

KOLOREKTAL KANSERLERDE PALYATİF BAKIM

Tuğba SINMAZ* , Ayfer ÖZBAŞ** 

ÖZET

Tüm dünyada en fazla görülen üçüncü kanser türü olan kolorektal kanser, kanser nedenli ölümlerde ikinci sırada yer almaktadır. Son yıllarda kanserin tanı ve tedavisindeki gelişmeler, tedavi edilemeyen son evre kolorektal kanserli hastaların yaşam sürelerinin uzamasını sağlamakla birlikte, tedaviye bağlı komplikasyonların ve yan etkilerin daha sık görülmesine yol açmaktadır. Günümüzde kronik kanser olarak tanımlanabilecek bu durumla yaşayan kolorektal kanserli hastalar ciddi semptomlarla karşılaşmakta ve bu durum palyatif bakıma olan gereksinimi de arttırmaktadır. Bu derlemenin amacı, kolorektal kanserli hastaların palyatif bakımı sırasında en sık görülen semptomların yönetiminde bütüncül hemşirelik bakımının sağlanabilmesi için literatür ışığında güncel yaklaşımların incelenmesidir. Etkili bir erken palyatif bakımın verilebilmesi için, hemşirelerin birey merkezli iyi bir semptom kontrolünü içeren erken palyatif bakımı içselleştirmeleri ve palyatif bakım hakkında güncel rehberler doğrultusunda eğitim almaları önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, Kolorektal kanserler, Hemşirelik bakımı

PALLIATIVE CARE IN COLORECTAL CANCERS

ABSTRACT

Colorectal cancer, the third most common cancer in the world, ranks second in cancer-related deaths. In recent years, advances in the diagnosis and treatment of cancer lead to prolonged lifespan of patients with incurable stage 4 colorectal cancer, leading to more frequent treatment-related complications and side effects. Today, patients with colorectal cancer living with this condition, which can be defined as chronic cancer, experience serious symptoms and this also increases the need for palliative care. The aim of this review is to examine current approaches in the light of the literature in order to provide holistic nursing care in the management of the most common symptoms during palliative care of patients with colorectal cancer. In order to provide effective early palliative care, nurses may be advised to internalize early palliative care, which includes good self-centered symptom control, and to receive training in accordance with current guidelines on palliative care.

Keywords: Palliative Care, Colorectal Cancers, Nursing Care

Geliş Tarihi / Received: 04.03.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 11.04.2020

* Araş. Gör., İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

** Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Tuğba SINMAZ, tugbasinmaz@istanbul.edu.tr

GİRİŞ

Son yıllarda kolorektal kanserlerle (KRK) ilişkili insidans ve mortalite oranları tarama ve tedavi olanaklarındaki gelişmelere bağlı olarak düşüş göstermesine karşın KRK'ler tüm dünyada en fazla görülen üçüncü kanser türüdür ve kanser nedenli ölümlerde ikinci sırada yer almaktadır (CDC, 2018; WHO, 2018). Birleşik devletlerde 2016 yılında 16 milyon kanser hastasının yaklaşık 1.5 milyonunu (%10.5) KRK'li hastaların oluşturduğu bildirilmiştir (Miller ve ark., 2016). 2018 yılında dünya çapında yaklaşık 1 milyon 850 bin yeni vaka tanılanmış ve 880 bin kişi KRK nedeniyle yaşamını yitirmiştir (IARC, 2018a). Türkiye'de kolorektal kanserler görülme sıklığı bakımından tüm kanserler içinde % 9.3 ile kadınlarda ve % 9.7 oranıyla erkeklerde üçüncü sırada yer almaktadır (IARC, 2018b).

Kanserin tanı ve tedavisindeki son 20 yıldaki gelişmeler, tedavi edilemeyen evre 4 KRK'li hastaların yaşam süresini 6 aydan 24 aya kadar çıkartarak daha uzun yaşama şansı sağlamakla birlikte, tedaviye bağlı komplikasyonların ve yan etkilerin daha sık görülmesine yol açmaktadır. Günümüzde kronik kanser olarak tanımlanabilecek bu durumla yaşayan KRK'li hasta sayısı ile birlikte primer tümörün neden olduğu obstrüksiyon, kanama, fistül gibi ciddi semptomlarla da karşılaşma oranı artmaktadır. Bu durum aynı zamanda palyatif bakıma olan gereksinimi de arttırmaktadır. Kanser hastalarının palyatif bakım gereksinimlerini belirlemek için yapılan bir kohort çalışmasında, palyatif dönemdeki kanser hastalarının çoğunluğunu (%12) prostat kanserli hastalarla birlikte KRK'li hastaların oluşturduğunu belirtilmiştir (Sandgren ve Strang, 2018). Danimarka'da kanser hastalarının palyatif bakım ünitesine kabul edilmesinde cinsiyet, yaş ve kanser türü arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada hastaların akciğer kanserinden sonra ikinci sırada (%12.7) KRK tanılı oldukları belirtilmiştir (Andersen ve ark., 2017). Literatürde KRK'in küratif cerrahi tedavisine odaklanılmış, yetersiz retrospektif çalışma ve palyatif cerrahinin farklı tanımlarının olması nedeniyle cerrahi palyatif bakım hakkında kanıta dayalı temel bilgiler sunulamamıştır (Kørner ve Haugen, 2013). Ancak gelişmiş tanı ve tedavi yöntemlerine karşın her beş hastadan birinin palyatif yaklaşım gerektiren metastatik evrede tanı aldığı ve tüm KRK'li hastaların %40- %65'inde metastaz gerçekleştiği belirtilmektedir (CRU, 2019).

