

IDUHeS, 2023; 6(2): 299-310
Doi: 10.52538/duhes. 1218561

Derleme Makalesi–Review Paper

**JİNEKOLOJİK KANSER HASTALARINDA GİDEREK ARTAN GEREKSİNİM:
PALYATİF BAKIM**

**AN INCREASING NEED IN GYNECOLOGICAL CANCER PATIENTS:
PALLIATIVE CARE**

Şerife BÜYÜKOKUDAN¹, Öznur KÖRÜKÇÜ²

Özet

İlerlemiş jinekolojik kanser hastalarının çoğu yoğun tedavilere rağmen nüks yaşamakta ya da yaşamını kaybedebilmektedir. Terminal dönemdeki jinekolojik kanser hastalarında semptomları gidermek, yaşam kalitesini artırmak, aile ve bakım vericileri desteklemek son ana kadar bakımın sürdürülmesi hedeflenmektedir. Ulusal ve uluslararası birçok kuruluş kapsamlı bir kanser tedavisine mutlaka palyatif bakımın entegre edilmesini savunmaktadır. Palyatif bakım kanser tedavisinin ayrılmaz bir parçası olmasına karşın önemi yeterince anlaşılmamıştır. Bu derlemede palyatif bakımın amaçları, yararları ve önemine ilişkin bilgiler sunmak ve sağlık çalışanlarına farkındalık kazandırmak amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, hemşirelik bakımı, jinekolojik tümörler

Abstract

Most patients with advanced gynecological cancer experience cancer recurrence or die despite intensive treatments. It is aimed to relieve symptoms, improve quality of life, support family and caregivers, maintain care until the last moment, and prolong overall survival in terminal gynecological cancer patients. Multiple national and international organizations support integrating palliative care into a comprehensive cancer treatment. Although palliative care is an integral part of cancer treatment, its importance is not well understood. In this review, it is aimed to provide information about the aims, benefits and importance of palliative care and to raise awareness of healthcare professionals.

Keywords: Palliative care, nursing care, gynecologic neoplasms

Geliş Tarihi (Received Date): 15.12.2022, Kabul Tarihi (Accepted Date): 04.04.2023, Basım Tarihi (Published Date): 30.09.2023. ¹ Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Afyonkarahisar, Türkiye, ² Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği, Antalya, Türkiye. **E-mail:** serifebuyukokudan@afsu.edu.tr, **ORCID ID's:** Ş.B.; <https://orcid.org/0000-0001-8500-3785>, Ö.K.; <https://orcid.org/0000-0001-5840-9114>.

1. GİRİŞ

Kadın üreme sisteminde meydana gelen serviks uteri, korpus uteri, yumurtalık, vulvar, vajinal ve fallop tüpü kanserleri dünya çapında kanser morbidite ve mortalitesinin önemli bir nedenidir (Weiderpass ve ark., 2020, ss. 439-453). American Cancer Society' e göre, bu yıl 113.500'den fazla kadına jinekolojik kanser teşhisi konacağı ve 33.000'den fazla kadının bu nedenle öleceği tahmin edilmektedir (National Cervical Cancer Coalition, 2022). Kanser insidansı artarken, gelişen tedavi seçenekleri erken teşhis ve sağkalım oranlarının da artmasını sağlamıştır. Sağkalımın uzamasıyla kanser hastaları fiziksel, psikososyal, cinsel problemler ve kanser nüks korkusu gibi zorluklarla karşılaşmaktadır (Sekse ve ark., 2019, ss. 1393-1421).

Jinekolojik kanserli kadınlar kanser tanısı koyulan birçok kişinin deneyimlediği ağrı, yorgunluk, kaygı, saç dökülmesi, ekonomik zorluklar ve tedavi seçimine karar verme gibi ortak sorunlara ek olarak bazı spesifik problemler yaşayabilmektedir. Bu problemler cerrahi menopoza, doğurganlık kaybı, cinsel işlev bozukluğu, fekal ve üriner inkontinans, beden imajının bozulması, rol kaybı, cinsel kimlik ve ilişkilerle ilgili duygusal ve psikolojik sorunlardır (Uçar ve ark., 2018, ss. 678-685). Genel olarak ailede bakım sorumluluğunu kadınlar üstlendiğinden, jinekolojik kanser tanısı alan kadınlar bakım veren rolünden bakım alan rolüne bir geçiş yaşamaktadır (Teskereci ve Kulakaç, 2018, ss. 12456). Kanser sadece hastayı değil ailesi ve bakım verenleri de etkileyen zorlu bir süreçtir. Bakım verici fiziksel sağlığın ve sosyal ilişkilerin bozulması, hastalığın psikolojik ve duygusal yükünü taşıma gibi durumlara maruz kalabilmektedir (Beesley ve ark., 2019, ss. 13057). Hastaya ve yakınlarına kaliteli bir bakım verebilmek için kişilerin ihtiyaçları, sağlık hizmetlerinden beklentileri, jinekolojik kanserden etkilenenlerin kişiliğine özgü ve kanser bölgesine özgü yaşanan semptomların belirlenmesi ve destekleyici bakımın sunulması gerekmektedir (Williams ve ark., 2018, ss. 1-14).

