

Konsensus 2017

Kanser Hastasında

Kanıta Dayalı Palyatif Bakım

Prof.Dr. Gülbeyaz Can

© 2018 Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti.

KANSER HASTASINDA
KANITA DAYALI PALYATİF BAKIM

Prof. Dr. Gülbeyaz Can

ISBN: 978-605-335-396-6

5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri yasası hükümleri gereğince herhangi bir bölümü, resmi veya yazısı, yazarların ve yayınlayıcısının yazılı izni alınmadan tekrarlanamaz, basılamaz, kopyası çıkarılamaz, fotokopisi alınamaz veya kopya anlamı taşıyabilecek hiçbir işlem yapılamaz.

NOBEL TIP KİTABEVLERİ TİC. LTD. ŞTİ. ***www.nobeltip.com***

Millet Cad. No: 111 Çapa-İstanbul
Tel : (0212) 632 83 33
Faks : (0212) 587 02 17

DAĞITIM
Tel : (0212) 771 52 11 - (0212) 771 33 09
Faks : (0212) 771 52 03 - (0212) 771 06 18

Yayımcı	*:*	Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti. Millet Cad. No:111 34104 Fatih-İstanbul
Yayımcı Sertifika No	*:*	15710
Baskı / Cilt	*:*	No-bel Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti. Ömerli mah. İhsangazi cad. Tunaboyu sk. No. 3 Arnavutköy – Hadımköy – İstanbul
Matbaa Sertifika No	*:*	12565
Sayfa Tasarımı - Düzenleme	*:*	Nobel Tıp Kitabevleri
Kapak Tasarım	*:*	Nobel Tıp Kitabevleri
Baskı Tarihi	*:*	Mayıs 2018 - İstanbul

"Konsensus 2017 - Kanser Hastalarında Kanıta Dayalı Palyatif Bakım" bilimsel toplantısının gerçekleşmesinde katkı sağlamış olması, Florence Nightingale Hemşire Mektepleri ve Hastahaneleri Vakfı için övünç kaynağı olmuştur. Vakfımız, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi öğretim üyeleri tarafından düzenlenmekte olan çeşitli hemşirelik alanlarındaki bilimsel toplantıları desteklemeyi her zaman başta gelen görevleri arasında kabul etmiştir. Yurt içinden ve Orta Doğu Kanser Konsorsiyumu'na bağlı ülkelerden 400'e yakın akademisyen, hemşire ve hekimin katıldığı ve Prof.Dr. Gülbeyaz Can Başkanlığında Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerince düzenlenen bu toplantıda palyatif bakıma özgü on önemli semptom, palyatif bakımda hastalara ve ailelerine yaklaşım ile palyatif bakımda görev alan sağlık çalışanlarını güçlendirme konuları tartışılmış ve ortak stratejiler oluşturulmuştur.

Günümüz sağlık sorunlarının en önemlilerinden olan bir konunun ele alındığı, tartışıldığı ve ortak kararlara ulaşıldığı, geniş bir katılımla gerçekleşen "Konsensus 2017 toplantısının başarısı, hepimiz için bir sevinç kaynağı olmuştur.

Toplantının üstün başarısını olanaklı kılan tüm katılanları ve başta Prof.Dr. Gülbeyaz Can olmak üzere, tüm emeği geçenleri içtenlikle kutlarım.

Prof.Dr. Özdem Anğ
Florence Nightingale Hemşire Mektepleri ve Hastahaneleri Vakfı
Yönetim Kurulu Başkanı
Nisan 2017

Hemşirelikte kanıta dayalı uygulamanın önemi giderek artmaktadır. Hemşirelik uygulamalarının kanıta dayalı olması; bakım kalitesini ve bakım sonuçlarını iyileştirmek, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratmak, bakımı standardize etmek, hasta ve hemşire memnuniyetini artırmak için gereklidir. Bakım, bilimsel bilgiye dayalı olmalıdır ve akıl, deneyim ve yargı ile birlikte her hasta için, hastaya özgü olarak gerçekleştirilmelidir. Bilimsel bilgi ve karar verme arasındaki ilişki, hemşireliğin profesyonelleşmesinde belirleyici bir unsurdur.

Onkoloji alanında kanıta dayalı uygulama, kanıta dayalı tıp, kanıta dayalı hemşirelik konularında bilimsel toplantılar yapılmakta, araştırma sonuçlarına dayalı klinik uygulama rehberleri oluşturulmaktadır. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi tarafından 2007, 2010 ve 2014 yıllarında gerçekleştirilen konsensus toplantılarında, onkoloji hemşireleri, akademisyenler ve sağlık profesyonellerinin katılımıyla, bilgi birliği sağlanarak, kanıta dayalı uygulamalar ışığında bakım standartları oluşturulmuş ve bu sonuçlar konsensus karar kitabında yer almıştır. 2014 yılında gerçekleştirilen toplantımızın ardından üç yıl sonra düzenlediğimiz birinci uluslararası, dördüncü ulusal konsensus toplantısının teması "Kanser hastalarında palyatif bakım" dır.

Yaşamı tehdit eden hastalık durumlarında ortaya çıkan sorunlarla karşı karşıya olan hasta ve aileye; fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerini karşılayarak ağrının ve diğer sorunların erken tanılanması ve tedavisi ile acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların gerçekleştirildiği ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşım olarak tanımlanan palyatif bakım (Dünya Sağlık Örgütü), ülkemizde 2010 yılından bu yana hızlı gelişim gösteren bir alandır. Günümüzde palyatif bakım merkezlerinin sayıca artışı bu merkezlerde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı çalışmalarla bilgilerinin yenilenmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Kanser hastalarında palyatif bakım ile ilgili güncel ve kanıt değeri yüksek çalışma bulgularına ve konsensus toplantı sonuçlarına göre kaleme alınan bu kitabın hazırlanmasında emeği geçen bilim insanlarına, onkoloji hemşirelerine ve sağlık profesyonellerine teşekkür ederim.

Palyatif bakım uygulama alanlarında çalışan hemşirelere yararlı olması dileklerimle.

Prof. Dr. Sevim BUZLU
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dekanı



"Kanser Hastalarında Kanıta Dayalı Palyatif Bakım" konulu 4. konsensüs toplantısı, Florence Nightingale Hemşire Mektepleri ve Hastahaneleri Vakfının desteği ile İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi tarafından 06-07 Şubat 2017 tarihleri arasında İstanbul Cevahir Kongre ve Toplantı Merkezinde gerçekleştirildi.

Toplantıya Orta Doğu Kanser Konsorsiyuma (MECC) bağlı ülkelerden, Avrupa Palyatif Bakım Derneğinden (EAPC), Avrupa Onkoloji Hemşireleri Derneğinden (EONS) ve Amerika Onkoloji Hemşireleri Derneğinden (ONS) ve ülkemizden palyatif bakıma gönül vermiş pek çok meslektaşımız davet edildi. Orta Doğu Kanser Konsorsiyuma (MECC) bağlı 12 ülkeden (Mısır, İran, Irak, İsrail, Ürdün, Kenya, Pakistan, Sudan, Umman, Tanzanya, Arap Emirlikleri, Uganda) 20 kişi, Avrupa'dan (İspanya) 1 kişi, Amerika'dan Online bağlantı kurarak 1 kişi ve ülkemizin pek çok ilinden 364 kişi katıldı.