Palyatif Bakımın Tanımı

World Health Organization (WHO) palyatif bakımı insan onurunu temel alan, bir insan hakkı olarak tanımlamaktadır (Schmidlin ve Oliver, 2015). WHO'nun yaptığı son tanımlamaya göre palyatif bakım; "yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili sorunlarla karşı karşıya kalan hastaların ve ailelerinin, hastalara tanı konmasıyla birlikte başlayan fiziksel bakımdan daha fazlasını kapsayan yaşam kalitesini iyileştiren bütüncül ve hümanistik bir bakım yaklaşımı" olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte, WHO tanımındaki yaklaşımın amacı, bireyin ve ailesinin kültürel değerlerine, inançlarına ve uygulamalarına saygı gösterilerek ağrı, fiziksel, psikososyal ve manevi sorunların erken dönemde

tanımlanması, değerlendirilmesi ve tedavisi yoluyla acıların önlenmesi ve hafifletilmesini sağlayarak bireyi optimum fonksiyonel kapasiteye ulaştırmak ve bireyin yaşam kalitesini yükseltmektir (National Consensus, 2018).

Tedavisinde başarı sağlanamayan metastatik KRK'li hastaların %80'inde palyatif bakımın sağ kalım süresini uzattığı ve yaşam kalitesini yükselttiği rapor edilmiştir (Bade ve Silvestri, 2016). Bununla birlikte palyatif bakım sadece evre 4 KRK'li hastalara özel olmamakta, yaşam kalitesini arttırmayı amaçlayan palyatif bakım girişimleri hastalığın her aşamasında küratif tedavi ile birlikte verilebilmektedir (CAPC, 2017). Yapılan çalışmalarda, erken dönemde verilen palyatif bakımın ağrı ve semptom yönetimini sağlayarak ileri evre KRK'de kanserle ilişkili morbidite ve mortalite oranlarını düşürebildiği, hasta ve bakım vericinin memnuniyetini arttırdığı gösterilmiştir (Temel ve ark., 2017; Institute of Medicine, 2015). Yaşamın ve ölümün normal süreçler olarak görüldüğü palyatif bakımda, hastanın yaşamdan ölüme geçişinin olabildiğince kolaylaştırıldığı ve hastanın ölümünden sonraki yaşam sürecinde desteklenen aile ile bakım vericinin/vericilerin pişmanlık ve ölüme hazırlıksız yakalanma hissinin azaldığı vurgulanmıştır (Wright ve ark., 2016; Kelley ve Morrison, 2015).

Palyatif bakım hasta ve aile özelliklerine göre planlanan sürekliliği olan fiziksel, psikososyal, spiritüel bir yaklaşım içermelidir (WHO, 2018). Ayrıca bakımın ulaşılabilir ve sürdürülebilir olması sağlanmalıdır (WHO, 2018; Kabalak, Öztürk ve Çağıl, 2013). Hastayla en fazla vakit geçiren sağlık çalışanı olan hemşirelerin, hasta ve bakım verenlerin gereksinimlerini karşılamaları ve hastaya iyi bir ölüm ortamı sağlamaları için eğitim, tedavi, koordinasyon, bakım ve liderlik gibi önemli rollerini gerçekleştirmelerine gereksinim vardır (Ellington, 2014; Cotton, 2014).

KOLOREKTAL CERRAHİDE PALYATİF BAKIM

Sağ kalım süresinin uzamasına karşın tüm dünyada KRK, kansere bağlı ölümler arasında ikinci sırada bulunmaktadır (CDC, 2017). İleri evrede tanılanan kanserlerde sağ kalım oranının gittikçe azaldığı görülmektedir. Erken tanı konulan KRK'de beş yıllık sağkalım oranı % 90 iken evre 3 ve 4 KRK'de 5 yıllık sağ kalım %14 olarak bildirilmiştir (ASCO, 2018; Brenner, 2014). Uluslararası veri tabanları, metastatik KRK'li hastaların, hastalıkları boyunca önemli semptomlar deneyimlediklerini göstermektedir. Ağrı, hastaların %50'si tarafından deneyimlenirken, kusma, bulantı, bağırsak işlevlerinde bozulma, anoreksi ve deliryum diğer en sık görülen semptomlardır (El-Shami ve ark., 2015).

