

KEMOTERAPİ ALAN ÇOCUKLARDA AĞIZ BAKIMININ ÖNEMİ

Yard. Doç. Dr. Ayşe OCAKÇI

*Karaelmas Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Müdürü*

Çocukluk çağı kanserleri genelde okul öncesi ve okul çağı çocukta görülmektedir. Bu yaşına kadar hastalık kavramı ile az çok deneyimi olduğu bilinerek çocuğun hemşirelik bakımını planlamak gerekir. Birçoğu için ise bu hastalık hastane ortamını tanımalarında belki de ilk fırsattır. Bu durumda yine özenli bir bakım planına ihtiyaç vardır. Tümörün malignlik derecesi gözönünde tutularak derhal tanı işlemlerine ve ardından vakit geçirmeksizin tedaviye geçilir. Kanserli çocuklarla ilgilenen hemşirenin bu üniteye oldukça destekleyici rolü vardır (1). Hemşirenin, ailenin ve çocuğun değişik tanı ve tedavi yöntemlerini tanımalarına ve anlamalarına yardımcı olması gerekir. Çocuk bu yeni deneyim ile doktor, hemşire, laboratuvar teknisyeni, röntgen teknisyeni gibi birçok insan tanımaktadır. Vücudu sık sık elle muayene edilmekte, organlarından parçalar alınmakta ve değişik ağırlı testler yapılmaktadır. Anne ve babası psikolojik olarak gözle görülür bir şekilde etkilenmektedirler. Çocuk giderek bunun basit bir enfeksiyon ya da kızamık, suçiçeği gibi bilinen çocukluk hastalıklarından olmadığını anlamaya başlar. Yaşını ve anlama düzeyini gözönüne alarak tanının ve tedavi şeklinin kendisine söylenmesi, işlemlerin tek tek anlatılması gerekir. Bu zor görev çoğunlukla ekip içinde onunla en sık görüşmesi nedeni ile hemşireye düşer. Hemşire aile ve çocuk ile daha üniteye ilk başvurdıkları günden, olumlu, dürüst ve tutarlı bir ilişki kurarsa, çocuğun tedavisini ve onun getireceği komplikasyonları daha rahat kabullenmesine yardımcı olur. Sağlıklı bir iletişim kurulmadığında hayata küsen, tedaviyi sürekli red eden çocuklar olduğu gibi, baştan iyi ilişkiler sağlandığında, vücudundaki tümörün büyüklüğü ile arkadaşlarına övünen okul çocuklarına da rastlanmaktadır. Onlar için de normal yaşamın devamı önemlidir (2, 5).

Kanser, adölesan çağındaki çocuk için ise, stres dolu yaşamına bir yenisinin daha eklenmesi demektir. Hastalığının etkisi onun ruhsal durumu ile yakından ilgilidir. Vücut imajındaki değişimler tedavi nedeni ile azalır. Düşünceleri değişir, gelecek konusunda endişeleri, ailesi ile ilişkileri ve arkadaşları ilgi alanındadır. Sorularına verilen doğru cevaplar ve yanında olma duygusu ile tedaviye ve tanıya uyum sağlaması kolaylaşır. Burada önemli rol yine ekip içinde hemşireye düşmektedir. Sık sık tedavi amacı ile yanına geldiğinde, hemşirenin, onun sadece tümörünü değil, kendisini önemseydiğini, her konuda konuşup, sıkıntılarını paylaşabileceği duygusunu vermiş olması beklenir (6, 10).

Çocuğu, kaç yaşında olursa olsun ailesinden ayrı düşünemeyeceğine göre, ailenin dayanıklılığı ve hastalığı kabullenme şekli çocuğu da etkileyecektir. Aile böyle bir durumla karşılaştığında, kanseri, ağrı, acı ve ölümlle eş tutar. Ailenin bilinmeyen konusun-

da mutlu düşünmeye, kronik hastalığı öğrenmeye ve desteğe ihtiyacı vardır. Bu durumda hemşire, anne ve babanın dışında diğer aile üyelerine de bilgi vererek anne, baba ve çocuğa destek sağlanmalıdır (11, 17).

Kanserli çocuklarla ilgilenen hemşirenin özel durum gereği, oldukça geniş bilgiye sahip olması beklenir. Hastalığın gelişimi, tedavisi, komplikasyonlarının yanı sıra aile ve çocuğun hastalığı kabullenmesi de hemşirenin bilgi düzeyi ve tutumu ile yakından ilgilidir (18-19).

