

KANSERDE SEMPTOMLARA İLİŞKİN HEMŞİRELİK BAKIMI

Kamile ERGİN*

ÖZET

Kansere veya kanser tedavisine bağlı olarak, kemik iliği basılanması, bulantı ve kusma, diyare ve konstipasyon, mukozit, alopesi, dispne ve ağrı gibi bulgular ortaya çıkar. Bu bulgular, tedaviyi sürdürmeyi ve yaşam niteliğini etkileyeceğinden, hemşirelik bakımı, bu bulguları önleme, erken dönemde belirleme ve kontrol etmede yoğunlaşmalıdır.

GİRİŞ

Kanserin ilerlemesi ya da kanser tedavisinin lokal ve sistemik etkileri vücudun tüm sistemlerini etkileyebilir. Tümörün bulunduğu bölgeye ve tedavinin yan etkisi olarak çeşitli bulgular ortaya çıkabilir. Hastalık ya da tedavi sinin neden olduğu sıkınlı durumlar morbiditeyi, tedaviyi sürdürmeyi ve yaşamın niteliğini etkileyebileceğinden kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin bu bulguları bilmeleri gerekir (7).

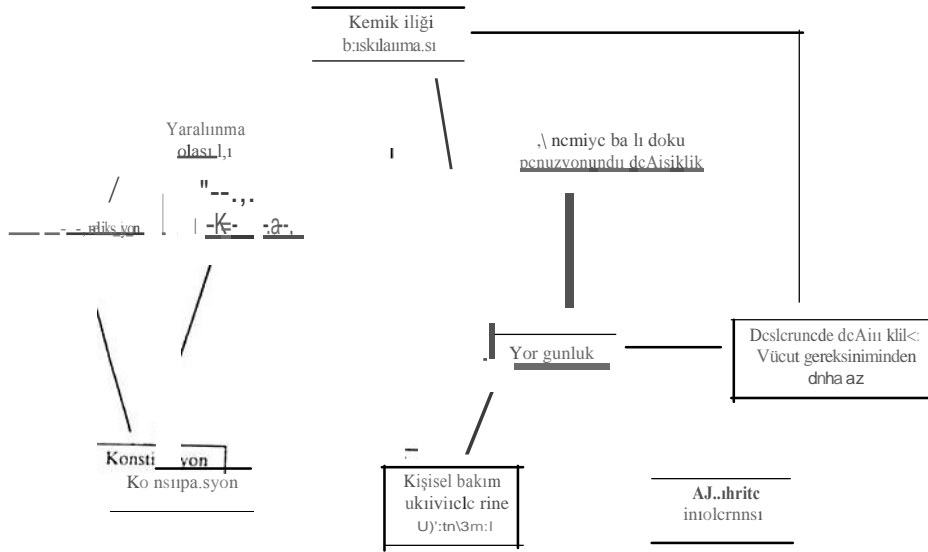
Hemşirelik bakımı bu komplikasyonları önleme, erken dönemde belirleme ve kontrol etmede yoğunlaşmalıdır. Semptom kontrolü hastabakımında yararlı olma ve hastaların yaşam kalitesinde önemli farklılıklar yaratabilme olanağı sağlayan bir alandır.

* E. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu, K. Hasl. Hemş. J.13.D. Öğr. Üyesi (Doç.Dr.)

Dikkatli bir değerlendirme ve uygun girişimlerle bazı sonuçları önlenebilir. Ayrıca ila bilir ya da kontrol edilebilir. Hasla ve ailenin eğitimi hastabağımın önemli bir yönüdür. Bu bölümde, hastalık süresince sıklıkla ortaya çıkan sorunları anlatılacaktır:

KEMİK İLİĞİ BASKILANMASI

Kemik iliği baskılanması, kemik iliğinin tutan hastalığa, genellikle z-laraya da kemik iliğini baskılayıcı tedaviye bağlı olarak ortaya çıkar. Hematopoetik hücrelerin normal yapımının bozulması sonucu trombositopeni, lökopeni ve anemi görülür. Kemik iliği baskılanması hastanın fizyolojik ve psikolojik fonksiyonlarında değişikliklere neden olur. Şekil 1 kemik iliği baskılanması sonucu oluşan hastalık sorunlarını ve birbirleriyle olan ilişkilerini göstermektedir (2).



Şekil 1. Kemik iliği Baskılanmasıyla Birlikte Olan Olası Hastalık Sorunları ve Birbirleriyle

A. TROMBOSİTOPENİYE BAĞLI KANAMALAR

Normalde trombosit sayısı $150.000 - 350.000 / \text{mm}^3$ 'tür. Trombosit sayısının azalması ile trombosit düzeyine bağlı olarak kanama riski artar. Trombosit sayısı $150.000 / \text{mm}^3$ 'ün altına düştüğünde spontan kanamalar görülür. Bu durumda trombosit transfüzyonu ile ilgili olarak hekim istemine göre başlanmalıdır (2, 10).

