

# Kanserli hastanın terminal dönemdeki bakımı

## Care of the cancer patient in the terminal period

İkbal ÇAVDAR

*İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İstanbul*

Terminal dönem ölüm öncesi dönem olarak tanımlanır. Yaşamın son günlerini yaşayan hastanın bakımında, hastanın gereksinimlerini karşılayabilmek hemşirenin gerekli bilgi, beceri ve anlayışa sahip olması ile direkt ilişkilidir. Ölümcül hastalığı olan bireylere ve ailelerine bakım veren hemşirelerin, ölümcül hastalığa ilişkin tepkiler, tepkilerle başa çıkmada destekleme, ölüm sürecinde hasta ve aileye yardım konularında bilgi sahibi olmaları gereklidir. Bu makalede terminal dönemdeki kanser hastasının fizyolojik, psikolojik, manevi ve seksüel gereksinimleri üzerinde durulmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Kanser; terminal dönem; ölüm.

The terminal period is defined as the period prior to death, during which, in the face of cancer and increasing physical restriction, comprehensive care continues, with the aims of improving and protecting the patient's life quality. Nurses are responsible for meeting the needs of the patient. Nurses who care for patients suffering from a fatal disease and their families must be aware of reactions, and help the patients and their families during the death process. This article focuses on the needs of patients in the terminal period, which are physiological, psychological, spiritual, and sexual.

**Key words:** Cancer; terminal period; death.

Terminal dönem, kanser ve artan fiziksel kısıtlanmalara karşın hastanın yaşam kalitesini korumak ve iyileştirmek amacıyla bütüncü bakımın süre geldiği ölüm öncesi dönemdir.<sup>[1,2]</sup> Özellikle son on yılda tıp alanında çok önemli gelişmeler olmasına karşın hala bazı hastalıklar ölümcül olmaya devam etmektedir. Ölümcül hastalıkların sadece fizyolojik olarak değil psikolojik olarak da hem hasta, hasta ailesi hem de sağlık ekibi için zorlayıcı bir durum olduğu bilinmektedir.<sup>[3]</sup> Kanser tedavisinde son yıllarda görülen ümit verici gelişmelere karşın genelde iyileşme oranının %25'in üzerine çıkmadığı literatürde belirtilmektedir.<sup>[4]</sup> Ölümcül hastalıkların çoğu günümüzde modern araç-gereç kullanımı ile kontrol edilebilmekte, palyatif tedavilerle yaşam süresi uzatılabilmekte ve ölüm çoğu zaman evden çok hastanede gerçekleşmektedir. Bu bağlamda, terminal dönemdeki hasta ve ailesine verilecek hizmette önemli role sahip olan hemşi-

relerin ölümcül hastalığı olan bireylere ve ailelerine bakım verme, ölümcül hastalığa ilişkin tepkiler, tepkilerle başa çıkmada destekleme, ölüm sürecinde hasta ve aileye yardım konularında bilgi sahibi olmaları gereklidir.<sup>[5,6]</sup> Yanısıra, bakım kalitesini en üst düzeye yükseltebilmek için hemşirelerin hasta, aileleri ve diğer sağlık bakım ekibi ile açık ve etkili bir iletişim içinde olmaları gerekmektedir.<sup>[7]</sup>

Terminal dönemdeki hastaların bakımının yapıldığı bakım ünitelerinde:

- Ünitelerde yeterli sayıda sağlık çalışanı olması (gerektiğinde terminal dönemdeki hasta ve yakınları konuşacak, onları dinleyecek, rahatlatacak bir kişiyi bulabilir),

- Sağlık çalışanlarının istenmeyen semptomları kontrol edebilecek ve invaziv işlemlere ne zaman son vereceğini bilecek bilgi ve deneyime sahip olması,

- İlerlemiş kanserde tat almada değişme ve anoreksi çok sık rastlanıldığından hastanın beslenmesi, sevdiği ve sevmediği yiyeceklerin göz önüne alınarak düzenlenmesi, ideal olan beslenmesini istediği şekilde ve zamanda sağlayabilecek kolaylıkların hastaya sağlanması,