İlerlemiş jinekolojik malignitesi olan hastaların çoğu yapılan cerrahi girişim, kemoterapi, radyoterapi ve çeşitli tedavilere rağmen yaşamını yitirir ya da kanser nüksü yaşayabilir. Küratif tedaviye yanıt vermeyen veya nüks yaşanan vakalarda kanserle ilişkili semptomları gidermek ve yaşam kalitesini sürdürmek hedeflenir (Futağami ve ark., 2016, ss. 4637-4642). Son dönem kanser hastalarının ve bakım verenlerin ihtiyaçlarını karşılamak, desteklemek ve bakım sonuçlarını iyileştirmek için palyatif bakıma olan ihtiyaç giderek artmaktadır. Bu derlemenin amacı jinekolojik onkolojide palyatif bakım ve uygulamaya entegrasyonunun önemine değinmektir.

2. PALYATİF BAKIM AMAÇ VE İLKELERİ

Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımı yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili sorunlarla karşı karşıya kalan hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini iyileştiren fiziksel, psikososyal veya ruhsal sorunların erken teşhisi, doğru değerlendirilmesi ve tedavisi yoluyla ıstırap önleyen bir yaklaşım olarak tanımlamıştır (World Health Organization, 2022). American Association of Hospice and Palliative Medicine palyatif bakımın hedeflerini dokuz alana ayırmıştır bunlar: hasta, bakım sağlayıcı ve aile ile etkili iletişim sağlamak ve gereksinimlerini karşılamak, hastanın fiziksel sıkıntı ve semptomlarının yönetimi, prognozun anlaşılması ve

kişilerin eğitilmesi, tedavi hedeflerinin belirlenmesi, başa çıkmanın değerlendirilmesi ve desteklenmesi, tıbbi konularda ve tedavi seçiminde karar vermeyi destekleme, sağlık hizmeti sağlayıcılarla koordinasyon ve gerektiğinde uzmana sevk sağlanmasıdır (Ferrell ve ark., 2017, ss. 119-121).

Ulusal ve uluslararası birçok kuruluş kapsamlı bir kanser tedavisine mutlaka palyatif bakımın entegre edilmesini savunmaktadır. Bu kapsamlı bakım yaklaşımı Society of Gynecologic Oncology (SGO), National Comprehensive Cancer Network ve American Society of Clinical Oncology (ASCO) tarafından resmi olarak tanınmakta ve onaylanmaktadır (Mullen ve ark., 2019, ss. 179-197). ASCO tarafından yayınlanan kanıta dayalı kılavuzda “ileri evre kanserli hastalar aktif kanser tedavisinin yanısıra hastalığın erken evrelerinde yatan hasta veya ayaktan palyatif bakım hizmeti sağlayan disiplinler arası ekiplere sevk edilmelidir (orta düzey kanıt, güçlü öneri)” önerisine yer vermektedir (Ferrell ve ark., 2017, ss. 119-121).

SGO jinekolojik kanserli kadınlara kaliteli bakım verebilmek için palyatif bakımın şart olduğunu belirtmiştir ve sağlık personelinin etkin palyatif bakım hizmeti sunabilmesi için eğitim ve araştırmaları teşvik etmektedir (Mullen ve ark., 2019, ss. 179-197). SGO belirlediği ilkeler doğrultusunda jinekolojik onkolojide palyatif bakım hemşirelerinin dikkat etmesi gerekenler aşağıdaki gibidir:

1. Kültürel farklılıklara duyarlı olmalı ve bir birey olarak kadına şefkat, empati ve saygıyla palyatif bakım sunulmalıdır
2. Hastanın durumu, hastalığın prognozu ve tedavi seçenekleri hakkında gerekli bilgiye sahip olması için kadın ve ailesiyle açık bir iletişim kurulmalıdır
3. Fiziki ve duygusal acıyı, rahatsız edici semptomları hafifleterek ve umudu sürdürerek kadının yaşam kalitesi iyileştirilmelidir
4. Psikolojik, manevi ve sosyal konularda eğitilmiş multidisipliner bir ekip yaklaşımının bakımı ve esenliği iyileştireceğinin farkında olunmalıdır
5. Kadının ilerleyen tedavi sürecinde kararlarına anlayışla yaklaşılmalı, tedaviyi red veya kabulüne saygı duyulmalıdır
6. Bakım sağlayıcı tedavinin olası yarar ve zararları hakkında hastayı açıkça bilgilendirmelidir
7. Kadın ve ailenin uygun durumlarda hospis bakımını bir seçenek olarak düşünmesini sağlamalıdır
8. Kadının yaşam sonu bakıma ilişkin tercihlerini anlayışla karşılamalıdır
9. Son dönem hastaların ve ailesinin izolasyon ve kendini bırakma gibi duygulara kapılmasını önleyerek bakımının sürekliliği sağlanmalıdır
10. Yaşam sonu bakımın aile üzerindeki etkisinin farkında olunmalı duygusal destek, yas danışmanlığı ve sosyal hizmetlere erişim sağlanmalıdır
11. Son olarak palyatif bakımın duygusal olarak tatminin yanında tükenmişlik ve merhamet yorgunluğuna yol açabileceğinin bilincinde olunmalı ekip olarak birbirini desteklemek gerekmektedir (Society of Gynecologic Oncology, 2010).

