

Kemoterapide Semptomların Yönetimi

Tuğba Yılmaz Esencan, Yeliz Doğan Merih

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Adres: Uzm. Hem. Tuğba Yılmaz Esencan. Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Tel: 0216 391 06 80/1317 **Cep:** 0505 708 49 46 **e-mail:** tubisyilmaz@hotmail.com

ÖZET:

(Kemoterapide Semptomların Yönetimi)

Kemoterapötik ajanlar özellikle hızlı bölünen hücreler üzerinde etkili olduğu için, kemik iliği hücreleri, sindirim sistemi ve saçlar tedaviden olumsuz etkilenir. Tüm kemoterapötik ajanların ortak yan etkileri, ağrı, halsizlik, yorgunluk, bulantı-kusma, kemik iliği toksisitesi ve alopesidir. Kanser hastalarının bakımında önemli parametrelerden biri de, hastanın yaşam kalitesini artırmaktır. Bu sebeple kemoterapide yaşam kalitesini bozan bu semptomların yönetimi çok önemli bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Jineko-onkoloji hemşiresinin, semptomların nedenleri ve baş etme yollarını iyi biliyor olması ve hastayı bu konuda eğitmesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Kemoterapi, kanser, semptom yönetimi

ABSTRACT:

(Management Of Symptoms in the Chemotherapy)

Chemotherapeutic agents are especially effective on fast dividing cells; and they have a negative effect on bone marrow cells, digestive system and hair from the treatment. Common side effects of all chemotherapeutic agents are pain, weakness, fatigue, nausea-vomiting, bone marrow toxicity and alopecia. One of the important aspects in cancer care is improving quality of life of the patient and management of these symptoms are very important and should be considered as a main goal. Gynecology-oncology nurse should be aware of the possible causes of bothering symptoms and how to deal with them and should also educate the patient.

Key Words: Chemotherapy, cancer, management of symptom

1.AĞRI

Uluslararası Ağrı Çalışma Birliği'nin (IASP) tanımına göre ağrı; olmuş ya da olası doku hasarına bağlı hoş olmayan duyu ve duygusal deneyimdir. WHO'nün tahminlerine göre, her gün yaklaşık 4 milyon insan kanserle ilgili ağrı çekmektedir. Tedavi gören kanser hastalarının %30-50'si, ileri evre hastalığı olanların ise % 60-90'ının ağrı yaşadığı bilinmektedir (1). Ağrı, kanser hastalarının yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltan bir sorundur. Son yıllarda ağrı konusundaki gelişmelere karşın, dünyada tüm kanser hastalarının %25'inin şiddetli ağrı çekerek öldüğü, %50'sinden fazlasının yeterli ağrı tedavisi görmediği, yine birçok ülkede ve ülkemizde kanserli hastaların % 50-80'inin özellikle terminal dönemde ağrı ile baş başa bırakıldığı belirtilmektedir(1). Kanserli hastaların yaşadıkları ağrının görülme sıklığı ve şiddeti hastalığın evresi, yeri ve metastaz bölgesi gibi birçok etkene bağlıdır. Bu bağlamda

kanser ağrılarını kansere bağlı akut ağrılar, kansere bağlı kronik ağrılar, kansere bağlı olmayan ağrılar ve terminal dönem kanser hastalarındaki ağrılar olarak 4 grupta toplamak mümkündür. Ağrıya neden olan bu faktörler aşağıda kısaca şematize edilmiştir (1).

1.1. Kansere Bağlı Ağrı Nedenleri:

I. Kansere bağlı akut ağrılar

1. Kanserlin direkt etkisi ile ilgili akut ağrı
2. Kanser tedavisi ile oluşan akut ağrı

II. Kansere bağlı kronik ağrılar

1. Kronik ağrı sendromları
2. Kanser tedavisine bağlı olanlar
3. Paraneoplastik sendromlardaki ağrılar

III. Kansere bağlı olmayan ağrılar

Akut: Hastalık ve yaralanmalardan oluşanlar

Kronik: Sekellere bağlı ağrılar

IV. Terminal dönem kanser hastalarında ağrılar
Kanserin ilerlemesi ile oluşan kronik ağrılar
ve fraktür gibi olaylarla oluşan akut ağrılar

