

JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALARIN BAKIM VE REHABİLİTASYONUNDA HEMŞİRENİN ROLÜ

Nesrin REİS

Kabul Tarihi: 03.06.2005

ÖZET

Ülkemizde oldukça yaygın görülen jinekolojik kanserlerin kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri çok boyutludur. Buna rağmen, jinekolojik kanserlerin tanı ve tedavisindeki gelişmeler, bu gruptaki hastaların yaşam süresini uzatarak kaliteli yaşam beklentisini artırmıştır. Bu bakış, hastaya verilen bakım ve desteğin boyutunu değiştirerek, hemşirenin görev ve sorumluluklarında olumlu değişikliklere yol açmıştır. Günümüzde kanserli hastaya yaklaşım, erken tanının önemini kavramadan başlayarak hastalığı kabullenme, öz bakım gücünü geliştirerek kronik hastalıklarda olduğu gibi onunla yaşamını sürdürme becerisini geliştirme ve yaşamın son döneminde, terminal hasta bakımına kadar uzanan çok geniş bir yelpaze içinde ele alınmaktadır. Bu bakış kanser yönetiminde, sağlık profesyonellerine çeşitli hizmet alanlarında, farklı sorumluluklar getirmektedir.

Anahtar kelimeler: Jinekolojik kanser, yaşam kalitesi, hemşirelik bakımı, iyilik hali, yaşam sonu dönem

ABSTRACT

Nurse's Role of The Care and The Rehabilitation of Patient with Gynecological Cancer

Frequently encountered in our country, gynecological cancers have multidimensional adverse effects on women's health. Despite that, developments in the diagnosis and treatment of gynecological cancers have increased the patients' expectations of quality life, making the life lengths of such patients longer. That situation has changed the dimensions of treatment and support provided and also led to positive shifts in the responsibility and duties of nurses. Today, the approach to cancer patients is a topic handled in accordance with such attitudes as patient's readiness to accept her own situation and to understand the importance of early diagnosis, the nurse's developing patients' skill of maintaining their lives and her taking role in the terminal stage of the disease. Such an approach brings new responsibility for health professionals in a variety of service fields.

Keywords: Gynecological cancer, quality of life, nursing care, well-being, end of life.

GİRİŞ

İnsanlık tarihi kadar eski olan kanser hastalığı, bu konuda yapılan sayısız çalışmalara rağmen, günümüzde insan yaşamını tehdit eden en tehlikeli hastalık olma özelliğini korumaktadır. Bu nedenle kanser, her toplum için önemli bir sağlık sorununu oluşturmaktadır.

Ülkemizde oldukça yaygın görülen jinekolojik kanserlerin kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri çok boyutludur. Jinekolojik kanserlerin tanı ve tedavi işlemleri sırasında, diğer organ

kanserlerinde yaşanan sorunların yanı sıra beden imajı, cinsel kimlik ve üreme yeteneği ile ilgili birey ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Bunun nedeni, kadın genital organlarının, kadın cinsel kimliğini belirleme gibi çok önemli bir özelliğe sahip olmasıdır. Ülkemizde pek çok kadın için hala 'uterus' dışılığın, cinselliğin, doğurganlığın ve anneliğin sembolüdür. "Uterussuz kadın artık kadın sayılmaz" inancını hala pek çok kadın taşımaktadır.

* Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Doğum, (Yrd.Doç Dr.)

e-mail: reisnesrin@yahoo.com

Çünkü toplumumuzda, özellikle de kırsal kesimde çocuk doğurmak, kadının temel fonksiyonu gibi düşünülmektedir. Cerrahi girişimler sonrası pek çok kadın, eşine hoş görünemeyeceği, çekiciliğinin azalacağı ve artık cinsel fonksiyonlarını yerine getiremeyeceği düşüncesini taşımaktadır. Overlerin alınması durumunda ise kadın, cinsel arzu ve isteğinin azalacağından ve erken yaşlanacağından korkmaktadır (Andersen 1995, Anderson and Lutgendorf 2000, Taşkın 2003).

Jinekolojik kanserlerin tanı ve tedavisindeki gelişmeler, bu gruptaki hastaların yaşam süresini uzatarak kaliteli yaşam beklentisini artırmıştır. Bu bakış, hastaya verilen bakım ve desteğin boyutunu değiştirerek, hemşirenin görev ve sorumluluklarında olumlu değişikliklere yol açmıştır. Günümüzde kanserli hastaya yaklaşım, sağlıklı yaşam alışkanlıkları edindirme, risk tanılama ve gereken önlemleri alma gibi erken tanının önemini kavramadan başlayarak; hastalığı kabullenme, öz bakım gücünü geliştirerek kronik hastalıklarda olduğu gibi, onunla yaşamını sürdürme becerisi geliştirme ve yaşamın son döneminde, terminal hasta bakımına kadar uzanan çok geniş bir yelpaze içinde ele alınmaktadır. Bu bakış, kanser yönetiminde sağlık profesyonellerine çeşitli hizmet alanlarında, farklı sorumluluklar getirmektedir. Bu bağlamda hemşireler, hastalığın tedavisi, rehabilitasyonu, hastalıkla birlikte yaşamın sürdürülmesi ve terminal dönem bakımı olmak üzere hastalığın tüm evrelerinde en yüksek kalitede bakım vermek ve hastalarının yaşam kalitelerini yükseltmekle sorumlu sağlık profesyonelleridir (Anderson and Lutgendorf 2000, Hoskins et al. 1997, Lowdermilk and Germino 2000, Shirley 1997, Üstün 1998).