Palyatif bakım hemşireleri, terminal dönem hastalar, ölümler ve ölüm sonrası yas sürecindeki ailelerle defalarca karşı karşıya kalmaktadır. Bu alanda çalışan palyatif bakım hemşireleri ayırıcı ve etik özelliklere sahip olmalıdır (Hagan ve ark., 2018, ss. 216-219):

İletişim

Hastalar ve ailelerle etkili bir şekilde iletişim kurma yeteneği, palyatif bakım hemşiresi için önemli bir beceridir. Palyatif bakım hemşireleri, hastalar genellikle hastalığın ilerlemesi, ilaçlar ve bakım planı hakkında netlik aradıklarından karmaşık bilgileri açıklama becerisine sahip olmalıdır. Palyatif bakım hemşireleri bu bilgiyi hem hastaya hem de aileye aktarabilmelidir. İlaç rejimleri de dahil olmak üzere yaşamın sonuna kadar semptomlar ve tedaviler konusunda hastaları ve aileleri kapsamlı bir şekilde açıklamak ve eğitmek hemşirelik uygulama kapsamındadır (Anderson ve ark., 2019, ss. 926-941).

Merhamet

Merhamet, hospis ve palyatif bakımın özü olarak kabul edilir çünkü bir başkasının ıstırabıyla karşı karşıya kalındığında ortaya çıkan duygu ve bu ıstırabı dindirme arzusu olarak tanımlanabilmektedir (Deichmann, 2018, ss. 199-200). Kendine merhamet, hemşirede tükenmişliği önlemeye yardımcı olabilirken, hastalara ve ailelere şefkat ise semptomlar değiştiğinde, kötüleştiğinde veya ölüm yaklaştıkça hastalarla daha sağlam ve güvene dayalı bir ilişki kurmaya yardımcı olabilir (Mesquita Garcia ve ark., 2021, ss. 145-154).

İnsani bakım verme

Palyatif bakım hemşiresi, kişinin hayatındaki en samimi anlara açılan bir pencereden bakmaktadır. Hemşireler, hastanın ihtiyaçlarına verdiği tepkilerle hatırlanmakta, mevcut durumda semptom yönetimi ve diğer bakım davranışlarıyla hastada duygusal bir miras bırakmaktadır (Schroeder ve Lorenz, 2018, ss. 4-8).

Palyatif bakıma sevk yaşam sonu bakımında daha az agresif tedavi gereksinimi, palyatif bakım hizmetine kayıttan ölüme kadar geçen sürenin daha uzun olması ve bu süreçte yaşam kalitesinin daha fazla artmasıyla ilişkilendirilmektedir (Singhal ve ark., 2022). Ayrıca erken palyatif bakım hizmeti geç konsültasyonlara göre, bakım verenin daha düşük stres yaşaması ve hastanın yaşam kalitesini yükseltmesi açısından memnuniyetin artmasını sağlamaktadır (Paulsen ve ark., 2022, ss 181-188; Vanbutsele ve ark., 2018, ss. 394-404). Palyatif bakımın temel bileşeni semptom yönetimidir ve jinekolojik kanserlerde semptom yönetimi yeterli karşılanmamış bir ihtiyaçtır (Roy ve Ramchandran, 2020, ss. 65-75).

3. FİZİKSEL SEMPTOMLARIN YÖNETİMİ

3.1. Ağrı

İlerlemiş veya tekrarlayan jinekolojik kanserlerde ağrı, bölgesel sinir, kas ve kemiğin tutulmasına bağlı olabilirken pelvik tümör presakral bölgeye girdiğinde visceral ağrı da mevcut olabilir (Mishra, 2011, ss. 45-51). Ağrı yönetimi tipe ve patofizyolojik mekanizmaya bağlı olarak multidisipliner, farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerinin bir arada kullanıldığı tedavi programını içermelidir. Ağrının yeri ve şiddeti ölçeklerle değerlendirilmeli ve Dünya Sağlık Örgütü'nün üç basamaklı merdiveni kullanılarak gerekli analjezik uygulanmalıdır (Hacker ve ark., 2018, ss. 410-419 ; Mullen ve ark., 2019, ss. 179-197).

3.2. Dispne

Solunum güçlüğü, hastalık ilerledikçe giderek yaygınlaşan yaygın bir semptomdur. Tedavi, özellikle bronkokonstriksiyon olmak üzere, nefes darlığının altta yatan nedenlerinin tedavisini optimize ederek başlamalıdır. Bu durumda, özellikle konumlandırma ve nefes alma teknikleri, solunum kaslarını güçlendirme gibi farmakolojik olmayan tedaviler düşünülmelidir (Booth ve ark., 2018, ss. 1-15 ; Mullen ve ark., 2019, ss. 179-197). Farmakolojik tedaviler için, Avrupa Solunum Derneği ve Amerikan Toraks Derneği, oksijen ve opioidlerin ötesinde, diğer farmakolojik ajanlar için sağlam bir kanıt olmadığı sonucuna varmıştır (Parshall ve ark., 2012, ss. 435-452).

3.3. Asit

Periton boşluğunda sıvının patolojik olarak birikmesi olan asit, tüm jinekolojik maligniteler arasında en ölümcül olan yumurtalık kanserinin ayırt edici özelliğidir (Ford ve ark., 2020, ss. 9-16). Palyatif bakımda asit birikimini ve semptomlarını en aza indirmek için kilo ve karın çevresi takibi yapılması, hastaya sol yan pozisyon verilmesi, eğer hipoalbumemi mevcutsa proteinden zengin beslenme ya da ilaç tedavisiyle düzeltilmesi, ekstremitelerin elevasyonu sağlanmalı ve ileri evre asit birikiminde gerekiyorsa parasentez uygulanması gerekmektedir (Terzioğlu ve Uslu Şahan, 2017).

