

## TERMİNAL DÖNEMDEKİ KANSERLİ HASTALARA VE AİLELERE YAKLAŞIM

Çiçek FADİLOĞLU\*

### ÖZET

**Kanser olan hastaların yüzde ellisinden fazlası hastalıktan nedeni ile ölürlür. Tanımın koyulduğu andan, ölüme kadar olan süreç haftalardan, yıllara kadar sürebilir. Birçok kanser hastası tedaviye daha fazla yanıt vermeyebilir ve hastalığın gidişi kontrol edilemez bir durumda son noktaya ulaşmıştır. Bu evrede hastalar; birçok değişiklik ve ağrılı durum ile başetme zorunda kalırlar. Bu durumlar ağrı, şekilsizlik, yalnızlık ve hatta bağımlı olma ve ölüm ile yüzyüze gelme demektir. Aile üyeleri sıklıkla tanıdan korkarlar ve kanserli hastanın deneyimlediği aynı sıkıntıları yaşarlar, bu tablo özellikle bir çeşit yalnızlık ve izolasyon duygusuna neden olur.**

**Bu durumda tedavinin amacı; hasta ve ailesine ölüm ortaya çıkıncaya kadar, tam olarak destek vermektir.**

### GİRİŞ

Terminal bakımın amacı: kanser ve artan fiziksel kısıtlamalarla karşılanamayan hastanın ölüncüye kadar iyi bir yaşam kalitesine sahip olabilmesi için yardımcı olmaktır.

Biz sağlık ekibi üyeleri bu sorumluluğu hastanın geçmiş hikayesine, hastalığının semptomlarına, korkularına, hayal kırıklığına, hastalığı kabullenebilirliğine veya kabullenmezliğine karşın üstleniriz. Ancak (ölüm halindeki kanserli hastanın bakımına olumlu bir yaklaşım

---

\* E. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu İç Hast. Hemşireliği ABD Öğr. Üyesi

sergiler ke n: doktor, hemşire ve diğer ilgili bireyl e r: kar şı ka rş ı ya bul u n - dukları problemin önemini bilerek olayı kes inlikle küçümsememeleri gerekir. Çünkü: etkin bir terminal bakımın sağlan ma s ı zor bir olaydır (23).

## ÖLÜM ANINDAKİ BAKIM

Ağn ın n dindirilmesi ve d iğ er semptomların hafiflet ilmes in in yan ı - s ır a ka ps a m lı. planlı bir yaklaş ımı gere kli kılmaktadır. Hastan ın: azal - makta olan fiziksel gücüne uyumunu sağlar ke n. ailesini. arkada ş lar ını ve gelecek te ki ümitlerini kaybedeceğine üzülrken. duygusal olarak desteklenmeye gereksinim i va rd ır. Ha s ta ya ve a ile sine Emp a tik bir yak - laş ım serg ilenmelidir. Ailede: kay ıp duygusuna uyum sağla ma da: desteklenmesi gereken birim olar ak ele alın mal ı d ır (5).

Te r minal Döne mdeki Has tarun Bakımında Amaç:

1. Ağn ve diğer semptomların hafifletilmesi.
- ii. Hastanın psikososyal yönden desteklenmesi.
- iii. Ailenin psikososyal yönden desteklenmesini içermektedir.

Bu üç komponent haya li önem taşıma k ta dır. Birinin ih mal ed il - mesi ile diğer iki yönde etkilen me kt edir.

Ekip Çalışmasında:

Ilasta  
Ailes i  
Yalcın arkadaşları  
Doktoru  
İle müş ir-es i. uyumlu bir şekilde görev almalıdır.

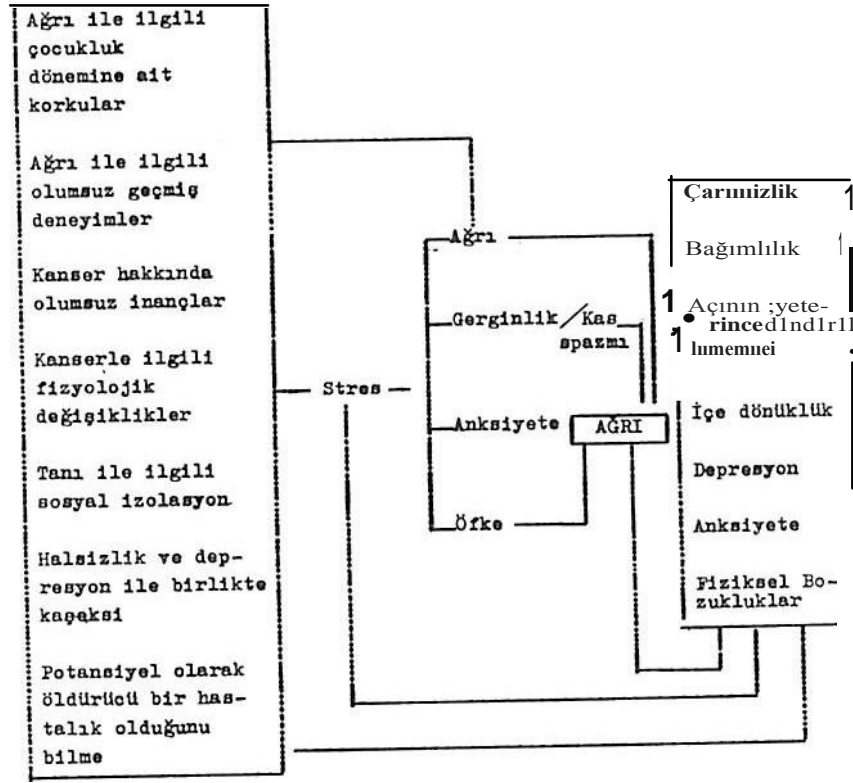
## I. KANSERLİ HASTALARDA AGRI

Kanserli has taların bulan tı. iş ta hs ızlık. uykus uzluk. enfeksiyon. hareket güçlüğü. diyare. konsÜpasyon. yorgunlu k. konsantrasyon güçlüğü. ruhsal durumda değış iklik. dış görünümünde bozulmanın yanısıra büyü k oranda ağrı yakmmalan vardır. İka ns e riri ile rle m iş s a f - halarındaki hastaların yaklaşık %50-0'i: hastalıkların seyri sırasındaki bir aşamada ağrı yaş arlar . Ancak hastaların bir kısmında da: var olan ağrının gidei l m es ind e başarılı olunmayabilir. Gideilmeyen ağn , ha s tan ın yaşam niteliğini önemli ölçüde azalttığından önemli bir so ru n haline gelir. İlaç bağımlı.lığ ın in ge lişebileceğ i en d iş es i. sa ğ lık personeli - nin ağrı kesici ila ç la r ve yeni uygulama lar ı kon us undaki bilgi eks ileri ve clavra m ı ş s al tekn ik le ri e tkin liğ ine güvens izlik g ibi nede nlerle ağrı ile baş etme yetersiz kalabilmektedir (4, 7, 14).