A-KANSERİN ÖNLENMESİNDE VE ERKEN TANISINDA HEMŞİRENİN ROLÜ

Üreme organ kanserlerinin kadın sağlığı üzerindeki etkileri, büyük yıkım ve hasar yaratma şeklindedir. Özellikle hastalık ilerledikçe oluşan patolojik değişikliklerin geriye dönüşü olmadığı gibi ilerlemiş olgularda sağ kalım süresi 5 yıla sınırlıdır. Bu nedenle kanser kontrolü ve sağlığı sürdürme çabalarında, tedavi yerine “önleme” ön plana çıkmaktadır (Albayrak ve Akdemir 1998, Furniss 2000). Örneğin, vulva kanserinden korunmak için, kadınlar erken yaşlardan itibaren düzenli aralıklarla vulvalarını muayene etmeleri konusunda teşvik edilmelidir. Bu muayenede kadına, vulvasını önce bir ayna aracılığı ile incelemesi, sonra palpasyonla muayene etmesi öğretilir. Vulvadaki renk değişikliği, asimetri, kitle, tahriş gibi tüm anormal bulguların vakit geçirmeden doktora gitmeyi gerektiren durumlar olduğu söylenmelidir (Furniss 2000, Taşkın 2003). Ayrıca kadınların, dikkat gerektiren tehlikeli belirtilere karşı, bakım verenler tarafından desteklenmeye ihtiyaçları vardır. Israrlı perineal kaşıntı, özellikle yaşlı kadınlarda biyopsi ile değerlendirilmelidir (Gershenson 2000c).

Serviks kanseri için, tek partnerli yaşam ya da tek eşlilik, en etkili önleyici yöntemdir. Bu pek çok kadın tarafından gerçekçi ve bazen de arzu edilir bulunmadığı için, her cinsel ilişkide kondom kullanımı, bir ölçüde koruyuculuk sağlayabilir. Bilindiği gibi HPV'nin cinsel yolla bulaşması, ejakülasyondan ziyade genital bölgedeki organların, karşı cinsle sürekli teması ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle genç kadınların partner sayısı ve maruz kalacakları sağlık sorunlarına yönelik bilgilendirilmeye ihtiyaçları vardır (Gershenson 2000c). Yapılan çalışmalarda, endometrium kanseri ile vücut ağırlığında artma, diyabet, hipertansiyon ve yetersiz fiziksel aktivite gibi kalori fazlalığı ile ilişkili durumlar arasında güçlü bağlantı olduğu belirtilmektedir (Furniss 2000, Kaaks

and Lukanova 2002, Pedridou and Belechri 2002). Kaaks ve Lukanova (2002), yaptıkları bir çalışmada, endometrium, kolon ve meme kanseri ile kilo artışı ve yetersiz aktivite arasında güçlü bir ilişki olduğunu, çünkü kilo artışının ve egzersiz yetersizliğinin, vücutta bu tür kanser türlerini artırıcı endokrin değişikliklere yol açtığını belirtmişlerdir. Bu nedenle ideal kilonun korunması ve obesitenin önlenmesi, diabetes ya da hipertansiyon riskinin azaltılması açısından önemlidir.

Genç kızlar genellikle oral kontraseptif kullanımının, tehlikeli ve kanser nedeni olabileceği gibi yanlış düşüncelere sahiptir. Oysa oral kontraseptif kullanımı, jinekolojik kanser insidansını azaltmaktadır. Sağlık profesyonelleri, bu konudaki yanlış görüşleri düzeltmeli ve oral kontraseptiflerin yararları ve yan etkileri konusunda aydınlatıcı bilgiler vermelidir (Furniss 2000, Gershenson 2000b). Örneğin, oral kontraseptiflerin, over kanserine karşı koruyucu olduğunu gösteren epidemiyolojik çalışmalar mevcuttur. Emzirme, histerektomi ve tüp ligasyonu gibi cerrahi operasyonların da, kontrol grubuyla kıyaslandığında, kanseri azaltıcı etkileri bulunmuştur (Furniss 2000, Gershenson 2000b). Halen over kanserinden korunmak için, rutin pelvik inceleme tek pratik tarama metodudur. Pelvik ultrason, CA-125 antijen ve sık pelvik muayene erken teşhis amacı ile başvurulacak yöntemlerdir. Ancak tümör çok hızlı ve ağrısız büyüdüğü için, yıllık olarak yapılan kontrollerin, daha düzenli ve daha sık olarak yapılması gerekmektedir (Furniss 2000).