1.2. Kanser Ağrısının Değerlendirilmesi:

Tamamen subjektif bir deneyim olan ağrının, ölçümü son derece güçtür. Ağrının ortak bir dil ile ölçülebilmesi, ağrının kendisinin ve kontrol yöntemlerinin değerlendirilmesi açısından son derece önemlidir (1, 15). Ağrının değerlendirilmesinde hasta için uygun ağrı değerlendirme ölçekleri kullanılır. Çünkü ağrılı hastanın tanı ve tedavisinin doğru olarak yönlendirilmesinde temel koşul, subjektif bir deneyim olan ağrının, ağrı ölçekleri kullanılarak objektif hale getirilmesi ve etkili ağrı kontrol yöntemlerinin uygulanması ve değerlendirilmesidir(5). Ağrı değerlendirmesinde tek ve çok boyutlu ölçekler kullanılmaktadır. Tek boyutlu ölçeklerle sadece ağrının şiddeti değerlendirilmekte olup, bu amaçla basit, tanımlayıcı, sayısal, görsel kıyaslama ölçekleri yaygın olarak kullanılmaktadır(5,6).

Basit Tanımlayıcı Ölçek (Hangi sözcük ağrınızı en iyi tanımlıyor?)



Ağrı Yok Hafif Ağrı Rahatsız Edici Ağrı Orta Şiddette Ağrı Şiddetli Ağrı Dayanılmaz Ağrı

Bu ölçekte, sözel seçenekler vardır ve hastadan ağrısını tanımlayan kelimeyi seçmesi istenir. Bu ölçeğin sınırlılığı, ağrının şiddetini tanımlarken listedeki sözcüklere bağımlı kalma zorunluluğudur (1,5,10,13).

Sayısal Ölçek



Ağrının değerlendirmesinde en sık kullanılan ölçek olan sayısal ölçek, kullanımı en basit olan ölçektir. 0-10 ya da 0-100 arasında sayıların yer aldığı cetvelde, "0" ağrının olmamasını, "10" ise en şiddetli ağrıyı tanımlamaktadır(1,5,10,13).

Vizüel Analog Skala:

Hiç ağrı yok Olabilecek en şiddetli ağrı

Bir ucunda ağrısızlık diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik bir cetveldir. Çabuk sonuç vermesi, sayılarla sınırlan-dırılmaması nedeniyle tek boyutlu ölçekler arasında en yaygın olanıdır. Ancak yaşlı ve kronik hastalığı olan kişilerin ölçeği anlamada zorluk yaşayacakları düşünülmektedir (1,5,10,13). Özellikle kanser ağrısı gibi, kronik ağrıların değerlendirilmesinde kullanılan çok boyutlu ölçekler, ağrının yeri, niteliği, ağrıyı etkileyen faktörler ve ağrının şiddeti gibi pek çok boyutu bir anda değerlendirmektedir (1,5,10,13). Ağrıyı çok boyutlu ele alan ölçekler arasında Mc Gill Ağrı Formu, Dartmouth Ağrı Soru Formu, Mc Gill-Melzack Ağrı Soru Formu da yer almaktadır. Ağrıyı tüm boyutları ile ele alan, çabuk ve doğru sonuç veren, hastalar tarafından kolay anlaşılabilen, sağlık ekibinin tüm üyeleri tarafından farklı yorumlanmaya neden olmayan ölçek geliştirme çabaları sürmektedir (1).

1.3. Jinekolojik Kanserlerde Ağrı Yönetimi

Kanser ağrısının giderilmesi, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin tümünde önemli olmasına karşın göz ardı edilmiş bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Kanser ağrısının yetersiz yönetimindeki nedenler şunlardır (1,5,6,10).

- Kanser ağrısının fizyo-patolojisinin iyi bilinmemesi
- Narkotik analjeziklerin klinik farmakolojilerinin iyi bilinmemesi
- Ağrı gidermede kullanılan yeni yöntemler konusunda bilgi yetersizliği
- Kanser ağrısının tedavisi konusunda bilgi yetersizliği
- Kanser ağrısının tedavisi konusunda yetersiz eğitim
- İlaça fiziksel bağımlılık ile psikolojik bağımlılık arasındaki farkın bilinmemesi
- Narkotik analjeziklere karşı tolerans gelişmesi konusunda aşırı endişe
- Narkotik analjeziklere bağımlılıkla ilgili endişe
- Narkotik analjeziklerin yan etkilerine ilişkin endişe
- Hastanın ilaca başlamadan önce orta ya da şiddetli kanser ağrısı olması gerektiği inancı

