

Jinekolojik kanserlerde evde bakım

Home care for women with gynecologic cancers

Gül ERTEM¹

¹Ege Üniversitesi, Ödemiş Sağlık Yüksekokulu, İzmir

Dünyada jinekolojik kanserler en yaygın olarak görülen dördüncü kanser türüdür. Jinekolojik kanser tanısı, kadınlar için travmatik bir olaydır. Hastalık ve hastalık ile ilişkili tedaviler, yalnızca yaşamı tehdit etmemekle kalmaz, aynı zamanda bu hastaların cinsel sağlığını da etkiler. Jinekolojik kanserli hastaların evde bakım genel sağlık bakımında ortaya çıkan önemli bir kavramdır. Bu derlemede jinekolojik kanserli hastaların evde bakım hazırlıklarının, majör, temel konuları tartışılmaktadır. Aile ve hasta servislerinin koordinasyonu, rehberlik ve destek, hasta ve aile eğitimi, direkt bakım gibi konuları içeren hemşirelik rollerini tanımlamıştır. Jinekolojik hastaların evdeki spesifik ihtiyaçları, örneğin; beslenme, ağrı kontrolü, kemoterapi ve radyoterapi sırasında bakım, postoperatif dönemde sağlığına kavuşma ve terminal dönemde bakımı ele alınmıştır.

Anahtar sözcükler: Evde bakım; kanser; jinekolojik kanser.

Gynecologic cancer is the fourth most prevalent cancer type in women worldwide. Being presented with a diagnosis of a gynecologic cancer is a traumatic event for women. The disease and its associated treatment commonly pose a threat not only to the life of such patients but also to their sexual health. Home care for patients with gynecologic cancer is an emerging concept in health care. This article discusses the major issues in the provision of home care to patients with gynecologic cancer. Nursing roles, including coordination of patient/family services, guidance and support, patient/family teaching, and direct care, are described. Specific at-home needs of patients with gynecologic cancer, such as nutrition, pain control, care during radiation and chemotherapy treatments, postoperative recovery and convalescence, and care of the terminally ill, are addressed.

Key words: Home care; cancer; gynecologic cancer.

Dünyada en sık rastlanan jinekolojik kanser türü, rahim ağzından kaynaklanan ve halk arasında rahim ağzı kanseri olarak adlandırılan “serviks kanseri”dir. Serviks kanseri, dünya genelinde meme kanserinden sonra kadınlarda en sık görülen jinekolojik kanser türüdür. Sıklığı ülkeden ülkeye ve o ülkenin sosyoekonomik durumunun gelişmişliğine bağlı olarak değişmektedir. Amerika’da 2003 yılında 12,200 yeni olgunun tanısı konmuş ve yine aynı yıl 4100 kadın, bu hastalıktan dolayı yaşamını yitirmiştir. Amerika’da 100,000’de 8,7 kadında serviks kanseri teşhis edilirken Haiti’de bu oran 100,000’de 94 kadına kadar çıkmaktadır.

İkinci sırayı, rahmin iç tabakasından kaynaklanan ve halk arasında rahim kanseri olarak bili-

nen “endometrium kanseri” almaktadır. Bu yıl tüm dünyada 361,000 yeni rahim kanserinin tanısının konması beklenmektedir. Modern toplumlarda rahim kanserinin sıklığı giderek artmaktadır. Ancak ölüm oranları oldukça düşüktür. Çünkü modern gelişmiş toplumlarda bu hastalık erken yakalanabilmekte; modern yöntemlerle ve iyi tedavi edildiği için ölüm oranları düşürmektedir. 2003 yılında Amerika’da 40,100 rahim kanserli olgunun tanısı konmuş ve bu hastalıktan dolayı sadece 6800 kadın yaşamını yitirmiştir. Yumurtalıklardan kaynaklanan ve “over kanseri” olarak adlandırılan yumurtalık kanserleri ise; jinekolojik kanserler içinde en fazla ölüme yol açanıdır. Kırk yaşın üzerindeki kadınların %1.2’sinde over kanserinin tanısı kon-

maktadır. Amerika’da 2003 yılında 25,400 olgunun tanısı konmuş ve yine aynı hastalıktan 14,500 kadın yaşamını yitirmiştir.^[1-5]

Vulva kanserleri, vajen girişinden kaynaklanan kanserler ve tüplerden kaynaklanan kanserlere oranla daha az rastlanan jinekolojik kanser türüdür. Bu kanser türlerinin haricinde bir de büyük oranda gebelik sırasında oluşan “gestasyonel trofoblastik” hastalık denilen bir kanser grubu vardır. Başarılı tedavi ile olumlu yanıtının alındığı bu grup kanserler, kadın yaşamını fazlaca tehdit etmemektedir.^[1,2]

Jinekolojik kanserlerin en iyi yönü çoğunun dış ortama açık olması ve erken bulgu vermesidir. Sadece yumurtalık kanseri yumurtalıklar karın içerisinde olan organlar olduklarından ilerlemiş evrelerde bulgu verirler. Bazı virüs hastalıkları veya kronik kaşıntı ile giden hastalıkların zemininde kanser gelişebilir.^[1]

