik kullanımına başlanabilir.

Uyku Düzeninde Bozulma

Uyku düzeninde bozulma, dinlenme düzeninin nitelik ve niceliğinde rahatsızlığa yol açan, kişinin yaşam şeklini ve kalitesini etkileyen bir durumdur.^[13] Kemik ve karaciğer metastazları, radyoterapi, kemoterapi tedavisine bağlı gelişen bulantı, kusma, anemi, yorgunluk, biyoterapi, cerrahi, östrojen düzeyindeki değişimler, kortizol düzeyi, melatonin üretimi, GIS rahatsızlıklar (konstipasyon, diya-

re...), Genitoüriner sistem rahatsızlıkları (üriner retansiyon, inkontinans...), solunum sıkıntısı, kaşıntı veya ağrı gibi kişiyi rahatsız eden diğer semptomlar, ilaçlar (kortikosteroidler, antiemetikler, antiöstrojenler, analjezikler, depresanlar), çevresel faktörler (odanın ısısı, hastanedeki düzen, gece yarma ritüellerindeki değişiklikler...) gibi durumlar uyku bozukluklarına neden olabilir.

Sağlık personeli;^[28]

- Uykusuzluğa neden olabilecek ağrı, yorgunluk, psikolojik faktörler, anksiyete ve depresyonu değerlendirmeli,
 - Yatan hastalar için hastanede düzenlemeler yapılmalıdır (yatma zamanı, ilaç tedavileri...).
 - Sağlık personeli hasta eğitiminde şu noktaları özellikle vurgulamalıdır:^[28]
 - Nikotin, alkol, kafein tüketimini azaltması.
 - Uykudan önce ağır baharatlı veya şekerli yiyecekler yememesini.
 - Yatmadan önce sıvı alımından kaçınmasını.
 - Yatmadan iki veya üç saat önce düzenli egzersiz yapması.
 - Odanın sıcaklığını ayarlaması (ne sıcak ne soğuk olsun).
 - Gürültüyü azaltması.
 - Yatak odasındaki saati ortadan kaldırması.
 - Odanın aydınlanmasına dikkat etmesi (gece karanlık, gündüz aydınlık).
 - Uyku öncesi rutinlerini uygulaması (Eğer TV seyretmek rahatlatıyorsa uykudan 10-15 dakika önce TV izlemesi...).
 - Masaj, yoga, meditasyon, progressiv kas relaksasyonu, solunum teknikleri, aromaterapi yöntemlerinden herhangi birini uygulaması önerilerinde bulunmalıdır.
- Özellikle
- Sağlık personeli ile iletişimi koparmaması ve
 - Gerekliyse doktorundan medikal destek almasının önemini vurgulamalıdır.

Palmar- Planter Erythrodysesthesia (PPE)

El-ayak sendromu olarak bilinir. Fiziopatolojisi iyi tanımlanmamıştır. Kemoterapötik ajanların el-ayak mikropillerlerine ekstrevasyonu sonucu el ve ayaktaki vasküler anatomik yapının bozulmasıdır.^[13] 5 Fu veya kapacitabine dozlarını içeren protokol alımlarından sonra gelişebilir. AST, ALT, bilirubin değerlerini bozar. Sağlık personeli hasta eğitiminde şu noktaları özellikle vurgulamalıdır.^[29]

- Ellerin karıncalanması, uyuşukluk, avuç içinin kızarması, kuruması, çatlaması, ağrısız şişlik, hassasiyet varlığı yönünden ekstremiteleri değerlendirilmesi.
- Sıkı ayakkabı, çorap, giysi, kemer, takı ve sert kumaş kullanımından kaçınması.
- Dışarıda sandalet veya çıplak ayakla dolaşmaktan kaçınması.
- Sıkı pansuman ve cilde yapışan bantlar kullanmaması.
- Güçlü detarjan, çamaşır suyu ve diğer kimyasal ajanların kullanımında koruyucu eldiven kullanılması.
- Güç faaliyetlerini gerektiren uygulamalarda (örn: koşu, atlama, aerobik egzersizler, sıkı bir nesneyi kavrama) ellerin korunması.
- Buhar ile direkt temas etmekten kaçınması.
- Kemik çıkıntılarının mümkün olduğunca zemine veya birbirine sürtünmesinden kaçınması.
- Güneş koruyucu kremler kullanılması.
- Günlük olarak 8-12 bardak su içmesi ve bir sorunu yoksa tüketilen su miktarını artırması.
- Yüksek proteinli, B ve C vitamini içeren yiyecek ve içecekler kullanması önerilerinde bulunmalıdır.