3.4. Lenfödem

Jinekoloji onkoloji hastalarında yüzde 20 prevalansı olan lenfödem, lenf düğümlerinin cerrahi olarak çıkarılmasından sonra bacak, genital veya abdominal şişlik veya jinekolojik veya pelvik tümörler için pelvik RT ile kendini gösterir. Genellikle tedaviden bir veya iki yıl sonra ortaya çıkar, ancak 15 yıla kadar bile ortaya çıkabilir. Erken teşhisi, önlenmesi için çok önemlidir. Tedavi, şişliği azaltmaya ve selülit önlemeye yönelik önlemlerden oluşur. Şişliği gidermek için kompresyon çorapları, manuel lenf drenajı ve egzersiz yardımcı olabilir. Sürekli cilt bakımı, iyileştirici egzersizler ve kendi kendine masajın tekrarlanması gereklidir (Bayındır Çevik ve Çömlekçi, 2019, ss 337-344).

3.5. Bulantı-kusma

Mide bulantısı ve kusma jinekolojik kanser hastalarında sıklıkla görülür ve semptomların altında yatan mekanizmayı anlamak, tedaviye yardımcı olabilir. Vücudun bu tür semptomlara yol açan dört ana alanı, serebral korteks, vestibüler sistem, kemoreseptör tetik bölgesi ve gastrointestinal sistemdir. Diğer nedenler arasında kemoterapinin neden olduğu bulantı ve kusma, serebral metastaz, opioidlerin etkileri, hiperkalsemi ve üremi dahil elektrolit dengesizlikleri yer alır (Roy ve Ramchandran, 2020, ss. 65-75). Serebral metastazlar, kafa içi basıncının artmasından kaynaklanabilir ve steroidlerle tedavi edilebilir. Vestibüler sistem tetikleyicileri antikolinerjikler ve antihistaminikler ile tedavi edilir (Keeley, 2020, ss. 14-17). Farmakolojik tedavinin yetersiz kaldığı ileri evre tıkanıklık, özellikle over kanserinde sık görülen bir durumdur hastaların çok azı cerrahi yöntemi kabul etmektedir ve cerrahi başarı olasılığı, prognoz ve risk faktörleri dengelendikten sonra dikkatlice seçilmelidir. Örneğin progresif servikal kanserde basit kolostomi kolay iyileşme ve rahatlama sağlayabilmektedir (Kibel ve Cain, 2015, ss. 167-171).

3.6. Konstipasyon, ishal, fekal inkontinans

Konstipasyon, dışkılamada aşırı zorlanma, eksik boşalma hissi gibi semptomların eşlik ettiği ya da semptomlar olmadan bağırsak hareketinde azalma veya zor dışkılama olarak tanımlanmaktadır ve tedavi edilmediği takdirde, karın ağrısı, bulantı, kusma, psikolojik

rahatsızlıklar, bağırsak tıkanması ve perforasyonu gibi rahatsız edici semptomlara veya yaşamı tehdit edici komplikasyonlara yol açabilmektedir (McIlfatrick ve ark., 2019, ss. 57).

İshal, tedavinin kısa veya uzun vadeli bir sonucu olabilir ve tedavi etiyojolojiye odaklanmalıdır. Örneğin, radyasyondan sonra basit laktoz intoleransı veya bağırsak hareketliliğini baskılamak için uzun süreli narkotik bazlı rejimler gibi çözümler mevcuttur. Fekal inkontinans ameliyat, fistül veya hastalıktan kaynaklanır ve yaşam kalitesi üzerinde büyük bir etkisi vardır. Perianal hijyen ve cilt bakımına verilen özen, bu semptom için en iyi palyasyonu sağlamaktadır (Kibel ve Cain, 2015, ss. 167-171).

Hasta yakınlarına karşılaştıkları süreçte, hastalığın komplikasyonları, bu süreçte yapılacak uygulamalarla ilgili anlayabilecekleri düzeyde eğitim ve bilgi akışı sağlanmalıdır. Aileye hastanın bakımını sağlayabilmeleri adına samimi ve uygun şekilde açıklamalar yapılmalı hastaya bakım veren kişilerin bireysel olarak değerlendirilmesi bu süreçte yaşadıkları deneyimleriyle baş edebilmesi için destek olma, manevi gereksinimlerini belirleyerek inanç ve uygulamalarına saygı duymak gerekmektedir (Terzioğlu ve Uslu Şahan, 2017).