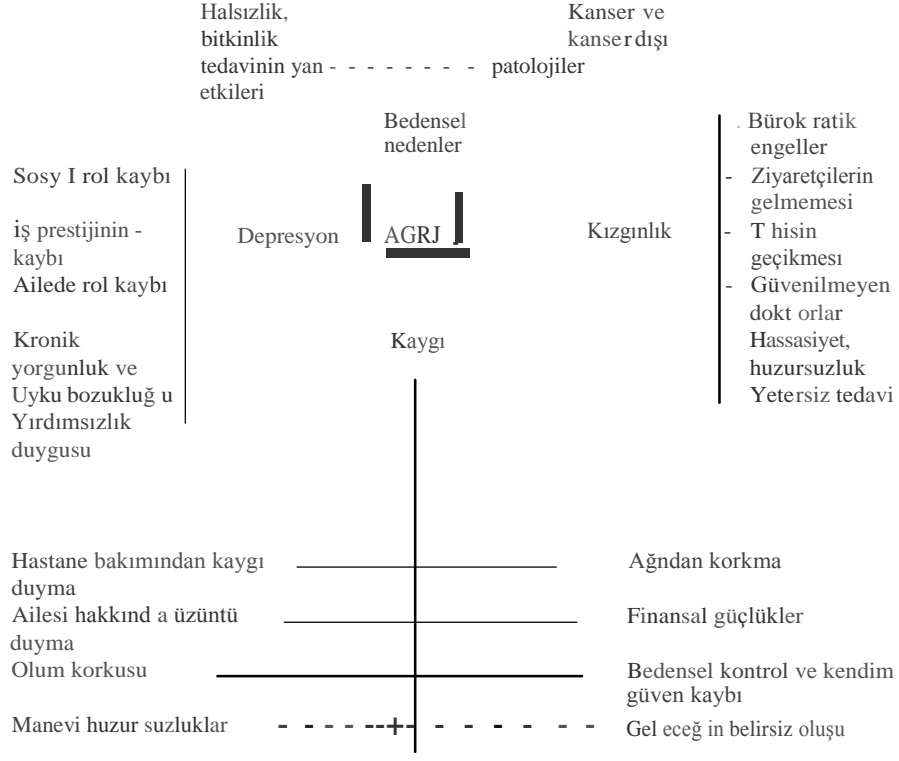
Kanser ağrısı akut yada kronik özellikte olabilir. Akut ağrı genellikle doku hasarı nedeni ile meydana gelir ve süresi sınırlıdır. Ve taşikardi gibi bir takım fizyolojik belirtilerde (Otonom sinir sistemi nin uyarılması ile) ortaya çıkabilir. Ağrının nedeni belirlendiğinde başarılı bir biçimde tedavi edilebilir ve genellikle ortadan kaldırılabilir.

Diğer taraftan kronik ağrı inatçıdır ve genellikle 3 aydan fazla sürer. Ağrı nedeni ve patolojisi giderilmediğinde, sinir sistemi zamanla duruma uyum sağlar.

Bu durumda Ağrı: depresyon, kaygı ve uykusuzluk biçiminde ortaya çıkar (Şekil 1). Uykusuzluk, yorgunluk ve kaygı, ağrı eşliğini düşürürken; dinlenme ve uykuda ağrı eşliğini yükseltebilir (6, 14, 15).



Şekil 1. Kanser Ağrısında Hemşirelik Yaklaşımı



Şekil 2. Akım çizelgesi i-kanser ağrısının tedavisinde (2/3)

Tablo 1. Kanser Tedavisi ile ilgili Ağrı Nedenleri

---

I. Tanı işlemleri
• Lomber ponksiyon
• İlgili örnekler
• Anjiyografi
• Endoskopi
• Biyopsi
ii. Cerrahi işlemler
• Akut postoperatif ağrı
• Kronik postoperatif ağrı
- Mastektomi
- Radikal boyun diseksiyonu
- Lenf ödemi
- Torakotomi
- Fantom ekstremiteler
iii. Kemoterapi
• Akut
- Gastrointestinal sıkıntılar
- Mukozit
- Kas ağrısı
- Ekstremiteler ağrısı
- İktardiyomiyopati
- Pankreatit
- Ekstravazasyon (Kan ya da diğer maddelerin damar dışına sızması)
- Periferik nöropati
• Kronik
- Periferik nöropati
- Steroide bağlı psödomaligrafi
- Aseptik osteonekroz
iv. Radyoterapi
• Akut
- Cilt yanığı
- Gastrointestinal kramp
- Rektum intoksikasyonu (proctitis)
- Mukozit
- İltihaplanma
• Kronik
- Kemik nekrozu
- Fibrozis
- Keratit
- Deniyelinizasyon
- Pnömoni
- Bağırsak ülseri ya da tıkanıklığı
- Miyelopati
v. Diğer Tedavi ve Komplikeasyonları

---

Kaynak : Painful Complications of Cancer Diagnosis and Therapy by C.R. Chapman, J. Komell, and K.L. Syrjala. 1987. p. 48 in O. McGuire and C. Yarbro (Eds). Cancer Pain Management. Orlando Grune and Stratton.

## **Nedenleri**

Kanserli hastaların yaşadıkları ağrının prevalansı ve şiddeti: hastalığın evresi, yeri, metastaz bölgesi gibi birçok etmene bağlıdır. Kanser ile ilgili ağrı hastalık süresiyada kanser tedavisine bağlı olarak ortaya çıkabilir. Ağrı: yaş, cinsiyet, kişilik, algılama, ağrı eşliğine, geçmiş yaşama deneyimleri gibi etmenlerle bağlantılı olarak her bir eyce farklı yaşanabilir. Korku, kaygı, ölümün yaldaşması ağrı duygusunu artırır (23).

## **AGRISI OLAN HASTALARIN SINIFLANDIRILMASI**

Kansere ağrısı olan 5 değ işik tip hastagrubu tanımlanmıştır. Ancak bu sınıflandırmayapaydır. Ağrıyı yönetirken tedavi edici yaklaşımlardalla iyileştirilebilir diye kullanılmaktadır (4).

Kansere ağrısı olan hastatipleri

1. Akut kanser ile ilişkili ağrısı olan hastalar
  - Kanser tanılı ile ilişkili olan
  - Cerrahi tedavi kemoterapi yada radyasyon tedavisi ile ilişkili olan hastalar
2. Kronik Kanser ile İlişkili ağrısı olan hastalar
  - Kanser ilerlemesi ile ilgili olan
  - Cerrahi tedavi, kemoterapi yada radyasyon tedavisi ile ilişkili olan hastalar
3. Kronik ağrısı ve kansere ilişkili ağrısı olan hastalar
4. - İlaç alışkanlığı ve kanser ağrısı olan hastalar
  - Aktif ilaç kullanma alışkanlığı olan hastalar
  - Metadene programına devam eden hastalar
  - İlaç bağımlılığı hikayesi olan hastalar
5. Kansere ilişkili ağrısı olan ölümcül hastalar

## **AGRININ KLİNİK OLARAK TANIMLAMASI**

Ağrı yalınması olan tüm kanser hastalarında değerlendirme yapılırken temel genel prensiplere bağlantılıdır. Ağrı sendromunda s aya çağımız genel prensipler konusundayapılacak dikkat eksikliği spesifik tanımlanması için yanlıştır. Bunun için;

Hastanın yakınmalarına önem verilmesi önemlidir.