İki günlük toplantı sırasında, palyatif bakım hastasında sık görülen semptomların yönetiminde kullanılabilecek girişimler, bakım veren aile üyelerinin ve sağlık çalışanlarının güçlendirilmesinde etkili yaklaşımlar tartışıldı ve kanser hastasının palyatif bakımında benimsenmesi gereken stratejiler oluşturuldu.

Toplantı sırasında elde edilen sonuçlar konsensus çalışma grupları tarafından incelenerek, bu kitabın içinde yer alan bölümlerde sunuldu. Palyatif hasta bakımının planlanmasında önemli literatür bilgilerini ve 2017 konsensus kararları içeren bu kitabın hazırlanmasında ve toplantının gerçekleşmesinde emeği geçen tüm hocalarıma ve meslektaşlarıma teşekkür ederim.

Prof. Dr. Gülbeyaz Can
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Adnan Aydıner
İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Ayfer Karadakovan
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir, Türkiye

Doç. Dr. Ayfer Aydın
Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Uzm. Hemş. Aysel Tekeli
Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya, Türkiye

Doç. Dr. Ayşe Okanlı
Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye

MSc Derya Bıçak
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Dr. Dhamani Khairunnisa
Aga Khan University School Of Nursing & Midwifery, Dar Es Selam, Tanzanya

MSc Dilek Yıldırım
İstanbul Zaim Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

MSc Dilek Baykal
Haliç Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Hem. Esra Bayrak
Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Yard. Doç. Dr. Fadime Kaya
Kafkas Üniversitesi, Kars, Türkiye

Doç. Dr. Fatma Betül Çakır
Bezmialem Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Araş. Gör. Ferda Akyüz
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Yard. Doç. Dr. Figen Arı İnci
Niğde Üniversitesi Zübeyde Hanım SYO, Niğde, Türkiye

Prof. Dr. Gül Göknel Talu
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Gülbeyaz Can
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Hülya Bilgin
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye

MSc Cemile Hurrem Ayhan Balık
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Hem. İbtisam Ghrayeb
Makassed Hospital, Pediatric Intensive Care Unit, Kudüs, Filistin

Prof. Dr. İsmet Kırpınar
Bezmialem Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Hem. Kader Çalışkan
Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Uzm. Hem. Kezban Özcan
Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya, Türkiye

Doç. Dr. Leyla Küçük
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Dr. Manal Al-Zadjali,
The Oman Specialized Nursing Institute, Muscat, Umman

Dr. Mary Grace Nakate
Aga Khan University School Of Nursing & Midwifery, Kampala, Uganda

Doç. Dr. Maryam Rassouli
Nursing & Midwife School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tahran, İran

Msc Meryem Başıbüyük
Bezmialem Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Uzm. Hem. Mushtaq Najmaldin Ali
Al-Mansor Children Teaching Hospital, Baghdad, Irak

Yard. Doç. Dr. Nahla Gafer
Secretary Of Sudan Task Force For Palliative Care, Khartoum, Sudan

Dr. Nesreen Al-Alfi
Fatima College For Health Care/Sciences, Abu Dhabi, Birleşik Arap Emirlikleri

Uzm. Dr. Nidal Al Jebrini
Hebron Hospital, Kudüs, Filistin

Yard. Doç. Dr. Nihal Bostancı Daştan
Kafkas Üniversitesi, Kars, Türkiye

Prof. Dr. Nuran Akdemir
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ankara, Türkiye

Uzm. Hem. Nurseven Karaman
Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

Uzm. Hem. Nurten Özen
Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Dr. Özge Süküt
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Dr. Paz Fernández Ortega
Institut Català D'oncologia, Barselona, İspanya

Prof. Dr. Perihan Güner
Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Pınar Saip
İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, İstanbul, Türkiye

Dr. Rana Obeidat
Zarqa University Faculty Of Nursing, Amman, Ürdün

Dr. Rehana Punjwani
Children Cancer Hospital, Karachi, Pakistan

Prof. Dr. Rejin Kebudi
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi & İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Rukiye Pınar
İstanbul Zaim Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Sabire Yurtsever
Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Mersin, Türkiye

Beslenme Hem. Sevil Özcan
İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Sevim Buzlu
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Yard. Doç. Dr. Sevinç Kutlutürkan
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Sultan Kav
Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Şeref Kömürcü
Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Yard. Doç. Dr. Tayreez Mushani
Aga Khan University School Of Nursing & Midwifery, Nairobi, Kenya

Dr. Tikva Meron
Sheba Academic Medical Center Hospital, Tel Hashomer, İsrail

Prof. Dr. Turhan Ece
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Ükke Karabacak
Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Msc Ülkü Saygılı
Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Konya, Türkiye

Msc Vildan Kocatepe
Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Yasemin Yıldırım
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir, Türkiye

Önsöz iii
Prof. Dr. Özdem Ang

Önsöz v
Prof. Dr. Sevim Buzlu

Önsöz vii
Prof. Dr. Gülbeyaz Can

Yazarlar ix

Bölüm A - Genel Bakış xv
Prof. Dr. Gülbeyaz Can

Bölüm B - Kanıt Düzeyi Sınıflaması xxxi

Bölüm I - Kanser Ağrısı 1
Dilek Yıldırım, Gül Köknel Talu, Paz Fernández Ortega, Yasemin Yıldırım, Mushtaq Najmaldin Ali, Tayreez Mushani, Nahla Gafer, Nesreen Al Alfi, Gülbeyaz Can, Leyla Küçük

Bölüm II - Dispne 19
Vildan Kocatepe, Ayfer Karadakovan, Sultan Kav, Adnan Aydıner, Gülbeyaz Can, Tikva Meron, Nahla Gafer, Nakate Mary Grace, Nidal Al Jebrini, Figen Arı İnci, Turhan Ece

Bölüm III - Bulantı ve Kusma 43
Esra Bayrak, Gülbeyaz Can, Sevinç Kutlutürkan, Nurseven Karaman, Paz Fernández Ortega, Maryam Rassouli, Rana Obeidat, Dhamani Khairunnisa, Nuran Akdemir, Pınar Saip

Bölüm IV - Anoreksi ve Kaşeksi Sendromu 63
Kader Çalışkan, Nurten Özen, Sevil Özcan, Gülbeyaz Can, Şeref Kömürcü, Tayreez Mushani, Sabire Yurtsever, Manal Al-Zadjali, Tikva Meron, Fatma Betül Çakır

Bölüm V - Diyare 77

Ferda Akyüz, Ülkü Saygılı, Gülbeyaz Can, Meryem Başıbüyük, İbtisam Ghrayeb, Tikva Meron, Kezban Özcan, Hülya Bingöl, Ükke Karabacak, Manal Al-Zadjali, Fatma Betül Çakır

Bölüm VI - Konstipasyon 87

Ülkü Saygılı, Derya Bıçak, Gülbeyaz Can, Meryem Başıbüyük, İbtisam Ghrayeb, Tikva Meron, Kezban Özcan, Hülya Bingöl, Ükke Karabacak, Manal Al-Zadjali, Fatma Betül Çakır

Bölüm VII - Yorgunluk 103

Dilek Baykal, Gülbeyaz Can, Rejin Kebudi, Ayfer Aydın, Nidal Al Jebrini, Aysel Tekeli, Dhamani Khairunnisa, Rehana Punjwani