B-KANSERLİ HASTANIN BAKIM VE REHABİLİTASYONUNDAKİ ROLÜ

1. Cerrahi Girişimlerde Hemşirelik Yaklaşımı

Kanser hastalığında cerrahi girişim tanılayıcı, evrelendirici, tedavi edici, rekonstrüktif, palyatif ve

destekleyici olmak üzere farklı amaçlarla kullanılır. Hangi amaçla uygulanırsa uygulansın, preoperatif ve postoperatif dönemde hastanın hazırlığı ve fiziksel bakım uygulamalarının yapılması, bakımın önemli unsurlarını içerir. Cerrahi operasyon dönemine ilişkin önemli hemşirelik uygulamaları; temel fizyolojik işlevlerin sürdürülmesi, ameliyat bölgesinin korunması, hastanın durumundaki değişikliklerin izlenmesi, yorumlanması ve kaydedilmesi, aseptik uygulamalarla ameliyat bölgesinde enfeksiyon gelişiminin önlenmesi, solunum işlevlerinin sürdürülmesi, pasif egzersizlerin yapılması ve erken dönemde yataktan kalkmada hastaya yardım edilmesi, ağrının analjeziklerle kontrol edilmesi, fiziksel ve psikolojik rehabilitasyonun yapılması ve hastanın radyoterapi ve kemoterapi için hazırlanmasını kapsar (Shirley 1997, 1998).

Uygulanan cerrahi girişimler bireyin vücut bütünlüğünü, yaşamını ve sosyal durumunu tehdit eden önemli bir stres faktörüdür. Jinekolojik cerrahide bu streslere, bireyin üreme kapasitesi ve seksüel fonksiyonları ile ilişkili değişik kaygı/endişeler de eklenir. Bu nedenle jinekoloji hastalarının, rutin bakım uygulamaları dışında, daha çok destek ve bilgiye ihtiyaçları vardır. Hastaya cerrahi işlemin amacı anlatılmalı, tedavinin yararları ve uzun dönemli etkileri tartışılmalıdır. Mümkünse bu açıklamalara, eşi ve aile bireyleri de katılmalıdır. Tedavi öncesi kadın ve ailesine verilen eğitim, aşağıda belirtilen noktalar üzerinde odaklanmalıdır (Lammers et al. 2000);

- Kadın ve ailesine total histerektomi olasılığı açıklanmalı,
- Kadın ve ailesi, histerektomiye yönelik korku ve endişelerini ifade etmeleri için desteklenmeli,
- Uygulanacak cerrahi işlemlerin yakın ve uzun dönemli

etkileri, uygun zamanda kadın ve ailesine açıklanmalı,

- Kadın, yaşamını yeniden kontrol altına alabilmesi için güçlendirilmeli, bu yapılırken kişiliğinin güçlü yönleri öne çıkartılmalı,
- Tedavi sonucu oluşan, menopoz semptomlarının giderilmesinde kadına yardımcı olunmalı,
- Kadın ve partnerinin cinsel ve özel yaşamla ilişkili potansiyel korkuları tahmin edilmeli ve tartışılmalı,
- Kadının durumuna ilişkin konularda eğitim programlarına katılmasına ve destek ağı oluşturmaya yardımcı olunmalıdır.

2. Kemoterapi Uygulamalarında Hemşirelik Yaklaşımı

Jinekolojik kanserlerde kemoterapi tedavisi çoğunlukla, over, serviks kanserlerinde, uterin sarkoma ve yumuşak doku sarkomlarında uygulanır (..... 2000). Bu tedaviler sırasında hemşireler, uygulanacak ilacın dozunu, uygulama yolunu ve toksisite derecesini bilmelidirler. Hastanın kemoterapi dozu, genelde vücut yüzeyine göre hesaplanır. Bunun için de, hastanın boy ve kilosu kullanılır. Kemoterapi uygulamasının düzeni, ilacın etkisine bağlıdır. Kemoterapi sıklıkla oral, damar içi ve kas içi yollarla uygulanır. Son zamanlarda kemoterapinin tümör yerinde lokal yoğunluğunu arttırmak için başka yöntemler de kullanılmaya başlanmıştır (intrakaviter, intraperitoneal, intrapleural, intravesikal). Bu konudaki kurallara dikkatle uyulması halinde, uygulama yöntemi ya da programı konusunda hatalar önlenmiş olacaktır.