PALYATİF BAKIMDA SEMPTOM YÖNETİMİ

Ağrı

Ağrı, ileri evre kanserlerde ve kanserin her evresinde yoğun olarak görülen bir komplikasyondur/semptomdur ve palyatif bakımın temel amacı ağrıyı önlemektir (İlaslan, Özer ve Kol, 2017; Kabalak, ve ark., 2013). Kanıta dayalı ağrı yönetimi uygulamaları ile ağrı kontrolünde %80 başarı sağlanabilmektedir vardır (NCCN, 2019). İleri evre kanserli hastalarda %70'in üzerinde orta veya şiddetli derecede ağrı yakınması bildirilmektedir (Portenoy, Mehta ve Ahmed; 2020). Yapılan bir çalışmada, palyatif bakım merkezlerine başvuran hastaların %90'ının ağrı yaşadığı bulunmuştur. Aynı çalışmada, palyatif bakım sonrası ağrı düzeylerinin anlamlı derecede azaldığı belirlenmiştir (Sandgren ve Strang, 2018). Kontrol altına alınmayan ağrı; kanserli hastalara ve ailelerine sıkıntı veren, hastalıkla baş etme yeteneğini azaltan ve güçsüzlüğe neden olarak günlük yaşam aktivitelerini yapmasını engelleyen önemli bir semptomdur (Gibson ve McConigley, 2016). Kanıta dayalı ağrı yönetimi rehberlerinin varlığına karşın, ağrı tedavisinde önemli farklılıklar bulunmakta ve yapılan bazı çalışmalarda yaklaşık olarak her üç hastadan birinin ağrısının şiddetiyle orantılı olarak ağrı tedavisi almadığı bildirilmektedir (Greko ve ark., 2014). Kanser ağrısının etkili yönetimi hastalığın evresine bakılmaksızın farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin bir arada kullanıldığı bütüncül, multimodal ve ağrı mekanizmasına dayalı yaklaşım gerektirmektedir. Ağrı yönetiminde radyoterapi ve kemoterapi gibi anti-tümör tedavilerinin kullanımı ağrı palyasyonu sağlayarak hastanın konforunu, işlevini ve sağ kalma süresini arttırabilir. Psikososyal destek terapileri kanser ağrısının neden olabileceği sekelleri gidermede önemlidir (Kabalak ve ark., 2013).

Kanser ağrısının yönetiminin temeli olan farmakolojik tedavide ilaç seçimi için 1986'da WHO tarafından önerilen basamak tedavisi yöntemi, basit ve kolay anlaşılır bir yöntem olduğundan sıklıkla kullanılmaktadır. Nonopioidler, opioidler ve adjuvan analjeziklerin tek başına ya da kombine edilerek kullanıldığı bu yöntem ile hastaların ağrılarının %75-90 oranında kontrol altına alınabildiği gösterilmiştir (İlaslan, ve ark., 2017). Kanser ağrısının tedavisinde opioidlerin etkili ve güvenli kullanımını destekleyen güçlü kanıtlar vardır (NCCN, 2019). Opioidler, KRK'ye daha spesifik olarak, visseral tip ağrıda özellikle etkili olabilirler (Porta-Sales ve ark., 2017). Kronik ağrı tedavisinde opioidler olabildiğince oral yolla kullanılmalıdır. Opioidlerde sistemik emilim değişken olduğu için intramuskuler yol yerine intravenöz ya da subkutan yol tercih edilmektedir Oral morfin, oksikodon ve hidromorfonların hepsi opioide duyarlı hastalarda benzer etkinlik ve toksisiteye sahiptir (Kabalak ve ark., 2013). Avrupa Palyatif Bakım Derneği (European Association for Palliative Care - EAPC) tarafından yayımlanan son rehberler, bu opioidlerin herhangi birinin kanser ağrısının tedavisi için ilk basamak olarak kullanılabileceğini önermektedir (Kane ve ark, 2017). Sürekli veya sık ağrısı olan hastalar genellikle plana uygun saatli doz uygulamasından yarar sağlarlar. Bu uygulama ağrının tekrar

oluşmasını engelleyerek hastaya sürekli rahatlık sunar. Hastalara aynı zamanda “kurtarma dozu” da sağlanmalıdır. Bu destekleyici doz normal programın dışında gelişen ağrı alevlenmelerini tedavi etmek için uygulanır. Saatli doz uygulamasının “kurtarma dozu”yla birleştirilmesi orta şiddetli ve şiddetli kanser ağrısında güvenli ve oranlı doz artırımı sağlayan aşamalı bir yöntemdir ve opioid uygulama biçimlerinin tümüne uyarlanabilir (Pasero, 2010). Bazı hastalarda, opioid dozunun artmasına bağlı ilaç bağımlılığı korkusu ve konstipasyon gelişebilir. Konstipasyonun uygun diyet ve ilaçlarla tedavi edilebileceği, opioidlerin ağrılı bireylerde alışkanlık yapmayacağı konusunda hasta ve hasta yakınları bilgilendirilmelidir (İlaslan ve ark., 2017). Renal işlevleri yetersiz olan hastalarda, opioid dozu ve sıklığı hesaplanırken dikkatli olunmalıdır. İnaktif metabolitler olmaları nedeniyle daha az renal yan etki gösteren buprenorfin, fentanil veya metadon bu hastalarda daha güvenli kullanım alternatifi olabilir. Sürekli ağrısı olan ve opioide gereksinim duyan hastalar için deneyimli klinisyenler kontrolünde Fentanil ve Buprenorfin içeren transdermal bant kullanımı rehberler tarafından önerilmektedir (Kotlinska-Lemieszek ve ark., 2015).