4. PSİKOSEKSÜEL PROBLEMLER

Tanı konulduğu andan itibaren, birey ve ailesinde psiko-sosyal yönden değişimlere yol açan ve hayatı tehdit eden jinekolojik kanserler, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden pek çok sorunla karşılaşmasına neden olmaktadır (Boa ve Grénman, 2018, ss. 147-152). Kadının bakım veren rolünden bakıma muhtaç olmaya geçişi, bakım sağlayıcıya yük olma duygusu rol ve ilişkilerine yönelik yaşadıkları problemlerdendir (Kibel ve Cain, 2015, ss. 167-171). Tedavi süreci hakkındaki belirsizlik, başka organlara yayılma ve ölüm korkuları, kadın kimliğinde, beden imajında ve cinsellikte değişim, günlük yaşam aktivitelerinde güçlük ve emosyonel destek azlığına bağlı olarak depresyon gelişebilirken, radikal histerektomi, vulvektomi, total pelvik ekzantrasyonu gibi önemli cerrahi girişimler sonrasında pek çok kadın, öncesinde olduğu gibi eşine hoş görünemeyeceği, cinsel bir eş olarak çekiciliğinin azalacağı ve cinsel yaşamının bozulacağı gibi değişik duygular yaşayabilirler (Terzioğlu ve Alan, 2015, ss. 140-147).

Jinekolojik kanserlerin cerrahi tedavisi servikal konizasyon, trakelektomi, basit histerektomi veya pelvik lenfadenektomiye içerebilir ve bu operasyonlar uyarılma, yağlanma, orgazmın azalması ve ağrının artmasına neden olmaktadır. Olumsuz vücut imajı, depresyon, vajinanın kuruluşu ve kısılması nedeniyle cinsiyete olan ilginin azalması veya disparoni jinekolojik kanserin tedavi sonrası safhasında yaygın olarak görülen problemlerdendir (Boa ve Grénman, 2018, ss. 147-152). Jinekolojik kanser hastalarında cinsel işlev bozukluğu genellikle çok faktörlüdür ve en iyi şekilde multidisipliner bir yaklaşım kullanılarak yönetilir (Faubion ve ark., 2015, ss. 899-906). Kadınlar genellikle sağlık personeliyle cinsellik üzerine konuşmaktan utanırlar. Yaşam kalitesinin ve cinsel işlevin iyileştirilmesi için hangi hastaların cinsel sağlık sorunlarından muzdarip olabileceğini ve problemleri belirlemek önemlidir (Boa ve Grénman, 2018, ss. 147-152). Bir psikolog yardımıyla, anksiyete, depresyon, vücut imajıyla ilgili endişeler, cinsel ağrı ve ilişki faktörleri dahil olmak üzere cinsel işlev bozukluğuna katkıda bulunan psikolojik, kişilerarası ve sosyokültürel faktörler yönetilebilir. Pelvik taban kas disfonksiyonunda uzmanlığa sahip bir fizik tedavi uzmanı, farkındalığı geliştirebilir, pelvik taban kaslarının gevşemesini kolaylaştırabilir, vajinal penetrasyon veya muayene ile ilişkili ağrıyı azaltabilir ve nihayetinde kas-iskelet ağrısı olanlarda zayıflamış kasları güçlendirebilir (Faubion ve ark., 2015, ss. 899-906). Semptomların yönetimi için vajinal kayganlaştırıcılar, nemlendiriciler, lokal vajinal östrojen tedavisi (krem, halka veya tablet) kullanılabilir. Vajinal

dilatörler ve vibratör kullanımı da vajinal sağlığın korunmasına katkıda bulunabilir (Boa ve Grénman, 2018, ss. 147-152).

Psikososyal sorunlar, teşhis anından başlayarak ölüm, yas ya da hayatta kalmayla sonuçlanan bakım süreci boyunca değerlendirilmeli ve ele alınmalıdır. Anksiyete, depresyon veya herhangi bir sıkıntının jinekolojik kanser süreci boyunca herhangi bir noktada ortaya çıkabileceğini akılda tutmak önemlidir, bu nedenle periyodik olarak yeniden psikososyal sağlığı değerlendirmek önemlidir (Petok, 2021, ss. 1-7). Çoğu zaman ‘‘depresif hissediyor musunuz?’’ gibi basit bir soru uzun psikososyal tarama araçları kadar etkili olabilmektedir (Roy ve Ramchandran, 2020, ss. 65-75).

5. YAŞAM SONU VE YAS SÜRECİNDE BAKIM

İyi bir ölümün sağlanması, hasta, ailesi ve bakım verenler için sıkıntı ve ıstıraptan uzak, genel olarak hastanın ve ailesinin istekleriyle uyumlu, klinik, kültürel ve etik standartlarla uygun, tercihlere, inançlara ve bireyin manevi ihtiyaçlarına saygılı biyopsikososyal yaklaşımı ifade etmektedir (Guidozzi ve Guidozzi, 2022, ss. 215-219). Bu kapsamda semptomların kontrol edilmesi, hastanın mahremiyetine özen gösterilmesi, aile ve bakım vericilerin sürece dahil edilmesi, son ana kadar bakımın sürdürülmesi ve invazif işlemlerin azaltılması gerekmektedir (Yorulmaz ve Karadeniz, 2020, ss. 134-138). Hastanın kaybedilmesi sonucu bakım veren kişiler alışlagelen rol ve sorumluluklarına ek yükümlülüklerle karşılaşmakta bu durum duygusal yüklerinin artmasına neden olabilmektedir. Yas sürecinde bakım hasta yakınlarının acı çekmesini ve travma yaşamasını önlemek için gereklidir (Terzioğlu ve Uslu Şahan, 2017).