Dikkatli öykü alınmalıdır.

Dikkatli tıbbi ve nörolojik muayene yapılmalıdır.

Hastanın hastalık süresi değerlendirilmelidir.

Ağrı multidisipliner yaklaşım ile tedavi edilmelidir.

İlk değerlendirilme boyunca ağrı kontrolünde alternatif yöntemler denenmeli (masaj, vibrasyon deriye rahatlatıcı, lokal uygulamalar, tens, dikkati başka yöne çekme, müzik dinleme) (4, 15).

Önerilen tedavi boyunca ağrı yönetimi değerlendirilmelidir.

Ağrıyı ölçmek için vizüel analog skala sayısal skala [(0-5), (0-10), (0-100)] gibi skalalar kullanılır. (23).

### **Ağrının Değerlendirilmesi**

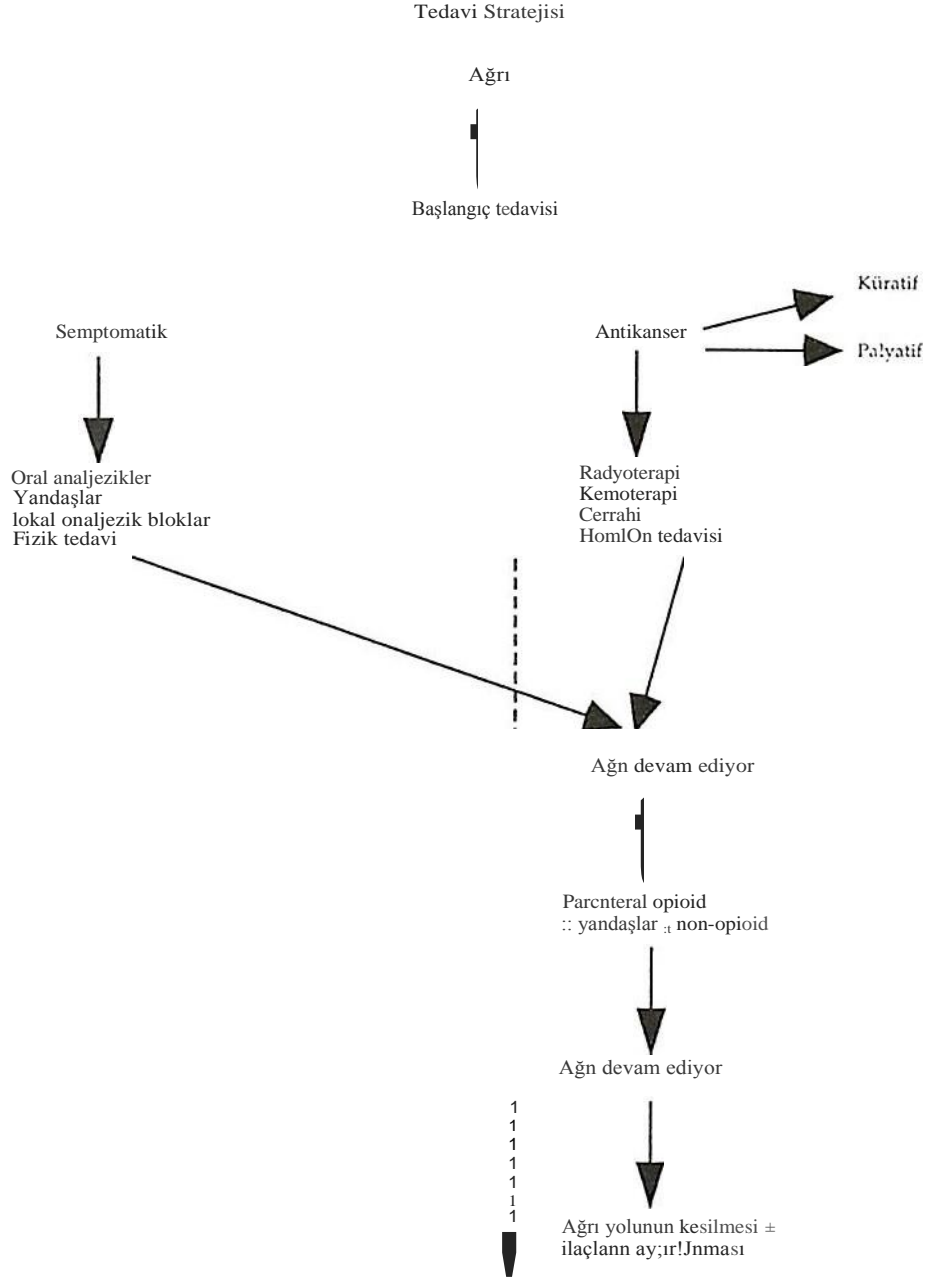
Hastanın ağrısının tam olarak değerlendirilmesi için; ağrı ile başatma tekniklerinin seçimi de önemlidir. Ağrının kapsamlı bir biçimde değerlendirilmesinde: yeri, yoğunluğu, ortaya çıkmasını etkileyen etmenler, ağrı sırasında gözlenen davranışlar, psikolojik değişkenler (Davranışsal, durumsal etmenler) ağrı ve tedavinin etkileri ve başatma biçimleri yer alır.

### **Ağrı Kontrolü**

Ağrı kontrolünde hedef yalnız ağrının giderilmesi değil aynı zamanda hastanın normal yaşam niteliğini de sürdürülmesidir. Tüm ağrı kontrol yöntemleri ve ağrı nedenini kontrol altında tutmaya yada hastanın ağrıyı algılayışını değiştirmeye yöneliktir. Yaşlı hastalarda ilaç emilimi, dağılımı, metabolizması ve atımı, yaş, hastalık durumu ve ilaç etkileşimleri ile değiştiğinden bu hastalarda ilaç reaksiyonu yüksektir ve özel yaklaşım gereklidir (18).

### **Kanser Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Yöntemler**

Ağrı kontrol yöntemleri sayı ve tür olarak çok olmasına karşın, kullanılan yaklaşımlar farmakolojik ve farmakolojik olmayan olarak ayrılırlar. Farmakolojik ağrı kontrolü, analjezik kullanımı ve analjeziklerin etkisini güçlendiren yada hastanın ağrı algılamasını yada ruh halini etkileyen diğer ilaçların kullanımı içerir. Farmakolojik olmayan yaklaşımlar ise davranışsal teknikler, radyoterapi, cerrahi, nörolojik ve nöroşirürjikal girişimler ve rahatlığı sağlamaya ve tedavinin etkinliğini değerlendirmek için yapılan geleneksel yöntemlerdir. Kanser ağrısının karmaşık yapısı nedeniyle, ağrı kontrolünün başarılı olmasında genellikle kombine tekniklerin kullanılması gereklidir.



Şekil 3. Kan se r Ağrısında Tedavi Stratejileri.