TROMBOSİTOPENİYE BAĞLI KANAMA NEDENLERİ

Trombositopeniye bağlı kanama nedenleri aşağıda gösterilmiştir (2, 4, 11).

- v' Kemik iliğinin lösemi, multipl-myeloma ve metastatik kanserle infiltrasyonu,
- v' Kemoterapinin toksik etkisine bağlı kemik iliği baskılanması.
- v' Aktif kemik iliği bölgelerine (kafa tabanı, kostalar, sternum, vertebral, pelvis ve uzun kemiklerin uç kısımları), uygulanan radyasyon etkisiyle kemik iliği fonksiyonunun baskılanması,
- v' Aplastik anemi.
- v' Lenfoma, idiyopatik trombositopenik purpura ve kronik lenfositik lösemi gibi trombositlerin dalakta yıkımını arttıran olası hastalıklar

Trombositopenisi olan hastada; ağızda ve deri yüzeyinde peteşiler, ekimozlar, idrarda ve gaitada kan, diş eti kanamaları görülür. Santral sinir sistemi veya hayati organ kanamaları ciddi komplikasyonlara yol açar. Trombositopeni esnasında deride, kaslarda veya travmatik lezyonlarda kan toplanması enfeksiyona yol açar.

Kan alma veya intravenöz girişimler gibi rutin işlemler için turnike bağlama bile, trombositopenik hastada kanamalara veya hematomlara neden olur (9).

HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

Trombositopenik hastalarda aşağıdaki önlemler alınmalıdır (2, 9, 10).

Trombosit sayısı $150.000 / \text{mm}^3$ 'ün altında olduğu durumlarda:

1. İla s ta travmalar da n ve kanamaya neden olacak duru mlard an korunma lı
 - a. İ la s ta n in do syas ma in tra mü s kü lc r e n je ks iyon yapılma - mas ı veya rektal yoldan ila ç u ygula nma mas ı. as pirin ve ril - memes i ve re k ta l yo ld a n vücut ıs ı s ı a lın ma mas ı kon us un - da uya n yazısı yazılmal ı.
 - b. Ven öz gi i ş im say ı s ı az a ltm a lı, giri ş im ya pı la n bölgeye ka na ma d u ru ncaya ka da r en az be ş da kika hafif b ir b as k ı uygu la nmal ı.
 - c. . Ka s iç i enjeks iyo ndan kaçınılmal ı.
 - d. Di ş eti travmas ını önleme k için yumuş ak d iş fır ça s ı veya a bcs la nga sa rılmı ş gaz lı bez ile d iş le rini te m izle mes i öğ re - tilmeli.
 - e. Ö ne i ldi ğ i ş e kilde lak sa tıfler ver ilere k konstipas yon önle - meli. s a kın cas ı bu lunmadı ğ ı duru mlard a gü nde üç litre s ı rıv ı al mas ı konus unda has ta cesa retlendirilm eli.
 - f. Bum un u ku vvc lli bir ş e kilde te m izle memes i. ku vvetli fizik - s el ak tivite yapma mas ı konus unda bilgi verilmeli.
 - g. Ele k trikli tra ş mak in a s ı ku llan mas ı konus unda bilg i ve ril - meli.
 - h. Gü ve nli b ir çevre sağ lanmal ı. karyola m n kork ulu kla rı yas - tıklar la d es te kle nmelidir (Tro mbo sit say ı s ı $5000 / m^3$ 'ü n altın da oldu ğ u duru mlarda).
2. Ka na ma belirti leri s ü rekli ola ra k izlen me U ve k aydedilmeli
 - a. Deri yüzeyindeki pete ş i ve ekim ozlar . epis tak s is . feçe ş lc . idra rda ve kus mukta ki ka na ma belirti leri.
 - b. İ lc ma te mez. inelena. ciddi vajinal ka namalar . ortos ta tik hipotan s iyon gibi major ka na ma belirUleri.
 - c. . Tro mbo sit say ı s ı ve hemotokrit de ğ erleri.
 - d. Kan a ma be lirtileti görü ld ü ğ ü za man doktora ha ber veril - me li ve lro mbo siUer is te nildi ğ i ş e kilde uygu la nmal ıdır. Tro m - bos it tra nsfüzyon u es nas ında ve son ras ında alle rjik rea ks iyonlar (ürtiker. UtJ-eme, ale ş gibi) göz lenmelidir.

B. LOKOPENİYE BAĞLI ENFEKSİYONLAR

Enfeksiyon, beden in veya özgül bir a na tomik odağın palojenik mikroplarla (bakteri, virüs protoza, fungus) işgal edilmesidir. Bunlar uygun şartlarda da çoğalarak hücre yıkımına veya hasarına yol açarlar (10). En yaygın olarak enfeksiyonlarla, solunum yollarında, genitoüriner sistemde, deri ve muköz membranda ve kanda (septisemi) görülür (9, 10).

