

ONKOLOJİ HASTALARINDA SIK KARŞILAŞILAN SEMPTOMLAR VE HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

COMMON SYMPTOMS OF ONCOLOGY PATIENTS AND NURSING MANAGEMENT

Aynur BAHAR*
Özlem OVAYOLU**
Nimet OVAYOLU***

Geliş Tarihi: 16.01.2019, Kabul Tarihi: 27.05.2019

ÖZET

Onkolojide kullanılan tedavi yöntemleri aynı zamanda pek çok yan etkiye neden olmaktadır. Tedavi uygulamaları sonucunda gelişebilecek yan etkilerin tanınması ve uygun bakımın sağlanmasının hastaların günlük yaşam aktivitelerine katılımını ve yaşam kalitesini arttırabileceği bilinmektedir. Bu makalede onkoloji hastalarında görülen fiziksel ve emosyonel semptomlar ile bu semptomların kontrolünde hemşirelerin kullanabileceği yöntemler ele alınmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kanser, sık görülen semptomlar, semptom yönetimi.

ABSTRACT

The treatment methods used in oncology also cause so many side effects. It is known that recognizing side effects which can develop after treatment implementations and providing appropriate care can improve patients' life quality and participation in daily life activities. The physical and emotional symptoms of oncology patients and methods that nurses can use to control them are discussed in this article.

Key Words: Cancer, common symptoms, symptom management.

Sorumlu Yazar:

Adı Soyadı: Öğr. Gör. Aynur Bahar

Adres: Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

E-mail: abahar@gantep.edu.tr

* Öğr. Gör., Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

** Doç. Dr., Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

*** Prof. Dr., Girne Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Girne, Kıbrıs

GİRİŞ

Dünyada ve ülkemizde kanser önemli bir sağlık sorunu olup, ülkemizde (%20.7) ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. 2020’li yıllardan itibaren özellikle gelişmiş ülkelerde kansere bağlı ölümlerin ilk sıraya yükselmesi tahmin edilmektedir (Türkiye Bilimler Akademisi -TÜBA 2014). Türkiye’de 2010 yılında yaşa standardize kanser hızı erkeklerde yüz binde 261.4, kadınlarda ise yüz binde 168.7 olup (Türkiye Kanser İstatistikleri 2012), ülkemizde her yıl yaklaşık 160.000-180.000 yeni kanser tanısı konulmaktadır (TÜBA 2014). Kanserın prognozu, tedavisi ve tedavi toksisitesi bedenın tüm sistemleri üzerinde lokal ve sistemik önemli etkiler yaratmaktadır (Hintistan, Çilingir ve ark. 2012). Bu nedenle kanser hastaları sadece hastalık süreci ile ilgili değil, kanser tedavilerinin yan etkileri nedeniyle de pek çok sorun yaşamaktadır. Kanser tedavisinde en sık kullanılan yöntemlerden biri olan kemoterapi, hastalığı tedavi ederken fiziksel ve emosyonel birçok semptomu yol açmaktadır. Ancak bilindiği üzere kemoterapi nedeni ile ortaya çıkan bu semptomlar, etkin tedavi ve hemşirelik girişimleri ile önlenilmekte ya da azaltılabilmektedir (Hintistan, Çilingir ve ark. 2012; Seven, Akyüz ve ark. 2013). Hemşirelik bakımında özellikle kemoterapi nedeni ile ortaya çıkan komplikasyonları önleme, semptomları erken dönemde belirleme ve bu semptomları kanıta dayalı olarak yönetme büyük önem taşımaktadır (Hintistan, Çilingir ve ark. 2012; Lagman ve Walsh 2005). Bu makalede kanser

tanısı ve tedavisine ilişkin sık karşılaşılabilecek semptomlar ve bu semptomların yönetimine yer verilecektir.

FİZİKSEL SEMPTOMLAR

Ağrı

Kanser hastalarında ağrı, en sık görülen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir semptomdur. Ağrı, ilerlemiş kanser hastalarının %70’inden fazlasında, terminal dönemdeki hastaların ise %90’ında görülmekte ve kontrol edilmemiş şiddetli ağrı, acil hizmetlere ve agresif tedaviye ihtiyacı arttırmaktadır. Etkin ağrı tedavisi konusunda bilgi eksikliği, narkotik bağımlılığıyla ilgili çekinceler, semptomlarını gizleyen hastalar ve semptom kontrolüne yeterince önem verilmemesi gibi faktörler ağrı tedavisinin uygulanmasındaki engellerdendir. (Sarıhan, Kadioğlu ve ark. 2012; Kocaman, Kaçmaz ve ark. 2013). Bu nedenle öncelikle her hastanın ağrı düzeyinin, hastalığının, eşlik eden tıbbi sorunlarının, psikolojik durumunun ve ağrının etkilediği alanların kapsamlı olarak değerlendirilmesi ve tedavinin buna göre planlanması gerekmektedir. Ayrıca ağrı kontrolünde; başka hastalıkların varlığı, hastanın kullandığı diğer ilaçları ve tercihleri de dikkate alınmalıdır. Tedavi şeklinin ve prognozunu doğru olarak belirlenmesi açısından ağrı tipinin ve nedeninin belirlenmesi de oldukça önemlidir. Kronik ağrısı olanlara düzenli analjezik tedavi uygulanmalı, analjezik seçiminde ağrının nedeni ve niteliği dikkate alınmalı, ilk seçenek olarak oral analjeziklerin kullanımı tercih edilmeli ve Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) analjezi mer-

diveni kullanılmalıdır (Uzunoğlu ve Çiçin 2011; Uğur 2014).

DSÖ, kanser ağrısında ilaç seçimi için basamak tedavisi olarak bilinen bir rehber önermiştir (Şekil 1) (Çayır ve Işık 2012; www.who.int/ erişim 2015). Bu rehber kanser ağrısının tedavisinde en çok kullanılan yöntemdir (Shahi, Rueda et al. 2007). DSÖ analjezik merdivenini doğrulayan kontrollü çalışmalarla ortaya konmuş güçlü kanıtlar olmamasına rağmen, DSÖ metodunun büyük önem taşıdığı, ağrılı ileri evre kanser hastalarına yaklaşırken yüksek başarı şansı nedeniyle (%70-90) teşvik edilmeye devam edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Mercadante 2010). Bu üç aşamalı yaklaşımın ilk basamağında parasetamol gibi nonsteroid anti inflamatuvar ilaçların tek başlarına ya da başka analjeziklerle kombine kullanımı önerilmektedir. Eğer ağrı kontrol edilemezse ikinci basamağa geçilerek birinci basamak tedavisine ek olarak kodein gibi zayıf-orta etkili bir opioid seçilir. Ağrının sürmesi halinde zayıf etkili opioidin yerine morfin gibi güçlü bir opioid kullanılır ve ağrıyı azaltan dozuna dek titre edilir (Sarıhan, Kadioğlu ve ark. 2012).