Tablo 2. Kan ser d e Agn Gid erm ede Kullanılan Yöntemler

<p>1. İlk Kontrol Yöntemleri</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Haslal ığa yönelik tedavi<ul style="list-style-type: none"><li>- Cerrahi</li><li>- Radyoterapi</li><li>- Kemoterapi (sitotoksik ve hormonale tedavi)</li></ul></li><li>• Hastalık la ilgili belirli bir duruma yönelik tedavi (geri dönüşlü patofizyoloji)<ul style="list-style-type: none"><li>- Enfeksiyon için antibiyotikler</li><li>- Enflamasyon için anti-enflamatuar ilaçlar</li><li>- Gut hastalığı için antihiperurisemik ilaçlar</li></ul></li></ul> <p>ii. Semptom Kontrolü Yöntemleri</p> <ul style="list-style-type: none"><li>* Sistemik analjezikler<ul style="list-style-type: none"><li>- Periferik ağrı algılamasıyla ilgili , özel kimyasal maddelerin engellenmesi (anti-enflamatuar ya da analjezik ilaçlar)</li><li>- Ağrının etkilediği bölgeden farklı bir yere yönlendirilmesi (lokal analjezikler)</li><li>- Affektif tepkilerin oluşması ve merkezi sinir sistemindeki ağrı algılamasının engellenmesi (narkotik analjezikler)</li><li>- Kaygı, gerginlik ya da depresyonun engellenmesi (sedatif ya da hipnotikler, fenoliazinler, irisiklikantilepresanlar)</li></ul></li><li>* Spinal korcu ve beyin üzerindeki yapılan cerrahi işlemler</li><li>• Davranışsal teknikler</li></ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Kaynak: "Pharmacologic Management of Cancer Pain" by R. Catalano, 1987 .  
p.155. in: McGuire & C. Yarbro (Eds.). Cancer Pain Management.  
Orlando: Grune & Stratton.

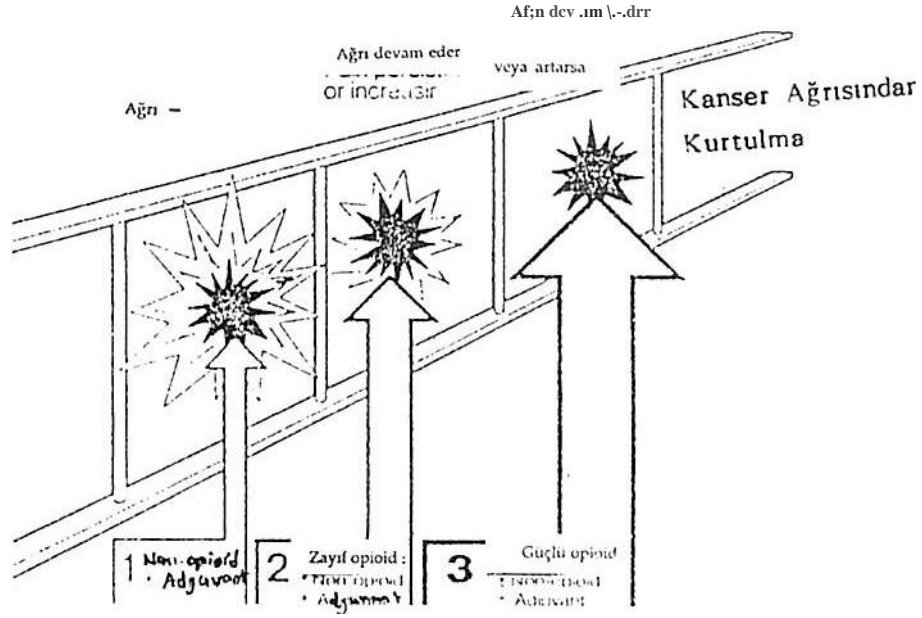
## ANALJEZİKLERİN KULLANIMI

İlaçlar kanser ağrı tedavisinin temel direğidir. Doğru kullanımı için aşağıdaki noktalar izlenmelidir:

1. İlaç ağrıyı geçirmek için hastanın isteğine göre belli saatlerde program dahilinde verilmelidir. Analjezikler düzenli ve profilaktik olarak kullanılmalıdır. Hastanın ağrısına karşılık analjezik dozu titreltilmeli yavaş yavaş arttırılarak aktiviteyi en az etkileyen ve en fazla rahatlık veren doz bulunmalıdır. Bir sonraki doz öncekinin etkisi tüm geçmeden verilmelidir. Böylece ağrı korkusu da silinebilir.

2. Kullanılacak ilaç veya ilaçlara seçilmeli ve tedavi hemen başlatılmalıdır. Ağrının nedeni ve cinsi değerlendirilerek düzgün a ralıkla rla ve rilmek üzere analjezik ilaçlarla tedaviye başlanmalıdır (Tablo 3).
3. Eğer bir ilacın etkinliği m:alrs a. benzer etkinlikte bir alternatif ilaçla geçilmeli, kesinlikle daha güçlü bir ilaç verilmelidir.
4. Analjezik ilaçlar öncelikle peroral kullanılmalı. Çünkü hastanın yaşama tarzı üzerinde etkisi yoktur. Ağızdan ilaç alan hastası gibi dolaşabilir, yolculuğa çıkabilir, daha da önemlisi evinde kalabilir. Enjeksiyon bir başkakiye bağımlılığa neden olur. Oral uygulama, kas travmasını elimine eder ve hastanın kendi ilacını kullanmasının kontrolünü kendinde bırakır.
5. Birleşik de ğil, basit ü rle rku llam n. Bileşik bir ilaç içindeki bir ilacın dozu u a r tırmak, gerekli olmasa da otomatik olarak diğer ilaçların dozunu da arttırmaya neden olacaktır.
6. Hastanın aldığı diğer maddelerle kemoterapi hormon etkileşim olup olmadığını kontrol edilmelidir.
7. Yan etkileri kontrol edilmelidir.
8. Bazı ilaçların kullanımı iyice öğrenilmeli. Üç temel analjezik, aspirin, kodein ve morfindir. Bazı özel uygulamada, belli yandaş ilaçlar yardımcı olabilir. İlk seçilen ilacı tolere edemeyen hastalara yardımcı olmak için her ajanın bir veya iki alternatifi bulunmaktadır. Temel analjezik baş ağrınız, alternatiflerle birlikte 9-10 ilacı geçmelidir. Az sayıda ilacı iyi tanıyarak kullanmak çok sayıda ilacı az tanımanın daha iyidir (4-23).

Analjezikler bir skalaya göre verilmelidir. Analjezik baş ağrısı Şekil 4'de gösterilmiştir.