Enfeksiyon kanser hastalığında ve tedavisinde sıklıkla görülen ciddi bir komplikasyondur ve kanser ölümlerinin en yaygın nedenidir. Bu hastalarda nonspesifik ve spesifik savunma mekanizmaları bozulmuştur (10):

Nonspesifik savunma mekanizmaları

1. Oesofagus, muköz membran, silia, pH ve vücut florasının bütünlüğünün bozulması.
2. Nötrofillerin, makrofajların ve kemik iliğindeki dala ve karaciğerdeki retikülüm hücrelerinin fagositik yeteneklerinin azalması.

Spesifik savunma mekanizmaları ise hücresel immun cevabın (T-Lenfositler) ve humoral (antikor) immün cevabı (B-Lenfositler) baskılamasıdır.

Kanserli hastaların savunma mekanizmasının bozulmasına ve enfeksiyon gelişmesine neden olan faktörler (10):

1. Kanser fizyopatolojik süreci (immunosüpresyon, deri ve muköz membran bütünlüğünü bozan Lokal Tümör etkileri, hematolojik ve Lenfatik maligniteye bağlı kemik iliği ve Lenfatik dokusu fonksiyonunda azalma, protein kalori malnütrüsyonu).
2. Kanser tedavisi
 - a. Cerrahi tedavi: (deri, muköz membran ve bağ dokusu bütünlüğünün bozulması, splenektomi ile birlikte fagositozda azalma).
 - b. Kemoterapi: (kemik iliği baskılayan sonucu oluşan nötropeni ve Lenfopeni: iştahsızlık, bulantı, kusma: stomatit, özefajit ve vajinit ile birlikte deri ve muköz membran bütünlüğünün bozulması).

- c. Radyoterapi: Aktif kemik iliği bölgelerine (kafa taban, omurga, pelvis ve uzun kemiklerin uçları) radyoterapi uygulanan maske ile kemik iliği baskılan maske. radyoterapi uygulanan bölgede deri ve mukoz membran bütünlüğünün bozulması.

3. Nozokomiyal Enfeksiyonlar

Bu hasta grubunda enfeksiyonların %50'den fazlasının aseptik enfeksiyonlar (4). Bu tür enfeksiyonlara katkıda bulunan faktörler: Patojen mikropları daha büyük sayılarda ve artmış bir virulansla mevcut olması; yetersiz hijyen veya kusurlu el yıkama teknikleriyle oluşan çapraz kontaminasyonlar; yetersiz dezenfeksiyon: durgun suların varlığı (çiçek vazosu, dışkaplan, sıvı sabun ve sabun kapları).

4. Hastanın Psikolojik ve Fizyolojik Durumu

Çok şiddetli ve uzun süreli sıklıkların varlığı hastanın ümitsizlik, çaresizlik veya kontrol dışı hislerle karakterize kronik hastalıkların bulunması; yaşlanmaya bağlı olarak immün sistemin dejenerasyonu.

ENFEKSİYONU ÖNLEMEDE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

Ven girişimi, kemik iliği aspirasyonu ve biyopsi gibi invaziv girişimlerin deri bulaşıcı enfeksiyon bölgeleridir. Nöropatik hastaalarda enfeksiyonun tek belirtisi vücut ısısında artmadır (38 °). Nörofil sayısında azalma ve bozulmuş bir enfeksiyöz yanıt nedeniyle iltihap, kızarıklık gibi diğer enfeksiyon belirtileri görülmeyebilir. Hemşirelik bakımını enfeksiyonu önlemeye veya erken saptamaya ve ek enfeksiyonu önlemeye yönelik olmalıdır (2. 9).

Nöropatik hastalarda uygulanması gereken girişimler aşağıda belirtilmiştir (2. 4. 9. 10):

A- Hastalar mikroorganizmalara maruz kalma da korunmalı

Mümkünse aynı odada yatırılmalı.

Hasta odasına girilmeden önce ellerin dikkatli bir şekilde yıkamaları ve enfeksiyonlu kişilerin odaya girmemesi için giriş kapılarını kapatma ve giriş kapılarının montajı yapılmalıdır.

En feksiyon girişine neden olan faktörlerin başında sağlık personelinin elleri, yiyecekler, su ve hava gelmektedir. El yıkama basit bir tekniktir, fakat çoğunlukla sağlık personeli tarafından ihmal edilir. Yapılan araştırmalarda 'chlorhexidine' ile el yıkamanın nozokomiya enfeksiyonu anlamlı derecede azalttığı saptanmıştır. Herhangi bir ürünle bile el yıkama hiç el yıkamamadan daha iyidir.

- Ağız bakımı, vücut banyosu ve perineal hijyen düzenli bir şekilde yapılmalı.

Hematolojik malignitesi olan 581 hastada yapılan bir çalışmada hastaların %60'unda perianal, perirektal abses ve perianal fissür geliştiği saptanmıştır. 100 ml'lik suya 30 ml'lik povidone iodin (Betadine) veya chlorhexidine (Hibiclens) ile hergün yapılan oturma banyoları perineal bölgede enfeksiyon önlemede yardımcı olabilir.