KRK’li hastalarda hastalığın veya tedavinin bir sonucu olarak nöropatik ağrı gelişebilir. Son yayımlanan kanıta dayalı rehberler nöropatik ağrının yönetiminde ilk sırada adjuvan olarak kullanılacak üç ilaç sınıfı önermektedir. Bunlar; antidepressanlar (trisiklik, venlafaksin, duloksetinin), antikonvülsanlar (pregabalin ve gabapentin) ve kortikosteroidler (deksametazon) dir (Portenoy ve ark., 2020). Opioidler nöropatik ağrının tedavisinde etkilidirler ve adjuvan ilaçlara ek olarak kullanılmaları önerilir (EAPC, 2012). Malign kemik ağrısının yönetiminde radyoterapiye ek olarak bifosfanatların kullanılması etkilidir. NSAİ ilaçlar, tedavinin ya da hastalığın yan etkilerine bağlı olmayan somatik tipte ağrı yönetiminde yararlı birer adjuvan olabilirler (Porta-Sales ve ark., 2017).

Konvensiyonel kanser tedavisini tamamlayan ya da bazı durumlarda konvensiyonel tedaviyi tamamlayıcı olarak, kanser hastaları tarafından kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri bulunmaktadır. Akupunktur ve akupunkturla ilişkili terapilerin palyatif kanser bakımının semptom yönetiminde etkisini araştıran bir metaanaliz çalışmasında akupunkturun kanser ağrısı ve bulantı kusma gibi diğer semptomlarda etkili olduğu bulunmuştur (Lou ve ark., 2016). Ayrıca zihinde canlandırma veya müzik tedavisi, derin gevşeme, hipnoz yönetmelerinin de ağrı üzerinde olumlu sonuçları olduğu bildirilmektedir (İlaslan ve ark., 2017).

Bağırsak Tıkanıklıkları

Bağırsak tıkanmaları ileri evre metastatik KRK’li hastalarda %4.4 - %24 oranında karşılaşılan acil müdahale gerektiren bir komplikasyondur. İleri evre KRK’li hastalarda bağırsak tıkanıklığının gelişimi ağrı, inatçı kusma ve bulantı gibi sıkıntı veren semptomlarla karakterizedir (Cotton ve ark., 2014). Bağırsak tıkanıklığı kısmi ya da tam olabileceği gibi primer (tümöre bağlı) ya da sekonder

(ameliyat sonrası dönemde) olarak da gelişebilir. Tıkanıklık bağırsağın üst kısımlarında ise büyük hacimli kusmalar, alt kısımlarında ise yaygın distansiyon vardır. Bağırsak tıkanıklığında cerrahi girişimin hedefi palyatif amaçlı olup, hastanın yaşam kalitesini arttırmaktır (İlaslan ve ark., 2017). Tümörde lokal invazyonların veya rezeke edilemeyen uzak metastazların bulunması ve hastaların diğer komorbiditeleri büyük cerrahi girişimleri engelleyebilir. Literatürde semptom kontrolünde iyi sonuçlar sağlayan daha az invaziv bir yaklaşım olan endoskopik stentleme uygun hastalar için bir seçenek olarak tanımlanmıştır (Takahashi ve ark., 2015). Çıkarılabilir perkütan endoskopik gastrotomi, cerrahi prosedürler için uygun olmayan hastalarda kusmayı azaltmak için kullanılabilir (Zucchi ve ark., 2016). İnvaziv tedavilerin uygun olmadığı hastalarda tümöre direk antiinflamatuvar etki göstererek ve tümör çevresindeki ödemi azaltarak semptomları hafifletmek için farmakolojik tedavi seçeneği olarak analjezikler, kortikosteroidler, antiemetikler, antisekretuarlar tek başına ya da birlikte kullanılmaktadır (Berger ve ark., 2016).

Bulantı ve Kusma

Bulantı ileri evre KRK'li hastalarda sık karşılaşılan bir semptomdur. Bulantı ve kusma metabolik rahatsızlık, kısmi ya da total mekanik tıkanıklık ve tedaviye bağlı olarak gelişebilir. Kemoterapi sonrası ve ameliyat sonrası bulantı ve kusma ile birlikte, ilerlemiş hastalığı olan hastalarda da bulantı ve kusma yönetiminde rehber olabilecek sınırlı sayıda yüksek düzeyde kanıt bulunmaktadır. Medikal tedavide kemoterapötik ajanının hiperkalemi, infeksiyon, emetik risk gibi faktörlere antagonist etki yapıyor olması dikkate alınır. Emetik riskin yüksek olduğu durumlarda kombinasyon tedavi tercih edilebilir. Kombinasyon tedavide antihistaminikler, kortikosteroidler, dopamin-serotonin antagonistleri ve levomepromazin antiemetik ajan olarak kullanılabilir (Cotton ve ark., 2014; Kabalak ve ark., 2013).