- Hasta yakınlarının gereksinimleri, refakatçi kalma olanağı ve yemeklerin hazırlanması için kolaylıklar getirilmesi,

- Ziyaret saatlerinin serbest bırakılarak, hasta yakınlarının hastanın bakımına katılma olanağı sağlanması,

- Tüm sağlık çalışanlarının her açıdan desteklenmesi gereklidir.<sup>[4]</sup>

Terminal dönemin her birey için farklı olduğu ve gereksinimlerin de bireyden bireye farklılık gösterdiği bilinmektedir.<sup>[8]</sup> Sağlık çalışanlarıca terminal dönemdeki hasta “Ölüyor” olarak değil, kalan her bir günü en iyi şekilde yaşaması gereken insan olarak değerlendirilmeli ve hastanın ölümüyle değil, ölüm gerçekleşene kadar en rahat bir şekilde yaşamasıyla ilgilenilmelidir.<sup>[9]</sup>

Yaşamın son günlerini yaşayan hastanın bakımında, hastanın duygusal ve fiziksel gereksinimlerini karşılayabilmek hemşirenin gerekli bilgi, beceri ve anlayışa sahip olması ile direkt ilişkilidir.<sup>[10]</sup> Ölümün, tüm canlıların paylaştığı evrensel bir olay olduğu ve çoğu birey için ölüm konusundaki en korkutucu şeyin, ölüm anında yalnız kalma korkusu olarak belirtildiği vurgulanmaktadır.<sup>[5,11]</sup> Terminal dönemdeki hasta ve ailelerinin acılarını gidermek, yeterli tıbbi bakımı vermek, herhangi bir yarar sağlamayacak olan yöntemler uygulamaktan kaçınmak, huzur içinde, konforlu, yeterli duygusal, manevi destek ve bakım vermek hekim, hemşire, psikolog, fizyoterapist ve sosyal hizmet uzmanından oluşan multidisipliner ekibin sorumluluğundadır.<sup>[1]</sup>

### Fiyolojik Gereksinimler

Yaşamın son saatlerinde sürekli bakıma gereksinim duyan hastalarda çok çeşitli fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir (Tablo 1).

**Yorgunluk-Güçsüzlük:** Ölüm zamanı yaklaştığında genellikle yorgunluk ve güçsüzlük artar. Has-

**Tablo 1**

Ölüm sürecinde değişiklikler<sup>[12]</sup>

Değişiklik	Belirtiler
Yorgunluk, güçsüzlük	Azalmış fonksiyon ve hijyen, yatakta hareket etmede yetersizlik
Kutanöz iskemi	Cilt sağlığının bozulması, yaralar, kemiksi çıkıntılar üzerinde kızarıklık
Beslenmede azalma, zayıflık	Anoreksiya, az beslenme, aspirasyon, asfiksi, kilo kaybı, kas ve yağ kaybı
Sıvı alımında azalma, dehidratasyon	Az sıvı alımı, aspirasyon, hipoalbuminemiden dolayı periferik ödem, dehidratasyon, kuru mukoz membran/konjektiva
Kardiyak disfonksiyon, renal yetmezlik	Taşikardi, periferik soğukluk, periferik ve santral siyanoz, ciltte lekeler, koyu renk idrar, oligüri, anüri
<i>Nörolojik disfonksiyon</i>	
Bilinç seviyesinde azalma	Uyulamada artış, uyanmada zorluk, sözlü ya da dokunsal uyarılara cevapsızlık
İletişimde azalma	Kelimeleri bulmada zorluk, tek heceli kelimeler, kısa cümleler, gecikmiş ya da uygun olmayan cevaplar, verbal cevapsızlık
Terminel deliryum	Erken kognitif yetmezlik belirtileri, ajitasyon, huzursuzluk, anlamsız, tekrarlayan hareketler, inleme, sıızlanma
Solunum disfonksiyonu	Solunum hızında değişiklik, tidal volümde azalma, anormal solunum düzeni (apne, Cheyne-Stokes solunum)
Yutma yeteneğinin kaybı	Disfaji, öksürme, oral ve trakeal sekresyon artışı
Sfinkter kontrol kaybı	İdrar ya da dışkı kaçırma, cilt maserasyonu, perineal kandyazis
Ağrı	Yüz buruşturma, alın ve kaşlar arasında gerginlik
Gözlerini kapatma yeteneğinde kayıp	Gözkapağı kapanmaz

ta yatakta hareket edemeyecek ve başını kaldıramayacak duruma gelir. Cildin aynı bölgesine özellikle kemik çıkıntıları üzerine sürekli basınç cilt iskemisini ve ağrıyı arttıracaktır. Hastayı yatakta yeterli yastıkla desteklemek rahatsız edici dönüş gereksinimini azaltacaktır.