- Tüm intravenöz girişim yerleri gözlemlenmeli. pansuman, aseptik teknik kullanılarak 24 saatte bir değiştirilmeli. her 48 saatte bir girişim yapılan bölge değiştirilmeli veya flebit belirtisi varsa daha önce değiştirilmeli: Hickman Broviac gibi uzun süreli santral venöz katater kullanılıyorsa aseptik tekniğe dikkat edilmeli ve enfeksiyon belirtileri yönünden gözlenmeli,
- Üriner kataterizasyondan mümkün olduğunca kaçınmalıdır.

B- Enfeksiyon durumu sürekli olarak değerlendirilmeli

- Her dört saatte bir vücut ısısı, yükseldiğinde daha sık olarak vital belirtiler izlenmeli,
- Nötrofil sayısı izlenmeli.
- Olası enfeksiyon bölgele ri gözlenmeli: ağız, farinks, rektum, yaralar, intravenöz girişim bölgeleri ve diğer.
- Balgam, idrar ve gaita özellikleri, renk ve miktarı yönünden izlenmeli,
- Enfeksiyon belirtileri doktora haber verilmeli. antibiyotik ve antipretikler hekim önerisine göre verilmelidir.

C- Hasta ve yakınlarına enfeksiyonu önleme konusunda bilgi verilmeli

- Önerildiği şekilde beslenme durumunu sürdürmeli.
- Olası enfeksiyon kaynaklarından kaçınmalı (enfeksiyonun olabileceği kişiler, yakın tarih temasları olanlar, kedi, köpek, kuş, tı-

lan ve bütün durgun su kaynakları: çiçek vazoları. dış kaplan, solunum malzemesi ve sabun kapları). Durgun sularda mikrop üremesini azaltmak için çiçek vazolarındaki her bir litre suya bir çay kaşığı klorür ağartıcı katılmalıdır. Solunum gereçlerinde kullanılmayan her litre su için bir çay kaşığı sirket katılmalıdır.

- Nörospenis (1000 / m³ veya daha az) olan hastalar kabuksu, meyva, pişmemiş sebze, çiğ yumurta ve çiğ et yememelidir.
- Ellerini yemeklerini hazırlamadan önce, tuvalette önce ve sonra etkili bir şekilde yıkamalıdır.
- Kişisel temizliğini sağlamalı, her defekasyondan sonra rektal bölgeyi dikkatli bir şekilde temizlemelidir.
- Enfeksiyon belirtilerini tanımalı ve düzenli bir şekilde izlemelidir.

C- ANEMİYE BAĞLI YORGUNLUK

Anemi, kemoterapiye, radyoterapiye, trombositopeniye ve tümör hücreleriyle kemik iliğinin baskılanmasına bağlı gelişebilir. Hemoglobinin eritrosit miktarının az olmasına bağlı olarak anemi semptomları gelişir (3): Anemisi olan hastada yorgunluk, halsizlik, nefes darlığı, baş ağrısı, baş dönmesi görülür. Hemoglobinin 9 gm/dl'nin altına indiğinde hipotansiyon ve miyokard infarktüsü riski artar (3).

ANEMİDE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

Anemide hemşirelik bakımını dir ek olarak hastanın konforunu sağlamaya yönelik olmalıdır (9). Hemşirelik girişimleri aşağıda belirtilmiştir (2, 6, 11).

- ✓ Hastaların yeterli düzeyde dinlenmeleri ve uyumaları sağlanmalıdır,
- ✓ Otururken yada yataktan kalkarken yavaş bir şekilde kalkmalıdır. pozisyon değişikliği esnasında yavaş, derin soluk alıp ve almeleri konusunda hastalar bilgilendirilmelidir,
- ✓ Kan transfüzyonu istenildiği şekilde verilmeli ve allerjik reaksiyonlar izlenmelidir.
- ✓ Aldığı sıvı beslenme durumu izlenmelidir,
- ✓ Dengeli bir diyet alınmasını sağlanmalıdır.

BULANTI VE KUSMA

Bulanti ve kusma. kemoterapi uygulanan. göğüs ve karın bölgesinde radyoterapi uygulanan hastalarda çok sık görülen bir bulgudur. Ayrıca lümen büyümesi, metastazlar, organ işlev bozuklukları gibi durumların da bu bulguların neden olabileceği bilinmelidir (9, 11). Kemoterapi alan hastalarda, bu ilaçların gas trointestinal sisteme doğrudan irritasyonu ile yada beyindeki kusma kontrol merkezini etkilenmesiyle bulantı ve kusma görülür (7).

Radyasyon alan hastaların yaşadığı bulantı ve kusma ise özofagus, mide ve barsakların epitel hücrelerindeki lokalize hasar ve hücre yıkımı sonucu ortaya çıkan toksik ürünlerin birikimine bağlıdır.