Sağlık personeli;^[29]

- Hasta ve ailesine cilt bakımı ve hijyenine yönelik önerilerde bulunmalı.
- Gelişebilecek acil durumlar hakkında hasta ve yakınına bilgilendirmelidir. (38 derecenin üzerinde ateş, kızarıklık, kontrol edilemeyen ağrı, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken

oluşan yetersizlik).

- Ağrı gelişmişse doktorunun önerdiği sistemik analjezikleri düzenli kullanması.
- Sağlık personeliyle iletişimin artırılmasının önemini vurgulamalıdır.

Davranış Değişikliği/Duygu-Durum Değişiklikleri

Kanser hastalarının %48.7'sinde davranış değişikliği olduğu özellikle daha sinirli oldukları literatür tarafından vurgulanmaktadır.^[23] Kanser hastalarında emosyonel sıkıntı prevalansı %30-45 arasında değişim göstermektedir. Kanser tanısı ve tedavisi potansiyel olarak hastaları emosyonel sıkıntıya veya yaşanan belirsizlik ise hastaları depresyona sokabilmektedir. Kanser hastasının bakımında; hastanın ve bakım verenin gereksinimlerinin karşılanmaması, yetersiz ev hizmeti alınması, finansal problemler yaşamaları, tıbbi tedavinin yönetiminde bireyin yaşadığı fiziksel yetersizlikler gibi nedenler bireyi ve bakım verenini strese sokabilir. Kanser tanısı almış popülasyonun bütüncül bakımında psikososyal bakım oldukça önemlidir. Hastaların yaşam kalitesini etkileyerek emosyonel sıkıntılarını azaltır. Bu süreçte hasta ve ailesiyle psikososyal sıkıntılarına yönelik görüşmeler planlanmalıdır.^[30]

Sağlık profesyonelleri hastaların öncelikle;^[31]

- Psikososyal gereksinimlerini tanımlamalı.
- Anksiyete ve depresyonun sıklığını ve derecesini değerlendirmeli.
- Anksiyete yönetimini öğretmelidir.
- Hastanın hastalığına yüklediği anlam, prognozu hakkındaki düşüncelerini öğrenmeli.
- Hasta ve ailesi ile olumlu bir iletişim ve işbirliği ağı oluşturulmalıdır.
- Geçmişteki baş etme yöntemlerini değerlendirmeli.
- Uygun baş etme yöntemini kullanılması için onları desteklemelidir.
- Hastaya ve yakınına gevşeme egzersizlerini öğretmeli.

- Fiziksel egzersizler yapmasını önermelidir (30-40 dk).
- Duygularını ifade etmesi için onu cesaretlendirmelidir.
- Yeni tanı almış kanser hastasını tedaviye, hastalığına uyum sürecine alıştırmalıdır. Onlarla 15-20 dakikalık bire bir görüşmeler yapmalı, sorularını yanıtlamalıdır.

Cinsel Sorunlar

Kansere, cerrahi, kemoterapi, radyoterapi, hormonal ve biyolojik ajan tedavisine bağlı olarak kadın ve erkekte de cinsel sorunlar gelişebilir.^[32]

Kemoterapi her iki cinste over ve testiküler fonksiyonları etkileyerek geçici veya kalıcı zarar verebilir. Kadınlarda erken menapoz semptomlarının gelişimine neden olabilir. Radyoterapi pelvik bölgedeki damar ve sinirlerin yapısını zedeleyerek geçici veya kalıcı zarar verebilir. Kadınlarda vaginal atrofi, stenoz, fibrosis, kısılma, ağrılı cinsel ilişki, lubrikasyon azalması, over yetmezliği, premenapoz sendromları ve libido da azalma meydana gelebilir. Erkeklerde testosteron sekresyonunun azalmasına bağlı testis aplazi, yetersiz semen volümü, ejakulatörde ağrı, libidoda azalma söz konusu olabilir. Ayrıca yorgunluk, dispne, ağrı, bulantı, psikolojik stress, mesane ve bağırsak fonksiyonlarında görülen değişim cinsel ilişkide azalma ve isteksizliğe neden olabilir. Bazı ilaçlar (emetikler, opioidler, anksiyolitikler, antidepresanlar, antihipertansifler, antihistaminikler) ve beden imajındaki değişikliklerde cinselliği etkileyen faktörler arasındadır (saçsızlık, cerrahi skarlar, ostomiler, kateterler gibi eliminasyon paternindeki değişimler).

Sağlık personeli,^[32]

- Bireylerin inançlarını ve kültürel değerlerini göz önünde bulundurmalı ve saygı sınırları içinde görüşlerini dile getirmelidir.
- Konuların tartışılması için ortamın uygunluğuna dikkat etmelidir.
- Cinsellikte hemşirenin ana rolü iletişimdir. Bireylerin bu konuda endişelerinin olup olmadığını değerlendirmeli ve onu kendisini ifade etmesi için desteklemelidir.