Jinekolojik kanserlerde uygulanan cerrahi girişimler, kemoterapi ve radyoterapinin etkileri kadının beden imajı, cinsel kimliği ve üreme yeteneğine yönelik algılamasını, hastanın ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Amerikan Kanser Derneği’nin (American Cancer Society) 2007 yılı verilerine göre, ABD’de kadınlarda görülen kanser vakaları sıralamasında endometriyum ve over kanserleri, 4. ve 5. sırada yer almaktadır. Serviks kanseri ise tarama testleri ve erken tanı sonucu genel sıralamada 8. ve jinekolojik kanser vakalarında ise 3. sırada yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi verilere göre, kadınlarda görülen kanser sıralamasında ürogenital kanserler %17.5 oranı ile meme ve sindirim sistemi kanserlerini takiben 3. sırada yer almaktadır.^[3,4,6,7]

Jinekolojik kanserlerin ölüme yol açma oranları hastalığın evresine, histolojik tipi ve derecesine, hastanın genel durumuna yaşına ve yapılan cerrahiye bağlı olarak değişiklik göstermektedir. En kötü yaşam süresine sahip olan kanser, geç bulgu vermesi nedeniyle over kanseridir. Over kanseri tanı sonrası ortalama yaşam süresi %35’dir. Uterus kanseri ise daha erken belirti verdiği için yaşam süresi over kanserine göre daha iyidir. Tüm evreler için yaşam süresi oranları şu şekildedir: Evre I %75, evre II %60, evre III %30 ve evre IV için

%10’dur. Pap smear yöntemi ile erken tanısı artan rahim ağzı kanserinde ortalama yaşam süresi yüzde 80 civarındadır. Evre I %90, evre II %65, evre IV için ise %15’dir.^[2,5]

Jinekolojik kanserlerin belirtileri tutulan organa göre farklılık göstermektedir. Serviks kanserinin belirtisi cinsel ilişki sonrası lekelenme tarzında vajinal kanama, adet miktarında ya da süresinde artış, kahverengi vajinal akıntı olarak ortaya çıkmaktadır. İleri evrelerde bel ve kasık ağrısı, idrar yapmada güçlük ya da bacak ödemi görülebilir. Uterus kanseri; erken bulgu veren bir kanserdir, menopoz öncesi ya da menopoz döneminde anormal kanamalarla kendini gösterir. Over kanseri ise; geç bulgu verir ve bulguları spesifik değildir. Karın şişliği, ağrı, hazımsızlık, karın çevresinde artış, anormal vajinal kanama en sık görülen belirtilerdir. Geç bulgu vermesi nedeniyle over kanseri olgularının yüzde 70’i evre 3 ve 4’de tanı konur. Vulva kanserinin en sık bulguları ise kronik kaşıntı, vulvada ele gelen kitle, ağrı, kanama ve ülserlerdir.

Jinekolojik kanserlerin tedavilerindeki başarı hastalığın evrelerine göre farklılık göstermektedir. Etkin tedavinin genellikle cerrahi tedavi olmaktadır. Over kanserinin tüm evrelerinde cerrahi uygulanmaktadır. Over kanserleri geç dönemde bulgu verdikleri için hasta ileri evrede başvururlar. Hastalara tam cerrahi evreleme yapılmalı ve tümör kitlesi minimum seviyeye indirilmelidir. Cerrahi evreleme sadece uterus ve overlerin alınması değil kanserin tüm karın içinde yaygınlığının araştırılması ve yayıldığı belirlenen bölgelerin temizlenmesi anlamına gelir. Böylece hasta ileride alacağı kemoterapiden maksimum fayda görür. Genellikle over kanserinin ilk sonrası kemoterapi takiben ve “ikinci bakış ameliyatı” denilen tekrar bir operasyon yapılır. Bu ameliyatın sonucunda gerekirse tekrar kemoterapi verilir. Serviks kanserinin erken evrelerinde cerrahi uygulanırken ileri evrelerde radyasyon terapisi temel tedavi seçeneğini oluşturur. Uterus kanserinde ise yine cerrahi ilk tedavi seçeneğidir. Sonrasında radyoterapi ve gerekirse kemoterapide uygulanabilir. Jinekolojik kanserli olgularda tedavi ve izlem multidisipliner yapılmalıdır. Hastalıkların nükslerinde birden fazla tedavi kombine olarak kullanılabilir.

Kanser tedavisinde kullanılan cerrahi ve tıbbi girişimlerin üreme yeteneğinin etkilenmesine bağlı olarak ortaya çıkabilecek sorunlar;

- Üreme yeteneğini kaybetme ve ailesini tamamlamama hissi,
- Üreme yeteneğinin kaybına bağlı olarak kendini eksik, yetersiz ve kusurlu hissetme,
- Beden imgesi ve öz saygının azalması
- Karşı cinsle yakın ve yeni ilişkilere girmekten çekinmedir.