Bölüm VIII - Uyku Sorunları 125

Dilek Baykal, Gülbeyaz Can, Rejin Kebudi, Ayfer Aydın, Nidal Al Jebrini, Aysel Tekeli, Dhamani Khairunnisa, Rehana Punjwani

Bölüm IX - Deliryum 141

Özge Sükut, Leyla Küçük, Rukiye Pınar, Maryam Rassouli, Ayşe Okanlı, Rana Obeidat, Perihan Güner, İsmet Kırpınar

Bölüm X - Distres 157

Fadime Kaya, Nihal Bostancı Daştan, Sevim Buzlu

Bölüm XI - Aileyi Güçlendirme 177

Cemile Hurrem Ayhan Balık, Sevim Buzlu

Bölüm XII - Sağlık Çalışanlarını Güçlendirme 189

Cemile Hurrem Ayhan Balık, Sevim Buzlu

İndeks 199

GENEL BAKIŞ

Gülbeyaz Can

"*Kanser Hastalarında Kanıta Dayalı Palyatif Bakım*" konulu dördüncü konsensus toplantısı, Florence Nightingale Mektepleri ve Hastahaneleri Vakfı'nın desteği ile 06-07 Şubat 2017 tarihleri arasında İstanbul Cevahir Kongre ve Toplantı Merkezinde İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi tarafından gerçekleştirildi.

Toplantının hedefi, literatürde yer alan klinik çalışma sonuçlarını inceleyerek palyatif bakımda sık görülen semptomların yönetiminde kullanılabilecek non-farmakolojik yaklaşımları belirlemekti.

Bu hedefe ulaşabilmek için, toplantı ile ilgili çalışmalara altı ay öncesinden başlandı. Öncelikle literatür taranarak palyatif bakımda sık görülen 12 sorun ve bu sorunların yönetiminde kullanılan non-farmakolojik yaklaşımlar tanımlandı.

- Ağrı
- Dispne
- Bulantı ve Kusma
- Diyare ve Konstipasyon
- Anoreksi ve Kaşeksi
- Yorgunluk
- Uykusuzluk
- Distress
- Deliriyum
- Aileyi Güçlendirme
- Sağlık Çalışanını Güçlendirme

Orta Doğu Kanser Konsorsiyuma (MECC) bağlı ülkelerden, Avrupa Palyatif Bakım Derneğinden (EAPC), Avrupa Onkoloji Hemşireleri Derneğinden (EONS) ve Amerika Onkoloji Hemşireleri Derneğinden (ONS) ve ülkemizden palyatif bakıma gönül vermiş 87 meslektaşımız konsensus karar grubuna katılması ve deneyimlerini paylaşması için davet edildi. Orta Doğu Kanser Konsorsiyuma (MECC) bağlı 13 ülkeden (Arap Emirlikleri, Filistin, Irak, İran, İsrail, Kenya, Mısır, Pakistan, Sudan, Tanzanya, Uganda, Umman, Ürdün) 16 kişinin, Avrupa'dan (İspanya) 1 kişinin, Amerika'dan 1 kişinin ve ülkemizden 49 kişinin daveti kabul etmesi ile toplantı sırasında sonuçların sunulmasında ve tartışılmasında, konsensus raporlarının oluşturulmasında aktif görev alacak 67 kişinin katılımı ile konsensus çalışma grubu oluşturuldu ve görevler dağıtıldı (Tablo A - 1).

Tablo A - 1. Konsensus Ön-Hazırlık Ekibi

Paneller ve Panelistler	Ülke	Dünyada Palyatif Bakım	Ağrı	Dispne	Bulantı-Kusma	Konstipasyon ve Diyare	Kaşeksi & Anoreksi	Yorgunluk & Uykusuzluk	Deliriyum	Distres	Bakım Vereni Güçlendirme
Adem Akçakaya	Türkiye										PB
Adnan Aydıner	Türkiye			PB							
Ahmet Kizir	Türkiye	PB									
Arzu Aydoğdu	Türkiye									T	
Ayfer Elçigil	Türkiye							PB			
Ayfer Karadakovan	Türkiye			PB							
Aysel Tekeli	Türkiye							T			
Ayşe Okanlı	Türkiye								T		
Çiçek Fadıloğlu	Türkiye		PB								
Dhamani Khairunnisa	Tanzanya				T			T			
Dilek Baykal	Türkiye							S			
Dilek Yıldırım	Türkiye		S								
Dinah Kassaman	Kenya					T	T	T			
Esra Bayrak	Türkiye				S						
Esra Oğuz	Türkiye										
Fadime Kaya	Türkiye									S	
Fatma Betül Çakır	Türkiye					PB	TP				
Figen Arı İnci	Türkiye			T							T
Gül Köknel Talu	Türkiye		PB								
Gülbeyaz Can	Türkiye	PB									
Jeannine M. Brant	ABD	K									
Hülya Bilgin	Türkiye										T
Hülya Binögöl	Türkiye					TP				TP	
Hürrem Ayhan	Türkiye										S
Ibtisam Ghrayeb	Filistin					T					T
İsmet Kırpınar	Türkiye								PB		
Kader Çalışkan	Türkiye						S				
Karima Elshamy	Mısır										
Kezban Özcan	Türkiye					T					
Leyla Küçük	Türkiye								T		
Manal Al-Zadjali	Umman					PB	T				T
Maryam Rassouli	İran				T				T		PB
Meryem Başibüyük	Türkiye					T					
Michael Silbermann	İsrael	K	PB		PB			PB			

K - Konuşmacı, PB - Panel Başkanı, S - Sunucu, T- Tartışmacı (Yetişkin), TP - Tartışmacı (Pediyatri), ABD - Amerika Birleşik Devletleri

Tablo A - 1. Konsensus Ön-Hazırlık Ekibi

Paneller ve Panelistler	Ülke	Dünyada Palyatif Bakım	Ağrı	Dispne	Bulantı-Kusma	Konstipasyon ve Diyare	Kaşeksi & Anoreksi	Yorgunluk & Uykusuzluk	Deliriyum	Distres	Bakım Vereni Güçlendirme
Mine Turgay	Türkiye										T
Mushtaq Najmaldin Ali	İrak		TP								TP
Nahla Gafer	Sudan		T	PB						T	
Nakate Mary Grace	Uganda			T						T	
Nesreen Al-Alfi	BAE		T								
Nidal Al Jebrini	Filistin			T				T			
Nihal Bostancı Daştan	Türkiye									T	
Nurseven Karaman	Türkiye				TP						
Nurten Özen	Türkiye						T				
Özdem Anğ	Türkiye	PB									
Özge Sükut	Türkiye								S		
Paz Fernández Ortega	İspanya	K	T		T				T	PB	
Perihan Güner	Türkiye								PB		
Pınar Saip	Türkiye				PB						
Rana Obeidat	Ürdün				T				T		
Rehana Punjwani	Pakistan			TP				TP			
Rejin Kebudi	Türkiye							PB			
Rukiye Pınar	Türkiye								PB		
Sabire Yurtsever	Türkiye						PB				
Serdar Karaca	Türkiye	K									
Sevil Erdinç	Türkiye						T				
Sevim Buzlu	Türkiye									PB	PB
Sevinç Kutlutürkan	Türkiye				T						
Sultan Kav	Türkiye			T							
Sultan Taşcı	Türkiye				PB						
Şeref Kömürcü	Türkiye						PB			PB	
Tayreez Mushani	Kenya		T				PB			T	
Tikva Meron	İsrael			T		T	T				
Turhan Ece	Türkiye			T							
Ükke Karabacak	Türkiye					PB					
Ülkü Saygılı	Türkiye					S					
Vildan Kocatepe	Türkiye			S							
Yasemin Yıldırım	Türkiye		T								