Kemoterapötik maddelerin çoğu organlara toksik etkili olduğundan uygulama öncesi hastanın laboratuvar verileri kontrol edilmelidir. Hücre bölünme zamanı hızlı olan normal dokular, kemoterapötik ilaçların toksik etkilerine karşı duyarlıdır. Bu dokular,

kemik iliği, saç folikülleri, gastrointestinal sistem epiteli ve üreme hücreleridir. Hücre katlanma zamanı hızlı olan bu dokularda en sık görülen yan etkiler, kemik iliğinin baskılanması, alopesi, bulantı-kusma, mukoza enfeksiyonları ve infertilitedir. Bu tür yan etkiler morbiditeyi, tedaviyi sürdürmeyi ve yaşamın niteliğini etkilediğinden, kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin bu bulguları bilmeleri gereklidir. Hemşirelik bakımı, bu komplikasyonları önleme, erken dönemde belirleme ve kontrol etmede yoğunlaşmaktadır (Shirley 1997, Yılmaz 1998,1998). Bütün bunlara ilave olarak, böyle bir birimde çalışan hemşirelerin, kemoterapi uygulama rehberi oluşturma, hastayı hazırlama, ilacı uygulama ve hastanın ilaca gösterdiği tepkiyi izleme gibi farklı sorumlulukları bulunmaktadır.

3. Radyoterapi Uygulamalarında Hemşirelik Yaklaşımı

Radyoterapi, servikal squamöz hücreli kanserlerin tüm evrelerinin tedavisinde kullanılabilir. Endometriyum kanser vakalarında, vajinal rekürrens ve lenf nodlarında gizli hastalığın tedavisi için, adjuvan radyoterapi şeklinde uygulanır. Bunun dışında, uterin sarkomlarında, paraaortik lenf nodu ve kemik metastazlarında palyatif amaçlı olarak kullanılır. Epitelial over kanserinin tedavisinde kemoterapinin kullanımı, hala tartışmalı bir konudur (..... 2000). Radyoterapiden önce, hastaların emos-yonel desteğe ve bilgilendirmeye ihtiyaçları vardır. Hastaların korku ve yanlış bilgileri varsa, tedavi hakkında daha çok açıklama yapılmalıdır. Uygulanacak işlem konusunda açıklama yapılmalı, uygulama sırasında kendisine verilen pozisyonu bir süre bozmaması gerektiği ve işlemin ağrısız olduğu açıklanmalıdır (Taşkın 2003).

İnternal ya da brakiterapi uygulanan hastaların zaman, uzaklık ve koruma ilkelerine göre özel önlemler

almaları gerekebilir. Sağlık personeli hasta ile yakın temasta bulunduğu süreyi sınırlamalı, odada geçirdiği zamanı kısaltmalı ve kurşun koruyucular giymelidir (..... 1998).

Radyoterapinin yan etkileri ise, normal dokuların tedavide zarar görmesi ile ortaya çıkar. Deri toksisitesi, yorgunluk ve bulantı-kusma tedavi bölgesine bağlı olmaksızın ortaya çıkarken, diğer toksisite belirtileri, tedavinin uygulandığı bölgeye özgü görülür. Cilt tepkileri, akut radyasyon tepkileri olup, tedavi sırasında ortaya çıkar ve genellikle tedavinin tamamlanmasından sonraki 2-4 hafta içinde kaybolur. Ancak, gecikmiş yan etkiler, tedavi bitiminden aylar ya da yıllar sonra ortaya çıkabilmekte ve uzunca bir süre kalabilmektedir. Örneğin serviks kanserlerinde uygulanan radyoterapinin neden olduğu vajen duvarında incelme, kayganlığında azalma ve kuruluk gibi değişiklikler ilk 3 ay içerisinde ortaya çıkmakta ve bu değişiklikler 1 yıla kadar devam etmektedir.

Bu yan etkilere yönelik verilen hemşirelik bakımı, yan etkilerin ortaya çıkmasını engellemek ya da en aza indirmek için yapılan uygulamaları kapsar. Radyoterapi uygulamaları sırasında, hastalara yapmaları gereken genel cilt bakımı konusunda rehberlik yapılmalı ya da hastalara yazılı materyal verilmelidir. Her radyoterapi ünitesinde, radyoterapinin yan etkilerinin kontrolüne yönelik, hemşirelik bakım ilkeleri bulunmalıdır (Shirley 1997, Taşkın 2003, 1998).

C-HASTANIN REHABİLİTASYONU VE YAŞAMA HAZIRLANMASI

Hayatı tehdit eden bir hastalık olan kanserde, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal pek çok sorunla karşılaşması kaçınılmazdır. Çünkü tanı konulduğundan itibaren, birey ve ailesini psikososyal yönden pek çok değişim beklerken, cevaplandırılması gereken pek çok soru ve çözüm bekleyen birçok

sorun bulunmaktadır (Türkbıkmaz 1994).

Kanser hastasının, vücut kısımlarının kaybı ya da disfonksiyonu için fiziksel rehabilitasyona, korku ve endişelerinin giderilmesi için emosyonel desteğe ve psikososyal adaptasyonu için psikososyal desteğe çok fazla gereksinimi vardır (Lammers et al. 2000, Shirley 1997). Kanserli olgularda rehabilitasyon, hastalık ve tedavisinden kaynaklanabilecek fiziksel, sosyal, psikolojik ve mesleki disfonksiyonları azaltıcı bir işlem olarak tanımlanır. Rehabilitasyonun amacı, kayıba odaklaşmak yerine, var olan güç ve yeteneklerle fiziksel fonksiyonların düzeltilmesi, gelecekte oluşacak komplikasyonların önlenmesi ve destek sistemlerinin yeniden düzenlenmesini içerir (Carlsson and Strang 1996). Kanser hastalarının rehabilitasyon gereksinimi, multidisipliner bir yaklaşımla karşılanması gereken bir durumdur. Böyle bir ekibin içerisinde hekim, hemşire, psikolog, sosyal çalışma uzmanı, fizyoterapist, iş ve uğraşı terapisti, mesleki danışman, ortez/protez uzmanı, eczacı, enterostomi terapisti, diyetisyen, hasta ve ailesi yer alır (.... 1998). Ancak ülkemizde bu konuda verilen hizmet ve yapılan çalışmalar yetersizdir.