Aile üyeleri bu dönemde desteklenmeli, ölmekte olan bireye söylemek istedikleri, duyguları ile ilgili paylaşmak istedikleri varsa konuşmaları için cesaretlendirilmelidir. Terminal dönemdeki hastayla ölüm hakkında konuşmak, her iki tarafın kaygısını azaltabilir, sevdiği hala hayattayken bireylerin yas sürecinin başlamasına ve hastanın ölümünden sonra aile üyelerinin pişmanlık duymadan yaşamlarını sürdürmelerine yardımcı olabilir; çünkü söylenmemiş hiçbir şey kalmamıştır ve bu bireylerin deneyimden büyümelerine yardımcı olabilir (Keeley, 2017, ss. 45). Yas sürecin sağlıklı bir şekilde tamamlanması için hemşire geride kalacak/kalan bireyler için kaybın gerçek olduğuna dikkat çekmeli, bundan sonraki hayatlarına nasıl devam edecekleri yönünde plan yapmaları için desteklemeli ve özellikle kayıp sonrası ilk yıllarda geride kalanlara psikososyal destek sağlanmalıdır (Yorulmaz ve Karadeniz, 2020, ss. 134-138).

6. PALYATİF BAKIMIN ÖNÜNDEKİ ENGELLER

Jinekoonkologların palyatif bakım ve engellere ilişkin algılarının incelendiği bir çalışmada çoğunluğun (%75) palyatif bakımın ileri evre veya metastatik kanserlere entegre edilmesi konusunda hemfikir olduğu belirtilmektedir. Algılanan engeller arasında sıklıkla hasta ve yakınlarının gerçekçi olmayan beklentileri olduğu ve bunun hasta-sağlık personeli arasındaki zayıf iletişimden kaynaklandığı düşünülmüştür (Cripe ve ark., 2019, ss. 50-55).

Glasser ve Strauss'un teorisinde insanların bir durumdan diğerine geçmesi, kişinin önceden belirlenen adımlar dizisini yaşaması ya da statü değişikliği gibi aşamalara yer

verilmektedir. Durum geçişi iyileştirici tedaviden ve iyileşme umudundan yaşam sonu bakımına geçiş ve bir hastalığın ölümcüllüğünü kabul etmek olarak algılandığında palyatif bakım bazen hastaları ve hasta yakınlarını yaşamın sonunun kaçınılmazlığı ile karşı karşıya bırakmaktadır (Migala ve Flick, 2018, ss. 786-798). Hastaların palyatif bakımla ilgili yanlış algılamaları, palyatif bakımın uygulanmasını etkilemektedir. Bir çalışma insanların çoğunluğu (%73,9) palyatif bakımı yaşam sonu bakımla ilişkilendirirken, diğerleri bu tür hizmetin sadece yaşlılar için olduğunu; hatta bazı katılımcıların bunu ötenazi olarak algıladığını belirtmektedir (Hui ve ark., 2013, ss. 659-685). Onkologların hastaların palyatif bakım fikre olumsuz tepki vereceğini düşünmesi de sıklıkla zamanında sevk önüne geçen bir engel olmaktadır (Von Roenn ve ark., 2013, ss. 11-16). Kurumsal faktörler ise palyatif bakım için ayrılan ekonomik kaynakların sınırlı olması, sağlık çalışanlarının eğitimindeki yetersizlikler, mevcut kaynakların ve nasıl kullanılacağına bilinmemesi olarak sıralanmaktadır (Mullen ve ark., 2019, ss. 179-197).

Hemşirelerin palyatif bakım konusunda karşılaştığı engeller arasında palyatif bakım konusunda yeterli eğitim almamak ve bu merkezde uzun süre çalışma deneyimi olmaması yer almaktadır (Kıyak ve ark., 2022, ss. 191-199). İntörn hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakıma yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada çoğunluk (%64,2) palyatif bakım hakkında bilgi almadıklarını ve %95,4'ünün eğitim gördükleri üniversitenin eğitim programında palyatif bakım konusunun yer olmadığını belirtmektedir (Turan ve ark., 2017, ss. 54-60). Ülkemizde diyabet eğitim hemşiresi, onkoloji hemşiresi, evde bakım hemşiresinin görev yetki ve tanımları yönetmelikte belirtilmesine rağmen palyatif bakım hemşireliği uzmanlık alanı olarak tanımlanmamıştır ve bu alanda çalışan hemşireler palyatif bakım uzmanlığı düzeyinde eğitim ve deneyime sahip değildir (Yıldırım, 2017, ss. 49-56). Literatürde sağlık çalışanlarının palyatif bakım hastaları ve ailelerine psikososyal yaklaşımın önemli olduğunu belirttiği ancak ölüm hakkında konuşmaktan çekindikleri, ölüm ve yas sürecinin yönetimi konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları bildirilmiştir (Uslu-Sahan ve Terzioğlu, 2017, ss.1-5). Palyatif bakım alanında hemşirelik araştırmaları 2005 yılından itibaren başlamıştır ancak hasta ve aile üyelerinin duygusal olarak hassas olması, hastaların bilişsel düzeyinin azalmış olması ve hastayla iletişimde problem yaşanması, çalışmadan ayrılmak isteme veya ölüm nedeniyle veri kaybı oluşması gibi nedenler bu alanda ulusal ve uluslararası yeterince çalışma bulunmamasına yol açmaktadır (Yıldırım, 2017, ss. 49-56).