Şekil 4. Dünya Sağlık Organizasyonunun Üç Aşamalı Analjezik İlaç Tedavisi Yaklaşımı

Tablo 3. Temel İlaç Listesi

Tipi	İlk seçenek	Alternatif
Non-opioidler	Aspirin	Parasetamol (Asetaminofen)
Zayıf opioidler	Kodein	Dekstroprometidin, oksimorfon
Güçlü opioidler	Morfin	Morfina
		Buprenorfin
		Levorfanol
		Standardize opium
Yan daşılar		
Anktonvül sanlar	Karbamazepin	Fenitoin
Antidepresanlar	Amilriptilin	Klomipramid
Anksiyolitikler	Diazepam	1-lidroksizin
Kortikosteroidler	Prednizolon	Deksametazon
Kas gevşeticiler	Olazepam	Baklofen
Psikotropikler	Klorpromazin	Haloperidol

## II. KANSERLİ HASTAYA PSİKOSOSYAL DESTEK SAĞLAMA

Kanserli hastaya psikososyal destek sağlama: Bakımın önemli bir yönüdür. Kanser tedavisinin etkinliğine bağlı olarak kanser olan pek çok hasta tedavi olmakta ya da hastalık süreci uzun bir sürede kontrol altına alınmaktadır. Çünkü kanser tedavisine bir yönelim ile kanser tanısı konulduktan sonra en yüksek düzeyde yaşam kalitesinin sürdürülmesi de belirlenmektedir (9).

Kansere karşı hastanın, ailenin ve bakım verenlerin pozitif tutumları ve yaşam deneyimlerinin hastanın yaşam kalitesini belirgin bir şekilde pozitif etkisi olduğu gözlenmiştir. Bazı yazarlar pozitif tutumların kanserli olan hastanın prognozunu da etkileyebileceğini belirtmişlerdir (9).

Kanserli hastanın tedavi ve bakımı sırasında birçok alanda fiziksel ve psikososyal sorunlar yaşadığı bilinmektedir. Stam ve arkadaşları (1986) bu sorun alanlarını araştırarak buna uygun yardım modellerini geliştirmişlerdir.

Terminaller hastalık kaybolma ile ilgili acı verici duygulanı yoğunlaştırır.

Kişisel varlığın ve fiziksel sağlığın kaybı, sevilenlerin ve arkadaşlarının kaybı, maddi kaynakların kaybı ölmek üzere olan bireyin yüzyüze geldiği diğer kayıplardır. Terminal dönem kanser hastalarında en derin kayıplardan bir tanesinde fiziksel değişikliklere bağlı olarak (kimlik kaybıdır). Birey aniden yaşamında dala önce hiç yaşamadığı bazı korkularla yüzyüze gelir. Uzun süreli acılar, sürekli ağrı, yavaş yavaş gelen ölüm mali durumun ortada bırakılması ve izolasyon ölmekte olan birey tarafından sıklıkla ifade edilir. Terk edilme korkusu hastayı çok rahatsız edebilir. Hastanede kalma süresi arttıkça sıkça ziyarete gelen akrabalar ve yakınlar ortadan kaybolabilir. Neticede hasta herkesin kendisini ölüme terk edebileceği korkusunu yaşayabilir (3, 11, 14). Ölümün aşamalarını Kubler-Ross şöyle sıralamıştır (19) (Tablo 6). Kanserli hasta bu korkularla baş edebilme yerine: şok, hiddet, inkar, pazarlık, depresyon, güçsüzlük, umutsuzluk ya da akılcılık, kabul etme, entellektüel olma gibi değişik davranışsal durumlardan yararlanacaktır. Bu davranışsal durumlar kanser süreci boyunca herhangi bir durumda görülebilmektedir. fakat bazı durumlarda bu tepkiler daha sık olarak ortaya çıkar ya da şiddeti artabilir (10, 13, 19, 21).

Tablo 4. Psikososyal Sorun Alanları

A. Sağlık Sistemine İlişkin Sorunlar 1. Sağlık sistemi çalışanları ile kötü ilişkiler 2. Tedaviye ait sorunlar
B. Kişisel Sorunlar 1. inkar 2. Beden görüntüsü konusunda sorunlar a. Depresyon b. Bunaltı 4. Diğer mizaç (huy) değişiklikleri
C. İşlevsel Sorunlar 1. Ekonomik güçlükler 2. Ulaşım güçlükleri 3. Eşyaları kullanma güçlüğü 4. Eve ait sorunlar
D. Fiziksel (Bedensel) Sorunlar 1. Kognitif yetersizlik 2. Hastalık yada sağaltımın yan etkileri a. Ağrı b. Ağrı dışı

Tablo 5. Psikososyal Girişimler

A. Değerlendirme
B. Eğitim (Bilgilendirme)
C. Psikoterapi (bireysel danışmanlık, hasta ve ailesi için destek)
D. Sağlık sistemine ilişkin yardımlar (tıbbi sağaltımda değişiklik için sevk)
E. İşlevsel yardımlar (ekonomik yardım, evde bakım, ulaşım, yasal yardım, bakım için sevk)
F. Bunaltı ile başetme
G. Bedensel yakınmalar ile ilgili sağaltım (ağrı ve bunaltı kontrolü)
H. Diğer (sigara kullanım kontrolü, kemik iliği nakli hazırlığı diğer).

Tablo 6. f<übl e r - Ross'u n Öl ü m Aşam aları Davran ı ş lar ın ın Tanı m lan m ası

in kar	Gerçek lerden kaçın ır. Lcd av i konu sundaki kararl ar ü ze - r in d e d u r m a7.. Uz u n s ü r e so n ra yapamayacağı fizik sel ak li vil elere k alkı ş ır. Gerçek bil gi kaynaklarından uzak - laş ır . Gerçekle ri in kar elm cde duygu sal en erj il erin i önemli ölçü de kullanır. Yapay olarak muUu görünür.
Öfke	Aile üyelerin e. hemş ir eye. doktora karşı saldırgan olabi - lir. Hasla kendisine bakım verenlere bağı olduğunu bil - mesi yüzünden suçluluk duyar bu onu öfkelendir ir. Kendisine olan değerinin azalması ve hissedilen kaygı n edeni il e su çlu luk duyar .
Pazarlı k	Vücul fonksiyonlarının azalması, kontrol ed ilm eyen ağrı lar ve kontrolünün azalması onun için korkutucu olur. Prognozu ve alın yazını değişt i r m eye istek duyar. Yen i tedavi yön temlerini araşt ır ır .
Depr esyon	Sevdiği ki ş in in olası kaybım hatırlar . Üzüntü veren duy - gulardan kaçınmak için önemli il i ş kil erd en k en din i u zak laşt ırabil ir. Kontrol kaybı hissettiğinde sessiz. ç ev - re ile ili ş ki i ku r m ayan bki olur . Yaln ızlık duy gu ları nı bell i eder. Ken eli görü nü mü nü d evam etti r m ek i için fazla gayr et etmez. Tedaviye ili ş kin gerçekçi olmayan beklen - til eri k ayb ol du ğ u n da in tih ar eğili min de olab il ir.
Kabu lenm c	Ölü m terim ini kabul ede. ölümüne ail planlar yapma - ya başlar. isteklerini yazar. Ailesi için maddi düzenle - meleri tamamlar. Mira sını bölüştü rür . Ölüm hakkında duygularını konuşabilir. Geçmiş i anımsar.

Ka n s e r ta m ı s ı ile ha s ta n ın nas il baş a çıkacağını bir çok fak tör belirlemektedir (12).