1. Fiziksel Rehabilitasyon

Fiziksel rehabilitasyona, mümkün olan en kısa sürede fiziksel yetersizlik durumunun tanınması ile başlanabilir. Ooferektomi, histerektomi ve vulvektomi gibi cerrahi girişimlerle bedenin bazı kısımlarının kaybı ya da kemoterapi, radyoterapi uygulamalarının yan etkileri, bireyin yaşamını olumsuz yönde etkileyebilir. Saçlarda dökülme, bulantı-kusma, yorgunluk, ağrı, mesane disfonksiyonu, fertilitenin kaybı ve vajinal stenozlar, kadınları en çok etkileyen rahatsız edici yan etkiler arasında yer alır. Tedavi ve yan etkilerinin neden olduğu bu disfonksiyonların fiziksel rehabilitasyonu için,

farklı yaklaşımlara gerek duyulur (Carlsson and Strang 1996, Shirley 1997).

- Bireyin fiziksel rehabilitasyonunu güçlendirmeye yönelik girişimler;

- Banyo, giyim, beslenme, ilaçların kullanılması ve cinsel yaşam gibi günlük yaşam aktivitelerinin sağlanması,

- Ağrı, yorgunluk, halsizlik, bulantı-kusma, konstipasyon, diyare ve mukozit gibi semptomların kontrolü,

- Evde yardım gereksinimi, aile içi destek sistemlerinin düzenlenmesi ve özel alet kullanımı gibi yaşam ortamının düzenlenmesi

- Bağırsak ve mesane boşaltımı, cilt ve mukozaların bakımı gibi öz bakım uygulamaları ve

- Vajinal kayganlık ve elastikiyette azalma, vajinal stenoz ve disparoni gibi cinsel disfonksiyona yönelik, cinsel danışmanlık hizmetlerini kapsar (Lowdermilk and Germino 2000, Shirley 1997, 1998).

2. Psikososyal Rehabilitasyon

Hastalıkların, özellikle de kanser gibi yaşamı tehdit eden hastalıkların, bireyin kişilik yapısını ve benlik algısını bazı yönlerden değiştirdiği izlenmiştir. Bedendeki fiziksel değişiklikler, yorgunluk, kemoterapi ya da radyoterapi uygulamaları ve değişmiş benlik algısı onların hastalık öncesindeki kişilik algılarını etkiler. Sağlık profesyonelleri, bu değişikliklerin oluşabileceğini bilmelerine rağmen, hastalarını bu yeni kimlikleri ile yaşama hazırlamada güçlük çekerler. Örneğin, fertil dönemdeki over kanseri bir kadına uygulanacak Total Abdominal Histerektomi + Biteral Salpengo Ooferektomi (TAH+BSO), kadın üzerinde daha önce hiç olmamış emosyonel bir etki yaratacaktır. Böyle bir cerrahi girişim, kadının hem doğurganlık yeteneğinin kaybına hem de cerrahi olarak menopoza girmesine neden olacaktır. Tedavisi sona erip günlük yaşamı başladığında, bu kadın kendini yalnız ve

boşlukta gibi hissedecektir. Kendini, kendi yaşatlarındaki diğer kadınlardan farklı görecektir ve bu kadınlarla menopoza, menopoza nasıl baş ettiklerini konuşamayacaktır. İleri hemşirelik uygulamaları, bu kadınların menopoza semptomlarıyla başa çıkmalarına, kemoterapi ya da radyoterapiye karşı tepkilerine ve bedenindeki organ ve fonksiyon kayıpları ile ilgili yaş sürecinde onlara destek ve yardım etmeyi kapsar (Lowdermilk and Germino 2000).

Jinekolojik kanserler kadın ve ailesinin yaşamında da önemli değişikliklere neden olmaktadır. Çünkü kadınlar aile bireylerinin bakımı, çocukların beslenmesi ve aile yaşamının yönetimi gibi, aile içinde de önemli ve merkezi rol ve sorumluluklara sahiptir. Kadının kanser deneyimlemesi, bu rollerinde değişikliğe ve aile bireylerinin yeni rol ve sorumluluklar almasına neden olur (Lowdermilk and Germino 2000, Öz 1998).