K - Konuşmacı, PB - Panel Başkanı, S - Sunucu, T- Tartışmacı (Yetişkin), TP - Tartışmacı (Pediyatri), BAE - Birleşik Arap Emirlikleri

Konsensus Kararlarının Alınmasında İzlenecek Yol

I. BÖLÜM: SUNUM – GENEL BAKIŞ (5 dk)

Panel Başkanları: Sunucuya söz vererek, panel başkanı/-ları sunucudan ilgili sorunun palyatif bakım hastası açısından önemini açıklamasını istemelidir.

II. BÖLÜM: ÖN-OYLAMA (10 dk)

Panel Başkanları: Panel başkanları katılımcılardan, literatürde ilgili sorunun yönetiminde kullanımı önerilen tüm non-farmakolojik yaklaşımları klinik pratikte kullanıp kullanmadığını keypad'lerini kullanarak tek tek oylanmasını istemelidir.

III. BÖLÜM: TARTIŞMA ve KARAR OYLAMASI (60 dk)

Panel Başkanları: Bu bölümde yukarıda oylaması yapılan her bir non-farmakolojik yaklaşım tartışmaya açılmalıdır. Panel başkanı oylanan non-farmakolojik yaklaşımların klinikte kullanılabilirliği ile ilgili deneyimleri ve literatürde yer alan kanıtları ortaya koyabilmesi için önce sözü tartışmacılara, takiben dinleyicilere ve en son sözcüye vermelidir.

IIIa. TARTIŞMA

Panelde yer alan tartışmacıların her birine söz vererek panel başkanı tartışmacılardan oylanan non-farmakolojik yaklaşımların uygulama şeklini açıklamasını istemelidir. Takiben dinleyicilerin de bu konu ile ilişkili görüşünü almalıdır.

IIIa.1. Tartışmacı: Her tartışmacı oylanan non-farmakolojik yaklaşımların kliniklerinde uygulanıp uygulanmadığını açıklamalıdır.

a. Klinik pratikte uygulanıyor ise, hangi hastalarda, ne şekilde ve kimler tarafından uygulandığını ve etkinliğinin ne olduğunu açıklamalı?
b. Klinik pratikte uygulanmıyor ise, bu konuda ülkesinde yapılan çalışmalar var mı ve sonuçlarının ne olduğunu bildirmelidir? Ülke şartlarında uygulanabilirliğini tartışmalıdır.
c. Tartışmacı konuşmasını desteklemek için en fazla 2 slayt kullanabilir.

IIIa.2. Dinleyici: Dinleyici oylanan non-farmakolojik yaklaşımların klinik pratikte uygulanıp uygulanmadığını açıklamalıdır.

a. Klinik pratikte uygulanıyor ise, hangi hastalarda, ne şekilde ve kimler tarafından uygulandığını ve etkinliğinin ne olduğunu açıklamalı?

IIIa.3. Sözcu: Sözcü oylanan non-farmakolojik yaklaşımların klinikte kullanılabilirliğini literatür sonuçlarına dayanarak (kanıta dayalı yaklaşımı kullanarak) açıklamalıdır.

IIIb. BÖLÜM: KARAR OYLAMASI

Panel Başkanları: Bu bölümde panel başkanı, tartışma sonrası katılımcıların oylama yaparak ilgili uygulamayı klinikte kullanıp kullanmayacağını oylamasını istemelidir.

Tartışma tamamlandığında, panel başkanı katılımcılardan tartışmada sunulan görüşleri ve literatür bilgilerini göz önünde bulundurarak, tartışmacılardan her bir non-farmakolojik yaklaşımı klinik pratikte kullanılabilirliğini düşünerek tekrar oylanmasını istemelidir.

- Karar net ise (Evet, kullanılabilir >%80, Hayır, kullanılmamalı >%80) bir sonraki uygulamanın tartışma ve oylaması ile devam etmelidir.
- Karar net değil ise (Evet, kullanılabilir <%80, Hayır, kullanılmamalı <%80) değil ise nedenini katılımcılara tekrar soru yönlendirerek ek görüş alabilir. Ek görüş alma kararı panelde yapılan tartışmalara ve panel başkanın kararına bağlıdır.

Toplantı sırasında panellerin işleyişi yanda yer alan Konsensus Karar Yönergesi doğrultusunda gerçekleştirildi.

Konsensus toplantısına, yurtdışından ve ülkemizin dört bir yanından 140 farklı kurumdan toplam 384 sağlık uzmanı katıldı.

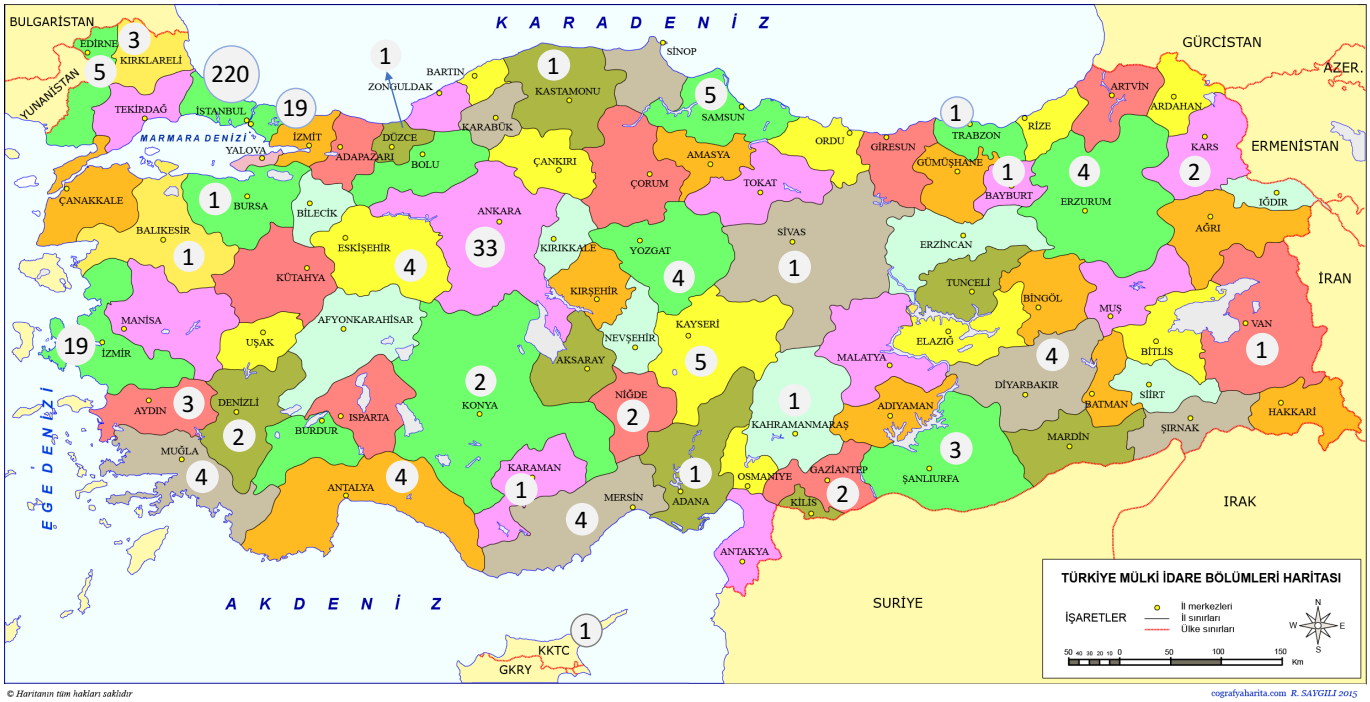
Katılımcıların %94.8'i (n=364) Türkiye'den, %15.2'si (n=20) ise yurt dışındaydı (Birleşik Arap emirlikleri 1, Filistin 2, Irak 1, İran 4, İspanya 1, Mısır, İsrail 1, Kenya 1, KKTC 1, Mısır 1, Pakistan 1, Sudan 1, Tanzanya 1, Uganda 1, Umman 1, Ürdün 1 ve Amerika'dan 1 katılımcı on-line bağlantı kurdu).