1. Geçmiş te ki (iş ka yb ı, haya l kırıklıkla rı gibi) s t res verici olay lar - la ba ş edeb ilme yete neği: Basit olarak has taya stres veric i olay - larla nas il baş a çıktı ğ ı sorn lu r , hemş ire h as tan ın baş a çıkm a ş ekli ha kkım d a an lay ı ş kazan a bilir. Başetme özellikle ri ile, bireyin dini. kültü rel özellikleri ve yaşam deneyimlerine ba ğlı k ullan ıla bilece k e tkili baş a çıkma ş ekli ve ba ş a çıkm a za man ı belirlenir (7).

2. Diğer kişilerin yararlı olabilmeleri: Etkin destek sistemleri olan hastaların buna sahip olmayan hastalara oran ile. etkin olarak başatme eğiliminde oldukları saptanmıştır.
3. Duygularını ve endişelerini dışa vurma yeteneği: Duygularını ve gereksinimlerini dışa yansıtabilen. yardım arayışına giren ve yardım isteyen hastaların; duygu ve gereksinimlerini yansıtmayanlara oranla daha etkin başa çıkabilmekte oldukları görülmektedir.
4. Tanın koyulduğu yaş: Yaş; başa çıkma stratejilerini büyük ölçüde belirlemektedir. Kanseri olan bir çocuğun veya genç bir annenin beklentileri. 70 yaşında yaşlı bir bayanın beklentilerinden değişik olacaktır (10).
5. Hastalığın süresi: Hastalık süreçlerini tedavi ve kontrol aşamasında olumlu başa çıkma yöntemi kullanımı terminal evreden daha kolay olduğu bildirilmektedir.
6. Vücut bütünlüğünün bozulması: Alopesi. mastektomi ve radyal boyun diseksiyonu gibi vücut bütünlüğünün bozulduğu durumlarda. psikolojik olarak kanser olayının şiddeti artmaktadır.
7. Semptomların görülmesi: Yorgunluk. bulantı. ishal ağrı yine psikolojik olarak olayla karşılaşma şiddetini arttırmaktadır.
8. Kanser ile ilgili geçmiş deneyimler: Eğer bireyin geçmişteki deneyimleri negatif ise hasta buna benzer şekilde kendi durumunu negatif olarak görecektir.
9. Kanser ile bağlantılı davranışlar: Kanser kontrolü. tanısı. tedavisi konusunda: pozitif tutumları olan bireyler bu konuda umutsuz. çaresiz. kontrolsüz bireylere oran ile duruma uyumu daha iyi olacaktır.

### **Hemşirenin Sorumlulukları**

Kanser konusunda umut dolu bir davranış şekli geliştirmeyi uyaran. hastayı ve aileyi kanserin değişik evrelerinde destekleyen hemşire (18. 20. 22).

1. Özellikle zor anlarla boyunca yararlı olmalı ve yarar sağlamaya devam etmelidir.
2. Balcım verici bir davranış göstermelidir.

3. Hastanın korku ve endişelerini aktif olarak dinlemelidir.
4. Stres verici semptomlarının giderilmesi için çaba göstermelidir.
5. . Hasta ve hasta bakımını konusundaki hastaya ve aileyi temel bilgi sağlamalıdır.
6. Güven, gizlilik, emniyete dayalı ilişki sürdürülmeli. yaklaşımlara açık, dürüst ve yardım edici olmalıdır.
7. . Bakım ile iletişim tekniklerinden. özel olarak doğrudan madan yararıyla ilgili sıkışma ya da sıkıca kucaklanma bazı durumlarda kelimele değil de daha etkin ve değerli olur. Hasta ve aile arasında açık bir iletişim kurulmasında hemşire rol modeli olmalıdır. aile toplantılarını düzenleyerek gereksinim duyulan sorunların ele alınmasında önemli fırsat sağlayabilir.
8. [ Hastaya: gerçekçi. ulaşılabilecek uzun ve kısa süreli amaçlar geliştirmesi için yardımcı olmalıdır.
9. . Küllanıldığı yaşam şeklini sürdürülebilmesi için hastayı yönlendirmelidir.
10. Umudu sürdürmede yardımcı olunmalıdır. Umut: Etkin hasta bakımında bir hastadır. Kanlı hastanın durumuna bağlı olarak değişir (10). Hastalara hemşire şöyle diyor (Semptomlarının ciddi olmadığını umut et: Tedavinin iyileştirici olduğunu umut et, bağımsızlık için umut et. ağrının giderilmesi için umut et. uzun yaşam için umut et. başta içinde uzun bir yaşam için umut et).

**UMUT:** Hastaların umudu konusunda kontrolü sağlamak ve temelinde bakım ve pozitif bir tutum vardır.

iletilmiş kanseri olan birçok birey ölüme doğru gittiğini bilir. Sağlıklı ve lemlenince gerçeklerde n sınırlı kaçınma gibi girişimler: hastaların tarafından onaylanmadı. bu uygulamaların genellikle güvenlik ve düşümlük uygulamaları nede olur. Dürüstlük, güvenlilik, açıklık en iyi girişimle olur (18-20).



### III. KANSERLİ HASTALARIN AİLELERİNİN DESTEKLENMESİ

Daha önce belirttiğim gibi kanser tüm dünyada fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik açıdan bireyle, ailelere ve topluma ağır zorluklar yükleyen çok boyutlu bir sağlık zorludur.

Aile üyelerinden birine konulan kanser tanısı tüm aileyi bir kriz durumu ile karşı karşıya bırakmaktadır ve aile sisteminin direkt olarak etkilemektedir. Günmüde pekçok aile bu trajik durum ile başa çıkamamaktadır ve desteklenmesi gerekmektedir {5, 7, 19}. Çünkü aileler hastalığın terminal evresine boyunca büyük bakım sorumlulukları üstlenmektedirler (1).

Bakım verenlerin gereksinimleri saptamak onları desteklemek, ortaya çıkan zorlukları yenmesine yardımcı olmak amacıyla ailenin destek sistemleri, olaya tepkisi, güçleri, yas davranışları değerlendirilmelidir (9). Bu durumda uyum sağlamada hemşirenin sorumluluğu büyüktür. Hasta ve aile ile kurulan etkili bir iletişim ile duygular paylaşılmalı ve kısa hedefli planlamalar yapılması yardımcı olmalıdır (5).

Hasta ve ailesinin, öz saygı ve itibar gibi duyguların güçlendirilmesidir. Bu zor günlerde sosyal izolasyon çekmemelerine özen göstermelidir.

Aile üyelerini desteklemek ortaya çıkan zorlukları yenmesine yardımcı olmak üzere kanserli hasta ile yaşam, yaşamdan ölümeye geçiş, kayıpla normal yaşama dönüş konularına ilişkin bir model aşağıda sunulmaktadır (6) (Tablo 7).

#### 1. AŞAMA : KANSERLİ HASTA İLE YAŞAM

Bu aşamada aile 5 dönem geçirebilir .