Jinekolojik kanserlerde uygulanan cerrahi girişimler, kemoterapi ve radyoterapinin etkileri kadının beden imajı, cinsel kimliği ve üreme yeteneğine yönelik algılamasını, hastanın ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.^[1,6,8,9]

Evde Bakım

Evde bakım hizmeti hastanın yaşadığı ortamda fizyolojik, psikolojik ve sosyal tüm gereksinimlerini, hastanın ve ailenin de katılımı sağlanarak profesyonel bir ekip tarafından yürütülmesi ve sonuçların değerlendirilmesini içeren bir süreçtir. Evde bakımda amaç hastanın yaşam koşullarını değiştirmeden en az etkilenmesini sağlayarak, en doğru tıbbi yaklaşımlarla hastalığın ve ortaya çıkan yetersizliklerin olumsuz etkilerini azaltarak hastanın yaşam kalitesini olabildiğince yükseltmek ve zamanı geldiğinde rahat bir ölümü sağlamaktır.^[8,10,11]

Evde bakım hizmetleri sadece evde verilecek bir bakımla sınırlı değildir, aynı zamanda hastane ile ev arasında bir bağlantı sağlanmalıdır. Bu hizmetlerde hemşirelik disiplini de önemli bir yer tutmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin içerisinde; laboratuvar bulgularının izlemi, pansuman değişimi, intravenöz (İV) tedavi, antibiyotik ve kemoterapi uygulamaları, İV yolla beslenme, parenteral beslenme, semptom kontrolü, kan transfüzyonu, solunum desteği, periton diyalizi vb. hemşirelik hizmetleri yer almaktadır.^[12,13]

Bakımın devamlılığında kanserli hasta için kaliteli bakım sağlanmasında muitidisipliner yaklaşımın kullanılması çok önemlidir. Evde bakımın devamlılığının sağlanmasında vaka yönetimi ve taburculuk gibi birkaç süreç kullanılmalıdır. Hasta ihtiyaçlarının geniş olarak değerlendirilmesi ve te-

davi planının devamlılığında hasta ve ailenin yapabilirlikleri ve amaçları başlangıç aşamasını oluşturmaktadır. Bakımın planlamasında ailenin yaşam tarzı ve bakımın ailenin kararlarını da içermesi önemlidir. İkinci olarak, evdeki çevresel ihtiyaçlar değerlendirilmeli ve hasta için gerekli koşullar sağlanmalıdır. Güvenli bakımın engelleri, örneğin, ekipman ve destek yokluğu, ısı veya su eksikliği, zayıf sağlık hizmetleri, transportasyon ve telefon ulaşımının olmayışı, tanımlanmalıdır. Hastadan, aileden ve muitidisipliner sağlık bakım ekibinden alınan bilgiler de evde bakım servislerinin kullanılmasına karar verildiği zaman önemlidir ve değerlendirilmelidir. Fiziksel koşullar yeterli olmasına rağmen, hasta ve ailesi için emosyonel koşullar ve bakımın üzücü görüntüsüyle 24 saat karşı karşıya olunması açısından evde bakım hala en iyi çözüm olmamaktadır.

Onkoloji hastaları için evde bakımda başarı potansiyeli bütün servis ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanılmamasına bağlıdır. Evde bakım hemşiresi bakımda önemli olmasına rağmen, diğer toplumsal kaynaklarda, örneğin; ilaç servisleri gerekli olabilir.^[12-14]

Evde Sağlık Tanılaması ve Yönetimi

Kanserli birey ve ailesinin tanınması evde bakım gereksinimleri için tüm alanların değerlendirilmesini içermelidir. Kanser tanısı, evre, kanser tedavisi, öykü, hastalık ve tedavi semptomları ve tedavinin yan etkileri hakkında doğru bilgi alınması çok önemlidir. Ayrıca, hastanın diğer sağlık problemleri özellikle kronik hastalıklar ve onların tedavisi hakkındaki bilgi, uygun planlama ve semptom yönetimi için çok önemlidir. Örneğin, romatoid artritli olan kanserli bir birey için ağrı yönetimi amacıyla daha fazla bilgi alınmalıdır.^[11,12]

Değerlendirme: Hemşirenin kanserli bireylere sağlanan evde bakım hizmetleri için, bireyin problemleri ve gereksinimleri hakkındaki detaylı bilgiyi sağlaması gereklidir (Tablo 1). Genel tanılamada kapsamlı öykü alınır, vücut sistemlerinin muayenesi, hastanın ilaç ve tedavilere yanıtı da değerlendirilmelidir. Hasta önce tanılanır, sonra hastanın kansere fiziksel, fonksiyonel, psikososyal, emosyonel ve kognitif yanıtına odaklanılır. Fonksiyonel durum, olası güvenlik problemleri, acil yardıma