Çoğu katılımcı lisans mezunuydu [%95,8'i (n=368)]. %3,6'sı (n=14) tıbbi uzmanlık, %22,4'ü (n=86) doktora, %31,3'ü yükseklisans, %38,5'i (n=148) lisans, %2,1'i (n=8) önlisans ve %1,6'sı (n=6) sağlık lisesi eğitimini tamamlamıştı ve %0,5'i (n=2) sağlık bölümü öğrencisiydi.

Toplantıya katılanların %4,9'u (n=19) profesör, %6'sı (n=23) doçent, %6,3'ü (n=24) yardımcı doçent, %7'si (n=27) PhD, %23,9'ü (n=92) MSc unvanına sahipti.

Toplantıya katılanların %65,1'i (n=250) klinik alanda ve %34,9'u (n=134) akademik alanda çalışan sağlık uzmanıydı. Klinik alanda çalışan katılımcıların %1,8'i (n=7) kurumlarında sağlık bakım hizmetleri yönetici hemşire, %10,4'ü (n=40) ekip lideri/sorumlu hemşire, %44'ü (n=169) klinik hemşire, %3,9'u (n=15) eğitim hemşiresi, %0,8'i (n=3) beslenme hemşiresi, %0,5'i (n=2) vaka yönetici hemşire, %3,4'ü (n=13) hekim, %0,3'ü psikolog olarak görev yapmaktaydı. Akademik alanda çalışan katılımcıların %13'ü (n=50) kurumlarında araştırma görevlisi, %6,5 (n=25) öğretim görevlisi ve %14,8'i (n=57) öğretim üyesi olarak görev yapmaktaydı.

Katılımcıların %11,7'si (n=45) alanda çalışma süresinin 0-1 yıl, %22,1'i (n=85) 1-3 yıl, %24,7'si (n=95) 3-5 yıl ve %41,4'ü (n=159) 5 yıl ve üzerinde olduğunu bildirdi.



Şekil A-1. 2017 Kansensus Toplantısına Türkiye'den Katılan Sağlık Uzmanlarının Dağılımı

KONSENSUS KARAR GRUBU

BİRLEŞİK ARAP EMİRLİKLERİ

Abu Dabi

Fatima College for Health Care and Sciences

Dr. Nesreen Al-Alfi

FİLİSTİN

Batı Şeria

Hebron Hospital

Uzm. Dr. Nidal Al Jebrini

Kudüs

Makassed Hospital

Hem. İbtisam Ghrayeb

IRAK

Bağdat

Al-Mansor Children Teaching Hospital

MSc Mushtaq Najmaldin Ali

IRAN

Tahran

Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Nursing & Midwife School

Doç. Dr. Maryam Rassouli
Dr. Azam Shirin Abadi Farahani
Dr. Laila Daken
Dr. Leila Khanali Mojen

İSPANYA

Barselona

Institut Català D'oncologia

Dr. Paz Fernández Ortega

İSRAEL

Tel Aviv

Sheba Academic Medical Center Hospital

Dr. Tikva Meron

KENYA

Nairobi

Aga Khan University School of Nursing & Midwifery

Yard. Doç. Dr. Tayreez Mushani

KKTC

Gazimagusa

Doğu Akdeniz Üniversitesi

Yard. Doç. Dr. Handan Sezgin

MISIR

Mansoura

Mansoura University, Faculty of Nursing

Prof. Dr. Karima Elshamy

PAKİSTAN

Karaçi

Children Cancer Hospital

Dr. Rehana Punjwani

SUDAN

Hartum

Secretary of Sudan Task Force For Palliative Care

Yard. Doç. Dr. Nahla Gafer

TANZANYA

Darüsselam

The Aga Khan University School of Nursing & Midwifery

Dr. Dhamani Khairunnisa

TÜRKİYE

Büşra Demirhan
Cansu Ayyıldız
Eda Şahin
Gizem Çakır
Melike Demirdeğen
Melis Çakal
Nursel Dibekoğlu
Semra Tuncer
Serpil Özsezgi
Sevim Bozkuş
Sevinç Boz

Adana

Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Hem. Meltem Demir Özoğul

Ankara

Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Hem. Esra Tayaz

Ankara Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi

MSc Aygül Elöz
Sor. Hem. Şerife Koçbaba

Ankara Polatlı Devlet Hastanesi

MSc Betül Güleç

Ankara Üniversitesi

MSc Hatice Öner Cengiz

Başkent Hastanesi

MSc Arzu Özöztürk
MSc Ayşenur Köseoğlu

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Sultan Kav

Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji EAH

Hem. Elif Çalışkan
Hem. Esra Atakul
MSc Nurseven Karaman
Hem. Şerife Karaca

Gazi Hastanesi

Hem. Figen Bay

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yard. Doç. Dr. Sevinç Kutlutürkan
Dr. Elif Sözeri

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

MSc Çiçek Şentüre

Hacettepe Üniversitesi Hastanesi

Eğitim Hem. Gülbade Havva Korkmaz
Sor. Hem. Ferhan Çetin Şeref
Hem. Rana Gümüş
Hem. Sedanur Özgüler

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Nuran Akdemir (Emekli)
Doç. Dr. Sevgisun Yılmaz Kapucu
Dr. Ayşe Arıkan Dönmez
MSc Afra Çalık
MSc Canan Karadaş
MSc Funda Aslan
MSc Gül Hatice Tarakçıoğlu Çelik
MSc Sevcan Kılıç
MSc Sevcan Toptaş

Kanser Daire Başkanlığı
Opr. Dr. Serdar Karaca

KTO Karatay Üniversitesi
MSc Nilay Bektaş Akpınar

Lösante Çocuk ve Yetişkin Hastanesi
Eğitim Hem. Behice Belkıs Ayan

Özel Ankara Güven Hastanesi
Sor. Hem. Hale Sünbül

Antalya

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi
MSc Aysel Tekeli
MSc Kezban Özcan