**Kutanöz iskemii;** basınç ülseri gelişim riskini en aza indirmek için her 1-1,5 saatte bir hasta döndürülmeli ve kemik çıkıntılarının olduğu bölümler hidrokolloid pansumanla korunmalıdır. Hastanın yatak takımlarının gergin olmasına dikkat edilmelidir. Döndürme öncesi ve sonrası araklı olarak masaj yapılması hem hastanın konforunu sağlar hem de dolaşımı düzelterek cilt sağlığının bozulma riskini azaltabilir. Cilt sağlığının bozulduğu alana masaj yapmaktan kaçınılmalıdır.

**Yiyecek ve sıvı alımında azalma;** çalışmalar ölüme yakın dönemde hastanın parenteral ya da enteral olarak beslenmesinin yaşamı uzatmadığını ve semptom kontrolünü düzeltmediğini göstermektedir. Bu dönemde aileye yiyecek ve sıvı alımında azalmanın normal olduğu açıklanmalıdır.

**Mukozal ve konjektival bakım;** oral mukoza- yı temiz ve nemli tutmak için her 15-30 dk'da ağız bakımı yapılmalı ve oral kandiyazisi tedavi etmek için direktif edilen topikal nistatin ya da sistemik flukonazol uygulanmalıdır. Eğer hasta O<sub>2</sub> kullanıyor ise alternatif olarak petroleum içermeyen nem-

lendiriciler kullanılabilir. Parfümlü dudak kremleri ve limon gliserin içeren pamuklu çubuklardan kurutma ve irrite etme özelliğinden dolayı kaçınılmalıdır. Göz kapakları kapalı değil ise her 3-4 saatte bir oftalmik nemlendiricili jel ile konjektiva nemlendirilir ya da yapay göz yaşı kullanılabilir.

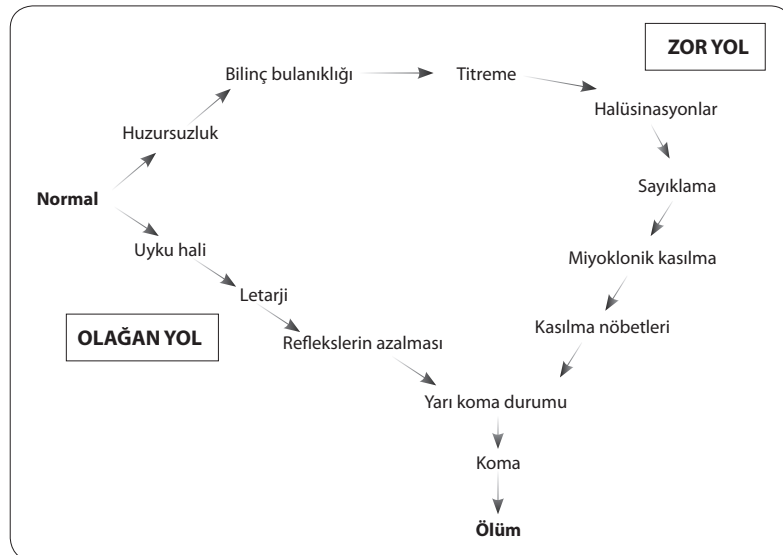
**Nörolojik disfonksiyon;** ölüm süreci ile birlikte nörolojik değişiklikler meydana gelir. Bu nörolojik değişiklikler ölümün 2 yolu olarak tanımlanan 2 farklı modelde belirginleşebilir (Şekil 1).