Tablo 1

Evde bakımda hasta tanınması

1. Hasta öyküsü	<ul style="list-style-type: none"> • Tümörün yeri, evresi, metastaz varlığı • Tedavi, (önceki ve sürdürülen) • Prognoz • Diğer sağlık problemleri • Temel sorun
2. Fiziksel tanılama	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemik problemlere yönelik tanılama: invaziv girişimler ile ilgili hastanın bakım sorunlarının tanımlanması (port, kateter, respiratör gibi)
3. Kendine bakım yetenekleri	<ul style="list-style-type: none"> • Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme durumu • Tedaviler, ileri uygulamalara yönelik bakım yeteneği • Geleneksel rolleri yerine getirme yeteneği (eş, anne, alışveriş ve ev bakımı rolü)
4. Fiziksel bakım gereksinimleri	<ul style="list-style-type: none"> • Bakım ile ya da yardımda destek gerekliliği • Ağrı yönetimi, beslenme danışmanlığı, tedavi ve ilişkili problemlerin yönetimi • Bireysel hijyen, mobilite, eliminasyon, dolaşım ve seksüel fonksiyonlara ilişkin danışmanlık ya da destek gereksinimi
5. Psikososyal tanılama	<ul style="list-style-type: none"> • Sosyal destek sistemleri • Başa çıkma davranışları • Emosyonel durumu • Eğlence aktivitelerine katılımı
6. Aile/bakım verici tanılaması	<ul style="list-style-type: none"> • Ailenin kompozisyonu, kararlarını kim veriyor? • Değerler • İletişim şekli • Aile üyelerinin sağlık durumu • Ailenin hastalığa ilişkin ve programa ilişkin bilgisi • Ailenin bakım verme yeteneği, (fiziksel ve emosyonel)
7. Çevre	<ul style="list-style-type: none"> • Temizlik yönünden değerlendirme • Bakımı engelleyecek bariyerler (telefon olmaması) • Acil bakımın uygunluğu
8. Mali durum	<ul style="list-style-type: none"> • Sağlık sigortası durumu ya da ödeme gücü, mali destek alabileceği kaynaklar

ulaşma yeteneği, psikososyal ve öğrenme gereksinimleri, hasta ve ailenin baş etme yetenekleri ve yaşam sonu konular da değerlendirilmelidir.^[11,12]

Evde bakımda ailenin tanınmasında aile üyelerinin “kendi öykülerini” anlatmalarına fırsat verilmelidir. Hemşirelerin böylesi öyküleri duymaları gereklidir ve hemşireler için öyküler, kanserin birey ve aile üzerinde etkisini anlamasını sağlar. Ailenin hastalığı nasıl tanımladığı, daha ileri bilgi gereksinimi olup olmadığı, hastalık ve tedavilerin etkilerini algılamaları da değerlendirilmelidir. Aile tanılamasında, acil öncelikler, çevre, aile kaynakları, aile rolleri ve ilişkileri, aile fonksiyonları, sosyal destek, aile amaçları ve değerleri ve kanserin aile üzerindeki etkisi de değerlendirilmelidir.^[8,11,13]

Planlama: Jinekoloji kanserli hastalar ve onların aileleri için evde bakımın planlanmasında, hemşire uygun servislerle ilişkili olarak hastanın ve ailesinin amaçlarını ve gereksinimlerini düşünmelidir. Hasta ve ailenin amaçları ve değerleri evde bakımı planlayan profesyonel bakım vericiye primer rehber olmalıdır. Hemşireler ve kanserli birey ve onların aileleri ile çalışan diğer sağlık profesyonelleri, hastan ve ailenin seçimi ve otonomisi hakkında kendi inançlarının farkında olması gereklidir. Kanser hastaları ve ailelerinin bakımında bireysel kontrol konusu ne basittir ne de açıktır. Hastaların ve ailelerin hiçbiri bakım için karar vermeye katılmada ve kontrolü üzerine almada istekli değildir. Jinekolojik kanserli hastaların ihtiyaçlarının karşılanması için bir planlama yönetimi Amerikan

Hemşireler Birliği ve Onkoloji Hemşireler Birliği tarafından kullanılan ve problem çatisının tanımlandığı Onkoloji Hemşireliği Uygulama Standartlarıdır. En çok görülen problemler; beslenme, koruyucu mekanizmalar, mobilite, eliminasyon, ventilasyon, dolaşım ve seksüalite alanlarını içerir. Bu alanların her biri için, her bir kadına uygun evde bakım planlanır.^[11,13]

Uygulama: Evde bakımda hemşirelik uygulamaları, direkt bakım ve tedavinin sağlanması, hasta bakımının gözlenmesi, spesifik kanserler ve tedavileri ile ilgili eğitimi ve toplum kaynaklarının kullanımını içeren sağlık bakım sistemlerinin koordinasyonunu içerir. Hemşire, hastanın veya primer bakımı sağlayan kişilerin ve diğer servis sağlayıcıların durumundaki değişiklikleri bildirmekten sorumludur. Hemşire hasta ve ailesinin kanser ve tedavisinin etkileri hakkındaki duyu ve düşüncelerini tanımlamalarında ve ifade etmelerinde yardımcı olur.^[11,12]

Jinekolojik Kanserli Hastaların Evde Bakımda Hemşirelik Girişimleri/Uygulamaları

Spesifik hemşirelik girişimleri kanserin türü ve yerine, hastalığın ve tedavinin evresine ancak primer olarak hastalığa bireysel yanıtlara bağlıdır.