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
MSc Gamze Teskereci

Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi
Hem. Serife Koçkaya

Aydın

Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Sakine Boyraz

ADÜ Tıp Fakültesi Araştırma Uygulama Hastanesi
Hem. Ali Kalkan
Hem. Hatice Bozan

Balıkesir

Balıkesir Devlet Hastanesi
Eğitim Hem. Derya Çınar

Bayburt

Bayburt Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO
MSc Buket Daştan

Bursa

Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç. Dr. Hicran Yıldız

Denizli

Pamukkale Üniversitesi Hastenesi
Sor. Hem. Gamze Dural
Hem. Duru Alparslan

Diyarbakır

Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu
Dr. Ezgi Mutluay Yayla
MSc Leyla Zengin
MSc Medine Erkan

Diyarbakır Halk Sağlığı
Hem. Evin Korkmaz



Düzce

Düzce Üniversitesi Araştırma Hastanesi

MSc Tuğba Topçu

Edirne

Trakya Üniversitesi Hastanesi

Sor. Hem. Selma Arslanhan
Hem. Nezir Akyüz

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Özgül Erol
Dr. Seda Kurt
MSc Lale Yacan

Erzurum

Atatürk Üniversitesi

MSc Gülcan Bahçecioğlu
MSc Seda Karaman

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Elanur Yılmaz Karabulutlu
MSc Fatma Gündüz Oruç

Eskişehir

Acıbadem Hastanesi

MSc Esra Oğuz

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Ayşe Özkaraman
MSc Gamze Ünver
MSc Fatmanur İnce Özgenel

Fetiye

Sıtkı Koçman Üniversitesi Fetiye Sağlık Bilimleri Fakültesi

Araş. Gör. Füsun Yıldız

Gaziantep

Gaziantep Üniversitesi

Dr. Elif Bilsin

Sanko Üniversitesi

Yard. Doç. Dr. Medet Korkmaz

İstanbul

Dr. Mine Turgay
MSc Fidan Emiroğlu
MSc Tülay Özkan
Hem. Hazal Hüzmeli
Hem. Kader Özcanlı
Psikolog Karman Yılmaz
Öğrenci Eren Can

Acıbadem Hastanesi

Eğitim Hem. Yağmur Ergin
Sor. Hem. Melek Çin
Sor. Hem. Nermin Kıral
Sor. Hem. Nuran Küçük
Sor. Sağlık Memuru Tayfun Memiş
Hem. Büşra Taşdöğen
Hem. Cansu Bulayır
Hem. Eda Çam
Hem. Nurtaç Çakır

Atakent
Eğitim Hem. Ayşin Kayış
Eğitim Hem. Nilgün Selamet Türk
Sor. Hem. Melahat Gülçin Tağrısever
Sor. Hem. Pınar Ermiş
MSc Elif Polat
Hem. Melis Hecan

Taksim
Sor. Hem. Rabia Tülübaş
Hem. Ezgi Şahin

Fulya
Sor. Hem. Gülcan Özer
Hem. Simge Kıvırcık
Hem. Tuğba Durmuş

Kozyatağı
Eğitim Hem. Çiğdem Çalışkan
Sor. Hem. Çiçek Kargın
Hem. Alev Alçin
Hem. Ayfer Sibel Çiftçi
Hem. Aysun Yaldız

Maslak
Sor. Hem. Ayşegül Selbük
Sor. Hem. Derya Aslışen
Sor. Hem. Samet Hekim
Sor. Hem. Selda Birbudak
Hem. Elif Ak
Hem. Gülşen Dilbaz İnanoğlulları
Hem. Nuray Kolay
Hem. Özlem Kıvanç

Acıbadem Üniversitesi
Doç. Dr. Ükke Karabacak
Yard. Doç. Dr. Esra Uğur
MSc Vildan Kocatepe
MSc Yasemin Uslu

Adnan Aydıner Onkoloji Merkezi
Hem. Berrin Ortaç
Hem. Asiye Tuna

Amerikan Hastanesi
Eğitim Hem. Azize Kahraman
Eğitim Hem. Elif Keçeci
Hem. Bircan Karayel
Hem. Hilal Yılmaz

Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi
Sor. Hem. Güngör Örnek
Hem. Asude Deniz Özmangi
Hem. Duygu Soyerdik
Hem. Gönül Akdeniz
Hem. Leyla Bayav
Hem. Melike Fındık
Hem. Özlem Altuntaş

Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Prof. Dr. Fatma Eti Arslan
Yard. Doç. Dr. Hayat Yalın
Dr. Elif Dönmez Timuçin

Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Hem. Funda Çam
Hem. Hatice İmece
Hem. Zerafet Sarı
Hem. Zeynep Gündüz

Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkl Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Hem. Hanife Çakır

Beykent Üniversitesi
Yard. Doç. Dr. Fadime Çınar
Yard. Doç. Dr. Refika Genç Koyucu

Bezmialem Hastanesi
Prof. Dr. Adem Akçakaya
Prof. Dr. İsmet Kırpınar
Doç. Dr. Fatma Betül Çakır

Bezmialem Sağlık Bilimleri Fakültesi
MSc Meryem Başıbüyük
MSc Elif Bülbül

Çatalca İlyas Çokay Devlet Hastanesi
MSc Satı Yıldız

Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi
Sor. Hem. Fatma Erkek Atacan
Sor. Hem. Bircan Uslu Nas
Hem. Aytün Leymun
Hem. Fadime Uça Temürboğa
Hem. Susan Aksu Şimşek
Hem. Zarif Gürkan

Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Sor. Hem. Semra Ağustos

Eczacıbaşı Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi
İşyeri Hem. Senem Çanta

Evde Bakım Hizmetleri
MSc Hasan Hüseyin Karakaya

Eyüp Devlet Hastanesi
Uzm. Dr. Hazal Şeren
Uzm. Dr. Mehmet Tüysüz

İstanbul Florence Nightingale Hastanesi
Hem. Tuğçe Tabakçı
MSc Melike Özkan

Haliç Üniversitesi
Yard. Doç. Dr. Gülbahar Keskin
MSc Dilek Baykal

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Hem. Evşan Arslan

İstinye Devlet Hastanesi
MSc Hacer Katipoğlu

İstanbul Bilim Üniversitesi
Doç. Dr. Semiha Akın
MSc Duygu Ceyhan
MSc Kadriye Nilay Genç
MSc Ecenur Balkan Mercan

İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Hem. Meral Çavuş
Hem. Remziye Uçar

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Dr. Nimet Ateş
Eğitim Hem. Beyhan Budak
Sor. Hem. Mehtap Inel
Sor. Hem. Eray Adar Uyanıker
Sor. Hem. Gülistan Karagöz
Sor. Hem. Leman Yantiri
Hem. Esra Ürün
Hem. Fatma Çakır
MSc Suat Gezalan
Hem. Sultan Çallı