- Ağrı tedavisine düşük öncelik verilmesi
- Hastanın ağrısının yeterli sıklıkta ve sistemik olarak değerlendirilmemesi
- İlaç dışı yöntemlerin kullanılması
- Diğer disiplinlerle yeterli iletişim kurulmaması

Kanser tedavisinde umut verici gelişmeler olmasına rağmen, iyileşme oranının %25'in üzerine çıkamadığı bir gerçektir. Tedaviden olumlu sonuç alınmadığı zaman hasta, ağrı ile baş başa kalmaktadır. Hastaların ağrı bildirimini ve ilaç alımını etkileyen faktörler vardır.

Bunlar kısaca şöyle özetlenebilir:

- İlaçlara tolerans gelişme korkusu
- İlaçların yan etkilerinden korkma
- Ağrının kanser hastalığının kaçınılmaz bir sonucu olduğu inancı
- “İyi hasta ” olma isteği
- Doktorun ilgisinin hastalıktan uzaklaşacağından korkma
- Ağrının hastalığın ilerlemesi olarak düşünülmesi
- Enfeksiyondan korkmadır.

Bu nedenle amaç, yalnız ağrının giderilmesi değil, aynı zamanda hastanın yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Tüm ağrı kontrol yöntemleri ya ağrı nedenini kontrol altında tutmaya ya da hastanın ağrıyı algılayışını değiştirmeye yöneliktir (1,2,3,6). Hastaya uygulanacak ağrı tedavi yöntemlerinin amacı; ağrısız uyku süresini uzatmak, dinlenme halinde ağrı hissettirmemek, ayakta ve hareket halinde iken hastanın ağrı duymamasını sağlamak, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesini sağlamak, hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir(9,10). Ağrıyı azaltmak amacıyla kullanılan yöntemleri genel olarak, farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler olarak ayırmak mümkündür. Kanser ağrısının farmakolojik yöntemlerle kontrolü, WHO'un önerdiği basamaklı analjezikler tedavisine göre yapılmaktadır. (1,3,5,6,7,13,15). Kanser ağrısının non-farmakolojik yöntemlerle kontrolü, cerrahi, radyoterapi, nörolojik ve nöroşirürjik girişimleri, davranışsal teknikleri ve hemşirelik uygulamalarını içerir. **Cerrahi tedavi ve radyoterapi**, hastalığın ileri aşamasında büyüyen tümörün komşu dokulara yaptığı ağrılı baskıyı azaltmak için kullanılır.

Yalnızca palyatif amaçlıdır. **Nöroşirürjik girişimle**, genellikle hastaların analjeziklerden palyatif olarak uygulanan radyoterapi ve cerrahi girişimden fayda sağlayamadıkları durumlarda kullanılan ve beyne giden ağrı iletim yolunun herhangi bir noktadan kesilmesini içeren bir yöntemdir. **Nöral uyarım yöntemleri**, ağrıda “kapı kontrol” teorisi üzerine kurulmuştur. Nöral uyarım, deri yoluyla sinir uyarımı(TENS) ya da ameliyatla spinal korda elektrotların yerleştirilmesi ile uygulanabilir (1, 5,12,13,15). Ağrı kontrolünde, hemşireler tarafından gevşeme, hastanın ve ailesinin ağrı konusunda eğitilmesi, dikkatin başka yöne çekilmesi ve hayal etme gibi davranışsal tekniklerin öğretilmesi günümüzde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu yaklaşımlar ilaç tedavisinin yerine değil, ilaç tedavisi ile birlikte kullanılmalıdır(1).

Değerlendirmede ağrı ile ilgili şu boyutlar öğrenilmelidir(1):

- Tedaviden ne kadar süre sonra ağrının dindirilmesi beklenmektedir?
- Ağrı dindirildi mi yoksa sadece azaltıldı mı?
- Eğer ağrı azaltıldı ise ne kadar azaltıldı?
- Belirli bir zaman sonra ağrı tekrar başladı mı?
- Hastanın ağrısı ne süreyle giderildi?
- Ağrı gerçekten dindirildi mi yoksa hasta ağrısını ifade etmekten mi vazgeçti? Kronik ağrı kontrolünde hastanın ağrısı olması istenmediği için, ağrı durumu sürekli olarak değerlendirilmelidir. Sonuç olarak, kanser ağrılarında ağrı yönetiminin ABC'sini aşağıdaki gibi özetleyebiliriz:

- **A Ask:** Düzenli olarak ağrıyı sor
- **Assess:** Sistematik olarak değerlendir
- **B Believe:** Hastanın söylediğine/kaydettiğine inan
- **C Choose:** Hasta için uygun ağrı kontrol yöntemini seç
- **D Deliver:** Ağrı girişimlerini zamanında ve düzenli bir şekilde yap

2. YORGUNLUK- HALSİZLİK

Kanser hastalarında yorgunluk çok sık görülen genel bir sorundur. Yorgunluk radyasyon ve kemoterapide beklenen fakat

geçici olan bir yan etkidir. Kanserli hastalarda yorgunluğu, kişisel özellikler, artık ürünlerin birikmesi, enerji düzeylerinin değişmesi, istirahat / aktivite, uyku problemleri, hastalık süreci, tedavi süreci, çevresel faktörler, psikolojik ve sosyal faktörler etkiler (1, 2,3,5,8). Yorgunluğun nasıl oluştuğu konusunda bilgi eksikliği nedeniyle, giderme yönünde uygun bilimsel yaklaşımlarda gecikmiştir. Yorgunluk yönetiminin planlamasında, yorgunluğun depresyondan ayırt edilmesi, dehidratasyon, elektrolit denegesizliği, dispne ve anemi gibi düzeltilebilir yorgunluk nedenlerinin değerlendirilmesi ve giderilmesi gerekir(1).

Yorgunluk yönetiminde amaç;

- Hasta ile yorgunluğun nedenlerinin tartışılması
- Yorgunluğun yaşam üzerine etkilerine ilişkin duyguların paylaşımı
- Günlük ve haftalık aktiviteler için önceliklerin belirlenmesi
- Fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal boyutta uyarıcı ve dengeleyici aktivitelere katılımın sağlanmasıdır (1,5,10).

2.1. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yorgunluğa Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Jinekolojik kanserli hastalarda yorgunluğa yönelik hemşirelik girişimleri şunlardır.

- Hastaya yorgunluk nedeni açıklanır,
- Yorgunluğun üzerindeki etkilerini açıklamak için hasta cesaretlendirilir,
- Hastanın güçlü yönlerini, yeteneklerini, ilgilerini tanımasına yardım edilir,
- Hastaya 24 saatlik bir dönemde, her bir saatte yorgunluk düzeyini kaydetmesi öğretilir.

Bu amaçla Rhoten Yorgunluk Ölçeği kullanılabilir. Bu ölçeğin 0–10 puan arasında sayısal değerleri vardır ve “0” puan yorgunluk olmadığını “10” puan ise tam tükenmişliği ifade etmektedir,

- 24 saatlik yorgunluk düzeyi, hasta ile birlikte analiz edilir. Böylece, hastanın en fazla enerjik olduğu zaman, bitkin olduğu zaman ve yorgunluğu artıran aktiviteler belirlenir,
- Hastanın tek başına sürdüremeyeceği işlerini/aktivitelerini tamamlaması için hastaya yardımcı olunur,
- Önemli işlerini enerjisinin en yüksek olduğu dönemlerde yapması için hasta ile birlikte plan yapılır,

- Aktivitelerde önceliklerini ve vazgeçebileceği aktiviteleri belirlemesi için hastaya yardımcı olunur,
- Enerjiyi koruma teknikleri öğretilir:
- Çalışırken/otururken kullanılan objelerin ulaşılabilir konuma yerleştirilmesi
- Atlama, zıplama, uzanma, merdiven çıkma ve gidip gelmenin azaltılması
- Güç işlerin bütün haftaya yayılması
- Merdiven tırabzanlarını kullanışlı şekilde düzenleme
- Sık aralıklarla az miktarda yemek yemesi ve bol sıvı alması
- Egzersizlerin, fiziksel ve psikolojik yararları açıklanır ve gerçekçi olanlar tartışılır,
- Stres ve çatışmaların enerji düzeyine etkileri tartışılır,
- Paylaşma, atılgnlık, gevşeme teknikleri gibi baş etme becerileri öğretilir,
- Sonuç olarak hastanın olabildiğince kendi bakımına katılması, sosyal yaşamın içinde yer alması, yorgunluk nedenine yönelik aktivite ve tıbbi tedavinin planlanması ve uygulanması gerekmektedir.