Bulantı veya kusma nitrogen mustard alan hastalardaki gibi alıcı olabilir. tedaviden hemen sonra ortaya çıkan: cylophosphamid alan hastalardaki gibi subakut olabilir. tedaviden 6-12 saat sonra görülür: cisplatin alan hastalarda olduğu gecikmiş olabilir. tedaviden 2-3 gün sonra görülür (2).

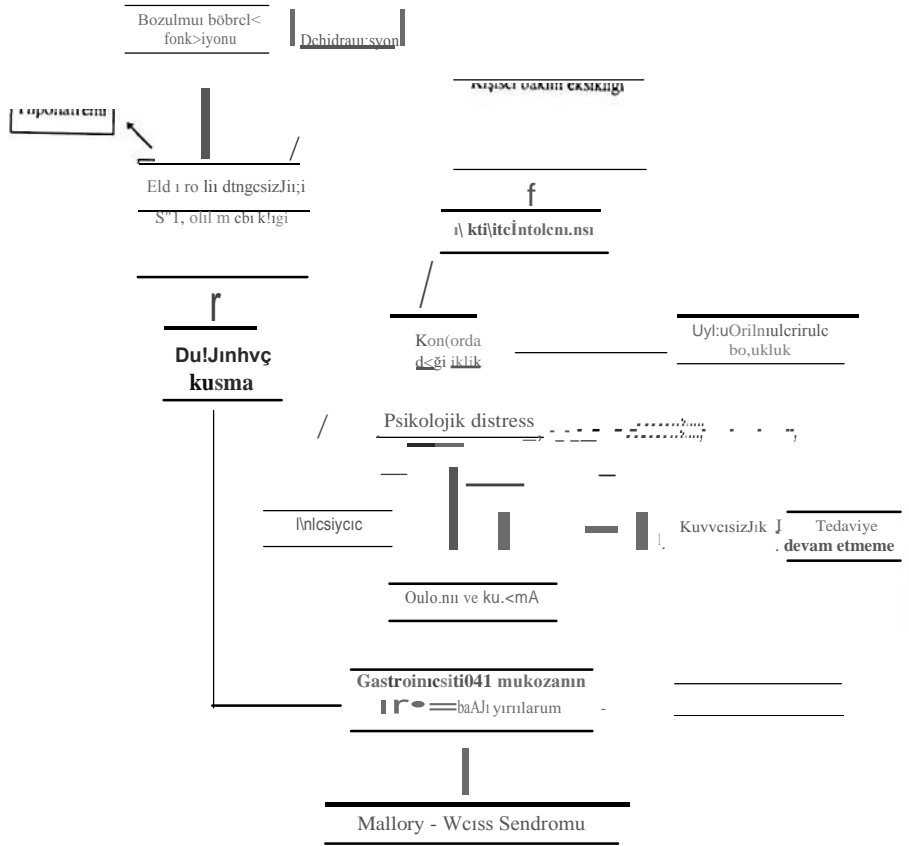
Bulantı ve kusma nedeniyle birçok hasta tedaviye devam edemeyebilir (3). Bulantı ve kusmanın diğer olası komplikasyonları özofagus yaralanmaları, fraktürler, iştahtsızlığın uzaması, malnütrisyon, metabolik anormallikler ve volüm azalmasıdır (2). Bulantı ve kusma ile birlikte olan hasta problemleri Şekil 2'de görülmektedir (2).

Etiyolojileri farklı olmakla beraber antiemetik ilaç çeşitlerinin varlığıyla tedaviye bağlı bulantı ve kusmanın kontrolünde gelişmeler sağlanmışlardır (7).

BULANTI VE KUSMADA HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

İncisimler, hastayı rahatlatıcı girişimler yaratabilmelidir (6, 9, 11). Hemşirelik bakımını bulantı ve kusmayı önleme, anksiyeteyi azaltma, konforu artırma ve kişisel bakımını sağlama yönünde olmalıdır (2, 6, 9):

- ✓ Tedavi öğün zamanı uygulanmalıdır.
- ✓ Tedaviye bağlı bulantı ve kusması olan hastalara tedaviden önce ve sonra bulantı ve kusmanın beklenen süresi boyunca düzenli olarak hastam önerisine göre antiemetikler verilmeli ve antiemetiklerin etkinliği saptanmalıdır.
- ✓ Sık pozisyon değiştirmek genellikle yararlıdır: Yatarken bulantı geliyorsa semi-fowler pozisyonuna getirilmeli.



Şekil 2. Bulantı ve kusma ile ilişkili Olası Hasta Problemleri

- Sıcak yiyeceklerin kokusu bulantı duyusuna neden olacağından soğuk yiyecekler önerilmeli.
- Stomatit veya mukozit yoksa ağız içine limon sıkılmış su ile çalkalanabilir.
- Odahava ve jandından gelen alıbulantı uyaran kokular (kökükoku- lar kuvvetli parfüm) minimize edilmeli,
- Hastaya gün boyu az az yemesi ve iyi çiğnemesi önerilmeli.
- Gevşeme tekniği. dikkati başka yöne çekme ve yönlendir- meli. görsel hayal kurma gibi davranışsal girişimler bulantı ve kusmanın kontrolünde kullanılmalı.
- Hastakustuktan sonra ağız bakımı yapılmalı. oda havalandırılmalı ve kusmuk odadan uzaklaştırılmalıdır.