• **Bilgi ve Hasta ve Aile Eğitimi:** Kanser bakımı büyük oranda özelleştirilmiş olduğu için hastalar ve aileleri kanser, kanser tedavisi, semptomlar ve bunlara yanıtı hakkında bilgilerinin olması için isteklidirler. Bilgi gereklidir ve bu konuda bazı eksikler olabilir. Evde bakım hemşiresinin ilk ve önemli girişimlerinden birisi gerekli bilgiyi elde etmede ve anlamada hasta ve ailesine yardım etmektir. Hasta ve ailenin farklı üyelerinin bilgi düzeyi ve isteği farklı olduğu için, bilgi verme ve eğitimin aile üyelerinin tanınmasına dayalı olarak yapılması gereklidir. Hemşireler hasta ve ailelerin eğitimi için yazılı, görsel kaynakları kullanabilmektedir.^[8,11]

• **Temel Fiziksel Bakım:** Tedavi ve hastalık süreci sırasında kanser hastaları, rahatlık, olası maksimal fonksiyonun sürdürülmesi ve komplikasyonların önlenmesi gibi fiziksel bakımının üç amacına odaklanmaktadır. Bu sadece gerekli olursa banyo yapma, tuvalete gitme, hareket etme ve egzersiz

yapmanın yeni yollarını öğretmede hasta ve aileye yardım etmeyi içermez, fakat beslenme durumunu gözlemeyi ve hastalık erken semptomlarını veya yönetilebilecek veya azaltılabilecek tedavi ile ilgili değişiklikleri izlemeyi de içermektedir. Böylece problemlerin beklenmesi bazı zamanlarda krizleri ve acil durumları önleyebilir ve hiperkalsemi, bağırsak tıkanması ve enfeksiyon gibi problemleri incelemede daha kolaylık sağlar. Kanser hastasının evde fiziksel bakımı postoperatif yara bakımı, gözlem ve güç ve kuvvetin tekrar kazanılmasında ilerleyici egzersizleri kapsayabilir. Bazı kanser ameliyatları vücutta önemli değişikliklere neden olduğu için hemşire hasta ve aileye bu değişiklikleri anlama ve bunlara uyum sağlamada yardımcı olmada önemli rollere sahiptir. Yapılan ameliyatı dışarıdan görülmeyen hastalar için de hemşirelik girişimleri gerekli olabilir. Örneğin; total histerektomili bir kadında fiziksel değişiklikler ve bunların cinsellik üzerine etkileri ile ilgili olarak konuşmak isteyebilirler. Değişiklikleri incelemede özel stratejiler hastalar ve aileleri tarafından araştırılmalıdır ve yüksek özellikteki kaynaklar başvuruda elde edilmelidir.^[8,11,12,14]

• **Evde Beslenme Desteği:** Hastalık ve tedavinin etkilerinden dolayı hasta bakımında beslenme yönetimi önemli bir yöndür. Potansiyel ve akut malnutrisyon değerlendirilmesi özgeçmiş ve fiziksel muayeneyi içerir. Özgeçmiş hastanın iştah, hoşlandıkları ve hoşlanmadıkları, beslenme düzeyi, aile ve hastanın yemek zamanları hakkındaki bilgilerdir. Fiziksel muayene ise kasların durumunun, cildin kuruluşunun, kolay kırılan tırnakların, dişlerdeki zayıflığın, diş etlerindeki kanamanın, çatlak dudakların, kalın ve kuru saçların kontrol edilmesidir.

Beslenme durumunun değerlendirilmesi ve problemlerin tanımlanması özel diyetler veya oral beslenme için alternatiflerin birleştirilmesinde yol göstericidir. Diyetlerdeki değişiklikler kanser veya tedavisinin yan etkilerinin önlenmesinin yönetiminde, örneğin; tad almada bozulma, anoreksiya, bulantı ve kusma, stomatit, diyare ve konstipasyon kullanılabilir. Tablo 2’de bu genel problemler için yapılabilecek girişimler verilmiştir.

Diyette yapılan değişiklikler yeterli olmadığı

Tablo 2

Jinekolojik kanser ve tedavisinde sık görülen problemlere yönelik beslenme yönetimi