3. UYKUSUZLUK

Kanser tanısı konmuş ve bu yönde tedavisi sürdürülen hastalarda uykusuzluk, özellikle kanser tanısının hala ölüm ile özdeşleştirilmesinin ortaya çıkardığı anksiyete ve depresyondan kaynaklanmaktadır. Bunun dışında, uygulanan tedaviler sonucunda ortaya çıkan bulantı, kusma, sık idrar çıkma gibi sorunlar, IV tedaviler nedeniyle uykuya dalmada alışlagelmiş pozisyonu sürdürememe, kanserin ortaya çıkardığı ağrı ve yorgunluk, uygulanan tedaviden olumlu sonuç alamama, hastalığın giderek ilerlemesi ve semptomların ağırlaşması sebepleri ile uykusuzluk sorunu yaşanmaktadır (1, 2,6, 10).

Uykusuzluk yönetiminde amaç;

- Hasta ile uykusuzluk nedenlerinin tartışılması
- Uykusuzluğun yaşam üzerine olan etkilerinin tartışılması
- Hastanın uyku öncesi alışkanlıklarının ve uykuya dalmayı kolaylaştıran durumların belirlenmesi
- Yeterli ve dengeli bir uykunun öneminin açıklanması
- Yeterli uyku süresinin sağlanmasıdır

Uykusuzluk ile ilgili hemşirelik girişimleri şunlardır:

- Gürültü en aza indirilir. Hasta odasının uygun ısı, ışık ve nemde olması sağlanır.
- Sağlık bakım işlevleri uyku döneminde en aza indirilir.
- Geceleri idrara çıkma rahatsız ediyorsa, yatmadan önce sıvı alımı kısıtlanır.
- Hasta ile birlikte gündüz aktivite programı belirlenir. Gün içinde egzersiz yapması sağlanır. (Yatmadan 3 saat önce yasak)
- Gündüz uykuları 1 saatten fazla ise bu süre tekrar düzenlenir.
- Hastanın alışık olduğu uyku öncesi uygulamalarını mümkün olduğunca sürdürmesi sağlanır.
- Öğleden sonra kafeinli içecekler verilmez ve bu içecekleri günde 2 fincandan fazla tüketmesi önlenir
- Alkolün uykuyu azaltması ya da bölmesi nedeniyle gece alkol alımı kısıtlanır.
- Nikotin uykuyu bozduğu için yatmadan önce sigara içmemesi gerektiği hatırlatılır.
- Her zaman aynı saatte yatması ve kalkması önerilir
- Uyku zamanı gevşeme sağlanır. Üzüntü ya da gerilimli aktivitelerden kaçınması önerilir.
- Uyku ve cinsel aktivite dışında yatak odasının kullanılmaması önerilir.

4. İMMUNOSÜPRESYON-ENFEKSİYON

Uygulanan tedavinin etkisi ile myelosupresyon kanserli hastalarda sık karşılaşılan bir sorundur ve kanser tedavisinin en ciddi komplikasyonudur(2,5,6). Kemik iliği depresyonu sonucu hastada anemi, trombositopeni ve lökopeni oluşur. Lökopeniye bağlı enfeksiyon gelişmesi, kemik iliği depresyonunun en ciddi komplikasyonudur. Hem kanserin kendisi hem de kanser tedavisi vücudun savunma mekanizmalarını olumsuz etkiler ve hastayı enfeksiyonlara daha duyarlı hale getirir. Özellikle 8–14 gün süreyle kemoterapi uygulanan hastalarda, lökosit sayısı en düşük düzeye inebilmektedir (5). Kemik iliği baskılanan hastalarda gelişen enfeksiyonların çoğu bakteriyeldir. Bu hastalarda enfeksiyona yol açan mikroorganizmalar, öncelikle hastanın GİS'e ve cildine aittir. Nötropenin uzunluğuna, kullanılan antibiyotiklerin etki spektrumlarına

göre seconder enfeksiyonlar da gelişebilir(1,8,5).Miyelosupresyonu olan hastalarda viral enfeksiyonlar da sık görülür. En sık görülen viral patojen herpes virüsüdür. Myelosupresyon olan ya da olması beklenen hastanın bakımında **dikkat edilecek noktalar** şunlardır (5,6):

- El yıkamanın en önemli koruyucu faktör olduğu herkese öğretilir ve uygulanır
- Eldiven el yıkamanın yerini tutamaz
- Odada durağan su bulundurulması kısıtlanır (vazo vs)
- Yeterli ve dengeli beslenme sağlanır
- Çiğ sebze ve meyveler kısıtlanır
- Kateter bakımı yapılır.
- Her girişimde aseptik teknik kullanılır
- Hastadaki klinik değişimler tespit edilerek kaydedilir.
- Hasta yakınları el yıkama ve diğer hijyen önlemleri açısından eğitilir.
- Hastanın yeterli uyuması ve dinlenmesi sağlanarak, enerji tüketimi azaltılmaya çalışılır.