Tedavi sırasında opioidlerin yan etkilerinin (konstipasyon, bulantı-kusma, kaşıntı, sedasyon, yorgunluk ve solunum depresyonu) hastaların semptomlarına eklenebileceği unutulmamalı, hastalar opioidlerin yan etkileri konusunda bilgilendirilmeli ve iyi gözlem yapılmalıdır. En fazla endişe edilen yan etki solunum depresyonu olup, bu durum opioid kullanımında çekincelere neden olmaktadır.

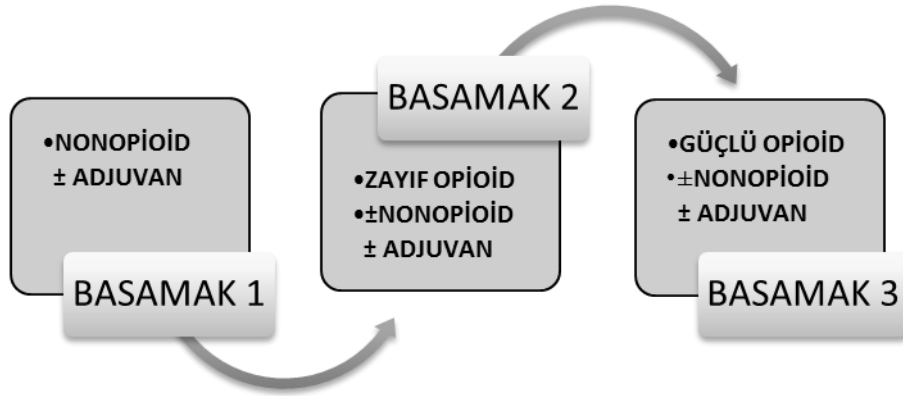
Dikkatli bir doz titrasyonu sayesinde bu yan etkiyle karşılaşma olasılığı düşüktür. Opioidlerin diğer yan etkilerinden biri olan konstipasyon uzun süren ve profilaktik laksatif kullanımı gerektiren bir sorundur. Sedasyon ve yorgunluk ise bir hafta içinde düzelebilir. Kaşıntı %10-50 hastada, genellikle tedavinin erken döneminde ortaya çıkar ve antihistaminikler ile tedavi edilebilir. Tedavinin başlangıcında görülen bulantı-kusma yaşam kalitesinde olumsuz etkiye neden olabileceğinden mutlaka tedavi gerektirir (benzodiyazepinler, dopamin reseptör antagonistleri, serotonin antagonistleri ve kortikosteroidler) (Uzunoğlu ve Çiçin 2011; Kabalak, Öztürk ve ark. 2013).

Ağrının kontrolünde farmakolojik yöntemlerin yanı sıra farmakolojik olmayan tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinden de yararlanılmaktadır. Bu yöntemler; refleksoloji, masaj, terapötik dokunma, müzik terapi gibi uygulamaları içermektedir (Korkan ve Uyar 2014). Nonfarmakolojik yöntemlerden biri olan refleksolojiye ilişkin yapılan çalışma sonuçları kanser ağrılarını ve kemoterapinin yan etkilerini hafifletmek ve yaşam kalitesini arttırmak için destekleyici bir yöntem olduğunu göstermektedir (Korkan ve Uyar 2014; Stephenson, Swanson et al. 2007, Sharp, Walker et al. 2010). Literatürde refleksoloji uygulaması ile kanser hastalarının ağrı skorlarının ve opioid ihtiyaçlarının azaldığı bildirilmektedir (Stephenson, Swanson et al. 2007, Sharp, Walker et al. 2010). Reiki dokunma terapisinin, gevşemeyi arttırarak ağrı deneyimini değiştirebilme potansiyeline sahip olduğu bildirilmektedir (Sağkal, Eşer

ve ark. 2013). Çeşitli klinik araştırma sonuçları, Reiki dokunma terapisinin ağrıyı gidermek için etkili bir girişim olduğunu göstermiştir (Tsang, Carlson et al. 2007; Aghabati, Mohammadi et al. 2010).

Onkoloji hemşireleri, ağrı yönetimine ilişkin planlama yaparken hastaları ve ailelerini planlama sürecine aktif olarak dahil etmeli ve hastaların ağrı düzeylerini bildirebilmesi için uygun bir iletişim ortamı sağlamalıdır. Hastalara hafif egzersiz yapması ve non-farmakolojik uygulamalardan yararlanması önerilmelidir. Hasta ve yakınlarına dikkati başka yöne çekme (kitap okuma, müzik dinle-

me, hayal kurma vb.) ve gevşeme teknikleri öğretilmelidir (Uzunoğlu ve Çiçin 2011; Uğur 2014). Hemşireler, multidisipliner tedavi planının geliştirilebilmesi amacıyla hastalara sunulan bakım hizmetini gelişen rolleri ile koordine etmeli, analjeziklerin yan etkilerine karşı hastaları gözlemeli, ağrı ve tedavisi konusunda hasta ve aile eğitimde aktif rol almalıdır. Ayrıca kanıta dayalı farmakolojik olan ve olmayan girişimlerin kullanılması benimsenmeli, desteklenmeli ve bu girişimlerin kullanılmasına ilişkin standartlar oluşturulmalıdır (Uysal 2014).



Şekil 1. DSÖ Kanser Ağrı Tedavisi, Analjezik Merdiven Protokolü (12)

Bulantı-Kusma

Bulantı-Kusma sıklıkla hastalığın kendisi, kemo-terapi ya da opioid kullanımı nedeniyle gelişebilir (Kabalak, Öztürk ve ark. 2013). İleri evre kanser hastalarında; bulantı prevalansı %7-49 iken, kusma prevalansı %11-78 arasında değişmekte ve özellikle yaşam sonu dönemde yaşanan bulantı ve kusma, psikolojik sıkıntıya neden olarak yaşam

kalitesini düşürmektedir (Uğur 2014). Ayrıca bu semptomlar hastaların yeterli besin alımını kısıtlayarak kaşeksiye, sıvı-elektrolit dengesizliklerine ve oral mukozanın bütünlüğünün bozulmasına yol açmaktadır (Çayır ve Işık 2012). Farmakolojik tedavide antiemetikler, antihistaminikler, kortikosteroidler, prokinetik ajanlar, dopamin-serotonin antagonistleri, opioid kaynaklı bulantı-kusmada düşük doz haloperidol ya da metoklopramid veri-

lebilir (Harris 2010). Onkoloji hemşiresi bulantı-kusmayı rahatlatmak için yeterli sıvı alımının sağlanması, bulantılı dönemlerde sıvıların yavaş tüketilmesi, az ve sık beslenme, diyetle yüksek kalorili ve proteinli gıdalara yer verilmesi ve sindirimi kolaylaştırıcı önlemler alınması gibi beslenme ile ilgili basit önlemler alabilir (Uğur 2014).