Sona kadar az sorunlu yaşayabilmeleri için, kanserli çocuğa tedavi başlar başlamaz önlenebilecek komplikasyonların neler olduğu ve önlemleri anlatılmalıdır. Tedavi komplikasyonları çocuğa ek stres getirdiğinden önlemleri önceden anlatmakta yarar vardır.

Kemoterapötik ilaçlar, hızla büyüyen hücrenin büyümesini önlerken, sağlam hücrelere de zarar vermektedirler. Kemoterapiden en çok etkilenen sistem gastroentero-renal sistemdir. Bulantı ve kusma, mide ve duodenum mukozasının iritasyonu sonucu vagal ve sempatik sinirlerin medulladaki kusma merkezini uyarması ile olur. Bu komplikasyonu gidermek nisbeten kolaydır. Kemoterapi uygulamadan 4-6 saat önce verilen antiemetik bir ilaç ve tedaviyi uygulayan hemşirenin, bu süre içinde hastası ile kurduğu olumlu ilişkiden yararlanarak, onun dikkatini haz alacağını bildiği konulara çekmesi ile aza indirebilir. Yine gastroentero-renal şikâyetlerden biri olan diyare de kemoterapinin yan etkisi olarak gelişebilir. Bu da dehidratasyonun yakın takibi ve sistemli sıvı alımını sağlama ile zararsız hale getirilebilir (20). Kanserli çocuğu en çok sıkıntıya sokan komplikasyon somatitistir. Ağız hijyenine dikkat edilmediği durumlarda hızla ülserasyona dönüşen ve çocuğun yeme ve içmesine engel olarak tedaviyi bozan önemli bir komplikasyondur.

Ağızda oluşan yaralar giderek enfeksiyona dönüşür. Bu kanserli çocuk için bir başka risk faktörüdür. Yara oluştuktan sonra hemşirenin bakım vermek üzere seçeceği solüsyon dahi önem kazanır. Örneğin, yara önlemede kullanılan limon-gliserin, yara oluştuktan sonra kullanıldığında ülserasyonları daha ağırlı bir duruma getirmektedir (21,24).

Ağız bakımı, hemşireliğin bağımsız fonksiyonlarından biridir. Hastasını bir bütün olarak kabul eden hemşire, bu fonksiyonunu hastası ile kuracağı iletişimde bir araç olarak kullanabilir.

Ağız bakımının amacı

- Sağlıklı ve bakımlı bir ağız sağlamada yardımcı olma,
- Ağızı tümüyle gözleyerek; kanama, enfeksiyon, mukus birikimi, diş çürüklerini erken tespit ederek önlemlerini alma,
- Bireye ağız hijyeni konusunda eğitim vermedir.

Sabah tuvaleti içinde doğal olarak yapılan ağız bakımı, hasta bireyin durumuna göre özel ağız bakımı adı altında tedavi edici nitelikte solüsyonlar kullanılarak da yapılır (25).

Özel Ağız Bakımı Gerektiren Durumlar

Maya ve Mantarlar: Ağız beyaz ve pashıdır. Dil ve yanak mukozasında beyaz lekeler vardır. Sıklıkla beslenme bozuklukları, vitamin yetersizlikleri ve antibiyotik kullananlarda görülür. % 5'lik sodyumbikarbonat (NaHCO_3) ile ağız temizlendikten sonra mukostatin ile atuşman yapılır

Bakteri Enfeksiyonları: Stafilokok, streptokok ya da basillerin neden olduğu bir durumdur. Beslenme bozukluklarında sık görülür. Diş etleri şiş ve ağrıdır, ağız ödemlidir. Kanama olabilir. % 5'lik sodyumbikarbonat (NaHCO_3), % 0.9'luk sodyum klorür (NaCl) ya da 1 kısım % 5'lik hidrojen peroksit (H_2O_2) ile bir kısım % 0.1'lik rivanol solüsyonundan elde edilen karışım ile gargara yaptırılabilir. Etkenin cinsine göre antibiyotik tedavisi uygulanarak diş etlerine sürülen gliserin ile hastanın rahatlaması sağlanabilir.

Virüs Enfeksiyonları: Belirli bir hastalık kaynağına bağılı olmaksızın bireyin fizyolojik ya da psikolojik dengesinin bozulması ile ağızda görülen enfeksiyonlardır. Uçuk (Herpes Simplex) ağızda en sık görülen virüs enfeksiyonuna bir örnektir (26).