Bulantı kusmanın nonfarmakolojik yönetiminde hasta ve ailesinin eğitimi oldukça önemlidir. Hastanın hangi yiyeceklerden hoşlandığının sorgulanması, az miktarda ve sık aralıklarla yemesinin önerilmesi, öz-bakım önlemleri bulantı ve kusmayla baş etmede önemli bir noktadır. Yapay besleme hasta ve ailesine danışılarak karar verilecek en son tercih edilen tartışmalı bir yöntemdir (Kabalak ve ark., 2013). Tamamlayıcı tedavi olarak akupunktur, aromaterapi, homeopati, hipnoz gibi nonfarmakolojik yöntemler tercih edilebilir (Buluş, 2015). Ayrıca, kanser kaşeksisi açısından hasta kesinlikle uzman bir diyetisyen tarafından değerlendirilmelidir (İlaslan ve ark., 2017).

Konstipasyon

Son dönem KRK'li hastaların da sıklıkla deneyimledikleri kronik konstipasyon, oral morfinle kanser ağrısı tedavisi alan hastaların %40-70'inde opioidlerin en sık neden olduğu yan etki olarak görülmektedir (Cotton ve ark., 2014). Ayrıca, bu hasta popülasyonunda yaygın olarak görülen

konstipasyon, diğer ilaçlar, metabolik anormallikler (hiperkalemi, üremi), mobilitede azalma, nörolojik bozukluk/hasar, otonomik nöropati, diyetteki değişiklikler ve depresyon gibi birçok nedene bağlı olabilir (Clark ve ark., 2012).

Konstipasyonun yönetiminde laksatifler esas rolü oynamakla birlikte, laksatif tedavisi alan hastaların %70' den fazlasının konstipasyon semptomunun devam ettiği bildirilmiştir. Bu durum konstipasyon oluşumuna katkısı bulunan diğer etmenlerin kontrol altına alınması gerektiğini düşündürmektedir. Rehberler uyarıcı ve yumuşatıcı laksatiflerin kombine olarak kullanılmasını önermekle birlikte, özel bir laksatif türü kullanımını destekleyen güçlü bir kanıt bulunmamaktadır (Cotton ve ark., 2014). Opioide ek olarak kullanılan naloksan formülünün opioide bağlı konstipasyonu analjezik etkiyi hafifletmeden veya geri çekilmesine neden olmadan azalttığı bildirilmektedir (Ahmedzai ve ark., 2012). Ancak bu kombinasyonun kullanımı karaciğer işlev bozukluğu olan ve yüksek doz opioide gereksinim duyan hastalarda kontrendike olduğundan, KRK'li hastalarda da kullanımı sınırlı olabilir (Cotton ve ark., 2014).

Deliryum

Deliryum, kanser hastalarının terminal dönemlerinde %13 ile %85 arasında değişen prevalanslarda görülen kompleks bir fenomendir ve altta yatan tıbbi bir anormalliğin nörobilişsel ve davranışsal göstergesidir. (Agar ve ark., 2016; De la Cruz ve ark., 2015). Bu nedenle, sıkça ortaya çıkması palyatif bakım ortamlarında yaşamı tehdit eden ileri evre kolorektal kanserli hastalar bağlamında beklenmeyen bir durum değildir (Kelley ve Morrison, 2015). Palyatif bakım ortamında deliryum sık görülen bir sorun olarak kabul edilmekle birlikte klinikte deliryum tanılanmasında ve kayıt edilmesinde yetersizlikler söz konusudur (Inouye ve ark., 2014; Irwin ve ark., 2013). Tüm sağlık hizmetleri ortamlarında acil müdahale gerektiren bir durum olan deliryum genel olarak kötü hasta sonuçlarıyla ve yüksek düzeyde morbidite ve mortalite oranları ile ilişkilidir (Salluh ve ark., 2015). Deliryumun değerlendirilmesinde kullanılan DSM-5 deliryum tanı kriterlerinin içerisinde; kısa sürelerle başlayan ve günlerce sürebilen dikkat dağınıklığı ve farkındalığın dalgalanarak azalması, demans veya koma ile açıklanamayan, ilaç zehirlenmesi veya yoksunluğu gibi farklı medikal etiyolojik etkenlere bağlanamayan oryantasyon bozukluğu, hafıza veya dil kullanımında yetersizlik ile algılamada anormallikle seyreden ek bilişsel bozuklukları içermektedir (Adamis ve ark., 2015). Deliryum, psikomotor bozukluk görülüp görülmemesine bağlı olarak normal psikomotor aktivite, hipoaktif, hiperaktif ve mikst olmak üzere sınıflandırılmaktadır (Meagher ve ark., 2012)