**Terminal deliryum;** hastanın terminal deliryumda olup olmadığını saptamak önemlidir. Hastada sıklıkla gece-gündüz ayırımı olmaksızın konfüzyon, huzursuzluk ya da ajitasyon görülür.

**Solunum disfonksiyonu;** yaşamın son döneminde hastada apne ya da *Cheyne-Stokes* solunum gelişebilir. Solunum sık ve yüzeysel olabilir.

**Sfinkter kontrol kaybı;** yaşamın son saatlerinde yorgunluk ve sfinkter kontrol kaybı idrar ve dışkı inkontinansına yol açabilir. İnkontinans durumunda (idrar, gaita) bakımda doku bütünlüğünü sürdürme ve enfeksiyonu engellemede duyarlı olunmalıdır.

**Göz kapaklarını kapatma yeteneğinde kayıp;** oftalmik nemlendiriciler, yapay gözyaşları ya da serum fizyolojik kullanılarak nemlendirme sürdürülebilir.<sup>[10-12]</sup>



Şekil 1. Ölümün iki yolu.<sup>[12]</sup>

## **Psikolojik Gereksinimler**

Terminal dönemdeki hasta ailesine ve başkalarına yük olma, ölümlerini, fiziksel ve mental yeteneklerini kaybetme, ölüm ile ilgili ağrı beklentisinde olma, önemli yaşam hedeflerini başaramadan erken ölme, terk edilme korkusu içinde olabilir.<sup>[8,10,13]</sup>

Hemşire, hastanın korkularını ifade etmesi, saygınlığını, bireyselliğini ve aile bütünlüğünü koruma, ailenin psikolojik olarak desteklenmesi, fiziksel olarak güç toplamasına yönelik plan yapmalarına yardım etme, aileyi yas sürecine hazırlama ve semptomları kontrol ederek hastanın rahat ölümünü sağlama ile sorumludur.<sup>[2,9]</sup>

Elizabeth Kübler Ross, ölümle karşı karşıya olan bir kişinin duygusal reaksiyonlarını inceleyerek, ölümcül hastalığı olan bireylerin bu durumda baş edebilmelerinde; reddetme (inkar), kızgınlık (öfke), pazarlık, depresyon, kabullenme mekanizmalarını kullandıklarını belirtmiştir.<sup>[14]</sup> Bu evrelerin, her zaman aynı sırada yaşanmayabileceği ve bazı hastaların iki ya da üç evreyi aynı zamanda yaşayabilecekleri belirtilmektedir.<sup>[10]</sup> Kübler-Ross'a göre kanser hastalarının geçirdikleri bu evreler daha hafif şiddette hasta aileleri ve sağlık ekibi üyeleri tarafından da yaşanmaktadır.<sup>[5]</sup>

## **Manevi Gereksinimler**

Değerler, inançlar, örf ve adetler bireyin kayıp, yas ve ölüme karşı reaksiyonlarını etkilemektedir. Hemşire hastaya özel önemli olan inançları bilmeli, hastaya kendi inançlarını empoze etmemeli ve sadece hasta için değil aile için de inançlarına yönelik uygulamaların önemini farkında olmalıdır.<sup>[11]</sup>

## **Seksüel Gereksinimler**

Yaşamın son saatlerinde hasta ve eşi seksüel gereksinimlerini tartışma konusunda kendilerini rahatsız hissedebilirler. Çoğunlukla eşler ölecek bireye fiziksel olarak daha yakın olmak ister. Ancak hastayı incitmekten, cinsellik konusunu konuşmaktan, çevrelerindeki insanlara karşı duyarsız davranış içinde olduğu kanısını yaratmaktan korkarlar. Hemşire, her iki eşin de gereksinimini karşılayacak fiziksel yakınlaşma için hasta ve eşini cesaretlendirerek yardımcı olmaya çalışmalıdır. Bir ayak masajı ya da sevgi dolu ve yumuşakça bedene sarılmanın ölmekte olan hastanın son dakikalarda-

ki gereksinimlerini tamamen karşıladığı literatürde belirtilmektedir.<sup>[11]</sup>