DİYARE VE KONSTİPASYON

Onkoloji hastalarında diyare ve konstipasyon sık olarak görülür. Kemoterapi, radyoterapi, antibiyotikler, besin intoleransı diyeteye yapılan hiperosmolar eklemeler, tüple beslenme, kaygı yaşanması diyareye neden olan durumlar olarak bilinmektedir. Diyare sıvı ve elektrolit kaybına, gaita inkontinansına ve şiddetli perianal irritasyona, karın rahatsızlıklarına (ağrı) ve yorgunluğa neden olur (2, 7).

HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

Diyarede hemşirelik girişimleri aşağıda belirtilmiştir (2, 6, 10).

- v/ Hastanın aldığı çıkardığı sıvı miktarı izlenmeli. hergün vücut ağırlığı alınmalı.
- v' Yüksek kalorili ve yüksek proteinli, posabırakmayan diyeti az az, sık sık yemesi konusunda bilgi verilmeli (süzme peynir, yoğurt, yumurta, et suyu, balık, pilav, makarna, soyulmuş elma).
- v' Peristaltizmi uyuracak yiyeceklerden kaçınması konusunda bilgi verilmeli (kepekli ekmek, taze ve kuru meyveler, meyve suları, kafein içeren besin ve içecekler).
- v' Gerekli olduğu durumlarda potasyumdan zengin yiyecek yemeli (patates, muz). Serum potasyum ve diğer elektrolitler izlenmeli.
- v' Çok sıcak ve soğuk içecekler içmemesi. günde en az 3000 ml sıvı alması konusunda hasta cesaretlendirilmeli (elma suyu, sıcak çay).
- v' Antidiyaretik ilaçları önerildiği şekilde verilmeli.
- v' Her defekasyondan sonra deri temizliği sağlanmalı, diyare ciddi ise oturma banyoları önerilmelidir.

Kabızlık ise kemoterapinin nörotoksik etkileri, narkotik analjezikler, hareketsizlik, yeme alışkanlıklarında değişiklikler, dehidratasyon, hiperkalsemi ve metastazlara bağlı gelişen nörojenik olaylarla (örn: spinal kord basılgibi) ortaya çıkabilmektedir. Kabızlık, neden olan etmenlerin giderilmesi ya da gaitayı muşatıcıların dikkatli bir biçimde kullanılması gibi yaklaşımlarla kontrol edilebilir (7, 11).

Kon s tipa syo n u önlemek için has taya aş ag ıdak i bilgile r verilmelidir (7. 13).

- ✓ Bol meyve s uyu iç mes i veya meyve yemesi.
- ✓ Ilık sıvılar içmes i.
- ✓ Bol lifli yiyecekler yemesi.
- ✓ Defekasyon'u için ye terli zaman ayınnas ı. günün belli bir saa Urri be lirlemes i. kahvallıdan sonra en uygun zaman dır.

MUKOZİT

S ilolo ks ik kemoterapi ve radyoterapi gastroin tes Un aJ sistem epitel hücrelerine zarar verebilir. Toks is ite, ağ ızdan a n üse kada r tüm muko- zayı etkile mekle birlikte semp toma tik ya kın ma la rın çoğu ağız mukoza- sının inflamasyonu yada mukozit ile ilgilidir. Ayrıca baş ve boyun bölge- sin e ra dyo tera pi uygulanan tüm hastala r bu so ru nu belirli derecede yaşa rla r (7). Oral mukozit yiyecek alımını engelle r: ha s tayı biU<in düşürür bu nede nle öze llikle nötropenik hastalarda çok ciddi bir sorun- dur.

Ke motera pi ve baş boyun bölges ine ra dyo tera pi uygula maya baş - la ma da n önce ağız bakımına ba şlan malı ve tedav i s ü res ince devam edil- melidir (2. 10):

- ✓ Has ta nın ağ zı, a çık yara. dil ve mukoz membra n nemliliği ka n- dida ve pe teşi yönünden inspekte edilmeli.
- ✓ Ye m e kle rd e n son ra a ğ zını yumu ş ak bir d iş fir ças ı ile farça- la malan kon us u nda has talara bilgi verilmeli,
- ✓ Diş le rin i fırçaladıktan sonra 500 mi s u içine. yarım çay kaşığı tuz ve yarım çay kaşığı yemek sodas ı kon m u ş olu s yonla gü nde dört kez gargara yapma lı. Ku llanı lm a ya n s olu s yonla r iki gü nde bir a tılmal ı ve yenisi hazırlanmalı.
- ✓ Ağızda ka lın sekresyon veya beyaz lekeler (kandida) debris var- sa hidrojen peroks it ile (1/4 lik) tem izle n meli sonr a s u ile çal ka lan malı.
- ✓ Daha uzun etkili ola n chlorhexidine (Hibiclens) kullanılabilir: bir ölçü c hlor hexidin e 19 ölçü s u. Bu s olu s yonla gü nde iki veya üç kez ağız ça lkan malı.