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Gülbeyaz Can
Prof. Dr. Sevim Buzlu
Doç. Dr. Ayfer Özbaş
Doç. Dr. Hülya Kaya
Doç. Dr. Hülya Bilgin
Doç. Dr. İkbal Çavdar
Doç. Dr. Leyla Küçük
Doç. Dr. Ümran Oskay
Doç. Dr. Yasemin Kutlu
Yard. Doç. Dr. Sevil Yılmaz
Yard. Doç. Dr. Tuluha Ayoğlu
Dr. Ezgi Seyhan Ak
Dr. Özge Süküt
Dr. Safiye Özkan Sarılı
MSc Ahmet Karaman
MSc Derya Bıçak
MSc Emel Emine Özdemir
MSc Gizem Kerimoğlu Yıldız
MSc Hürrem Ayhan
MSc Meryem Yıldız
MSc Özlem Akarsu
MSc Yasemin Kalkan Uğurlu
MSc Yasemin Özhanlı
Araş. Gör. Ferda Akyüz
Araş. Gör. Seda Tek
Öğrenci Hanim Büşra Oruçoğlu

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Gül Göknel Talu
Prof. Dr. Turhan Ece
Doç. Dr. Nazmiye Kocaman
Hem. Arzu Aydoğdu
Hem. Bircan Kara
Hem. Dilek Özalp
Hem. İlknur Kuran Akburak
MSc Mümine Söğütlü Çetin
Hem. Necibe Döndü
Hem. Nurgül Kaplan
Hem. Şükriye Aydın
MSc Ümüş Şahan Tektaş
Hem. Zehra Turgut

İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü

Prof. Dr. Adnan Aydıner
Prof. Dr. Pınar Saip
Prof. Dr. Rejin Kebudi
Uzm. Dr. İlknur Yıldırım
MSc Ayla Karapınar
MSc Hülya Bingöl
MSc Kadriye Ertürk
Beslenme Hem. Sevil Özcan
Hem. Bahtigüler Tekfiliz
Hem. Canan Karadoğan
Hem. Hayriye Güzeloğlu
Hem. İrem Koşan Yurtseven
Hem. Selma Kaptı
Hem. Şeyma Gündoğdu

İstanbul Zaim Üniversitesi
Prof. Dr. Rukiye Pınar
MSc Dilek Yıldırım

Kağıthane Devlet Hastanesi
Sor. Hem. İlknur Kaya
Hem. Eylem Erzurumlu

Kanuni Sultan Süleyman EAH
Beslenme Hem. Müberra Maral
Hem. Kübra Alkı

Koç Üniversitesi Hastanesi
Eğitim Hem. Tuğba Pehlivan
Sor. Hem. Bahar Bekdemir
Hem. Beril Kökçeoğlu
MSc Burcu Medine Kaplan
Hem. Cansu Çorak Cebi
Hem. Mehtap Eroğlu
Hem. Melis Canpolat
Hem. Özgün Gökmen

Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Perihan Güner
Doç. Dr. Ayfer Aydin

Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç. Dr. Ayşe Okanlı

Medical Park Hastanesi
Sor. Hem. Seda Özalp

Medicana
Sor. Hem. Fulya Şen

Medipol Mega Üniversite Hastanesi
MSc Günay Dikbıyık Boz
MSc Merve Harman
Hem. Pınar Sancaktutan

Meva Yaşlı ve Hasta Bakım Merkezi
Sor. Hem. Vildan Kandemir Bütün

Neoliberal Tıp Merkezi
Sor. Hem. Havva Aydan Demircan

Nişantaşı Üniversitesi Meslek Yüksekokulu
Öğr. Gör. Elif Paklacı

Okan Üniversitesi Hastanesi
Sor. Hem. Ceren Bayındır Demir

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Yard. Doç. Dr. Özlem Yazıcı

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Uzm. Hem. Nurten Özen
Hem. Gonca Yılmaz Duras
Hem. Özge Ünal
MSc Serap Eroğlu

Özel Tansan Onkoloji
Hem. Abdurrahman Dursun İşçi

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Hem. Alime Nur Uygun
MSc Feride Büşra Demirpolat
Hem. Kimya Kılıçaslan

Sultan Abdülhamit Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim

Hem. Sibel Şevik

Şişli Florence Nightingale Hastanesi

Sor. Hem. Nigar Saltık
Hem. Abdulkadir Şan
Hem. Merziye Altay

Üsküdar Devlet Hastanesi

Hem. Barış Özge Şimşek

Yeditepe Üniversite Hastanesi

Hem. Muteber Ateş
MSc Ömür Zontul
Hem. Sevilay Aksu
MSc Tuba Handemir
MSc Ümmü Say

Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tip Fakültesi Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi

Eğitim Hem. Gülseren Dayan

İzmir

Bayındır Devlet Hastanesi

Hem. Demet Cimbil

Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Çocuk Cerrahisi Hastanesi

MSc Ayşegül Çelik

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Ezgi Karadağ
Doç. Dr. Özlem Uğur
Yard. Doç. Dr. Gülçin Özalp Gerçeker
Yard. Doç. Dr. Nihal Gördes Aydoğdu
MSc Somayyeh Norouznia

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Ayfer Karadakovan
Doç. Dr. Yasemin Yıldırım
Yard. Doç. Dr. Figen Okçin
MSc Amine Deniz
MSc Hülya Keskin
MSc Sema Üstündağ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

MSc Gizem Özbudak
Hem. Özlem Alemdar
Hem. Recep Kara
Hem. Tulay Dombaycı

İzmir Ekonomi Üniversitesi

Yard. Doç. Dr. Gülsüm Nihal Çürük

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

MSc Gönül Düzgün

Kahramanmaraş

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi

Hem. Zübeyde Aslan

Karaman

Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi

MSc Demet Çelik

Kars

Kafkas Üniversitesi

Yard. Doç. Dr. Fadime Kaya
Yard. Doç. Dr. Nihal Bostancı Daştan

Kastamonu

Kastamonu Üniversitesi

MSc Canan Kaş Güner

Kayseri

Erciyes Üniversitesi

Eğitim Hem. Pervin Horasan

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yard. Doç. Dr. Pınar Tekinsoy Kartın
Yard. Doç. Dr. Sevil Biçer
Dr. Nurhan Doğan
Dr. Ülkü Özdemir

Kırklareli

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Dr. Zülfiye Bıkmaz
MSc Figen Dığın
MSc Özlem Özdemir

Kocaeli

Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi

Prof. Dr. Şeref Kömürcü
Dr. Sharone EREL
Yönetici Hem. Banu Sarıtaş
Sor. Hem. Arzu Ataş
Sor. Hem. Asuman Kuşçu
Sor. Hem. Aytül Yöntem
Sor. Hem. Derya Subaşı
Hem. Ayşegül Bay
Hem. Ayça Tubay
Hem. Büşra Yürükcü
Hem. Çiğdem Erbay
Hem. Esra Bayrak
Hem. Kader Çalışkan
Hem. Nadide Embel
Hem. Özlem Topkaya
Hem. Şule Çalışır
Hem. Tuba Polat
Hem. Türkan Özdaş
Hem. Zeynep Zengin