**I. ET KİLENME:** Tanının öğrenildiği dönemdir . Doğal olarak şok ve gerginlik görülebilir gibi; geri çekilme, endişe, huzursuzluk gibi çok olumsuz davranış şekilleri görülebilir. Aile düzeni bozulabilir. Yada aile bir dayanışma içine girebilir. İyi motive edilen , rol sorumlulukları açık olarak tanımlanan ailelerde olumsuz davranışlar daha az ortaya çıkar . Bu dönemde UMUTSUZLUK aşılması gereken bir duygudur.

"Umutsuz insanın kalbi ve merkezi olmalıdır." Ancak umut diğer önemli insanların desteği olmadan sürekli olarak hissedilmeyen "Umutsuz ailenin kanserle birlikte yaşayabileceği ve tüm aile birliktedir" bu deneyimle olgunlaşma yönünde yararlanabileceği bir his tir. Bu his ile güzel bir gelecek hayal edilir.



başvurur, belleklerini zorlayarak farklılıkları bulmaya çalışır. Diğer aile üyeleri için aynı hastalığın. (tanının) olmayacağı konusunda güvenceye gereksinimleri vardır. Hastaya bazı kimseler. imalar yolu ile çok çay. kahve, alkol içmenin ve yaşam değişikliklerinin kanser nedeni olduğunu belirte rek ve atıf yapabilirler.

Aile; hasta ile özdeşerek, kendisi ve her kez için ölümün olabileceğinin farkına varır.

**BAKIMIN AMACI:** Hastanın güvenliğini sağlamaya, aile üyelerinin benliği, bütünlüğü ve sürekliliğini değişen koşullara karşı desteklemeye yönelik olmalıdır (13). Hemşire güven duyguları geliştirmeyi amaçlamalıdır.

#### **4. DİÖERLERİNİ BİLGİLENDİRME:**

Bu aşamaya umutsuzluk, soyutlanma ve zayıflık duygusunun ortaya çıkardığı engelleri aşmadan başlanabilir. Aile üyeleri: tedavi yöntemi ve sonuçları ile ilgili bulguları özümseyememiş olabilir.

Hemşire; onları cesaretli olmaları için destekleme li. ailenin. yakın çevresindekilerin duygularının düzenlenmesine ve paylaşımına yardımcı olmalıdır.

#### **5. ORTAYA ÇIKAN DUYGULAR**

Kanser nedeni ile tüm aile; derin ve duygusal değişimler yaşar. Eski değerleri. amaçları, talimlerini ve güvenliliklerine ait konuları değiştiren çok farklı duygu ortaya çıkar. Aile bu güçlü duygu patlamalarını kontrol edememekten korkar. Tam tersi bir durumda: duygular basılan dığın da da kontrol yine kaybedilebilir.

Yardım yokluğuna ilişkin duygu, aşılması gereken bir engeldir. Bu duygu ya pılacak herşeyin yapılamadığının anından ortaya çıkar. Yas ve üzüntü genellikle bu devrede başlar. Zaman olgusu önem kazanır. Tüm olanlar ölümü ertelemeye yöneliktir.

#### **ii. AŞAMA: YAŞAMDAN ÖLÜME GEÇİŞ**

Kanserli birey normal yaşantısındaki rollerini bırakır. Evde yada hastanede bakım altına alınır. Bu nedenle tüm sorumluluklar ve işlevler yeniden düzenlenir. Bu evrede: Tüm aile üyelerinin açık ve dürüst olmaları. anlaşma çabaları göstermeleri ve birlik teliklerini devam ettirme girişimleri önem taşımaktadır.

## 6. YENİDEN DÜZENLEME

Ailenin aşması gereken bir diğer engeldir. Hemşire ailenin amaçlarına etkili bir şekilde ulaşmada yardımcı olmalıdır. Aile bütünlüğü ile destek ilişkilerinin güçlendirmelidir. Yaklaşan ölümü kabullenmeye yönelik hareketlerde desteklenmelidir.

## 7. ANILARIN SINIFLANDIRILMASI

Aile bireyleri sevdiği insanların ölümünü açıkça kabullenmek için zamana gereksinim duydukları gibi kaybedilen bireyin yaşam öyküsünü anımsamak içinde zamana gereksinim duyarlar. Fotoğraf ya da albümlere bakarak bireyin özel yanlarını anımsayarak zaman geçirirler. Bu evrede en önemli şey: Ölen kişinin anonimleşmesi (Özelliklerinin unutulması ve hastalık ile bütünleşmesidir) Anımsama ile aile bireyleri duygusal acıyı yüzünden sevdikleri birey ile aralarında bir duvar çekebilirler.

Hemşire bu durumu önlemeye yönelik destek vererek hastanın acısız bir şekilde hatırlanmasına yardımcı olmalıdır.

## III. AŞAMA: KAYIP

Bu aşama ölüme dek sürebilir.

## 8. AYRILMA

Haslanın bilinci azalıp çevre bilincinin ortadan kalkması ile ortaya çıkar. Aile: kaybı ve yalnızlığı tam anlamıyla duyumsar. En önemli sorun içi kapalıdır.

## 9. YAS TUTMA

Aşılması gereken en önemli engel suçluluk duygusudur. Kaybın verdiği acı benzersiz ve güçlüdür. Bu acı bir eyseldir ve aile bireyleri arasında da bile farklılık gösterir.

**HEMŞİRE:** Yaslan kaynaklanan rahatsızlık hissini desteklemelidir. Bireylerin geçmişte atamadıkları duyguları bu evrede açığa çıkabilir. Devam eden aile yaşantısının yoğunlaştırılması ve zenginleştirilmesi ile bu duygu hafifletilebilir.

## IV. AŞAMA YENİDEN DÜZEN KURMA

Bu evre sosyal ağın genişletilmesini kapsar. Ölüm üzüntüsünün başarılı bir biçimde atılmasıyla sonuçlanarak aile kendini çevreye normal olarak ortama girer.

## 10. YABANCILAŞMADIR

### **Ailenin aşması gereken son engel:**

Kişinin bulund uğu toplu mdan . k ulti rden uza kla ş mas ı ve bunlara anlamsız bakm as ı ş e klind e ortaya çıkar.

He m ş ire ba ğ lılık duygus u geli ş tirmeye yönelik giri ş imle rde bu lu nmalıdır. Böylece aileler yakınlaş ıp sosyal a ğ ları nı gen iş lete re k a ilede ölümün kaçınılma z ve üs tes ind e n ge linebilir bir olgu oldu ğ unu görmeye baş layacaklar dır (1).

### **OLASI BİR ÇÖZÜM HOSPİCE KAVRAMI**

Son evre ka ns e r h as tala rın ın kronik yakınmaları ile ilgilenen , yalnızca has talığın de ğ il. has talı ğ ı ba ğ lı ola rak geli ş en ps ikolojik emosyonel ve di ğ e r bü t ün s emptom lar ın ele a lınd ığı. has ta için ge rekli olan maddi ve manevi ko ş ullar ın sa ğ lan maya çalı ş ıldı ğ ı yerlerdir.

Hospicelerin kur ulm a a ma cı: Terminal has tala rın yalnızca bir olgu olmaktan öte bir birey olarak ele alına bilece ğ idir. Bu ku ru mlar da bbb i bakımın yanısıra dinsel. sosyal ve psikolojik bakıma da yer verilerek kaliteli bir yaş am s ürmesi te min edilir (17).