Palyatif bakım ortamındaki hastaların çoğu (%80) yaşamlarının son saatlerinde veya son günlerinde geri dönüşü olmayan bir deliryum yaşamaktadır (Bush ve ark., 2014). Terminal dönemden önce deliryumun kısmen veya tamamen geri döndürülmesi, değiştirilebilir etiyolojik etkenlerin varlığına, bunların tanınıp tedavi edilmesine bağlıdır. Bu nedenle deliryumun erken farkedilmesi ve

tedavisi çok önemlidir. Genellikle bir-iki gün içinde ilerleyen bu tablo, hastanın prognozunun kötüye gitmesine, kısa ve uzun dönemli olumsuz sağlık sonuçlarına neden olmaktadır. Deliryumun risk faktörleri ve etiyojisinde oldukça fazla etkenin rolü olabilmektedir. Literatürde ileri yaş, psikiyatrik hastalık ve SVO öyküsü, alkol kullanım öyküsü, perioperatif kan transfüzyonu, ASA 3 veya ASA 4 skoruna sahip olmak, düşük beden kitle indeksi, düşük albümin seviyesi, ameliyat sırasında hipotansiyon gelişmesi deliryum gelişmesinde önemli risk faktörleri arasındadır (Van der Sluis ve ark., 2017; Scholz ve ark., 2016). Dalgalanarak seyreden bu tablonun hemşireler tarafından erken fark edilmesi ve sağlık ekibince erken tanınması ve müdahale edilmesi için deliryum gelişimi açısından risk faktörlerine sahip olan hastaların kabulünün ilk 24 saatinde ve her gün en az bir kez olmak üzere deliryum gelişimi açısından Yoğun Bakım Ünitesinde Konfüzyon Değerlendirme Metodu (CAM-ICU), Memorial Deliryum Değerlendirme Skalası (MDDS) gibi ölçeklerle değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Leonard ve ark., 2014; NICE, 2010).

Deliryumun kompleks bir tabloya sahip olması, gelişimine katkıda bulunan değiştirilebilir etkenlerin göz ardı edilerek erken tanınmasını ve ortadan kaldırılmasını zorlaştırabilmekte, bu durum deliryumun hızlı ilerlemesine neden olarak deliryumun semptomatik tedavisinde kullanılan antipsikotik ya da diğer sedatiflerin miktarını arttırmakta; yanı sıra aritmilere, sürekli uyku haline ve serebrovasküler olay (SVO) gibi komplikasyonlara yol açabilmektedir (Lawlor ve Bush, 2015). Bu nedenle deliryum tablosunun önlenmesi ve yönetiminde gereksiz ilaç kullanımını azaltmayı hedefleyen farmakolojik olmayan girişimlerin kullanımına gereksinim duyulmaktadır (Karadaş ve Özdemir, 2019). Sağlık çalışanlarının eğitilmesi, disiplinler arası ekiple çalışma, oryantasyon protokolü, hastanın bulunduğu ortamın düzenlenmesi, erken mobilizasyon, hidrasyon, beslenme ve uyku hijyeninin sağlanmasını içeren çok bileşenli yaklaşımlar deliryumu önlemek ve yönetmek için yapılabilecek temel farmakolojik olmayan girişimler arasındadır (Irwin ve ark., 2013; NICE, 2010).

SONUÇ

Palyatif bakım ihtiyacı olan kolorektal kanserli hastaların bakımını ve yaşam kalitesini optimize etmek için palyatif bakım, hastalığın yörüngesine, WHO'nun tanımına uygun olarak entegre edilmelidir ve bakımın önemli bir bileşeni olarak görülmelidir. Etkili bir erken palyatif bakımın verilebilmesi için, hemşireler ile birlikte diğer sağlık profesyonelleri multidisipliner olarak, kanser hastalarının onurlu yaşamalarını sağlamak, tanılarına ve yaşam beklentilerine karşın bağımsızlıklarını güçlendirmek ve yaşam kalitelerini arttırmak için birey merkezli iyi bir semptom kontrolünü içeren erken palyatif bakımı içselleştirmeli ve palyatif bakım hakkında güncel rehberler doğrultusunda eğitim almalıdır.

KAYNAKLAR

- Adamis, D., Rooney, S., Meagher, D., Mulligan, O., McCarthy, G. (2015). A comparison of delirium diagnosis in elderly medical inpatients using the CAM, DRS-R98, DSM-IV and DSM-5 criteria. *International Psychogeriatric Association*, 27, 883-889. doi: 10.1017/S1041610214002853.
- Agar, M.R., Quinn, S.J., Crawford, G.B., Ritchie, C.S., Phillips, J.L., Collier, A., et al. (2016). Predictors of mortality for delirium in palliative care. *Journal of Palliative Care & Medicine* 19:1205–1209.
- Ahmedzai, S., Friedemann, N., Bar-Sela, G., Bosse, B., Leyendecker, P., Hopp, M.A. (2012). Randomised, double-blind, active-controlled, double-dummy, parallelgroup study to determine the safety and efficacy of oxycodone/naloxone prolonged release tablets in patients with moderate/severe chronic cancer pain. *Palliative Medicine*, 26 (1), 50 - 60.
- American Society of Clinical Oncology (ASCO) (2019). Colorectal Cancer: Statistics. Erişim tarihi: 02.03.2020. <https://www.cancer.net/cancer-types/colorectal-cancer/statistics>.
- Andersen, M., Thygesen, L. C., Jensen, A. B., Neergaard, M. A., Sjøgren, P., & Groenvold, M. (2017). Is admittance to specialised palliative care among cancer patients related to sex, age and cancer diagnosis? A nation-wide study from the Danish Palliative Care Database (DPD). *BMC Palliative Care*, 16(1), 21. doi: 10.1186/s12904-017-0194-z.
- Bade, B.C. Silvestri, G.A. (2016). Palliative care in lung cancer: a review. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 37(5), 750-759.
- Berger, J., Lester, P., & Rodrigues, L. (2016). Medical therapy of malignant bowel obstruction with Octreotide, dexamethasone, and metoclopramide. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 33(4), 407-410.
- Brenner, H., Kloor, M., Pox, C.P. (2014). Colorectal cancer. *Lancet*, 383, 1490-502.
- Buluş, M. (2015). Bulantı ve Kusma. İçinde Can, G. (Ed.), *Onkoloji Hemşireliği* (syf: 385-94). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Bush, S.H., Leonard, M.M., Agar, M., Spiller, J.A., Hosie, A., Wright, D.K., et al. (2014). End-of-life delirium: issues regarding recognition, optimal management, and the role of sedation in the dying phase. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48, 215-230.
- Cancer Research UK (CRU). Bowel cancer. Erişim Tarihi: 02.03.2020. <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/bowel-cancer#heading-Two>.