Hemşireler bulantı ve kusmaya yönelik kanıta dayalı alternatif yöntemlerden de yararlanabilirler. Bulantının giderilmesinde zihin-beden terapileri yardımcı olabilmektedir. Bu terapiler arasında bulunan hipnoz, bulantı-kusmayı kontrol etmede kullanılan ilk psikolojik tekniktir (Arslan ve Özdemir 2015). Bir çalışmada hipnozun kemoterapiye bağlı bulantı kusmayı azaltmada önemli olduğu vurgulanmıştır (Richardson, Smith et al. 2007). Santosh ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, kanser tanısı konan hastalara aromaterapi inhalasyonu ile birlikte uygulanan aromaterapi masajının, uygulamadan bir gün sonrasında bile hastaların bulantı ve kusma düzeylerini azalttığı saptanmıştır. Luebbert ve arkadaşlarının (2001) yaptığı meta analiz sonuçlarına göre bulantı gevşeme yöntemi ile önemli bir şekilde azalmaktadır. Progresif gevşeme teknikleri, ilk kemoterapiden önce uygulandığında bulantı-kusmayı önlemekte veya geciktirmektedir (Campos, Martins et al. 2007). Başka bir çalışmada ise radyoterapi alan hastalarda akupunkturun bulantıyı azalttığını bildirilmiştir (Enblom, Tomasson et al. 2011).

Yorgunluk

Kanser gibi hayatı tehdit eden hastalıklarda yorgunluk yaygın bir şikâyet olup hastaların fonksiyonel durumunu, günlük yaşam aktivitelerini yapabilmeyi ve sosyalleşmeyi olumsuz etkileyen bir semptomdur. İlerlemiş kanserli hastalarda yorgunluk prevalansının %75-100 arasında olduğu bildirilmiştir (Kocaman, Kaçmaz ve ark. 2013). Yapılan bir çalışmada yorgunluğun, günlük yaşam aktivitelerini ağrıdan daha fazla etkileyen önemli bir semptom olduğu bildirilmiştir (Karadağ, Gülen ve ark. 2012). Bu hastalarda ağrı, emosyonel bozukluklar, uyku problemleri, anemi, beslenmede yetersizlik, inaktivite, ilaçlar ve diğer komorbid durumlar yorgunluğa neden olabilmektedir. Altta yatan bu nedenlerin kontrolü ile hastalardaki yorgunluk düzeyinin azaltılabileceği unutulmamalıdır (Çayır ve Işık 2012). Hemşireler yorgunluk nedenlerini belirlemeli; hekim önerisiyle ilaç/vitamin desteği sağlama, hastaya yüksek proteinli diyet uygulama, psikososyal girişimleri planlama (sosyal aktivitelere katılım, stres yönetimi, gevşeme teknikleri, destek gruplarına katılım gibi), aile ile iletişimi destekleme, enerji ve zaman yönetimi ile enerji tasarrufu sağlama, uyku düzeni oluşturma (etkin dinlenme için gece 7-8 saat uyuma, gündüz uyuma periyotları), fizik tedavi ve egzersizlerden yararlanmaya ilişkin girişimlerde bulunmalıdır (Uğur 2014; Can 2006; www.stoppain.org/ erişim 2015).

Yorgunluğun azaltılmasında onkoloji hemşireleri non-farmakolojik yöntemlere de gerekli önemi vermelidirler. Kansere bağlı yorgunlukta genellikle düzenli fiziksel aktivite; iskelet-kas zayıflığı olan hastalarda güçlendirme egzersizleri, yağsız vücut kitlesinin korunması ve geri kazanımı için aerobik egzersizler önerilmektedir (Arslan 2019). Düzenli egzersiz hastalarda enerji kaybını azaltır, işlevsel kapasiteyi artırır ve dolaşım sistemini hızlandırarak yorgunluğa neden olan sitokinlerin ve diğer maddelerin dolaşımdan atılmasını sağlar. Hastalarda yorgunluğun %40-50 azalmasını sağlayan aerobik egzersizler haftada 3-5 kez, 40-60 dakika yapılması önerilirken, yürüyüşün haftada 4-5 kez 30 dakika yapılması önerilmektedir (Mock 2004). Masaj, yoga, bitki çayları, meditasyon, akupunktur, gevşeme teknikleri, davranış terapileri gibi alternatif tedavilerin de yorgunluğun azaltılmasında etkili olduğu bildirilmektedir (Arslan ve Özdemir 2015).

Dispne

Dispne, kanser tanısı alan hastalarda yaygın olarak görülmekte ve palyatif bakım hastalarında %20-80 arasında deneyimlenmektedir (Ripamonti ve Bruera 2015). Dispne; anksiyete, solunum yolu tıkanması, sekresyon, konjestif kalp yetmezliği, hipoksi, plevral efüzyon, pnömoni, pulmoner ödem, pulmoner emboli, anemi ya da metabolik sorunlar nedeniyle gelişebilmektedir (Aydoğan ve Uygun 2011). Dispnenin farmakolojik tedavisinde; opioidler, sedatifler, kortikosteroidler ve bronkodilatörlerden yararlanılmaktadır. Dispne teda-

visinde en etkili ajanlar olan opioidler; yüksek karbondioksit düzeylerine santral yanıtı azaltarak solunum çabasını ve hızını azaltır, limbik sistem üzerinden hastayı rahatlatarak dispneye emosyonel yanıtı önler. Hemşireler hastayı rahatlatmak için, hava sirkülasyonunu sağlama, gevşeme tekniklerini kullanma, pozisyon değiştirme, anksiyeteyi azaltma ve postural drenaj uygulama gibi önlemlerle farmakolojik tedaviyi destekleyebilir (Kabalak, Öztürk ve ark. 2013). Bazı hastalarda destekleyici oksijen uygulaması yararlı olabilir. Ancak özellikle onkoloji hemşireleri terminal hastaların çoğunda yaşanan dispnenin hipoksemik olmadığını ve oksijen kullanımından semptomatik olarak yararlanacaklarına ilişkin bir kanıt bulunmadığını unutmamalıdır (Aydoğan ve Uygun 2011).

Oral Mukozit

Oral mukoza epitel hücreleri diğer hücrelere göre daha hızlı bölünebilme özelliğine sahip olduğundan, kemoterapik ajanlar hücrelerin büyüme ve olgunlaşmasını baskılayarak ağız ve boğazdaki primer mukozal bariyeri bozmaktadır. Bunun sonucu olarak gelişen oral mukozit; mukoza bariyerinde bozulma, oral mukoza epitel hücrelerinde zayıflama, eritem, ödem, kanama, ülserasyonlar, ses kısıklığı, konuşma, çiğneme ve yutma güçlüğü ile karakterizedir (Çıtlak ve Kapucu 2015). Oral mukozit genellikle kemoterapi uygulamasından bir hafta sonra ortaya çıkmakta ve 21 gün sonra iyileşmektedir. Mukozitin en sık bildirilen yan etkisi ağrı olup, opioid analjezik kullanımı ve bes-

lenme sorunu gibi nedenlerle nazogastrik sonda veya total parenteral beslenme kullanılması olasılığını arttırmaktadır (Ünal ve Çınar 2012; Güngörmüş ve Bulut Erdem 2014; Çıtlak ve Kapucu 2015). Ayrıca oral mukozit enfeksiyonlara giriş kapısı oluşturması nedeniyle fırsatçı enfeksiyonların gelişmesine, sepsis nedeniyle mortaliteyi ve hastanede yatış süresini uzatarak tedavi maliyetinde de artışa neden olmaktadır (Ünal ve Çınar 2012; Çıtlak ve Kapucu 2015). Mukozitte temel amaç risk faktörlerinin belirlenmesi (kötü oral hijyen, yetersiz beslenme, sigara-alkol kullanımı, ilaca bağlı ağız kuruluğu, enfeksiyon vs.) ve önlenmesidir. Değiştirilebilir risk faktörlerinin ortadan kaldırılabilmesi için hastaların ağız mukozası ve dudakları mukozit belirtileri yönünden değerlendirilmeli, ağız bakımı yapılmalıdır. Özetle hemşireler mukozitin yönetiminde oral kaviteyi izlemeli, hastanın durumuna uygun ağız bakımı uygulamalı ve hastaları mukozitin önlenmesi ve ağız bakımının önemi konusunda eğiterek, kanıt temelli uygulamaları ve standart protokolleri bakıma dahil etmelidir.