Kadının sosyal ilişkilerinde değişiklik ya da dışlanma, destek gerektiren diğer önemli bir sorundur. Sıklıkla yorgunluk gibi fiziksel fonksiyonlardaki sorunlar ya da fiziksel görüntüdeki değişiklikler, kadının sosyal yaşamı üzerinde olumsuz etkiler yaratır (Berkman and Sampson 1993). Bu gruptaki hastaların bakım ve tedavilerini sağlayan hemşireler, hastalarında oluşacak fiziksel ve emosyonel değişiklikler için onları hazırlamalı ve diğer hasta kadınlarla deneyimlerini paylaşmaları için onlarla buluşturmalıdır. Uygulamalarında onlara, yeni gerçekler ile nasıl yaşayabilecekleri konusunda yardımcı olmalıdır. Bu durum da ancak aktif dinleme, danışmanlık, konu ile ilgili diğer birimlerin yardımını almak ve düzenli kontrol ve izlemlerle sağlanabilir (Lammers et al. 2000). Rehabilitasyon ekibi bireye; stres yönetimi, depresyona yönelik relaksasyon teknikleri, yaşam biçiminin yeniden düzenlenmesi, bağımsızlığı artırıcı

teknik ve uygulamalar konusunda yardımcı olabilir (Shirley 1997). Hastanın kendisi için destek grubu yaratmasına ve bu amaçla aile ve yakın aile bireyleriyle buluşmasına ve yeniden yaşamdan keyif almasına yardımcı olunabilir. Böyle bir yaklaşım, hastaya, gizli ve görünmez aile bağlarını yeniden fark ettirmede ve ailesindeki ilişkileri yeniden keşfetmesine yardımcı olacaktır (Okyayüz 1996).

3. İş/Mesleki Rehabilitasyon

Bireyin mesleği, gelir kaynağı olması yanısıra onun için çok daha fazlasını ifade eden bir kavramdır ve bireyin kimliği onun mesleği ile yakından ilişkilidir. Hastalık ya da tedavinin getirdiği sınırlılıklar sonucu bireyin iş yaşamındaki rol değişikliği onun öz güvenini ve ruhsal durumunu etkileyecektir. Oysa bireyin mesleği ya da kariyeri, kanserin yarattığı kayıpların ve acıların giderilmesinde tampon görevi yapacaktır (Hoskins et al. 1997). Ücret karşılığında olsun ya da olmasın - mesleki rehabilitasyon, hastanın yeniden üretken olmasına, kontrolünü yeniden kazanmasına ve özgüveninin yükselmesine yardımcı olacaktır.

Kanserli hastalara karşı, çalışma ortamında yapılan ayrıcalıklar belirgin ya da üstü kapalı olabilir. Olabilecek bu tür reaksiyonlara karşı, hemşireler hastalarını önceden hazırlamalıdır. İşverenin davranışlarının temelinde, iyileşmekte olan ya da iyileşmiş hastaların işlerini yapamayacağı, işten ayrılma ve iş devamsızlıkları maliyetinin yüksek olacağı, ya da hastalıklarının ölümcül olacağı korkuları yer alabilir. Oysa veriler, kanserli hastaların işten ayrılma ve devamsızlıklarının diğer çalışanlardan daha yüksek olmadığını göstermektedir (Shirley 1997, 1998). 1973 Rehabilitasyon Yasası, kanseri bir eksiklik olarak sınıflandırdığından kanserli hastalara ayırım yapılmasını, yasalar önünde yasaklamıştır (.... 1998).

D-HASTALARIN YAŞAMININ SON DÖNEMİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Hastalığın, tedavi edici ve palyatif tedavilere cevap vermediği ve tümörün pek çok organa metastaz yaptığı dönemde, onkoloji ekibi hastanın yaşam için çok az zamanı kaldığının farkındadır. Böyle bir dönem de, hasta ve ailesi açısından, aktif yada palyatif tedavi mi? evde ya da hastanede ölüm mü? gibi önemli kararların alındığı, zor bir zaman dilimidir. Hastanın prognozu kötü ve umutsuz ise, tedavisiyle ilgili kararlara mümkün olduğunca katılımı son derece önemlidir. Ne yazık ki çoğu zaman hastalar tedavilerine dahil edilmemekte ve istekleri gözardı edilmektedir. Brown ve arkadaşlarının (1994), 108 jinekolojik kanserli hasta ile yaptıkları bir çalışmada, hastaların büyük çoğunluğunun yaşamın son döneminde evlerinde bakım almak istediklerini, %90'nın ventilatör desteği, %34'nün cerrahi girişim ve %37'sinin beslenme desteği almak istemediklerini saptamışlardır. Hastayla durumunu açıkça konuşmak ve mümkün olduğunca kararlara katmak, hastaya kalan zamanını maximum derecede planlama ve bireysel ihtiyaçlarını yerine getirme fırsatını verir.