Kemoterapide ağız bakımı: Bu tedavi nedeni ile özellikle mukoza hücreleri zarar gördüğünden ağız hijyeni önem kazanır. Önemli olan ağız pH'sını alkali (pH 7-7,5) düzeyde tutmak ve ağız kuruluktan korumaktır. Bunun için kemoterapi başlamadan önce, ağız kontrol edilmeli, çürük dişler derhal tedaviye alınmalıdır. Bu dönemde günde en az iki kez diş fırçalama alışkanlığının çocuğa kazandırılması gereklidir. Kemoterapi başladığında ise; kolalı içeceklerin, unlu ve şekerli besinlerin, asitli sebze ve meyvelerin yenmemesi gerekir. Çocuğun günde bir litre kadar ilâve sıvı alması istenir. Bu sıvı süt, açık çay, ıhlamur ya da su olabilir. Ayrıca çocuk kemoterapi aldığı süre içinde dişlerini fırçalamamalı, onun yerine, kendisine önerilecek uygun bir solüsyon ile günde en az dört ya da beş kez ağızını çalkalamalıdır (27-29).

Hemşire, hastasına önereceği solüsyonu hastasının ağız hijyenine ve olayı kabullenme durumuna göre seçmeli, her tedavide ağız gözleyerek yara belirtisini izlemeli ve iki-üç gün ara ile ağız mukoza pH'sını kontrol etmelidir.

pH kontrolü "sepical-indiatorpapier-Merk" kâğıtları ile ölçülebilir.

Yapılan bir araştırmada: Kemoterapi Alan Çocukların Mukoza pH'larının Ağız Bakımı Eğitimi Önce ve Sonraki Değerleri şöyle gösterilmiştir (30).

Mukoza pH'sı	ÖNCE				SONRA			
	Deney		Kontrol		Deney		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
4	10	23.4	15	30.0	-	-	13	26.0
5	21	48.8	17	34.0	-	-	16	32.0
6	5	11.6	8	16.0	4	9.3	10	20.0
7	2	4.6	5	10.0	17	39.5	6	12.0
8	5	11.6	5	10.0	22	51.2	5	10.0
TOPLAM	43	100.0	50	100.0	43	100.0	50	100.0

Deney ve kontrol gruplarındaki çocukların, özel ağız bakımı eğitimi almadan önce ve aldıktan sonraki pH değerleri yukarıdaki tabloda görülmektedir. Deney grubunda pH değeri 6'ya kadar 31 çocuk (% 72.2), pH değeri normal sayılan (6, 7 ve 8), 12 çocuk (% 27.8) saptanmıştır. Özel ağız bakımı olarak solüsyon kullandıktan sonra ise deney grubunda normal sayılan değerlerde (6, 7 ve 8) yığılma görülmektedir. Kontrol grubunun hiçbir eğitim almadığı ve pH değerleri incelendiğinde, tedavilerinden önce ve sonraki farklılık olmadığı da tabloda görülmektedir.

Bu sonuca bakarak da özenle verilen ağız bakım eğitimi ile mukoza pH'sının normal düzeyde tutulabileceği söylenebilir. Önemli olan solüsyonun çeşidi değil, ağız bakımını düzenli, sürekli ve doğru olarak yapma alışkanlığının kazandırılmasıdır (30).

Kendilerine ve sonra hastalarına asertiv olma imkanı verdiklerinde doyumun verdiği geri bildirimle kendilerini "büyümüş" hissedeceklerdir. Gerçekten de asertivite, dengeleyici ve eşitleyici bir süreçtir (8).

ÖZET

Kemoterapi nedeni ile özellikle mukoza hücreleri zarar gördüğünden ağız hijyeni önem kazanır. Bakımda önemli olan ağız pH'sını alkali (pH=7-7.5) düzeyde tutmak ve ağız içini kuruluştan korumaktır.

Hemşire ağız bakımından hastasına önereceği solüsyonu hastasının ağız hijyenine ve olayı kabullenme durumuna göre seçmeli, sık sık mukoza pH'sını kontrol etmelidir.

Önemli olan solüsyonun çeşidi değil, ağız bakımının düzenli, sürekli ve doğru olarak yapma alışkanlığının kazandırılmasıdır.

SUMMARY

The importance of mouth care in children:

Because chemotherapy is the common cause of oral mucoza damages, the oral hygiene becomes important.

The aim of the care must be, to put the oral pH between 7-7,5 and to wetten the mouth.

The nurse in giving oral mouth care must choose the solution carefully and check the pH frequently.