- Center to Advance Palliative Care (CAPC) (2017). The case for hospital palliative care. Erişim Tarihi: 02.03.2020. https://media.capc.org/filer_public/06/90/069053fe-12bf-4485-b973-d290f7c2ecbf/thecaseforhospitalpalliativecare_capc.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2018). Colorectal Cancer Statistics. Erişim Tarihi: 02.03.2020. <https://www.cdc.gov/cancer/colorectal/statistics/index.htm>.
- Clark, K., Byfieldt, N., Dawe, M., Currow, D. (2012). Treating constipation in palliative care: the impact of other factors aside from opioids. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 29(2), 122-125.
- Cotton, P., Eastman, P., Le, B.H. (2014). Palliative care and colorectal cancer. *Cancer Forum*, 38(1), 66-70.
- De la Cruz, M., Ransing, V., Yennu, S., Wu, J., Liu, D., Reddy, A., et al. (2015). The frequency, characteristics, and outcomes among cancer patients with delirium admitted to an acute palliative care unit. *Oncologist* 20, 1425–1431.
- Ellington, L., Reblin, M., Clayton, M.F., Berry, P., Mooney, K. (2012) Hospice nurse communication with patients with cancer and their family caregivers. *Journal of Palliative Medicine*, 15(3), 262-68.
- El-Shami, K., Oeffinger, K.C., Erb, N.L., Willis, A., Bretsch, J. K., Pratt-Chapman, M.L.(2015). American Cancer Society colorectal cancer survivorship care guidelines. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, 65(6), 427-455.
- European Association for Palliative Care (EAPC) (2012) Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncology*, 13(2), 58-68.
- Gibson, S., McConigley, R. (2016). Unplanned oncology admissions within 14 days of non-surgical discharge: a retrospective study. *Support Care Cancer*; 24, 311.
- Graphic, P.C. (2014). Dying in America: improving quality and honoring individual preferences near the end of life. *Committee on Approaching Death: Addressing Key End of Life Issues; Institute of Medicine*, Washington, DC: National Academies Press.
- Greco, M.T., Roberto, A., Corli, O. (2014). Quality of cancer pain management: an update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 32, 4149.
- İlaslan, E., Özer, Z., Kol, E. (2017). Kolorektal Kanserlerde Palyatif Bakım Hemşireliği. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 3(1), 43-48.

- Inouye, S.K., Westendorp, R.G., Saczynski, J.S. (2014). Delirium in elderly people. *Lancet*, 383, 911-922.
- International Agency For Research On Cancer (IARC) (2018a). Estimated cancer incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2018. Erişim Tarihi: 02.03.2020. http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/10_8_9-Colorectum-fact-sheet.pdf
- International Agency For Research On Cancer (IARC) (2018b). Estimated cancer incidence, Mortality and Prevalence in Turkey in 2018. Erişim Tarihi: 17.04.2020. <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf>
- Irwin, S.A., Pirrello, R.D., Hirst, J.M., Buckholz GT, Ferris, F.D. (2013). Clarifying delirium management: practical, evidenced-based, expert recommendations for clinical practice. *Journal of Palliative Medicine*, 16, 423–35.
- Kabalak, A.A., Öztürk, H., Çağı, H. (2013). Yaşam sonu bakım organizasyonu: Palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*, 11, 56-70.
- Kane, C.M., Mulvey, M.R., Wright, S., Craigs, C., Wright, J.M., Bennett, M.I. (2017). Opioids combined with antidepressants or antiepileptic drugs for cancer pain: Systematic review and meta-analysis. *Palliative Medicine*, 1, 26.
- Karadaş, C., Özdemir, L. (2019). Deliryumun Yönetiminde Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(2), 137-142.
- Kelley, A.S., Morrison, R.S. (2015). Palliative Care for the Seriously Ill. *The New England Journal of Medicine*, 373(8), 747-755.
- Körner, H., Haugen, D.F. (2013). Palliative care in colorectal surgery—are we prepared?. *Colorectal Disease*, 15(12), 1465-1466.
- Kotlinska-Lemieszek, A., Klepstad, P., Haugen, D.F. (2015). Clinically significant drug-drug interactions involving opioid analgesics used for pain treatment in patients with cancer: a systematic review. *Drug Design, Development and Therapy*, 16(9), 5255-67.
- Lau, C.H., Wu, X., Chung, V.C., Liu, X., Hui, E.P., Cramer, H., et al. (2016). Acupuncture and related therapies for symptom management in palliative cancer care: systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 95(9), 2901.
- Lawlor, P.G., Bush, S.H. (2015). Delirium in patients with cancer: assessment, impact, mechanisms and management. *Nature Reviews Clinical Oncology*, 12, 77-92.