Literatürde oral mukozitin önlenmesi ve tedavisine ilişkin standart bir bakım uygulaması bulunmamakla birlikte, güncel yöntemler ve etkileri konusunda kanıt dayalı uygulamalar mevcuttur. Ünal ve Çınar (2012)'in kemoterapi alan hastalarda ağız bakımı için sodyum bikarbonat, benzidamin hidroklorür solüsyonu ve karadut şurubu kullanımının oral mukozit üzerindeki etkisini araştırdıkları çalışmalarında; karadut şurubu kullanan

hastaların ağız mukoza bütünlüğünün daha iyi korunduğu, ağız içi ağrıyı ve ağız kuruluğunu daha az yaşadıkları, sodyum bikarbonat solüsyonu kullanan grupta boğaz ağrısı yaşayan hasta sayısında artma olduğu, benzidamin hidroklorür solüsyonu kullanan hastaların ise daha fazla boğaz ağrısı şikayeti yaşadığı saptanmıştır. Ayrıca oral ve gastrointestinal mukozitlerin önlenmesi için oluşturulan klinik uygulama rehberinde ve MASCC/ISOO (Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Ocular Oncology)'da radyoterapiye bağlı oral mukozitlerin önlenmesinde benzidamin hidroklorür önerilmekte, antimikrobiyal ve anestezik özelliği nedeniyle mukozitlere bağlı ağrının azaltılmasında da etkili olduğu belirtilmektedir (Rubenstein, Peterson et al. 2004; www.mascc.org/ erişim 2015). Mukozitleri önlemek ve tedavi etmek için sodyum bikarbonat ve sodyum klorür gibi solüsyonlar ile gargara yapılması da önerilmektedir. Sodyum bikarbonatın oral mukozit riskinin en az olduğu vakalarda tercih edilebileceği, sodyum klorürün granülasyon dokusunun oluşmasına ve iyileşmenin sağlanmasına yardım ettiği düşünülmektedir (Ünal ve Çınar 2012). Son olarak oral mukoziti önlemek için (MASCC/ISOO kanıt dayalı klinik uygulama rehberinde) kriyoterapi ve düşük doz lazer tedavisi gibi farmakolojik olmayan yaklaşımlar da önerilmektedir (Çıtlak ve Kapucu 2015; www.mascc.org/ erişim 2015).

İştahsızlık ve Kilo Kaybı

Kanser tanısı alan hastalar sık sık iştahsızlık ve kilo kaybı sorunları yaşamaktadır. Özellikle kanser hastalarında görülen bu semptomlar tümörün sebep olduğu metabolik değişimlerle ilgili olabileceği gibi, bulantı-kusma, ağrı, depresyon, yutma güçlüğü, ağız tadının ve koku almanın bozulması gibi faktörler nedeniyle de gelişebilmektedir (Kocaman, Kaçmaz ve ark. 2013; Çayır ve Işık 2012; www.stoppain.org/ erişim 2015). Bu nedenle hemşire iştahsızlık ve kilo kaybına neden olan faktörleri belirlemeli, son 24 saatte tüketilen besin miktarı, bulantı/ kusma varlığı, çiğneme ve yutma fonksiyonlarını değerlendirmeli, hastaların beden kitle indeksi, kilo takibi (son 6 ayda >10 kilo kaybı) ve antropometrik ölçümlerini yapmalı, diyetisyenle iş birliği sağlayarak yüksek kalorili ve proteinli besinlerin alınması için hastayı desteklemelidir. İştahsızlığın düzeltilebilir, tedavi edilebilir nedenlerine yönelik (bulantı, kusma, mukozit, ağrı, gastrointestinal motilite sorunları gibi) uygun girişimler sağlanmalı, hastanın tercih ettiği gıdaların huzurlu bir ortamda, hoş bir sunumla ve tolere edebileceği miktarlarda verilmesi ile oral alımın arttırılabileceği unutulmamalıdır (Uğur 2014; www.stoppain.org/ erişim 2015; www.bccancer.bc.ca/ erişim 2015).

Alopesi

Alopesi, kemoterapötik ilaçlara, başa uygulanan radyasyon alanının genişliğine ve dozuna bağlı olarak saç, aynı zamanda kaş, kirpik ve tüm vücut kıllarının kaybını içermektedir (Ünsar, Yıldız ve

ark. 2007). Bu sorun anksiyete, depresyon, beden imajında bozulma, düşük benlik saygısı ve azalmış iyilik hali ile sonuçlanabilmekte ve hastalar alopesi korkusundan dolayı tedaviyi reddedebilmektedir. Kemoterapi alan hastalarda saç kaybının genellikle geçici olduğu, 4-6 hafta içinde saçların tekrar büyüdüğü ifade edilmektedir. Sorun geçici olmasına rağmen hastaların yaşamını olumsuz etkilemesi nedeniyle alopesi yönetiminin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin bilgi vererek ve özbakım stratejilerini öğretmek saç kaybı sorunu ile hastaların daha iyi baş etmelerini sağlamaları önemlidir (Ateş ve Olgun 2014). Hemşireler tarafından hastalara saç kaybı olacağı ancak tedavi sonrasında yeniden çıkacağı açıklanmalı, hastalar kullanabilecekleri materyaller konusunda (şapka, eşarp, bone, peruk, göz kalemi, kaş kalemi, takma kirpik gibi) bilgilendirilmeli, kemoterapi öncesi saçların kısaltılması, kalan saçlar için sık şampuan uygulamama ve yumuşak fırça kullanımı önerilmeli, aile üyeleriyle beklenen fiziksel değişiklikler ve hastanın durumunu kabullenmesine ilişkin görüşülerek, manevi destek sağlanmalıdır (Buluş 2014; Ünsar, Yıldız ve ark. 2007).