- ✓ Hastalar ticari ağız temizleme maddelerini kullanmamalı. bunlar alkol içerdiği için oral kaviteyi kuruturlar .
- ✓ Protezli olan hastalar günde en az 8 saat (gece boyunca) protezlerini çıkarmalı,
- ✓ Hastalar sert, sıcak, baharları yiyecekler yememeli ve sigara içmemeli.
- ✓ Antifungal ilaçlar önerildiği şekilde uygulanmalı ve uygulamadan sonra 20 dakika hiçbir şey yememesi ve içmemesi konusunda hastaya bilgi verilmeli,
- ✓ Stomatitle ilişkili ağrı varsa lokal veya sistemik analjezikler hekim önerisine göre kullanılmalıdır.

ALOPESİ

Tedaviye bağlı oluşan alopesi kanserli hasta için fiziksel ve duygusal yönden sıkıntı yaratan bir durum olabilmektedir. Baş bölgelerine radyoterapi uygulanan hastalar da bu sorunu yaşamakta birlikte, saç kaybı esas olarak belirli kemoterapötik ilaçların kullanılmasında ortaya çıkan bir durumdur. Alopesi, sitotoksik tedavinin kıl foliküllerinin mitotik etlemlerini engelleyerek zayıflatması ve kıl kırılmalarına yol açması sonucunda ortaya çıkar. Saç kaybı genellikle tedaviden 2-3 hafta sonra başlar ve tedavinin kesilmesinden sonraları 8 hafta içinde saçlar tekrar çıkar. Baş bölgesine 4500 rad. dan daha yüksek dozlarda radyasyon verilen hastalarda alopesi kalıcı olabilmektedir (7, 10).

Alopesinin beklendiği durumlarda hemşireler hastaları saç kaybı olasılığına karşı hazırlamalı ve tedaviden önce peruk satın alınabileceklerini tartışmalıdırlar (3, 7, 11). Hastaların saç kaybı ve beden imgesindeki değişikliklere tepkileri farklıdır. Hemşireler hastalara, kendi duygularını anlamalarında ve çeşitli saç örtme seçenekleri konusunda yardımcı olabilmektedirler. Amerikan Kanser Birliğini'nin bir programı olan "İyi Görün. Daha İyi Hisset". alopesisi olan hastalara özel bir yardım örneğidir (7).

Saçlı deriyetürünke veya hipotermi uygulanmasıyla kemoterapi alan hastalarda alopesi gelişmesi konusunda sınırlı bir başarı sağlanmıştır (7). Tümör hücreleri kan damarlarında veya saçlı derideki hücrelerde olabileceğinden nörolojik ve hematolojik kanserlilerde saçlı deriyetürnike veya hipotermi uygulanmamalıdır .

Kısmi bir saç kaybı beklediği zaman saç kaybını minimize etmek veya yeni çıkkan saçları konumlamak için hastalara aşağıdaki saç bakım önerileri verilmelidir (6. 8):

- ✓ Yumuşak bir şampuan kullanmaları. fazla şampuan dan kaçınmaları,
- ✓ İletkenlik kurutma rnakasılı kullanmaları veya çok düşük ısıda kullanmaları.
- ✓ Aşın fırçalama ve taramaktan kaçınmaları,
- ✓ Bigode kullanmamaları. perma yaptırmamaları.
- ✓ Tedaviden önce saçını kısa kesmeleri konusunda öneride bulunmalıdır.

DİSPNE

Oispanye akciğer kan seri yada akciğerlere metastazı olan hastalarda sık görülen bir durumdur. Bununla beraber olan etmenler: tümörün lenfetik yayılımı, plevr effüzyon yada skar gelişmesi. ameliyatla fonksiyonel akciğer dokusunu alınmış olması. radyasyon ve akciğerlere toksik olan kemoterapiye bağlı fibrotik değişiklikler. perikardial effüzyon yada lamponat. konjesitif kalp yetmezliği. anemi enfeksiyon ve pulmoner kan akımında damarsal değişiklikler (7).

Tıbbi tedavi önerildiği şekilde uygulanmalıdır. Her şeyden önce ayrıca solunum ve gevşeme yöntemlerini öğretme. d uygusal destek sağlama. pozisyon verme. oda ısısını kontrol altında tutma. dikkatli ağız bakımı verme ve oksijen tedavisini isteme göre uygulama gibi genel yöntemler kullanılmalıdır.