5. SİNDİRİM SİSTEMİ SEMPTOMLARI

Kemoterapinin sindirim sistemi üzerine olan etkilerini **akut** ve **kronik** olmak üzere iki grup altında incelemek mümkündür. Kemoterapinin akut etkisi sonucunda, anoreksia, ülserasyon, bulantı ve kusma, kronik etkileri sonucunda da diyare, konstipasyon, çiğneme güçlüğü ve tat duyusunda azalma gelişir (3,5,6,10).

5.1.Bulantı-Kusma:

Bulantı-kusmanın önlenmesine yönelik hemşirelik girişimleri şunlardır (5,6,15):

- Hastaya psikolojik destek olunmalı
- Tost, kraker gibi kuru yiyecekler önerilmeli
- Yağlı besinler ve kızartmalardan uzak durması sağlanmalı
- Az az ve sık sık yemek yemesi sağlanmalı
- Hafif egzersizler, özellikle açık havada yürüyüş yapma önerilmeli
- Hasta yemek kokuları olan ortamlardan uzak tutulmalı
- Müzik dinleme, kitap okuma gibi hastanın ilgisi başka bir alana yönlendirilmelidir.

5.2 Ağız ve Boğaz Ülserleri:

Ülserlerin oluşumunu önlemek ve azaltmak için düzenli ağız bakımı yapılması gerekmektedir. Bu yüzden,

- Kemoterapi uygulanan hastalarda her 4 saatte bir, sodyum bikarbonat solüsyonu ile ağız bakımı verilmeli (alkollü, limonlu solüsyon yasak), her yemekten sonra dişlerin yumuşak bir fırça ile fırçalanması sağlanmalıdır
- Sigara ve alkol alımı kısıtlanmalıdır
- Hasta çok sıcak yiyecek ve içecekler, baharatlı ve asitli yiyecekler yememelidir.
- Hastaya vitamin ve proteinden zengin bir diyet verilir.
- Ağız yarı yarıya sulandırılmış hidrojen peroksit ile çalkalanarak kurumuş kan yumuşatılabilir ve ağız içi tahriş edilmeden temizlenir.
- Ağız bakımı sonrası dudaklara, yumuşatıcı sürülür
- Ağızdaki lezyon çok ağırlı ise, anestetik solüsyonlar sürülebilir.

5. 3. İştahsızlık-Kaşeksi ve Hastanın Beslenmesi:

Kanserli hastaların beslenmesinde amaç,

- Beslenme yetersizliklerini önlemek ve düzeltmek
 - Kilo kaybını en aza indirmek
 - Sıvı elektrolit dengesini sağlamak ve sürdürmektir.
 - Bu amaçla hastaya yüksek protein, vitamin ve bol sıvı içeren bir diyet uygulanması gerekmektedir.
- İştahsızlık problemi olan hastalarda;
- Acıkmamış bile olsa az ve sık beslenmesinin sağlanması
 - Önce katı arkasından sıvı besinleri verilmesi
 - Kalorisi olmayan yiyeceklerden kaçınılması
 - Yemek kokularından uzak tutulması
 - Hafif egzersizler yaptırılması
 - Özellikle kemoterapi ya da radyoterapi alan hastalarda sıvı alımının 1000- 1500 ml olması ve bunun öneminin hastaya açıklanması gerekmektedir.
 - Oral alamayan hastalarda gerekirse hastayı tüple veya parenteral besleme yoluna başvurulur.

5.4. Konstipasyon:

Konstipasyonu önlemek için yapılması gerekenler şunlardır (6).

- Bol lifli bir diyet uygulanmalı
- Özellikle peynir tüketiminin kısıtlanması (gaitayı sertleştirdiği için)
- Günde 8–10 bardak sıvı alımı sağlanmalı
- Hafif fiziksel egzersizler (yürüyüş vs) önerilmeli
- Hastaya düzenli defekasyon alışkanlığı kazandırılmaya çalışılmalıdır.