Konstipasyon

Kanser hastalarının %54'ünün tedavinin herhangi bir döneminde konstipasyon yaşadıkları bildirilmiştir (Tsigaropoulos, Mazaris et al 2009). Konstipasyon sıklıkla opioid, antikolinergik, kalsiyum kanal blokerleri, beslenme yetersizliği, gastrointestinal motilite azlığı, dehidratasyon, metabo-

lik dengesizlikler, fekal tıkaç ve ileus sonucu gelişmektedir (Kabalak, Öztürk ve ark. 2013; Cimete 2002). Organik bir neden söz konusu değilse semptomatik tedavi, opioid kullanan hastalarda gelişen konstipasyon durumunda ise proflaktik olarak gaita yumuşatıcılar ya da stimülanların verilmesi uygun olabilmektedir (Cimete 2002). Konstipasyon yönetiminde hemşire hastanın bağırsak fonksiyonlarını değerlendirmeli, gastrokolik refleksi uyarmak için yemeklerden 30-60 dakika sonra tuvalete gitmesini, tuvalet ihtiyacı için yeterli zaman ayırmasını ve ağrı kontrolünü sağlamalıdır. Ayrıca hastanın aşırı ıkınmaktan kaçınması, bağırsak boşaltımı için rahat pozisyon alması, lifli gıdalarla beslenmesi, yeterli sıvı alınmasına teşvik edilmesi (herhangi bir sorun yoksa 1500-2000 ml.), erik suyu, sıcak limon suyu gibi uyarıcılardan yararlanılması ve günlük egzersiz yapması önerilebilir (Uğur 2014; www.stoppain.org/ erişim 2015).

Diyare

Onkoloji hastalarında kemoterapi ajanları, radyoterapi, enflamatuar bağırsak hastalıkları, cerrahi girişimler, enfeksiyon, ilaçlar, laktoz intoleransı, ileri yaş, stres ve anksiyete gibi faktörler diyare nedeni olabilir. Diyarenin kontrolünde hemşire, neden olan faktörleri belirlemeli, hastanın normal bağırsak alışkanlığını, dehidratasyon bulgularını, sıvı-elektrolit kayıplarını, abdominal ağrıyı, halsizlik, ateş gibi semptomları değerlendirmeli, cilt bütünlüğünü korumalı, hastanın kilo ve yaşam bulgularını takip etmelidir (Uğur 2014). Özellikle

hastaya baharatlı, kızarmış gıdalar, meyve, sebze, kepekli ve tahıllı gıdalar, çok sıcak veya soğuk besinler, alkol ve kafeinli içecekler, yağlı ve asidik gıdalar ile süt ve süt ürünlerinden kaçınması gerektiği açıklanmalıdır. Kaybedilen sıvı ve elektrolitlerin yerine konulması (özellikle sodyum ve potasyum) önemlidir. Bu nedenle hastaların en az üç litre sıvı alması sağlanmalıdır. Hastanın posa yönünden fakir, yüksek kalorili ve potasyum açısından zengin gıdalarla beslenmesi önerilmektedir (www.stoppain.org/ erişim 2015; Ünsar, Yıldız ve ark. 2007; Sis 2014).

Nötropeni

Nötropeni, DSÖ'ye göre mutlak nötrofil sayısının 2.000/mm³'ün altında olması durumudur ve genel olarak periferik kanda mutlak nötrofil sayısının azalması olarak tanımlanmaktadır. Febril nötropeni ise nötropeniye ateşin eşlik etmesi durumudur (Gönderen ve Kapucu 2009). Kemoterapi ve/veya radyoterapiye bağlı kemik iliği baskılanması sonucu oluşan ve enfeksiyon riskine yol açan önemli bir semptomdur. Semptom kontrolünde hemşirenin sorumlulukları arasında enfeksiyon belirtilerini ve enfeksiyonun en sık görüldüğü bölgeleri gözlemek, deri bütünlüğünü korumak ve günlük bakım yapmak, ağız hijyenine özen göstermek, hasta ve ailesini enfeksiyondan korunma yöntemleri hakkında bilgilendirmek, düzenli aralıklarla hastanın ateş takibini yapmak, hekim istemine göre ilaç desteği sağlamak, hastanın dinlenmesine ve beslenmesine dikkat etmek yer alır (Uğur 2014; Ünsar, Yıldız ve ark. 2007). Nötropenik hastaya

iyi bir bakım verilmediği takdirde enfeksiyon ve sepsis nedeniyle hastalar kaybedilebilmekte, ayrıca hastalık süresi uzadıkça hastanın yaşam kalitesi düşmektedir. Özellikle hemşirelerin verdiği bakım hastanede yatış süresini ve maliyeti azaltmakta, yaşam kalitesine olumlu etki sağlayabilmektedir. Bu nedenle nütropenik hastaya bakım veren hemşirelerin nütropeni hakkında güncel bilgi birikimine sahip olmaları ve bilgilerini sürekli yenilemeleri gerekmektedir (Gönderen ve Kapucu 2014).

Trombositopeni

Kemik iliği depresyonu, kemoterapi, pıhtılaşma faktörlerinin yetersiz yapımı gibi nedenlerle kanamaya eğilimin artmasıdır. Hastada peteşi, ekimoz, hematüri, hipotansiyon, taşikardi, anemi ve trombosit sayısında ($150000/mm^3$) azalma görülebilir. Bu semptomun yönetiminde hemşirenin sorumlulukları; güvenli çevre oluşturulmasını sağlamak, hastayı çarpma, düşme gibi travmalardan korumak, trombosit sayısını takip etmek, hasta yatakta hareket ederken, defekasyon sırasında ve ağır objeleri kaldırırken valsalva manevrasından kaçınmak, yaralanmaları önlemek için gerektiğinde aktivite kısıtlaması yapmak, ağız bakımında yumuşak materyal kullanmasını önermek, aspirin ve nonsteroid antiinflamatuvar ilaçların kullanılmasını sağlamak, invaziv girişimlerden mümkün olduğunca kaçınmak, ıkınmaya neden olarak intrakraniyal kanama riskini arttıracığından, konstipasyon gelişimini önlemeye yönelik posalı yiyecekler ve bol sıvı alınmasını sağlamak, deride peteşi, ekimoz kontrolü yapmak, diş eti, burun, idrar,

dışkıda kanama gibi normal olmayan kanamaları yakından takip etmektir (Uğur 2014; Sis 2014; Ünsar, Yıldız ve ark.2007).

Anemi

Anemi, kanser ve kanser tedavilerinin yaygın ve sık görülen ciddi bir komplikasyonu olup, hastaların %30-90'ında görülebilmektedir (Usta 2014). Bu sorunun görülme sıklığı kanserin evre ve süresinin yanı sıra uygulanan kemoterapi, cerrahi tedavi ve radyoterapiye bağlı olarak da değişmektedir. Kansere bağlı aneminin etiyolojisi multifaktöriyeldir. Tümör ile ilişkili akut ve kronik kan kayıpları, kaşeksi ve malnütrisyon, B₁₂ ve folik asit eksikliği, hemoliz, kemik iliği infiltrasyonu, hemofagositoz, miyelodisplazi, kemoterapi ve radyoterapinin kemik iliğini ve eritropoetin sentezini baskılaması gerek hastalığa bağlı gerekse ilaçlarla ilişkili olarak saf eritroid seri aplazisi gibi durumlar anemiye yol açabilir (Kadıköylü 2007). Yorgunluk ve soğuğa dayanıksızlık aneminin en belirgin klinik bulgusudur. Ayrıca hastalarda eforla birlikte dispne, solukluk, baş ağrısı, hipotansiyon, taşikardi, taşipne ve menstruel düzensizlik görülebilir. Anemiye neden olan etiyolojik faktörün tedavisinde, kırmızı kan hücre transplantasyon desteği, demir destekli veya desteksiz eritropoetin stimule edici ajanlardan yararlanır (Usta 2014). Hemşireler anemi belirtilerini ve laboratuvar bulguları değerlendirmeli, hasta ve ailesine eğitim vermelidirler.