Tat değişimi	<ul style="list-style-type: none"> • Yemek sonrası ağız bakımı • Ekstra lezzet veren baharatlar • Soslar • Kırmızı et yerine balık veya tavuk yenilmesi
Anoreksiya	<ul style="list-style-type: none"> • Ailesi ve arkadaşları ile yemek yeme • Yeni yiyecekler ve tarifler denemek • Küçük servisler ile yeme • Yüksek kalorili kuru yemişler yeme • Yüksek proteinli atıştırtmalıklar yeme • İştahı uyarmak için yemek öncesi egzersizler yapma • Acıktığı zaman yemek yenilmesi
Bulantı ve kusma	<ul style="list-style-type: none"> • Zararsız içecekler • Karbonhidratlı içeceklerden kaçınmak • Yağdan zengin şekerli içeceklerden kaçınmak • Küçük öğünler • Yüksek kalorili, yüksek proteinli diyet • Yemek öncesi ihtiyaç duyulursa antiemetiklerin alınması
Hafif stomatit	<ul style="list-style-type: none"> • Küçük öğünler • Hazmı kolay yumuşak yemekler • Günlük en az 3 lt sıvı tüketimi • Naranciyeye ve baharatlı yiyeceklerden kaçınmak, • Alkolden kaçınmak • Çok sıcak ve çok soğuk yiyeceklerden kaçınmak • İhtiyaç duyulması halinde besleyici ilaveler almak
Şiddetli stomatit	<ul style="list-style-type: none"> • Püre ve sıvı yiyecekler yemek • İhtiyaç duyulması halinde enteral veya parenteral beslenme
Konstipasyon	<ul style="list-style-type: none"> • Lif içeren yiyecekleri arttırmak • Günlük sıvı alımını arttırmak • Doğal laksatif olan yiyecekler tüketmek (elma, kuru erik vs) • Peynir ürünlerinden kaçınmak
Diyare	<ul style="list-style-type: none"> • Süt içeren ürünlerden kaçınmak • Baharatlı ve lif içeren ürünlerden kaçınmak • Yüksek potasyum içeren yiyeceklerden kaçınmak • Sıvı alımını arttırmak (Kafein ve karbonhidrat içeren sıvılardan hariç) • Gastirik motility azaltmak için Hindistan cevizi içeren yiyecekler yemek • Yüksek karbonhidrat ve protein içeren diyet yemek
Ameliyat sonrası iyileşme	<ul style="list-style-type: none"> • Fazla miktarda demir içeren yiyecekler tüketmek • Yüksek proteinli yiyecekler tüketmek • Fazla miktarda C, K ve B kompleks içeren yiyecekler tüketmek • Günlük 6-8 bardak sıvı alımı

zaman malnütrisyonu önlemek için tübal beslenme veya parenteral beslenme sağlanmalıdır. Tübal beslenme; nazogastrik, gastrostomi veya jejunostomi vasıtasıyla sağlanabilir. Besinler 250-400 rnl her 4-8 saatte yerçekimi ile aralıklı veya sürekli olarak verilebilir. Eğer aile bakımında beslenme-

yi yönetecekse, hemşire beslenmeyi yönetecek kişiye tüpün sabitleyici bandını nasıl değiştireceği, beslenme öncesi tüpün yerinin doğruluğunun nasıl kontrol edileceği, gastrik artığın ve tüpün temizlenmesi konularında eğitim vermelidir. Bakım verenler hastanın ağırlığını tavsiye edilen takvime

göre değerlendirebilmen ve komplikasyon geliştiğinde ne yapacaklarını bilmelidirler.^[11,12,15,16]

Eğer kanserli bireyde kötü beslenme varsa ve yapılan uygulamalar başarılı değilse fazla beslenmeye gerek duyulabilir. Parenteral beslenmeye genellikle akut bakım koşullarında başlanır. Hasta ve ailesi evde parenteral beslenme için önemli olan uygulamaları öğrenmeli ve uygulamayı gerçekleştirebilme yeterliliğini kazanmalıdırlar. Evdeki çevresel koşullar parenteral beslenme için güvenli olmalıdır. Örneğin; uygun elektrik donanımı, solüsyonlar için buzdolabı ve telefon erişimi... Bakım verenlerin medikasyon destek kaynaklarına ve laboratuvar servislerine ulaşımı da sağlanmalıdır.

Eğer aile üyeleri evde parenteral beslenme yöntemini kabul ediyorsa, enfeksiyon kontrol ölçümlerini, kateter bakımını, sabitleme değişimlerini, bikarbonat veya heparinle direkt kateter yıkamayı, her zaman hazır değil ise solüsyon hazırlamayı, ekipman yönetimini ve komplikasyonları değerlendirmeyi bilmelidirler ve bu konuda eğitime gereksinimleri vardır. Bakım verenler her gün hastanın ağırlığını, aseton ve glikoz açısından ürener testler ve hastasının günlük beden ısısı değerlerini kontrol etmelidir.^[11,12,15,16]

• **Evde İV Tedavi:** Evde İV tedavi, maliyeti düşürmesi ve hastaneye bağlı enfeksiyon riskini ortadan kaldırması nedeniyle günümüzde en hızlı gelişen evde bakım endüstrilerinden birisidir. Tüm kanserli hastalar için; evde infüzyon tedavisi uygun olmayabilir. Bu nedenle, hasta ve ailelerinin, tedavinin hem güvenli hem de etkili olmasını sağlamak amacıyla tedavi öncesi dikkatli bir şekilde izlenmeleri gerekmektedir. Evde İV tedavi sürecinde, güvenliği sağlama amacı ile; hekim ile sürekli iletişim halinde olunması (telefon ve internet yolu ile) önem taşımaktadır. Evde infüzyon tedavisi alan hastalara taburculuk öncesinde; güvenilir ve açık bir erişim bölgesini kesinleştirmek için venöz erişim aygıtı takılmış olmalıdır. Ancak, bu cihazların bakımının yapılması önem taşımaktadır. Bu konuda hasta ve ailesi evde bakım hemşiresi tarafından eğitilmeli ve günlük yaşam aktiviteleri içinde kateter bakımına da yer verilmelidir. Hasta ve ailenin araç gereci rahat kullanmayı ve bakım sürecini öğrenmeleri gerekmektedir. Hemşire ve ba-

kım veren arasında açık bir iletişim olmalıdır. Yazılı talimatlar özellikle bakımveren hemşire tarafından bilgilendirilmesi ve acil durumlarda hemşireye ulaşabilme çok yardımcı olacaktır.^[12,13,16]