7. SONUÇ

Jinekolojik kanserler hem dünyada hem de ülkemizde yüksek insidans ve mortaliteye sahip ilk on kanser türü içinde yer almaktadır. İlerlemiş jinekolojik malignitesi olan hastaların ağrı, bulantı, konstipasyon, dispne, asit, lenfödem ve diğer kanser türlerinden farklı olarak özellikle psikoseksüel problemler gibi çoklu semptomlar yaşamaktadır. Hastaların yaşam kalitesini artırmak, bakımın sürekliliğini sağlamak, hasta ve ailenin biyo-psiko-sosyal ihtiyaçlarını karşılamak için palyatif bakıma erken sevk sağlanmalıdır.

Jinekolojik kanser hastalarında palyatif bakımın geliştirilmesi için hemşirelere bu alanda farkındalık kazandıracak seminer, konferans düzenlenmesi, palyatif bakımın müfredatlara eklenmesi ve teorik bilginin uygulamayla pekişmesi açısından jinekoonkoloji alanında deneyim kazanabilecekleri ortamın sağlanması gerekmektedir. Jinekoonkoloji alanında verilen bakımın kalitesini arttırabilmek için alanda uzmanlaşma, sertifikasyon ve kanıta dayalı uygulama programlarının geliştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca palyatif bakımın

sunulmasının önündeki engelleri belirlemeye ve jinekoonkoloji alanında palyatif bakımın sunulmasını teşvik etmeye yönelik daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

8. KAYNAKLAR

Anderson, R. J., Bloch, S., Armstrong, M., Stone, P. C., Low, J. T. (2019). Communication between healthcare professionals and relatives of patients approaching the end-of-life: A systematic review of qualitative evidence. *Palliative Medicine*, 33(8), 926-941.

Bayındır Çevik, A., Çömlekçi, N. (2019). Kanser hastalarında tedaviye bağlı lenfödemin önlenmesi ve yönetilmesi. 1. Uluslararası 2. Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresi Özet ve Tam Metin Bildiri Kitabı, Ankara,337-344.

Beesley, V. L., Alemayehu, C., Webb, P. M. (2019). A systematic literature review of trials of survivorship interventions for women with gynaecological cancer and their caregivers. *European Journal of Cancer Care*, 28(3), e13057.

Boa, R., Grénman, S. (2018). Psychosexual health in gynecologic cancer. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 143, 147-152.

Booth, S., Chin, C., Spathis, A., Maddocks, M., Yorke, J., Burkin, J., Moffat, C., Farquhar, M., Bausewein, C. (2018). Non-pharmacological interventions for breathlessness in people with cancer. *Expert Review of Quality of Life in Cancer Care*, 1-15.

Cripe, J. C., Mills, K. A., Kuroki, L. K., Wan, L., Hagemann, A. R., Fuh, K. C., Mutch, D. G., Powell, M. A., Thaker, P. H. (2019). Gynecologic oncologists' perceptions of palliative care and associated barriers: a survey of the Society of Gynecologic Oncology. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 84(1), 50-55.

Deichmann, R. E. (2018). Compassion: lessons from the humanities. *Ochsner Journal*, 18(3), 199-200.

Faubion, S. S., MacLaughlin, K. L., Long, M. E., Pruthi, S., Casey, P. M. (2015). Surveillance and care of the gynecologic cancer survivor. *Journal of Women's Health*, 24(11), 899-906.

Ferrell, B. R., Temel, J. S., Temin, S., Smith, T. J. (2017). Integration of palliative care into standard oncology care: ASCO clinical practice guideline update summary. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 13(2), 119-121.

Ford, C. E., Werner, B., Hacker, N. F., Warton, K. (2020). The untapped potential of ascites in ovarian cancer research and treatment. *British Journal of Cancer*, 123(1), 9-16.

Futagami, M., Yokoyama, Y., Sato, T., Hirota, K., Shimada, M., Miyagi, E., Suzuki, N., Fujimura, M. (2016). Palliative care for patients with gynecologic cancer in Japan: A Japan Society of Gynecologic Palliative Medicine (JSGPM) Survey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(10), 4637-4642.

Guidozzi, F., Guidozzi, D. (2022). God, spirituality and religion in women dying from gynecological cancer. *Climacteric*, 25(3), 215-219.

Hacker, K. E., Reynolds, R. K., Uppal, S. (2018). Ongoing strategies and updates on pain management in gynecologic oncology patients. *Gynecologic Oncology*, 149(2), 410-419.

Hagan, T. L., Xu, J., Lopez, R. P., Bressler, T. (2018). Nursing's role in leading palliative care: A call to action. *Nurse Education Today*, 61, 216-219.

Hui, D., De La Cruz, M., Mori, M., Parsons, H. A., Kwon, J. H., Torres-Vigil, I., Kim, S. H., Dev, R., Hutchins, R., Liem, C. (2013). Concepts and definitions for “supportive care,” “best supportive care,” “palliative care,” and “hospice care” in the published literature, dictionaries, and textbooks. *Supportive Care in Cancer*, 21(3), 659-685.

Keeley, M. P. (2017). Family communication at the end of life. *Behavioral Sciences*, 7(3),45.

Keeley, P. W. (2020). Nausea and vomiting in palliative care. *Medicine*, 48(1), 14-17.

Kıyak, S., Alıntuğ, K., Ege, E. (2022). Palyatif bakım ünitesinde çalışma ile ilgili görüşleri: kalitatif çalışma. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 5(2), 191-199.