Bu dönemde uygulanacak tedaviler, ölüm sürecinde güçlük ve rahatsızlık yaratacaksa mümkün olduğunca azaltılmalı ve hastanın huzur ve güven içinde ölmesi sağlanmalıdır (Hoskins 1997, Peruselli 1999, Shirley 1997). Bu süreçte, hastaya verilen bakımın önemli unsurlarını; semptomların kontrolü, ağrının giderilip hastanın rahatlatılması ve psikososyal danışmanlığı kapsar (Kinzbrunner 1995, Pace 2000, Ventafredda et al. 1990).

Semptomların Kontrolü

Kanserin ilerlemesi yada kanser tedavisinin lokal ya da sistemik etkileri, vücudun tüm sistemlerini güçlü bir biçimde etkileyebilir. Anderson (1994), hastalık ilerlediğinde bakımın

amacının yaşam süresini uzatmak yerine, yaşam kalitesini yükseltmeye dönüştürülmesi gerektiğini belirtir ve bunun için de, ağrı kontrolü, bulantı-kusma, hidrasyon ve yorgunluk gibi semptom kontrolünün önemi üzerinde durur. Yapılan çalışmalarında, yaşamının son dönemindeki pek çok hastanın, kontrol edilemeyen semptomlardan dolayı öldüğü bildirilmektedir (Addington and McCarthy 1995, Cocle et al. 1990). Bu konuda Cocle ve arkadaşlarının (1990) yaptıkları bir çalışmada, terminal dönemdeki 90 kanser hastası için en rahatsız edici sorunların ağrı ve dispne olduğu saptanmıştır. Hemşirelik bakımı, bu komplikasyonları önleme, erken dönemde belirleme ve kontrol etme üzerinde yoğunlaşır.

2. Ağrı Kontrolü

Kanser ile ilgili ağrı, hastalık süreci ya da kanser tedavisine bağlı olarak ortaya çıkabilir. Rummans et al. (1998), bu konuda yaptıkları bir çalışmada, jinekolojik kanserli hastalar için en rahatsız edici sorunun ağrı olduğu ve ağrının, yaşam kalitesinin tüm boyutlarını etkileyen önemli bir sorun olduğu saptanmıştır. Kanser tanısı ve hastalık süresince bireylerin %30-%40'ı orta ile ciddi düzeyde ağrı yaşamakta, ilerlemiş kanserli bireylerde ise bu insidans %70-90 arasında değişmektedir. Bu ağrı insidansı yaşamın son döneminde, özellikle son haftasında bulunan hastalar için, yaşam kalitesini etkileyen en ızdırap verici sorundur. Addington-Hall ve McCarthy (1995) evde ya da hastanede ölen 2000 hasta yakını ile görüşmüşler ve hasta yakınlarının, ölen hastalar için en rahatsız edici sorunun “ağrı” olduğu şeklinde düşüncelere sahip olduklarını

görmüşlerdir. DeConno ve arkadaşlarının (1996) yaptıkları diğer bir çalışma da ise, yaşamının son haftasında bulunan ve palyatif bakım alan hastalar için, en şiddetli sorunun ağrı ve dispne olduğunu bildirmişlerdir. Bu nedenle, kontrolsüz kanser ağrısı hasta ve ailesi için en korkutucu semptomdur (Cocle et al. 1990, Miaskowski 1996, Ventafridda et al. 1990).

3. Hasta ve ailesine yaklaşım

Yaşamının son döneminde bulunan bir hasta için bakımda hedeflenebilecek başka bir şey kalmasa bile, onkoloji ekibi hastanın huzur içinde ölmesi için sürekli bakımı sağlamalıdır. Ekip, ölüme yakın hastalar için en korkutucu olan ağrı, nefes alamama, bulantı ve kusma gibi semptomları hafifletmeye yönelik girişimleri planlamalıdır (Merrouche et al. 1996, 1998).

Kararlara katılan hasta desteklenirken, ne yapılacağına ait kişisel hüküm ve yargılar hastayla paylaşılmalıdır. Ölümü yaklaşan kadının düşünceleri, genellikle yaşamındaki olayları ve ilişkileri yeniden değerlendirmeye odaklanır. Güvendiği ve yakın olduğu kişilere teslim olmak, sınırlı yaşamında sevdikleriyle vedalaşmak, onlara teşekkür etmek gibi planları olabilir. Onkoloji ekibi, hastaların kalan yaşamlarının memnuniyeti için, anlamlı kişisel aktiviteler seçmede ve gerçekçi planlar yapmada onlara yardımcı olmalıdır (Hoskins et al. 1998).

Bu dönemde çocukların, özel bir yardım ve desteğe gereksinimleri vardır. Annelerinin ölümüne alışmaları ve kabullenmeleri oldukça zor olacak ve zaman alacaktır. Bu süreçte hemşireler, ailelere mümkün olduğunca yardımcı olmalıdır (Merrouche et al. 1996).