EMOSYONEL SEMPTOMLAR

Kanserden etkilenen bireyler, çoğunlukla yaşamlarını kontrol altında tutma yeteneklerindeki azalma, başkalarına bağımlılıktaki artış, aile, iş ve sosyal hayatta bozulan dengelerle yüzleşirler. Dolayısıyla bu hastalarda başta depresyon olmak üzere emosyonel bozukluklar sık görülmekte (Çayır ve Işık 2012), tedavi edilmeyen bozukluklar hem hastalığın şiddet, seyir ve tedaviye cevabını, hem de tedaviye uyum ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Sık görülen emosyonel sorunlar aşağıda verilmiştir.

Anksiyete

Hastaların pek çoğu gelecek belirsizliği, ölümle ilgili korkular ve geride kalanların yaşayacakları zorluklardan dolayı anksiyete yaşayabilir. Hastalığın yarattığı dispne ve ağrı gibi fiziksel semptomlar da bu durumun ağırlaşmasına neden olabilir (Kabalak, Öztürk ve ark. 2013). Anksiyetenin azaltılmasında anksiyete giderici farmakolojik ajanlara ek olarak, farmakolojik olmayan tekniklerin kullanılmasının da etkili olduğu ileri sürülmektedir. Bu süreçte kanser hastalarına yapılan refleksoloji uygulamasının fiziksel gerginliği azaltarak derin bir gevşeme sağladığı, stresi azalttığı, parasempatik cevabı aktive ettiği, enerji akışı ve dengeyi sağladığı bildirilmektedir. Aynı zamanda, refleksoloji uygulamasının vücuttaki dopamin seviyesini yükselterek anksiyete ve stres seviyelerinin düşürülmesinde yarar sağladığı düşünülmektedir (Quattrin, Zanini et al. 2006; Ernst, Posadzki et al. 2011). Çalışmalarda refleksoloji uygulama-

sının anksiyeteyi anlamlı düzeyde azalttığı ve ruh halini olumlu etkilediği yönünde kanıtlar mevcuttur (Quattrin, Zanini et al. 2006; Kim, Lee et al. 2010). Tsang ve arkadaşları (2007) tarafından kanser hastalarında reikinin uygulandığı bir çalışmada ise bu yöntemin anksiyeteyi azaltmada etkili olduğu saptanmıştır. Yoganın da fiziksel ve psikolojik sağlığı geliştirmede ve özellikle stresi gidermede yararlı olduğuna ilişkin kanıtlar mevcuttur (Okanlı 2016).

Depresyon

İlerlemiş kanser hastalarında en sık gözlenen (%70) psikiyatrik bozukluğun depresyon olduğu belirtilmektedir (Cimete 2002). Geçmiş depresyon öyküsü, ağrı, kötü fonksiyonel durum, sosyal ağ yetersizliği ve genç yaşta olmak depresyon için risk faktörleridir (Kocaman, Kaçmaz ve ark. 2013). Ayrıca hastalığın ileri evresinde olma, kötü prognoz, dürtü kontrolsüzlüğüne neden olan hafif deliryum tablosu, yeterince kontrol altına alınmamış ağrı, majör depresyon, kontrol kaybı, duygusal sıkıntı, fiziksel işlev kaybı, önceden var olan psikiyatrik bozukluk, fiziksel ve duygusal tükenmişlik, ailede ve kişide intihar girişimi öyküsü, toplumdaki uzaklaşma gibi durumlar intihar riskini artırmaktadır (Aydın, Deveci ve ark. 2012). Depresyonun yönetiminde ağrı, ilaç yan etkileri ve diğer tıbbi durumların mümkün olduğunca kontrolü, aile, arkadaş ve eş desteği, stres yönetim teknikleri ve danışmanlık ekibin üstlenmesi gereken sorumluluklardır. Bir meta-analiz çalışmasında, depresif kişilere uygulanan masaj terapisinin belir-

tileri önemli ölçüde azalttığı sonucuna varılmıştır (Hou, Chiang et al. 2010). Müzik terapinin de kanser hastalarında tedaviye bağlı stres, anksiyete ve depresyonu azaltmada etkili olduğuna dair kanıtlar mevcuttur (Li, Yan et al 2011; Bradt, Dileo et al. 2011).

Deliryum

Kanser hastalarında, özellikle palyatif bakım alan hastaların %40'ında terminal dönem hastalarının %80'inde deliryum sendromu geliştiği bildirilmektedir. Deliryum, ilaçlar, metabolik dengesizlikler, dehidratasyon, hiperhidrasyon, duyu kaybı, enfeksiyonlar, ileri yaş, organ yetersizliği ve intrakraniyal nedenler gibi faktörlere bağlı olarak gelişebilir (Kabalak, Öztürk ve ark. 2013; Karan ve Akın 2012). Ayrıca deliryum tedavi edilmediğinde kalıcı unutkanlık, dikkat eksikliği, konsantrasyon güçlüğü gibi bilişsel bozukluklara da neden olabilmektedir (Özçelik, Fadiloğlu ve ark. 2014). Tedavi nedene yönelik olarak planlanmalı, metabolik sorunlar ve sıvı dengesizlikleri düzeltilmeli, enfeksiyon ve hipoksi giderilmeli ve opioid dozları yeniden düzenlenmelidir. Güçlü antikolinergik ilaçlar (trisiklik antidepresanlar), H₂ reseptör blokerleri, dijitaler ve steroid ilaçlar bu etkilere neden olabileceğinden doz ayarlaması yapılmalı ya da kesilmelidir. Artan dozlarda nöroleptiklerin deliryumu düzelterebileceği unutulmamalıdır (Kabalak, Öztürk ve ark. 2013). Özellikle yaşamın son günlerine yaklaşan hastalarda ajitasyon, huzursuzluk, feryat etme, inleme ve inleyecek düzeyde acı çekme durumları gözleniyorsa

terminal deliryum düşünülmeli, hastayı rahatlatmak için aşırı uyaranların engellenmesi, hasta güvenliğinin sağlanması ve tanıdık çevre oluşturulması gibi uygulamalar önerilmelidir (Cimete 2002).