Kibel, S. M., Cain, J. M. (2015). Palliative care in gynecological cancer. *International Journal of Gynaecology Obstetrics*, 131(2), 167-171.

McIlfatrick, S., Muldrew, D. H. L., Beck, E., Carduff, E., Clarke, M., Finucane, A., Graham-Wisener, L., Larkin, P., McCorry, N. K., Slater, P., Hasson, F. (2019). Examining constipation assessment and management of patients with advanced cancer receiving specialist palliative care: a multi-site retrospective case note review of clinical practice. *BMC Palliative Care*, 18(1), 57.

Mesquita Garcia, A. C., Domingues Silva, B., Oliveira da Silva, L. C., Mills, J. (2021). Self-compassion in hospice and palliative care: a systematic integrative review. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 23(2),145-154.

Migala, S., Flick, U. (2018). Cultural and individual barriers to palliative care from different angles: data triangulation in practice. *Qualitative Inquiry*, 25(8), 786-798.

Mishra, K. (2011). Gynaecological malignancies from palliative care perspective. *Indian Journal of Palliative Care*, 17(Suppl), 45-51.

Mullen, M. M., Cripe, J. C., Thaker, P. H. (2019). Palliative care in gynecologic oncology. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 46(1), 179-197.

National Cervical Cancer Coalition. (2022). Gynecological cancer awareness month. <https://www.nccc-online.org/gynecological-cancer-awareness-month/> Erişim tarihi: 29 Kasım 2022.

Parshall, M. B., Schwartzstein, R. M., Adams, L., Banzett, R. B., Manning, H. L., Bourbeau, J., Calverley, P. M., Gift, A. G., Harver, A., Lareau, S. C. (2012). An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 185(4), 435-452.

Paulsen, T., Liland, H., Myklebust, T. Å., Lindemann, K. (2022). Early referral to a palliative team improves end-of-life care among gynecological cancer patients: a retrospective, population-based study. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 32(2),181-188.



Petok, A. (2021). Distress and mental health considerations for patients with gynecologic cancer. *Topics in Obstetrics & Gynecology*, 41(1),1-7.

Roy, M., Ramchandran, K. (2020). Symptom relief and palliative care in gynecologic oncology. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 32(1), 65-75.

Schroeder, K., Lorenz, K. (2018). Nursing and the future of palliative care. *Asia Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(1), 4-8.

Sekse, R. J. T., Dunberger, G., Olesen, M. L., Østerbye, M., Seibæk, L. (2019). Lived experiences and quality of life after gynaecological cancer—An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9-10), 1393-1421.

Singhal, S., Arolker, M., Garg, R. (2022). Palliative care in gynaecologic oncology. In K. Singh & B. Gupta (Eds.), *Gynecological oncology: basic principles and clinical practice*. Springer International Publishing.

Society of Gynecologic Oncology. (2010). Delivery of palliative care services. <https://www.sgo.org/resources/delivery-of-palliative-care-services/> Erişim tarihi: 8 Aralık 2022.

Terzioğlu, F., Alan, H. (2015). Jinekolojik kanser tedavisi sırasında yaşanan psikolojik sorunların kadının cinsel yaşamına etkisi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 18(2),140-147.

Terzioğlu, F., Uslu Şahan, F. (2017). Jinekolojik onkolojide palyatif bakım. K. Kabukcuoğlu (ed.), *Kadın sağlığı sorunlarının psikosomatik yansımaları*. Detay Yayıncılık.

Teskereci, G., Kulakaç, O. (2018). Life experiences of caregivers of women with gynaecological cancer: A mixed-methods systematic review. *European Journal of Cancer Care*, 27(1), e12456.

Turan, G. B., Polat, H. T., Mankan, T. (2017). İntörn hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakıma ilişkin görüşleri. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 6(2), 54-60.

Uçar, T., Güney, E., Bal, Z. (2018). Psychosocial aspects of gynecologic cancer. *Sakarya Medical Journal*, 8(4), 678-685.

Uslu-Sahan, F., Terzioglu, F. (2017). Nurses' knowledge and practice toward gynecologic oncology palliative care. *J Palliat Care Med* 7(4), 1-5.

Vanbutsele, G., Pardon, K., Van Belle, S., Surmont, V., De Laat, M., Colman, R., Eecloo, K., Cocquyt, V., Geboes, K., Deliëns, L. (2018). Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*, 19(3), 394-404.

Von Roenn, J. H., Voltz, R., Serrie, A. (2013). Barriers and approaches to the successful integration of palliative care and oncology practice. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 11(1), 11-16



Weiderpass, E., Hashim, D., Labrèche, F. (2020). Malignant tumors of the female reproductive system. In S. Anttila & P. Boffetta (Eds.), Occupational Cancers. Springer International Publishing.

Williams, N., Griffin, G., Farrell, V., Rea, A., Murray, K., Hauck, Y. L. (2018). The supportive care needs of women experiencing gynaecological cancer: a Western Australian cross-sectional study. BMC Cancer, 18(1), 1-14.

World Health Organization. (2022). Palliative care factsheet. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> Erişim tarihi: 7 Aralık 2022.

Yıldırım, Y. (2017). Palyatif bakımda hemşirelik çalışmaları. Türkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics, 10(1), 49-56.

Yorulmaz, D. S., Karadeniz, H. (2020). Terminal dönem ve iyi ölüm sürecinde hemşirelik bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 24(2), 134-138.