• **Evde Kemoterapi:** Oldukça yakın zamana kadar uzamış kemoterapi sadece hastanelerde uygulanabilirdi. Teknolojideki gelişmeler evde kemoterapinin daha güvenli bir şekilde yapılmasını sağlamıştır ve böylece daha az maliyet olmaktadır. İmplant pumplar, sürekli ilaç verme sistemleri, venöz giriş sistemleri ve periferal olarak yerleştirilen santal kateterler hasta ve aileye hastanede olmaksızın güvenli kemoterapi uygulaması sağlamaktadır. Komplikasyonların engellenmesinde hemşire, hasta ve ailenin özel eğitimi gerekmesine karşın, bu aletlerle toksisite azalmıştır ve hasta daha rahattır.

Kanserde evde kemoterapi uygulayan evde bakım hemşiresi hasta seçim kriterleri ve güvenlik konularının farkında olmalıdır. Kemoterapotik ilaçların taşınması, hazırlanması ve uygulanmasındaki bakım tanılanmalıdır. Kemoterapi uygulanan hastalarda laboratuvar değerleri, örneğin; tam kan sayımı gibi, haftalık olarak değerlendirilmelidir. Laboratuvar ölçümlerindeki spesifik ölçümlerin, örneğin; lökosit ve trombosit sayımı, değerlendirilmesi ve kemoterapinin uygulanıp, uygulanmayacağı konularında evde bakım servisleri hemşirelere yol gösterici olmalıdır, laboratuvar değerlerinin gözlemi ile hastalara enfeksiyon, yorgunluk veya kanama gibi risk faktörlerinin izlenmelerini öğretmelidir.^[12,16,17]

• **Evde Kanser Ağrı Yönetimi:** Sağlık bakım sistemindeki ekonomik değişikliklerin bir sonucu olarak, kanserli hastaların bakımı artan bir şekilde akut bakım alanlarından eve taşınmıştır. Bunun sonucu olarak, evde bakım alan hastaların ağrı düzeyleri daha fazladır ve evde bakım hemşireleri yeni becerilere sahip olması gereklidir. Evde bakım hemşiresi, evde dindirilmemiş ağrının değerlendirilmesi ve yönetiminde kritik rol oynamaktadır. Yaşam kalitesini feda etmeden hasta ve bakımvericisine kanser ağrısının yönetilebileceğini öğretmek önemlidir. Evde bakım hemşireleri doktor, hasta ve bakımverici arasında aracı olarak hizmet eder ve hastaya bakım veren aile üyesi ile işbirliği içinde evde kanser ağrısını başarılı bir şekilde yö-

netebilir. Hastanın bakımında hasta ve bakımverici eğitiminden sorumludur.^[8,13,17-19]

Evde bakım hemşiresi, ağrının değerlendirilmesini sağlamak amacıyla hastane ve ev ortamında ağrı ölçeklerinin kullanımını hasta ve ailesine öğretmelidir. Hastaya ve ailesine ağrı tanılması ve ağrı ölçeklerinin kullanımı konusunda bilgi vermesi ve ağrı ölçeklerini kullanmaya teşvik etmelidir. Evde bakım hemşiresi, aynı zamanda hastaya evinde; ağrısının yerini, şiddetini, süresini, başlama nedenlerini ve hafifletme yöntemlerini bir ağrı günlüğüne kaydetmesini de öğretmelidir. Ağrı günlüğü, evde hastalar tarafından kullanılabilir ve hastanın fonksiyonel durumunu ve bunun ağrıyla ilişkisini değerlendirmede önemlidir. Bu günlük ile, devam eden takiplerde hastanın ağrısının ve ağrı giderme planının etkinliğinin doktor ve hemşire tarafından değerlendirilmesi sağlanır.^[15-18]

Evde bakım hemşiresi hücum/atak ağrısından kurtulmada uygun ilaçları ve yeterli dozlarını belirlemede hekim ile yakından çalışır. Hasta kontrollü analjezi bazen gerekli olabilir. Ağrı ilaçlarının yan etkileri göz önünde bulundurulmalıdır.^[13,19]