Uyku Bozuklukları

Uyku bozuklukları rutin semptom tanılmasının bir parçasını oluşturmakta ve kanser hastalarında uyku bozukluğu %25-95 oranında görülmektedir (Kocaman, Kaçmaz ve ark. 2013). Ağrı, anksiyete, yorgunluk ve uykusuzluk gibi sorunlar kanser hastalarında bir arada görülen, birbiri ile ilişkili olan semptomlar topluluğudur. Bu semptomlar birbirlerinin ortaya çıkmasını kolaylaştırmakta, yaşam kalitesinin daha da kötüleşmesine neden olmaktadır. Bu nedenle kanser hastalarında uyku bozukluklarının tedavisi için farmakolojik olan ve olmayan farklı yöntemler tercih edilmektedir. Farmakolojik olmayan yöntemler arasında bilişsel davranışçı terapiler, farkındalık tabanlı stres azaltma yöntemleri, eğitim, tamamlayıcı terapiler (yoga, meditasyon, relaksasyon, hipnoz vb.) ve egzersiz sıralanabilir (Yavuzşen, Alacacıoğlu ve ark. 2014). Kansere bağlı uyku problemine yol açan nedenleri ortadan kaldırmaya yönelik olarak uygulanan bilişsel davranışçı tedavilerin daha etkili ve kanıt düzeyinin daha iyi olduğu bildirilmektedir (Dy ve Apostol 2010). Farmakolojik tedavilerde ise sıklıkla benzodiazepin ve hipnotik ajanlar kullanılmaktadır (Yavuzşen, Alacacıoğlu ve ark. 2014). Hemşirelik yönetiminde uykusuzluğa neden olabilecek faktörler belirlenerek giri-

şimler planlanmalıdır. Uyku hijyenine yönelik hasta eğitiminde; nikotin, alkol, kafein tüketimini azaltmak, uykudan önce ağır baharatlı veya şekerli yiyecekler yememek, yatmadan önce sıvı alımından kaçınmak, yatmadan iki veya üç saat önce düzenli egzersiz yapmak, oda sıcaklığını ayarlamak, gürültüyü azaltmak, odanın aydınlanmasına dikkat etmek, uyku öncesi rutinlerini uygulamak, masaj, yoga, meditasyon, progresif kas relaksasyonu, solunum teknikleri ve aromaterapi yöntemlerinden herhangi birini uygulamak şeklinde önerilerde bulunulabilir (Uğur 2014).

Kanserin vücuda verdiği zararların yanında kemoterapi gibi tedavi yöntemleri de vücut üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Kemoterapi ilaçları tedavi edici olmakla birlikte ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, iştahsızlık, dispne, oral mukozit ve ruhsal değişiklikler gibi yan etkilere de yol açar. Bu semptomlar etkili hemşirelik girişimleri ile önlenbilir ya da azaltılabilir. Kanser hastalarının bakımında önemli rollere sahip olan onkoloji hemşireleri hasta ve aile üyelerinin yaşadıkları semptomların farkında olmalı, kanıta dayalı uygulamalarla fiziksel ve emosyonel semptomların kontrolünü planlamalı ve semptom yönetimini sağlamalıdır. Ayrıca onkoloji hemşireleri ve diğer sağlık profesyonellerinin, farmakolojik ajanlara ek olarak kullanılabilecek farmakolojik olmayan destekleyici yöntemler konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Hemşirelik bakımının bir parçası olan masaj, terapötik dokunma, müzik terapi, aromaterapi, egzersiz ve gevşeme yöntem-

leri gibi uygulamaların tamamlayıcı tedaviler içinde de yer aldığı görülmektedir. Hastalarla uzun süreli iletişim içinde olan hemşirelerin bakımında tamamlayıcı tedavilere yer vermeleri, bu konuda çalışmalar yapmaları ve sonuçları hastalarla paylaşmaları kanserli bireylerin bakım kalitelerini arttırabilir.

KAYNAKLAR

- A comprehensive cancer control program for BC. Symptom Management Guidelines. <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/> Erişim Tarihi: 20.05.2015.
- Aghabati N, Mohammadi E, Esmail ZP. The effect of therapeutic touch on pain and fatigue of cancer patients undergoing chemotherapy. *ECAM* 2010; 7 (3): 375-81.
- Arslan M, Özdemir L. Kemoterapiye bağlı gelişen bulantı-kusmanın yönetiminde kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri. *Türk Onkoloji Dergisi* 2015; 30 (2): 82-89.
- Arslan S. Kansere Bağlı Yorgunluk. http://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/472/17620161278-28_Bolum_27_Yorgunluk.pdf Erişim Tarihi: 19.03.2019
- Ateş S, Olgun N. Kemoterapiye bağlı alopesi ve yaşam kalitesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014; 1: 67-80.

- Aydın O, Deveci A, Esen Danacı A. Kanser tanısı intihara yol açar mı? Risk algılama ve azalttı mı nasıl yapılabilir? Üroonkoloji Bülteni 2012; 11: 311-315.
- Aydoğan F, Uygun K. Kanser hastalarında palyatif tedaviler. Klinik Gelişim 2011; 24 (3): 4-9.
- Bradt J, Dileo C, Grocke D et al. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011; 15 (8): CD006911.
- Buluş M. Bulantı-Kusma. 5. Türk Tıbbi Onkoloji Kongresi (Kongre Kitabı). Antalya: 19-23 Mart 2014: 85-86.
- Campos de Carvalho E, Martins FT, dos Santos CB. A pilot study of a relaxation technique for management of nausea and vomiting in patients receiving cancer chemotherapy. Cancer Nurs 2007; 30(2):163-7.
- Can G. Kanser hastasında yorgunluk. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2006; 3 (2):10-17.
- Çayır Y, Işık M. Terminal dönem kanser hastalarında evde sağlık hizmetleri. Smyrna Tıp Dergisi 2012; Ek sayı 1:87-89.
- Cimete G. Yaşam sonu bakım: Ölümcül hastalarda bütüncü yaklaşım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002:57-92.
- Çıtlak K, Kapucu S. Kemoterapi alan hastalarda görülen oral mukozitin önlenmesi ve tedavisinde güncel yaklaşımlar: Kanıta dayalı uygulamalar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2015; 1:70-77.
- Dy SM, Apostol CC. Evidence-based approaches to other symptoms in advanced cancer. Cancer J 2010; 16 (5):507-513.
- Enblom A, Tomasson A, Hammar M, et al. Pilot testing of methods for evaluation of acupuncture for emesis during radiotherapy: A randomised single subject experimental design. Acupunct Med 2011; 29 (2):94-102.
- Ernst E, Posadzki P, Lee MS. Reflexology: An update of systematic review of randomised clinical trials. Maturitas 2011; 68: 116-120.
- Gönderen HS, Kapucu S. Nötropenik hastada nötropeni değerlendirme kriterleri ve hemşirelik bakımı. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2009; 1: 69-75.
- Güngörmüş Z, Bulut EÖ. Kanser hastalarında yaşam kalitesi ve oral mukozit. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 1: 24-30.
- Harris DG. Nausea and vomiting in advanced cancer. Br Med Bull 2010; 96 (1): 175-185.
- Hintistan S, Çilingir D, Nural N, et al. Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 1 (3):153-164.