KAYNAKLAR

- (1998). Hemşireler İçin El Kitabı (Çev. Ed: Platin N.) Amerikan Kanser Birliği, T.C. Sağlık Bakanlığı, Kanser Savaş Daire Başkanlığı ve Onkoloji Hemşireliği Derneği Yayını, Ankara.
- (2000). Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı (Çev. Ed: Vicdan K, Işık AZ, Danışman N.) Atlas Kitapçılık Tic. Ltd. Şti., Ankara.
- Addington HJ, McCarthy M** (1995). Dying from cancer: a result of a national population-based investigation. *Palliative Medicine* 9:295-305.
- Albayrak NB, Akdemir N** (1998). Kanserlin önlenmesi ve erken tanısında hemşirenin etkisinin belirlenmesi. *Hemşirelik Forumu* 1(5):226-29.
- Andersen BL** (1995). Quality of life for women with gynecologic cancer. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 7:69-76.
- Anderson B** (1994). Quality of life in progressive ovarian cancer. *Gynecologic Oncology* 55: 151-155.
- Anderson B, Lutgendorf S** (2000). Quality of life as an outcome measure in gynecologic malignancies. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 12:21-26.
- Berkman BJ, Sampson SE** (1993). Psychosocial effects of cancer economic on patients and their families. *Cancer* 72:2846-49.
- Brown D, Robert SJ, Elkins TE et al.** (1994) Hard choices: the gynecologic cancer patient's end-of-life preferences. *Gynecologic Oncology* 55:355-62.
- Carlsson ME, Strang PM** (1996). Educational group support for patients with gynaecological cancer and their families. *Support Care Cancer* 4:102-109.
- Cocle N, Adelhard J, Foley KM et al.** (1990). Character of terminal illness in the advanced cancer patients: pain and other symptoms during the last four week of life. *Journal of Pain and Symptom Management* 5:83-93.
- DeConno E, Caraceni A, Groff L et al.** (1996). Effect of home care on the place of death of advanced cancer patients. *European Journal of Cancer* 32:1142-47.
- Furniss K** (2000). Tomatoes, pap smear, and tea? adopting behaviors that may prevent reproductive cancers and improve health. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 26(6): 641-650.
- Gershenson DM** (2000a). Cervical cancer. *Gynecologic Oncology* 78(3): 9
- Gershenson DM** (2000b). Ovarian cancer. *Gynecologic Oncology* 78(5): 7-8.
- Gershenson DM** (2000c). Vulvar cancer. *Gynecologic Oncology* 78(3): 11.
- Hoskins NS, Perez CA, Young RC et al.** (1997). *Principles and Practice of Gynecologic Oncology*. 2.ed. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia.
- Kaaks R, Lukanova A** (2002). Effects of weight control and physical activity in cancer prevention: role of endogenous hormone metabolism. *Annals of The New York Academy of Sciences* 963: 268-281.
- Kinzbrunner BM** (1995). Ethical dilemmas in hospice and palliative care. *Support Care Cancer* 3:28-36.
- Lammers SE, Schaefer KM, Ladd EC et al.** (2000). Caring for women living with ovarian cancer: recommendations for advanced practice nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 26(6):567-573.
- Lowdermilk D, Germino BB** (2000). Helping women and their families cope with the impact of gynecologic cancer. *Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 26(6):653-60.
- Merrouche Y, Freyer G, Saltel P et al.** (1996). Quality of final care for terminal cancer patients in a comprehensive cancer centre from the point of patients' families. *Support Care Cancer* 4:163-68.
- Miaskowski C** (1996). Special needs related to the pain and discomfort of patients with gynecologic cancer. *Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 25(2):181-187.
- Okyayüz ÜH** (1996). Kanserli hastanın psikoterapisi: hasta ile etkin işbirliğine dayalı bir model. IV. Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongresi, İstanbul.
- Öz F** (1998). Ailede kanser olgusu. *Hemşirelik Forumu* 1(5):206-210.
- Pace B** (2000). Decisions about end-of-life care. *The Journal of The American Medical Association* 284(19):2550-53.
- Pedridou E, Belechri M** (2002). Leptin and body mass index in relation to endometrial cancer risk. *Annals of Nutrition & Metabolism* 46(3-4):147-151.
- Peruselli C** (1999). Home palliative care for terminal cancer patients: a survey on the final week of life. *Palliative Medicine* 13(3):233-39.
- Rummans TA, Frost M, Suman VJ et al.**

(1998). Quality of life and pain in patients with recurrent breast and gynecologic cancer. *Psychosomatics* 39(5): 437-444.

Shirley EO (1997). *Oncology Nursing*. 3.ed. Mosby-Year Book, St. Louis.

Taşkın L (2003). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.

Türkbıkmaz A (1994). Kanser hastasının bakımında sosyal kişisel çalışmanın önemi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Üstün B (1998). Kanser hastasına nasıl yardım edilebilir? *Hemşirelik Forumu* 1(5):221-23.

Ventafriidda V, Ripamonti C, DeConno F et al. (1990). Symptom prevalence and control during cancer patients 'last days of life'. *Journal of Palliative Care* 6(3):7-11.

Yılmaz S (1998). Kemoterapi hazırlayan ve uygulayan hemşirelerin aldıkları koruyucu önlemler ve yeterince önlem alamama nedenleri. *Hemşirelik Forumu* 1(5):215-20.