5.5. Diyare:

Batına radyoterapi/ kemoterapi uygulanan hastaların % 75'inde diyare görülmektedir. Diyarayı önlemek ya da azaltmak için, kalori ve proteinden zengin, az posalı, yağsız diyet uygulanmalıdır. Potasyumdan zengin gıdalar (örneğin muz, patates vs) önerilmeli, tahıllar, fındık, yağlı gıdalar, taze meyve suları, çiğ sebzeler, acılı, baharatlı, gaz yapan yiyecekler, kahve, çay gibi sindirim sistemini uyarabilen yiyecekler tüketilmemelidir (6).Diyarenin sıklığı, miktarı, içeriği ve özellikleri kaydedilmelidir. Diyare ile birlikte, halsizlik yorgunluk varsa K+ düzeyi düşmüş olabilir. Hastaya potasyumdan zengin bir diyet verilir. Hastada olası dehidratasyonu önlemek için yeterli sıvı alımı sağlanmalıdır (6). Diyarenin kontrol altına alınmadığı durumlarda, elektrolit-sıvı, asit-baz dengesine ilişkin sorunlar ortaya çıkabilir. Bu durumda tıbbi tedaviye başvurulur (6).

6.SOLUNUM SİSTEMİ SEMPTOMLARI

Kanserli hastalarda solunum sistemi problemleri pek çok nedenle gelişebilir. Kemoterapötik ilaçlar, ateş, anemi, enfeksiyon gibi metabolik dengeyi değiştiren durumlar, solunum merkezini etkileyen metastazlar, abdomene metastaz, kanserle birlikte akciğere kan akımını bozacak pulmoner ya da kardiyak hastalık varlığı, radyasyona bağlı pnömonitis veya geç dönem fibrozis gelişmesi, sigara kullanımı bu nedenler arasındadır (5). Solunum semptomlarına yönelik hemşirelik bakımı:

- Hastaya ortopedik pozisyon vererek, yastıklarla desteklenmesine,
- Ağrının azaltılmasına,
- Rahatlama egzersizlerinin uygulanmasına,
- Enerjiyi uygun kullanmaya teşvik edilmesine odaklanmalıdır.

7. DOLAŞIM SEMPTOMLARI

7.1. Anemi

Jineko-onkolojik kanserli hastalarda kan kaybı, kemik iliği hücrelerinin supresyonu sebebi ile anemi yaygın olarak görülür. Hasta kolaylıkla halsiz kalır, efor anında dispne gelişir, baş ağrısı, hipotansiyon, taşikardi, takipne gelişir. (7).

- Hastanın öyküsü alınarak anemi nedeni öğrenilmeye çalışılmalı
- Diyeti düzenlenmeli
- Verilen ilaçlar ve bunların yan etkileri öğrenilmeli

7.2. Kanamaya Eğilim

Kemik iliği depresyonu sonucu gelişen trombositopeni nedeni ile kanserli hastalarda kanamaya eğilim artabilir. Hastada yaygın peteşiyal ve subkutan kanamalar sık görülür(6).

- Hastanın idrarı hematüri yönünden izlenmelidir.
- Sık sık göz dibi muayenesi yapılmalıdır.
- İM enjeksiyonlardan mümkün olduğunca kaçınılmalıdır
- Sert diş fırçalarının kullanılmasının önüne geçilmelidir.
- Hastanın travmalardan korunması gerekir.
- Hemşire kanama belirtileri yönünden hastayı izlemelidir.

7.3. Ödem, Venöz ve Arteriyel Damarlarda Tromboz

Jinekolojik kanserli hastalarda büyüyen tümör sebebiyle alt ekstremitelerde kan dolaşımının bozulmasına bağlı olarak sık sık ödem ve venöz ve arteriyel damarlarda tromboz gelişebilir. Bu duruma yönelik hemşirelik girişimleri şunlardır (6):

- Diyetle sodyum kısıtlaması ve protein alımının artırılması
- Ekstremitelerin yükseğe kaldırılarak dinlendirilmesi
- Cilde nemlendirici uygulanması
- Arteriyel pulse kontrolü
- Ağrının kontrolü
- Ekstremitelerin 30 cm yükseğe kaldırılması
- Antikoagulan tedavi alanlarda PT ve aPTT kontrolü
- Pulmoner embolide oksijen tedavisi
- Sigaranın kesilmesi
- İmmobil hastaların 2 saatte bir kalkıp yürümesinin teşvik edilmesi