• **Psikolojik Destek:** Evde hasta bakımı yalnızca hastada gelişen semptomların kontrolü olarak ele alınmamalıdır. İleri evre kanser hastalarında hasta ve ailesinin psikolojik problemlerine yönelik gereksinimler ön plana çıkmaktadır. Hastalığın hastaya söylenip söylenmemesi de ayrı bir tartışma konusudur. Birçok ülke hastalık ve yaşam süresi konusunda bilgilendirme yapmaktadır. Ülkemizde bu konu, hastadan elden geldiğince saklanmaktadır. Akılcı olan yaklaşım ise, hastalığın hiç saklanmadan söylenmesi, hastanın ve ailenin tüm yönleri ile desteklenmesidir. Ancak, bu konu bir eğitim ve kültür sorunudur. Hastanın ve ailenin alacağı kararları; eğitim düzeyi, toplumsal gelenek ve görenekler, toplumsal çevresi etkilemektedir. Ancak, her bireyin kendi kararlarını almasının önemi belirtilmeli ve bu konuda güven verilmelidir. Hasta ve aile; profesyonel bireyler tarafından yönetildiğinin farkında olmalıdır.^[16-18]

Sonuç

Evde bakım, hastanın yaşam koşulları değişmeden, olaydan en az etkilenmesini sağlayarak, en doğru tıbbi yaklaşımla hastalığın ve ortaya çı-

kan yetersizliklerin olumsuz etkilerini azaltarak, hastanın yaşam kalitesini olabildiğince yükseltmek ve zamanı geldiğinde rahat bir ölümü sağlamak amacı ile uygulanan ve aynı zamanda kaliteli bir bakımın maliyet etkili bir şekilde uygulandığı tedavi yaklaşımıdır. Kanserli hastanın evde bakımı, hastanın sağlığını ve yaşam kalitesini yükseltmek için gerekli kaynakların sağlanması ile başlar ve evde bakım kalitesi, hasta ve ailesinin ihtiyaçlarını karşılayabilecek kapsamlı bir yaklaşım ile sağlanır. Kanserli hastaya evde bakım veren hemşireler güçlü bir bilgi temeline sahip, karar verme ve eleştirel düşünme yetisine sahip bireyler olmalıdır. Bu hemşireler aynı zamanda evde bakımın etkin ve nitelikli olabilmesi için gerekli kaynakları sağlayabilmeli, hastaların semptomlarını kontrol altına alabilmek için gerekli bakım ve eğitimi vermelidir.

Kaynaklar

1. Bekar M, Kadın genital sisteminin iyi ve kötü huylu tümörleri. In: Şirin A, Kavlak O, editör. Kadın sağlığı. 1. Baskı: İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık; 2008. s. 409-38.
2. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset; 2007. s. 429-46.
3. Kanserle Savaş Politikası ve Kanser Verileri (1995-1999), T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı Bakanlık Yayın No: 618, Ankara: 2002.
4. Steginga SK, Dunn J. Women's experiences following treatment for gynecologic cancer. Oncol Nurs Forum 1997;24(8):1403-8.
5. Karabulut B, Uslu R. Kanser epidemiyolojisi. Kanser ve palyatif bakım. In: Uyar M, Uslu R, Kuzeyli Yıldırım Y, editör. İzmir: Meta Basım; 2006. p. 3-8.
6. Pınar G, Algier L, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi 2008;3(18):141-9.
7. EONS News. Modified Delphi Survey establishes EONS research agenda until 2011. European Journal of Oncology Nursing 2007;11(1):1-3.
8. Kuzeyli Yıldırım, Y. Kanserli hastalarda evde bakım. In: Fadiloğlu Ç, Ertem G, editor. Evde bakım. İzmir: Meta Basım Matbaacılık; 2006. s. 269-87.
9. Reis N. Jinekolojik kanser ve tedavilerinin kadın cinsel sağlığına etkileri. Cumhuriyet Üniv Hemşirelik YO Dergisi 2003;7(12):35-40.
10. Ruth M. Carroll, Tull K.B. Advanced Practice Nursing in Home Health, Home Health Care Management & Practice 2004;16(2):81-8.

11. Germino B, Martinson IM. Cancer. In: Martinson I M, Jamieson M, editor. Home health care nursing and the health care system. 2nd ed. W.B. Saunders Company; 2002. p. 328-43.
12. Lowdermilk DL. Home care of the patient with gynecologic cancer. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1995;24(2):157-63.
13. Fadiloğlu Ç. Kanser hastasında evde bakım. Kanser ve palyatif bakım. In: Uyar M, Uslu R, Kuzeyli Yıldırım Y, editör. İzmir: Meta Basım; 2006. s. 371-402.
14. Gudas SA. Cancer rehabilitation in the home care setting. Home Care Provid 2001;6(5):172-6.
15. McEnroe LE. Role of the oncology nurse in home care: family-centered practice. Semin Oncol Nurs 1996;12(3):188-92.
16. Ünsar S, Fındık Ü, Kurt S, Özcan S. Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007;2(5):89-104.
17. Dere K, Uyar M. Kanser ve palyatif bakım. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci, Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi (Özel Sayılar) Anesteziyoloji Reanimasyon Dergisi 2007;3(45) 1-9.
18. Kızılcı S. Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999;3(2):18-25.
19. Vallerand AH, Anthony M, Saunders MM. Home care nurses' perceptions of control over cancer pain. Home Healthc Nurse 2005;23(10):647-52.