## **Hasta Ailesine Yaklaşım**

Yaşamın son saatlerini yaşayan hastanın bakımı sırasında ailenin bir destek unsuru olarak bakım ve tedavi içinde yer alması sağlanırken hasta ailesi ve yakınlarının da desteğe gereksinimleri olduğu unutulmamalıdır. Ailenin kederinin tanınması, cihazların tanıtılıp açıklanması, bilinen kelime ve kavramların kullanılması, karar almalarına ve destek bulmalarına yardımcı olunması, aile üyelerinin evdeki rol değişikliklerinin tanınması ve tanımlarının sağlanması, destekleyici moral verilmesi önemlidir.<sup>[10,15]</sup> Ölüm sürecinin hasta ailesini derinden etkilediği bilinmektedir. Hastanın öleceğini öğrendikten sonra yaşanan duygusal tepkilerin tümü aile bireyleri tarafından da yaşanır. Aile yoğun olarak keder, çaresizlik, tükenme hissi, suçluluk ve öfke hissedebilir.<sup>[16]</sup> Aile bireylerine karşı mümkün olduğunca duyarlı ve şefkatli olunmalı, ailenin acısı azaltmaya çalışılmalı ve her türlü tepkiye hazırlıklı olunmalıdır.

## **Terminal Dönemde Hasta Hakları**

Her hasta için söz konusu olan hasta hakları terminal dönemde de söz konusudur. Ancak dönemin özellikleri dikkate alındığında terminal dönemdeki hastanın hakları çok daha hassas bir konuya haline gelmektedir. Bu nedenle terminal dönemde hastaya bakım veren tüm sağlık profesyonellerinin bu konuda duyarlı olmaları çok önemlidir.

Yaşam sonu dönemde her hastanın tedavi olanaklarını seçme hakkı olduğu gibi yaşamını nerede sonlandıracağını belirleme hakkı bulunmaktadır. Yaşam sonu dönemde bireylere ölümlerini nerede yaşamak istedikleri konusunda seçenek sunulmalıdır.

Terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm yeri tercihlerini etkileyebilecek faktörler arasında, hastanın sosyal ortamı ve yaşama düzeni, hastaya bakım verenlerin bilgi ve tecrübeleri, hastanın kendine bakım veren /ailenin huzur ve refahı hakkında endişelenmesi, bakım verenlerin tutumları ve bakım için gönüllülüğü, semptom yönetimi, hastanın saygınlığını kaybetme korkusu, hastanın hastanelerle ilgili deneyimleri sayılabilir (Tablo 2).<sup>[13]</sup>

**Tablo 2**Terminal dönemde hasta hakları<sup>[10,11]</sup>

Hasta ciddi olarak hasta olduğunu ve ölebileceğini bilme hakkına,  
 Ölene kadar tedavi/bakım alma hakkına,  
 Kişinin barış dolu, saygın olduğu ve çevresinde sevdiği insanların bulunduğu  
 (tüpler ve makinelerle çevrelenmemiş) umutlu bir ortamda ölme hakkına,  
 Gizlilik hakkına,  
 Bakım ile ilgili kararlara katılma hakkına,  
 Yalnız ölmeme hakkına,  
 Sorularına dürüstçe yanıt verilme hakkına,  
 Onurlu bir biçimde ve huzur içinde ölme hakkına,  
 Hassas, bilgili ve sevdikleri kişileri anlamaya çalışan insanlarca bakılma hakkına,  
 Ağrı ve diğer rahatsız edici sorunlardan arınmış şekilde ölme hakkına,  
 Aldatılmama ve yalan söylenmeme hakkına,  
 Öldükten sonra bedenine saygı bekleme hakkına sahiptir.