- Leonard, M.M., Nekolaichuk, C., Meagher, D.J., Barnes, C., Gaudreau, J.D., Watanabe, S., et al. (2014). Practical assessment of delirium in palliative care. *Journal of Pain Symptom Management*, 48(2), 176-190.
- Meagher, D.J., Leonard, M., Donnelly, S., Conroy, M., Adamis, D., Trzepacz, P.T. (2012). A longitudinal study of motor subtypes in delirium: frequency and stability during episodes *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 236-241.
- Miller, K.D., Siegel, R.L., Lin, C.C., Mariotto, A.B., Kramer, J.L., Rowland, J.H., et al. (2016). Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. *CA: a cancer journal for clinicians*, 66(4), 271-289.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN) NCCN Clinical practice guidelines in oncology. Erişim tarihi: 05.03.2019. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/aml.pdf
- National Consensus. (2018). Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. 4th edition. Richmond, VA: *National Coalition for Hospice and Palliative Care*, 1-59.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2010). Delirium: diagnosis, prevention and management. NICE clinical guideline. [update 2019 March]. . Erişim tarihi: 02.03.2020. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg103>
- Pasero C. (2010). Around-the-Clock (ATC) Dosing of Analgesics. *Journal of Peri Anesthesia Nursing*, 25(1), 36-99.
- Porta-Sales, J., Garzón-Rodríguez, C., Llorens-Torromé, S., Brunelli, C., Pigni, A., Caraceni, A. (2017). Evidence on the analgesic role of bisphosphonates and denosumab in the treatment of pain due to bone metastases: A systematic review within the European Association for Palliative Care guidelines project. *Palliative Medicine*, 31(1), 5-25.
- Portenoy, R.K., Mehta, Z., Ahmed, E. (2020). Cancer pain management with opioids: Optimizing analgesia. Erişim tarihi: 02.03.2020. https://www.uptodate.com/contents/cancer-pain-management-with-opioids-optimizing-analgesia?search=pain-assessment-and-management-in-the-last-weeks-of-life&source=search_result&selectedTitle=8~150&usage_type=default&display_rank=8
- Salluh, J.I., Wang, H., Schneider, E.B., Nagaraja, N., Yenokyan, G., Damluji, A., et al. (2015). Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 350, 2538.

- Sandgren, A., Strang, P. (2018). Palliative care needs in hospitalized cancer patients: a 5-year follow-up study. *Supportive Care in Cancer*, 26(1), 181-186.
- Schmidlin, E., Oliver, D. (2015). Palliative care as a human right: what has the Prague Charter achieved? *European Journal of Palliative Care*, 22(3):141-43.
- Scholz, A.F.M., Oldroyd, C., McCarthy, K., Quinn, T.J., Hewitt, J. (2016). Systematic review and meta-analysis of risk factors for postoperative delirium among older patients undergoing gastrointestinal surgery. *British Journal of Surgery*, 103(2), e21-e28.
- Takahashi, H., Okabayashi, K., Tsuruta, M., Hasegawa, H., Yahagi, M., Kitagawa, Y. (2015). Self-expanding metallic stents versus surgical intervention as palliative therapy for obstructive colorectal cancer: a meta-analysis. *World Journal Of Surgery*, 39(8), 2037-2044.
- Temel, J.S., Greer, J.A., El-Jawahri, A., Pirl, W.F., Park, E.R., Jackson, V.A., et al. (2017). Effects of early integrated palliative care in patients with lung and GI cancer: a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Oncology*, 35(8), 834.
- Van der Sluis, F.J., Buisman, P.L., Meerdink, M., Wouter, B., van Etten, B., de Bock, G.H., et al. (2017). Risk factors for postoperative delirium after colorectal operation. *Surgery*, 161(3), 704-711.
- World Health Organization. (WHO). WHO Definition of Palliative Care. Erişim Tarihi: 02.03.2020. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Wright, A.A., Keating, N.L., Ayanian, J.Z., Chrischilles, E.A., Kahn, K.L., Ritchie, C.S., et al. (2016). Family perspectives on aggressive cancer care near the end of life. *JAMA*, 315(3), 284-292.
- Zucchi, E., Fornasari, M., Martella, L., Maiero, S., Lucia, E., Borsatti, E., et al. (2016). Decompressive percutaneous endoscopic gastrostomy in advanced cancer patients with small-bowel obstruction is feasible and effective: a large prospective study. *Supportive Care in Cancer*, 24(7), 2877-2882.