AGRI

Kanser ile ilişkili ağrı hastaların yaklaşık %50-50'i hastalıklarının seyri sırasında bir ağrı yaşarlar (7). Ağrı kanser hastalarının yaşam bütünlüğünü ve kalitesini önemli ölçüde bozar. Dünyada tüm kanser hastalarının yaklaşık %25'i şiddetli ağrısı dindirilmediğini ölmektedir. Gelişmiş ülkelerde yapılmış çalışmalar hastaların %50'den fazlasının yeterli ağrı tedavisi görmediğini ortaya koymaktadır. Araştırmalar. daha çok kurumlarda yan kanser hastaları ile yapıldığı için evlerin de ağrı çekenlerin oranını bilinmemektedir (5).

NEDENLERİ

Kanserli hastaların yaşadıkları, ağrının prevalans ve şiddeti. hastalığın evresini, yeri ve metastaz bölgesi gibi birçok etmene bağlıdır. Kanserle ilgili ağrı hastalık süreci yada kanser tedavisine bağlı olarak ortaya çıkabilir. Doğrudan tümörün neden olduğu ağrı, kemik metastazları, sinir basısı yada infiltrasyonu ve bağırsak gibi içi boş organların kanması ile meydana gelir. Kanserlin esas tedavilerinin tümünde ağrı ortaya çıkar. Bununla beraber hastalar ne hastalık nedeniyle tedavi ile ilgili olmayan ve önceden beri gelen kronik ağrılar da yaşayabilirler.

HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

Ağrının giderilmesi ve yönelimi dikkatli bir değerlendirmeyi gerektirir. Hastanın ağrısının tam olarak değerlendirilmesi ağrı ile baş etmede etkili olan seçiminde önemlidir. Ağrının yeri, yoğunluğu, ortaya çıkmasının etkileyen etmenler, ağrı sırasında gözlenen davranışlar, psiko-sosyal değişkenler ağrı ve tedavinin etkileri ile baş etme biçimleri değerlendirilmelidir. Ağrı kontrolünde hedef yalnız ağrının gidilmesi değil aynı zamanda hastanın normal yaşam niteliğinin de sürdürülmesidir (7).

Tıbbi ve hemşirelik yaklaşımları, hastanın sistemik ve lokal analjezikleri kullanması için desteklemek ve sekunder komplikasyonların önlenmesine yöneliktir. Semptomatik tedavi narkotik, nonnarkotik ve lokal anestetik ve analjeziklerin yan etkileri görülen hastalarda önemlidir. Kanserli hastalarının ağrı kontrolünde unutulmaması gereken bir diğer yaklaşım aile üyelerinin de bilgilendirilmesi ve bakıma katılmalarının sağlanmasıdır (5).

Kanser ağrısının temel tedavisi kanserlin kendisinin tedavisidir. Sinirlerle yada yaşamsal organlara basıyı azaltmak için kemoterapi ve radyoterapi uygulanabilir. bazende cerrahi girişimlere gereksinim duyulabilir.

SUMMARY

NURSING CARE RELATED TO SYMPTOMS IN CANCER

Symptoms such as bone marrow depression, nausea / vomiting, diarrhea, constipation, mucositis, alopecia, dyspnea, and pain occurs

in the course of cancer illness and treatment. Nursing care is directed toward prevention if possible, or early identification and control.

KAYNAKLAR

1. American Cancer Society: Cancer Manual. Eighth Edition. A.C.S. Massachusetts Division, Incorporated. Boston, 1990.
2. Burke B.M. and digerleri: Cancer Chemotherapy. A Nursing Process Approach. Jones and Bartlett Publishers. Boston, 1991.
3. Greifzu S. Walters P: "Chemical A Nurse's Guide To Action. Administration and Side Effects ".RN. April 1995.
4. Klarsky J. Schimpff CS. Senn J: 1-1- Handbook of Supportive Care in Cancer. U.S.A. Marcel Dekker. 1995.
5. Kocaman G: Ağrı Hemşirelik Yaklaşımları. 1.Baskı. Saray Medikal Yayıncılık. Kanyılmaz Matbaası. İzmir. 1994.
6. National Cancer Institute: What You Need To Know About Chemotherapy. Asta Medica. Frankfurt/ Germany. 1995.
7. Hemşireler için Kanser El Kitabı. Çev. Editörü. Nurgün Platin. 1.Baskı. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı. iv. Akşam Sanat Okulu Matbaası. Ankara, 1996.
8. Sehlesselman M.S.: "Helping Young Cancer Patient Cope With Alopecia" Nursing 88. Vol. 18. Num. 12. sf: 43-45. December 1988.
9. Simonson MG: "Caring For Patient With Acute Myelocytic Leukemia". AJN 88. Vol. 88. No. 3. 304-309. 1988.
10. Yasko MJ: Nursing Management of Symptoms Associated With Chemotherapy Presented as a Professional Service by Fanatical Career. 1993.
11. Yasko MJ: Kemoterapiye Bağlı Belirtilerin Denelimi ve Bakımı. Çev. Birol Çotuk, Bilimsel ve Teknik Yayımlar Vakfı. 1994.