**BİRİNCİ AMAÇ:** Ölmek üze re ola n has tal ara gere ke n de ğ e ri ve r- mektir. Uygun sedasyon ile a ğ rı de neti m altına alınır. Bulantı. kusma, ka ş ıntı, kabızlık gib i di ğ e r s emptom la ra azalblması için gerekli tedavi u ygularır. He ps ind en ötes i hastaya kendi yaş amını denetleme hakk ı tanınır (Sosyal, kü ltürel, cinsel ve dinsel etkileş imin e ola nak ver ilir). Ted a vi ve balm planı na ka tılım ı sa ğ lan ır. Seçenekler. görüşler öne s ü rü lü r. ziyaretler kıs ıtlan maz . durumu el veriyorsa birkaç saa tli ğ ine ku ru md an a yrılma sına izin verilir. sorunları ciddi ye a lınır ve a çık s özlü lü kle yanıtlanır.

Böylelikle has tan ın geri kalan yaş amın ı olabildi ğ ince rah a t s ür- dürmesine yardımcı olunur. Ha s tan ın kend in i izole e tm emes i için gerek- li ç a ba gösterilir. Çünkü bazı hasta bireyle rc e izola syo n: eti·afiins anla rla çevrili old u ğ un da bile his s ed ilabilir. Ölümün olumsuz bir deneyim olması nedeni ile bireyler gerçe klerden kaçma arzusunda olabilirler.

Bu zor gün lerde aile de gereksinim duyuyorsa: Psikol ojik dinsel doyum sa ğ lanmalı ve desteklenmelidir.

Bu kavramın toplumda yerleşmesi için,

1. Sistem in önemli noktaları sağlanmalı ve kitle ile iletişimi araçları ile topluma sistem tanıtmalı

2. Genel sağlık sistemi içinde bu kurullar payı alınmalıdır. Hastahaneler insanlaşmış olmalı. Hastalık görevlileri yönetici ilişkilerinde: hastanın çevresini bir bütün olarak ele alınmalıdır. Bu kavram hastaya, ailesine ve topluma çarpıcı bir şekilde yerleştirilmelidir.

Ancak bu kavramların gerçekliğinin toplum tarafından bilinmesinin eksiği henüz gerekli çabalar gösterilmemektedir. Bu konuda ön bir şekilde ele alınarak tartışılmalıdır.

## SUMMARY

### ASSISTING THE CLIENT AND FAMILY IN THE TERMINAL PHASE OF CANCER

More than 50 percent of clients with cancer die from their disease. The time from diagnosis to death ranges from weeks to years. Many clients however, reach an end point at which time their cancer no longer responds to treatment and disease progression. Cannot be controlled. In this stage patients must cope with many different and painful dilemmas. It may mean having to face pain, disfigurement, loneliness and may be even dependency and death. Family members themselves are frequently frightened by the diagnosis, and may have trouble relating to cancer patient, which leads to a special kind of loneliness, and feelings of isolation on the part of the patient.

Now the goals of treatment are supportive care of the client and family until death occurs.

## KAYNAKLAR

1. For Overnighl Report For Primary Caregivers or Hospice Clients. Cancer Nurs 18 (5): 337-343. 1995.
2. Destounis N, İncim 1-1: Ölümcül Hastalığı Yakalanan Hastaların Psikolojisi. İst. Ün. Liyazın Psikiyatrisi Semp. 1.11. 1st. Ün. Basım cvi. İstanbul 1993.
3. Elbi 11: İnanç ve Psikiyatrik Sorunlar. Türk Psikiyatrisi Der. 2 (2): 199 1. 122-126.
4. Devita V, Hollman S, Rosenber S: Cancer Principles and Practice of Oncology Lippincott Comp. New York. 1989. 2066-2073.
5. Fadiloğlu Ç: İnançlı Hastaya Bakım Veren Aile Üyelerinin Hastalıkla Başa Çıkma Davranışlarının İncelenmesi. E.Ü.HYO. Der 96 (1): 1996. (Basımında).
6. Fadıoğlu Ç. Soğukpınar N: İnançlı Hastanın Hastahane Şirketi ile Bakımı. E.Ü.HYO Yayınları 8. Bornova. 1996.

7. Germino S: The Impact of Cancer On The Patient, The Family and The Nurse. Living With Cancer Society. 1987, 1-8.
8. Giacavinta S: Helping Families . Face The Crisis of Cancer. Amer J our of Nurs 1977, 1585 - 1588.
9. Harrington V, Lackey N, Gates M: Needs of Caregivers of Clinic and Hospital Cancer Patients. Cancer Nursing 19 (2): 118 -125. 1996.
10. Lightfield FM: Supportive Health Of Oncology Patients . Cancer Nurs 15 (1): 1-8. 1992.
11. Holmes CB: Psychological Evaluation and Preparation of The Patient and Family. Cancer 60: 2021-2024. 1987.
12. Lewis S. Colliver L: Medical and Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems Second ed . McGraw-Hill Comp . New York 1983. 226-229 .
13. Listen With Your Health. Talking With The Cancer Patients. Cancer Facts and Figures Amer. Cancer Society . 5008. 1987.
14. Mesic M, Hollan J, Passic S, Elbi H: İnanse rin Psikiyatrik Yönetimi . Liyazın Psikiyatrisi Sempozyumu . 11. İstanbul . Basımevi . İstanbul 1993.
15. McMillan S: Pain and Pain Relief Experienced by Hospital Patients With Cancer. Cancer Nursing 19 (4): 294-307. 1996.
16. Perry RG: Loneliness and Coping among Tertiary - Level Adult Cancer Patients in Home Cancer Nursing. 13 (5). 293-302. 1990.
17. Pickett M: Cultural Awareness in The Context of Terminal Illness . Cancer Nursing 16 (2): 102- 106 . 1993 .
18. Platin N. (Ed.): Hemşireler için İnanse rin El Kitabı. Amer İkanse r Birliği. IV. Ankara Akşam Sanat Okulu Matb . Ankara. 1996.
19. Potter PA, Perry AG: Fundamentals of Nursing Concepts. Process and Practice. Mosby Comp. St. Louis 1985. 1304-1322.
20. Rustoen T: Hope and Quality Of Life. İvo Central Issues For Cancer Patients : A Thematic Analysis. Cancer Nursing. 18 (5): 1995.
21. Spindler J: Seeing Through The Mask Of Cancer. Nurs 91. 2J (5): 34-40. 1991.
22. Stuard WC, Sundeen S: Principles and Practice Of Psychiatric Nursing . Mosby Comp. St. Louis . 1991. 661-671.
23. Swallow M, Venturini V (Çev. Allan A. Küllü F). İnanse r Ağrısı . Lagos Yayınları . İstanbul 1997 .
24. Vercoerlis E: Foundation Of Psychiatric Mental Health Nursing. Saunders Comp. Philadelphia 1990. 741-747 .
25. WHO Meeting on comprehensive management of cancer pain. Geneva. (1984).