- Hemşire kişinin cinsel yönelimini keşfetmeli ve ona saygılı olmalıdır. Tartışma ortamını etkileyebileceği için kendi düşünce ve duygularını yansıtmamalıdır.
- Koşullar ne olursa olsun bir kişinin kapasitesi ve isteğinin önemli olduğunu unutmamalıdır.
- Bireylerin eşinden beklentilerini keşfetmeye çalışmalı ve isteklerini ifade etmek için uygun ortamı hazırlamalıdır.
- Hastanın ve eşinin değişen durumlarla yüzleşmesi gerekebilir. Onların yüzleşmesine yardım etmelidir.
- Hastanızı cinsellik hakkında soru sormaları için teşvik edin.
- Hasta ve eşiyile kanser ve cinsellik hakkında iletişime girmelidir.
Hemşire bireylere;
- Normal olan cinselliği tanımlamalı
- Cinsel işlev, yaşlanma ve hastalık deneyimi ile ilgili cinsel sorunlar hakkında hastayı bilgilendirmeli
- Onu bilgilendirmek için cinsellikle ilgili materyaller vermelidir.
- Cinsel ilişkide konforu sağlayacak pozisyonlar, vaginal sürtünmeyi azaltan ilaçlar (vaginal östrojenleri astroglida) hakkında bilgi vermelidir.
- Cinsel fonksiyonu artıracak psikososyal ve tıbbi girişimleri hasta ve yakınlarına tanıtmalı.
- Danışmanlık alması için onu yönlendirmelidir.

Sonuç olarak; kanserli hastanın semptom yönetimi hastanın sağlığı ve yaşam kalitesini yükseltmek için önemlidir. Bu hasta ve ailesinin ihtiyaçlarını karşılayabilecek kapsamlı bir bakımla karşılanabilir. Kanserli hastaya bakım veren hemşireler, hastaların semptomlarını kontrol altına alabilmek için hasta ve bakım verenine gerekli bakım ve eğitimi vermelidir. Hastaların semptomlarını düzenli değerlendirmeli, fizyolojik semptomlar yanında psikolojik semptomların varlığını gözlemeli, hastaların ve ailelerin deneyimledikleri semptomların onlar için önemli olduğunu unutmamalıdır!