The important thing is not the kind of the solution but the method being used by the child.

KAYNAKLAR

1. Whaley, L., Wong, D.: "The child with a life threaten ing disorder", *Nursing Care of Infants and Children*. C.V. Mosby Comp., St. Louis, Toronto. pp: 998-1017, (1979).
2. Clapp, M.: "Psychosocial reactions of children with cancer", *Nursing Clinics of North America*, 1: 73, March (1977).
3. Greene, P.: "The child with leukemia in the classroom", *Am. J. Nursing*, pp: 86-87, (1975).
4. Plank, Emma, N.: "*Working With Children in Hospitals*". Chicago, Year Book, 2nd. ed, Medical Publishers, (1971).
5. Wu, R.: "Explaining treatments to young children", *Am. J. Nursing*, pp: 71, 65 Jan (1965).
6. Vernik, J., Lunceford, J. L.: "Mileu design for adolescents with leukemia", *Am. J. Nursing*, pp: 559, 67 March (1967).
7. Solnit, A. J.: "Psychological considerations in the management of deaths on pediatric services", *Pediatrics*, pp: 106, Vol: 24, (1959).
8. Lacasse, C. M.: "A dying adolescent", *Am. J. Nursing*, pp: 433, 75 March (1975).
9. Bright, F., Luciana, F. M.: "The nurse and terminally ill child", *Nurs. Outlook*, 15: 39, Feb (1967).
10. Bonine, G. N.: "Students' reactions to children's deaths", *Am. J. Nursing*, pp: 1439, Vol: 67, July (1967).
11. Fagin, C.: "Why not involve parents when children are hospitalized?", *Am. J. Nursing*, pp: 78, Vol: 62, Jan (1962).
12. Evans, A.: "Practical care for the family of a child with cancer", *Cancer*, pp: 871, Vol. 35, (1975).
13. Berman, D. C.: "Pediatric nurses as mothers see them", *Am. J. Nursing*, pp: 2429-2431, (1966).

14. Blom, G. E.: The reactions of hospitalized children to illness, *Pediatrics*, pp: 590-600, Vol: 22, (1968).
15. Glasser, K.: Group discussions with mothers of hospitalized children, *Pediatrics*, pp: 132, Vol: 26, (1960).
16. Kangery, R.: Children's answers, *Am. J. Nursing*, pp: 1748, Vol: 60, December (1960).
17. Heffron, W., et al.: Group discussing with the parents of leukemic children, *Pediatrics*, pp: 831-840, Dec. (1973).
18. Saunders, Cicely.: The last stages of life, *Am. J. Nursing*, pp: 70-75, March (1965).
19. Mead, M.: The right to die, *Nursing Outlook*, pp: 20-21, Oct. (1968).
20. Praat, C. B.: Management of malignant solid tumors in children, *Pediatr. Clin. North America*, pp: 19. (1972).
21. Urbanska, D.K.: Care of the mouth and teeth part-4. Childhood-adolescent, *Nurs. Mirror.*, pp: 25-27, 144 (26), Jun, (1977).
22. Greene, T.: Current therapy for acute leukemia in childhood, *The Nurs. Clin. North America*, pp: 3-20, (1976).
23. Petton, S.: Easing the complications of chemotherapy, *Nursing 84*, pp: 58-63, Feb. (1984).
24. Petton, S.: Nursing implications of cancer chemotherapy, *Nursing 83*, pp: 18, (1983)
25. Fuerst, E., Wolf, K., Weitzel, M.: "Ağız Bakımı", *Hemşireliğin Temel İlkeleri*. Vehbi Koç Vakfı, İst., ss: 188-190, 1979.
26. Nolte, W.: *Ağız Mikrobiyolojisi*. Çev.: Özdem Anđ, 2. Baskı, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, (1981).
27. Lane, B.: "Upgrading your oral hygiene protocol for the patient with cancer", *Canadian Nurse*, pp: 27-29, Dec. (1981).
28. Mc Millan, K.: "New goals for oral hygiene", *Canadian Nurse*, pp: 40-43, March (1981).
29. Howarth, H.: "Mouth care procedures for the very ill", *Nursing Times*, pp: 354-355, March (1977).
30. Ocakçı, A.: "*Kanserli Çocuklarda Kemoterapinin Yan Etkisi Olarak Gelişen Ağız Ülserasyonları ile Mukoza pH'sının İlişkisi ve Kullanılan Solüsyonların Etkinliğinin İncelenmesi*", Doktora Tezi, Ankara (1985).