7.4. Kemoterapiye Bağlı Kardiovasküler Toksikite

Kemoterapötik ajanlara bağlı kalbin fonksiyonun bozulmasıdır. Doxorubisin ve daunorubisin gibi ilaçlar kalbin kontraktilesini bozar. Yüksek dozda florourasil koroner arter spazmına ve iskemik değişikliklere yol açar. Yüksek dozda siklofosfamid ise endotelial hasar ve myokardial nekroza yol açar(6). Kemoterapiye bağlı kardiovasküler toksisitenin değerlendirilmesinde hemşirelik bakımı çok önemlidir. Hemşire;

- **Hikayede;** çarpıntı, nefes darlığı, bacaklarda ödem, kuru öksürük ve göğüs ağrısını
- **Fizik muayenede;** taşikardi, boyun venlerinde distansiyon, bacaklarda ödem, kardiomegali, sol kola ağrı yayılımı, terleme gibi bulguları değerlendirmelidir.

KAYNAKLAR

1. Aslan E.F.: *Kanserli Hastalarda Ağrı, Yorgunluk ve Uyku Bozuklukları*, I. Onkoloji Hemşireliği Hizmet içi Eğitim Kursu, 12-15 Ekim 2000, İstanbul.
2. Aslan F.E.: *Kanserin terminal Döneminde Bakım*, I. Onkoloji Hemşireliği Hizmet içi Eğitim Kursu, 12-15 Ekim 2000, İstanbul.
3. Atasü T., Aydın K.: *Jinekolojik Onkoloji I. Baskı*, Logos Yayıncılık, İstanbul, 1996.
4. Atasü T., Şahmay S.: *Jinekoloji, Yenilenmiş ve Genişletilmiş II. Baskı*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2001.

5. Berek S.J., Hacker N.F.,.: *Pratik Jinekolojik Onkoloji*, (Cev. Ed. Güner H) Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2002.
6. Birol L., Akdemir N., Bedük T.: *İç Hastalıkları Hemşireliği, Geliştirilmiş IV. Baskı*, sf. 95-145, Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:6, Ankara, 1993.
7. Donovan H.S., Ward S.: *Representation of fatigue in women receiving chemotherapy for gynecologic cancers*, *Oncol Nurs Forum*, 2005: 32;113-116.
8. Ekman I., Bergbom I, Ekman T., Berthold H., Mahsneh S.M.: *Maintaining normality and support are central issues when receiving chemotherapy for ovarian cancer*, *Cancer Nurs*, 2004: 27; 177-182.
9. Gerhenson D.M., McGuire P.M., Gore M., Quinn A.M., Thomas G.: *Gynecologic Cancer: Controversies in Management*, Elsevier Churchill Livingstone, USA, 2004.
10. Güner H.: *Jinekolojik Onkoloji*, 3. Baskı, *Çağdaş Medikal Kitapevi ve Yayıncılık Hizmetleri*, Ankara, 2002.
11. Karamanoğlu A: *Kemoterapi İlaçlarının Hazırlanması, Uygulanması ve Saklama Koşulları*, I. *Onkoloji Hemşireliği Hizmet İçi Eğitim Kursu*, sf. 265-285, 12-15 Ekim 2000, İstanbul.
12. Kişnişçi H.A., Gökşin E., Durukan T., Üstay K., Ayhan A., Gürkan T., Önderoğlu, S.L.: *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, 1996:853-1082 Güneş Kitapevi, Ankara, 1996.
13. Moore-Higgs J.G.: *Women And Cancer: A Gynecologic Oncology Nursing Perspective*, Second Edition, Jones and Bartlett Publisher, Canada, 2000.
14. Mülazımoğlu L: *Myelosupresyon-İnfeksiyon*, I. *Onkoloji Hemşireliği Hizmet İçi Eğitim Kursu*, 12-15 Ekim 2000, İstanbul.
15. Platin N.: *Hemşireler için Kanser El Kitabı*, Amerikan Kanser Birliği, I. Baskı, Ankara, 1996.
16. Zacharias D.R., Gilg C.A., Foxall M.J.: *Quality of life and coping in patients with gynecologic cancer and their spouses*, *Oncol Nurs Forum*, 1994:21;1699-1706.