- Hou WH, Chiang PT, Hsu TY, et al. Treatment effects of massage therapy in depressed people: A meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2010; 71 (7): 894-901.
- Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi* 2013; 11 (2):56-70.
- Kadıköylü G. Kanser ve Anemi: Epo Kullanım Kılavuzu. Türk Hematoloji Derneği-Hematolojide Destek Tedavileri ve İnfeksiyonlar Kursu. 2007. Erişim Tarihi: 12.10.2015. http://www.thd.org.tr/thdData/userfiles/file/HEM_DES_2007_17.pdf.
- Karadağ F, Gülen ŞT, Ceylan E, et al. İleri evre akciğer kanseri olgularında yorgunluk ve güçsüzlükle ilişkili faktörler. *Solunum Dergisi* 2012; 14 (1):27-33.
- Karan MA, Akın S. Terminal yaşlı hastaya yaklaşım. *Klinik Gelişim* 2012; 25: 90-94.
- Kim JI, Lee MS, Kang JW, et al. Reflexology for the symptomatic treatment of breast cancer: A systematic review. *Integr Cancer Ther* 2010; 9 (4): 326-330.
- Kocaman YN, Kaçmaz N, Özkan M. İleri evre kanser hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2013; 4 (3): 153-158.
- Korkan EA, Uyar M. Ağrı kontrolünde kanıt temelli yaklaşım: refleksoloji. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014; 1: 9-14.
- Lagman R, Walsh D. Integration of palliative medicine into comprehensive cancer care. *Semin Onco* 2005; 32 (2):134-138.
- Li XM, Yan H, Zhou KN, et al. Effects of music therapy on pain among female breast cancer patients after radical mastectomy: Results from a randomized controlled trial. *Breast Cancer Research and Treatment* 2011; 28 (2): 411-419.
- Luebbert K, Dahme B, Hasenbring M. The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psychooncology* 2001; 10 (6):490-502.
- MASCC=ISOO Evidence-based clinical practice guidelines for mucositis secondary to cancer therapy. <http://www.mascc.org/assets/Guidelines-Tols/mascc%20isoo%20mucositis%20guidelines%20summary%207nov2014.pdf>. Erişim Tarihi: 07.10.2015.
- Mercadante S. Management of cancer pain. *Intern Emerg Med* 2010; Suppl 1: 31-35.
- Mock V. Evidence-based treatment for cancer-related fatigue. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; 32: 112-118.

- Okanlı A. Tamamlayıcı ve Psikososyal Terapiler. Özcan CT, Gürhan N, Çeviri editör. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları. 6. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2016: 217-238.
- Özçelik H, Fadiloğlu Ç, Karabulut B, et al. Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimine dayalı multidisipliner bakım protokolü. Ağrı 2014; 2:47-56.
- Palliative care. Symptom management. http://www.stoppain.org/palliative_care/content/symptom/default.asp. Erişim Tarihi: 20.05.2015.
- Quattrin R, Zanini A, Buchini S, et al. Use of reflexology foot massage to reduce anxiety in hospitalized cancer patients in chemotherapy treatment: methodology and outcomes. J Nurs Manag 2006; 14 (2): 96-105.
- Richardson J, Smith JE, McCall G, Richardson A, Pilkington K, Kirsch I. Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: A systematic review of the research evidence. Eur J Cancer Care 2007; 16 (5): 402-412.
- Ripamonti C, Bruera E. Pain and Symptom Management in Palliative Care. <http://www.google.com.tr/url?url=http://moffitt.org/> Erişim Tarihi: 28.05.2015.
- Rubenstein EB, Peterson DE, Schubert M. Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis. Cancer 2004; Suppl 9: 2026-2046.
- Sağkal T, Eşer İ, Uyar M. Reiki dokunma terapisinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. Spatula DD. 2013; 4:141-146.
- Santosh S, Joseph S, Jose A, et al. Anxiolytic and antiemetic effects of aromatherapy in cancer patients on anticancer chemotherapy. Pharmacologyonline 2011; 3: 736-744.
- Sarıhan E, Kadioğlu E, Artıran İF. Kanser ağrısı, tedavi prensipleri ve dünya sağlık örgütü ağrı basamak tedavisi. Nobel Med 2012; 8 (1): 5-15.
- Seven M, Akyüz A, Sever N, et al. Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. Taf Prev Med Bull 2013; 12 (3): 219-224.
- Shahi PK, A. Rueda D, Manga GP. Management of cancer pain. An. Med. Interna (Madrid) 2007; 11: 554-557.
- Sharp DM, Walker MB, Chaturvedi A, et al. A Randomised controlled trial of the psychological effects of reflexology in early breast cancer. Eur J Cancer 2010; 46 (2):312-322.
- Sis ÇA. Radyoterapi sonucu gelişen yan etkiler ve hemşirelik yaklaşımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 3 (3): 933-947.

- Stephenson N, Swanson M, Dalton J. et al. Partner-delivered reflexology: Effects on cancer pain and anxiety. *Oncology Nursing Forum* 2007; 34 (1): 127-132.
- Tsang KL, Carlson LE, Olson K. Pilot crossover trial of reiki versus rest for treating cancer-related fatigue. *Integrat Cancer Ther.* 2007; 6 (1):25-35.
- Tsigaropoulos T, Mazaris E, Chatzidarellis E, et al. Problems faced by relatives caring for cancer patients at home. *Int J NursPract* 2009; 15 (1):1-6.
- TÜBA Ulusal Kanser Politikaları Çalıştay Raporu. TÜBA-Kanser Çalışma Grubu, Türkiye Bilimler Akademisi, 2014. http://www.tuba.gov.tr/upload/files/tubayla_ilgili/Kanser%20%C3%87a%C4%B1%C5%9Fta%C4%B1%20Raporu_compressed.pdf. Erişim tarihi: 07.10.2015.
- Türkiye Kanser İstatistikleri, 2012. <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/1445-t%C3%BCrkiye-kanser-istatistikleri-rapor-k%C4%B1sa.html> Erişim Tarihi: 07.10.2015.
- Uğur Ö. Kanser hastasının semptom yönetimi. *Türk Onkoloji Dergisi* 2014; 29 (3): 125-135.
- Ünal ÇN, Çınar S. Kemoterapi alan kanserli hastalarda oral mukozitler önlenbilir mi? *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2012; 2 (4): 155-163.
- Ünsar S, Yıldız FÜ, Kurt S, et al. Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007; 2 (5): 89-106.
- Usta YÖ. Anemi. 5. Türk Tıbbi Onkoloji Kongresi (Kongre Kitabı). 19-23 Mart 2014 Antalya: 93-94.
- Uysal N. Ağrı yönetiminde yetersizlikler ve hemşirenin rolü. 5. Türk Tıbbi Onkoloji Kongresi (Kongre Kitabı). Antalya: 19-23 Mart 2014: 214-215.
- Uzunoğlu S, Çiçin İ. Kanser hastalarında ağrıya yaklaşım. *Klinik Gelişim* 2011; 24 (3): 14-20.
- WHO's cancer pain ladder for adults. <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/> Erişim Tarihi: 26.05.2015.
- Yavuzşen T, Alacacıoğlu A, Çeltik A, et al. Kanser ve uyku bozuklukları. *Türk Onkoloji Dergisi* 2014; 29 (3): 112-119.