Kaynaklar

1. International Agency for Research on Cancer. World Cancer Report. http://www.icrc.fr/en/publications/books/WCR_1980-2013.
2. Siegel R, DeSantis C, Virgo K, Stein K, Mariotto A, Smith T, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2012. *CA Cancer J Clin* 2012;62(4):220-41. [CrossRef](#)
3. Ulusal Kanser Programı 2009-2015 Verileri, TÜİK İstatistikleri.
4. Cleeland CS. Symptom burden: multiple symptoms and their impact as patient-reported outcomes. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2007;(37):16-21. [CrossRef](#)
5. Tsigaropoulos T, Mazaris E, Chatzidarellis E, Skolarikos A, Varkarakis I, Deliveliotis C. Problems faced by relatives caring for cancer patients at home. *Int J Nurs Pract* 2009;15(1):1-6. [CrossRef](#)
6. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Sistem Ofset; 2005; Ankara.
7. Yeşilbalkan UÖ, Akyol AD, Çetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005;21(1):13-31.
8. Homsı J, Walsh D, Rivera N, Rybicki LA, Nelson KA, Legrand SB, et al. Symptom evaluation in palliative medicine: patient report vs systematic assessment. *Support Care Cancer* 2006;14(5):444-53. [CrossRef](#)
9. Jones RV, Hansford J, Fiske J. Death from cancer at home: the carers' perspective. *BMJ* 1993;306(6872):249-51.
10. Erdine S. Ağrının Tanımı. Erişim tarihi: 24.02.2010. http://www.algoloji.org.tr/etkinlik_kitap.asp
11. Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E, Berti M, Roila F; ESMO Guidelines Working Group. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2012;23 Suppl 7:139-54. [CrossRef](#)
12. Kwekkeboom KL, Bumpus M, Wanta B, Serlin RC. Oncology nurses' use of nondrug pain interventions in practice. *J Pain Symptom Manage* 2008;35(1):83-94.
13. Can G. (ed). Onkoloji Hemşireliğinde Kanıtı Dayalı Bakım. İstanbul Konsensusu, Nobel Tıp Kitabevleri; 2010.
14. Hofman M, Ryan JL, Figueroa-Moseley CD, Jean-Pierre P, Morrow GR. Cancer-related fatigue: the scale of the problem. *Oncologist* 2007;12 Suppl 1:4-10. [CrossRef](#)
15. Professional Practice Nursing Standards-Symptom Management Guidelines: Cancer-Related Fatigue. (The Symptom Management Guidelines Developed by Professional Practice Nursing and Interdisciplinary colleagues at the BCCA are currently being reviewed and will be updated in 2011). www.bccancer.bc.ca/legal.htm
16. Barsevick AM, Dudley W, Beck S, Sweeney C, Whitmer K, Nail L. A randomized clinical trial of energy conservation for patients with cancer-related fatigue. *Cancer* 2004;100(6):1302-10. [CrossRef](#)
17. Lynne Eldridge MD, Coping With Cancer Fatigue, Updated September 18, 2012.
18. Uğur Ö, Elçigil A, Arslan D, Sönmez A. Kanser hastasına bakımverenlerin, hastalarının günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken yaşadıkları zorluk ve nedenlerinin incelenmesi. 20. Ulusal Kanser Kongresi Özet Kitapçığı 2013; Sözel Bildiri.
19. Baldwin C, Spiro A, Ahern R, Emery PW. Oral nutritional interventions in malnourished patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* 2012;104(5):371-85. [CrossRef](#)
20. Laugsand EA, Kaasa S, Klepstad P. Management of opioid-induced nausea and vomiting in cancer patients: systematic review and evidence-based recommendations. *Palliat Med* 2011;25(5):442-53. [CrossRef](#)
21. Professional Practice Nursing Standards-Symptom Management Guidelines Anorexia (The Symptom Management Guidelines Developed by Professional Practice Nursing and Interdisciplinary colleagues at the BCCA are currently being reviewed and will be updated in 2011). www.bccancer.bc.ca/legal.htm
22. Professional Practice Nursing Standards-Symptom Management Guidelines: Cancer-Related Diarrhea (The Symptom Management Guidelines Developed by Professional Practice Nursing and Interdisciplinary colleagues at the BCCA are currently being reviewed and will be updated in 2011). www.bccancer.bc.ca/legal.htm
23. Tsigaropoulos T, Mazaris E, Chatzidarellis E, Skolarikos A, Varkarakis I, Deliveliotis C. Problems faced by relatives caring for cancer patients at home. *Int J Nurs Pract* 2009;15(1):1-6. [CrossRef](#)
24. Professional Practice Nursing Standards-Symptom Management Guidelines Constipation (The Symptom Management Guidelines Developed by Professional Practice Nursing and Interdisciplinary colleagues at the BCCA are currently being reviewed and will be updated in 2011). www.bccancer.bc.ca/legal.htm
25. Professional Practice Nursing Standards-Symptom Management Guidelines Fever and Neutropenia (The Symptom Management Guidelines Developed by Professional Practice Nursing and Interdisciplinary colleagues at the BCCA are currently being reviewed and will be updated in 2011). www.bccancer.bc.ca/legal.htm
26. Febril Nötropenik Hastalarda Tanı ve Tedavi Klavuzu. Febril Nötropeni Çalışma Grubu. 2004.
27. Professional Practice Nursing Standards-Symptom Management Guidelines Oral Mucositis (The Symptom Management Guidelines Developed by Professional Practice Nursing and Interdisciplinary colleagues at the

- BCCA are currently being reviewed and will be updated in 2011). www.bccancer.bc.ca/legal.htm
28. Professional Practice Nursing Standards-Symptom Management Guidelines: Sleep-Wake Disturbances (The Symptom Management Guidelines Developed by Professional Practice Nursing and Interdisciplinary colleagues at the BCCA are currently being reviewed and will be updated in 2011). www.bccancer.bc.ca/legal.htm
29. Professional Practice Nursing Standards-Symptom Management Guidelines: Palmar-Plantar Erythrodysesthesia (PPE) (The Symptom Management Guidelines Developed by Professional Practice Nursing and Interdisciplinary colleagues at the BCCA are currently being reviewed and will be updated in 2011). www.bccancer.bc.ca/legal.htm
30. van Scheppingen C, Schroevers MJ, Smink A, van der Linden YM, Mul VE, Langendijk JA, et al. Does screening for distress efficiently uncover meetable unmet needs in cancer patients? *Psychooncology* 2011;20(6):655-63. [CrossRef](#)
31. Jacobsen PB, Jim HS. Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges. *CA Cancer J Clin* 2008;58(4):214-30. [CrossRef](#)
32. Professional Practice Nursing Standards-Symptom Management Guidelines: Intimacy and Sexuality (The Symptom Management Guidelines Developed by Professional Practice Nursing and Interdisciplinary colleagues at the BCCA are currently being reviewed and will be updated in 2011). www.bccancer.bc.ca/legal.htm