Townsend ve ark. kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada bireylerin ölüm tercihlerini; %58'inin evinde, %20'sinin hastanede, %20'sinin bakım evlerinde, %2'sinin diğer yerler olarak sıraladıklarını belirtmişlerdir. Thorpe yaptığı benzer bir çalışmada ise insanların genelde evlerinde ölmeyi tercih ettiklerini ve bireylerin evde ölmek isteme nedenlerinin de; yeterli hemşirelik bakımından yararlanabilme, gece bakım sisteminin bulunması, semptom kontrolünün yapılabilmesi, günlük yaşam aktivitelerini daha bağımsız sürdürebilmesi, palyatif tedaviyi daha iyi kullanabilmesi, etkili tıbbi bakım, bakım vericilerin finansal koşullarını sağlayabilmesi olarak belirtmiştir.<sup>[17]</sup>

Beccaro, Costantini, Rossi'nin<sup>[18]</sup> yaptıkları çalışmada da hastaların %87.7-97.6'sının evlerinde ölmek istedikleri, sadece %4.9-%8.0 hastanın hastanede ölmek istediği ifade edilmektedir. Bu çalışmanın evde bakım hizmetinin geliştiği ülkelerde geçerli olduğu ancak ülkemiz koşulları gözönüne alındığında günümüzde pek de olası görünmediği düşünülebilir.

### Kaynaklar

1. Malak AT, Dramalı A. Terminal dönem hasta bakımı. Ulusal Cerrahi Kongresi-Cerrahi Hemşireliği Sektör Panel ve Bildirileri Kitabı, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi; 2004; s. 271-4.
2. Twycross RG. Terminal bakım: Organizasyon ve teknik yönleri. In: Kanser ağrısı. (ed) Swerdlow M, Ventaf-

ridda V (Çeviri Editörü: Altan A, Kutlu F), İstanbul: Logos Yayıncılık; 1994. s. 145-55.

3. Peykerli G. Ölümcül hastalıklara psikolojik yaklaşım C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2003;25(4): Özel Ek.
4. Erdine S. Kanser hastasında palyatif bakım. İçinde: Onat H, Mandel NM. Kanser hastasına yaklaşım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002. s. 355-63.
5. Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ; 2004. s. 276-316.
6. Dik, A. Terminal dönem hastaya yaklaşım. Hemşirelik Forumu, Temmuz-Ağustos, 2005;59-60.
7. Kav S. Palyatif bakım için hasta eğitim araçları. ESMO Course on Palliative Care in Oncology Course Book. (Editör) Özyılkan Ö, Kömürcü Ş. Ankara: 2006. s. 22-4.
8. End-of-Life Care; Questions and Answers, [http://www.Documents and settings/Administrator/Dekstop/National Cancer Institute, \(5.2.2006\).](http://www.Documents and settings/Administrator/Dekstop/National Cancer Institute, (5.2.2006).)
9. Onan Gonca N. Terminal dönemdeki kanser hastalarına bakım veren hemşirelerin karşılaştıkları güçlükler ve başa çıkma yolları. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi] İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2001. s. 20-5.
10. Akdemir A, Birol L. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. 1. Baskı, İstanbul: Ekin Tıbbi Yayıncılık; 2003. 207-11.
11. Taylor C, Lillis C, Le More P. Fundamental's of Nursing. The Art & Science of Nursing Care. 4th ed., New York: Lippincott; 2001.
12. Emanuel L, Ferris FD, Gunten CF, Roenn JH. The last hours of living: practical advice for clinicians. <http://www.medscape.com/viewarticle/542262> (Erişim tarihi; Kasım 2008).

13. Işıkhani V. Terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm yeri tercihleri. *Türk Onkoloji Dergisi* 2008;23(1);34-44.
14. Uçar H. Ölüm kavramı ve ölümcül hastada hemşirelik bakımı. İçinde: Atalay M, editör. *Hemşirelik esasları el kitabı*. İstanbul: Birlik Ofset; 1997. s. 195-201.
15. Terakye G. Hasta hemşire ilişkileri. Ankara: Aydoğdu Ofset; 1994. s. 92-102.
16. Yiğit R. Hasta ve ailesine ölümle baş etmelerinde yardım etme. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1998;2(2).
17. Roper N, Logan WW, Tierney AJ. *The elements of nursing*. 4th ed., New York: Churchill Livingstone; 1996.
18. Beccaro M, Costantini M, Giorgi Rossi P, Miccinesi G, Grimaldi M, Bruzzi P; ISDOC Study Group. Actual and preferred place of death of cancer patients. Results from the Italian survey of the dying of cancer (ISDOC). *J Epidemiol Community Health* 2006;60(5):412-6.