Karamürsel

Karamürsel Devlet Hastanesi

Yönetici Hem. Reyhan Çimşir
MSc Hazel Özkum
MSc Hediye Yurttaş

Medical Park Hastanesi

Hem. Elif Buse Ünal

Konya

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

MSc Ülkü Saygılı
MSc Sevil Özkan

Mersin

Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu

Prof. Dr. Sabire Yurtsever
Doç. Dr. Hacer Çetin
Araş. Gör. Esra Çavuşoğlu

Özel Sevgi Bağı Huzurevi

MSc Zafer Şefikoğulları

Muğla

Acıbadem Hastanesi – Bodrum

Sor. Hem. Pınar Tekin
Hem. Çisem Bacaksız

Muğla Acıbadem Sağlık Grubu

Eğitim Hem. İlknur Dayanç

Niğde

Niğde Sağlık Meslek Lisesi
MSc Ferdane Taş

Niğde Niğde Üniversitesi Zübeyde Hanım SYO
Yard. Doç. Dr. Figen Ari İnci

Samsun

Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi
Sor. Hem. Melike Kılıç
Hem. Sevim Sılacı Koldaş

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
MSc Mükerrem Kabataş Yıldız

Sağlık Bakanlığı Samsun Ayvacık T.S.M.
MSc Duygu Dikbıyık

Samsun Gazi Devlet Hastanesi
Hem. Yasemin Ceylan

Sivas

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç. Dr. Meral Kelleci

Şanlıurfa

Harran Üniversitesi Osmanbey Kampüsü
Hem. Adnan Özdemir
Hem. Ali Sağlam
Hem. Çiğdem Kuloğlu

Trabzon

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Yard. Doç. Dr. Hacer Kobya Bulut

Van

Yüzüncü Yıl Üniversitesi
MSc Hatice Azizoğlu

Yozgat

Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Yard. Doç. Dr. Nazan Kılıç Akça
MSc Aydan Eda Urvaylioğlu
MSc Betül Kuş
Araş. Gör. Gülsüm Kehribar

UGANDA

Kampala

Aga Khan University School of Nursing & Midwifery
Dr. Mary Grace Nakate

UMMAN

Muscat

The Oman Specialized Nursing Institute
Dr. Manal Al-Zadjali

ÜRDÜN

Amman

Zarqa University Faculty of Nursing
Dr. Rana Obeidat

KANIT DÜZEYİ SINIFLAMASI

Kanıt Düzeyi I: Kanıt, randomize kontrollü çalışma sonuçlarına dayanarak gerçekleştiren meta-analiz sonucuna dayanmaktadır.

Kanıt Düzeyi II: Kanıt, randomize kontrollü çalışmaların sonucuna ya da randomize kontrollü çalışmaların incelendiği sistematik inceleme çalışmasının sonucuna dayanmaktadır.

Kanıt Düzeyi III: Kanıt, araştırma tasarımı iyi olan, randomizasyonun olamadığı, kontrollü çalışmalardan ya da yarı-deneysel çalışmadan elde edilen sonuçlara dayanmaktadır.

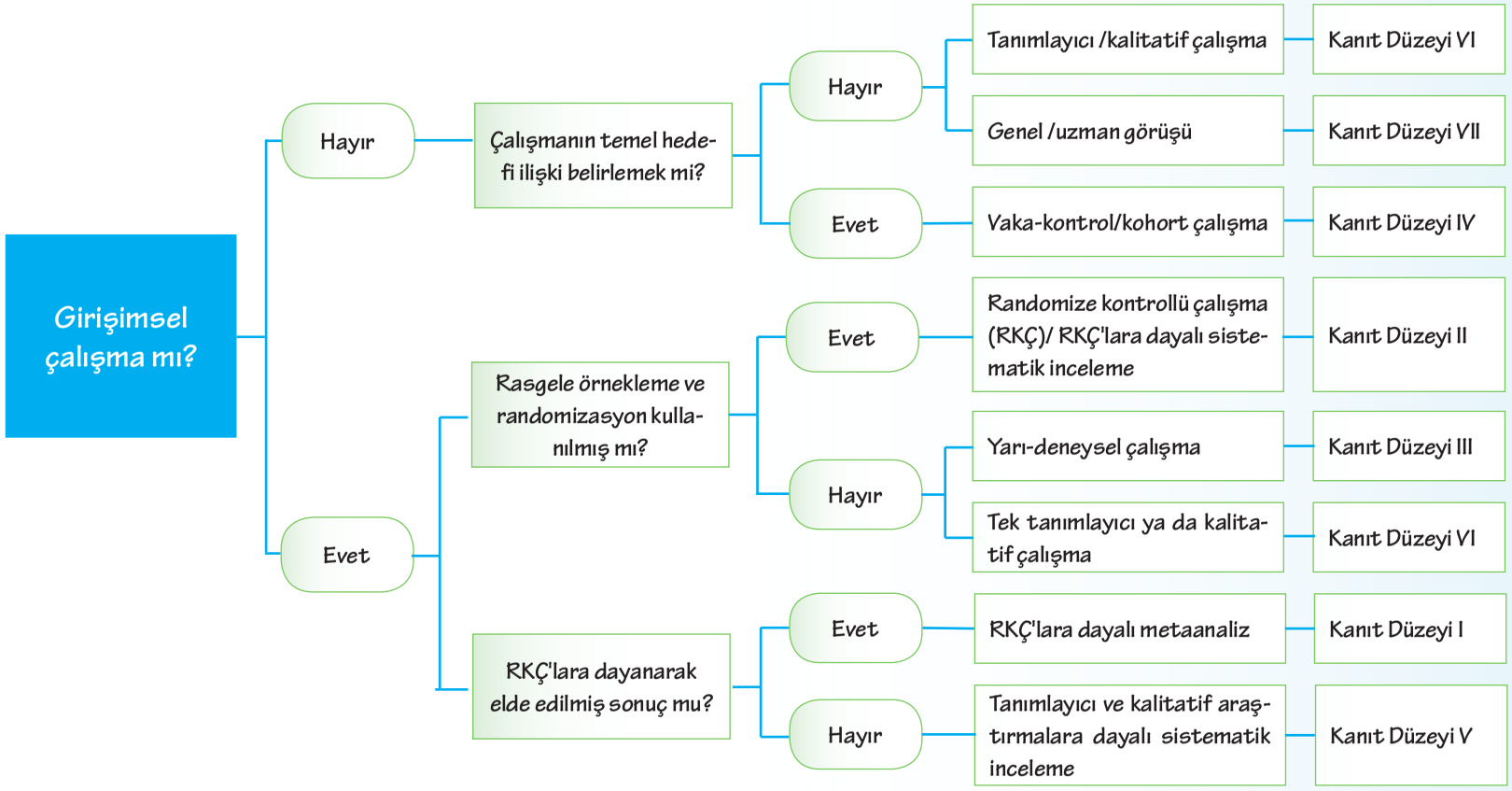
Kanıt Düzeyi IV: Kanıt, araştırma tasarımı iyi olan vaka-kontrol veya kohort çalışmalardan elde edilen sonuçlara dayanmaktadır.

Kanıt Düzeyi V: Kanıt, tanımlayıcı ve kalitatif araştırmaların yer aldığı sistematik incelemeden elde edilen sonuçlara dayanmaktadır.

Kanıt Düzeyi VI: Kanıt, bir tanımlayıcı çalışmadan ya da bir kalitatif araştırmadan elde edilen sonuca dayanmaktadır.

Kanıt Düzeyi VII: Uzman görüşü

Melnyk BM, Overholt EF. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice, 2nd Ed, Wolters Kluver Health, Lippincott Williams & Willkins, 2011



Şekil 1. Kanıt Düzeyi Belirleme Algoritması

1

KANSER AĞRISI

Dilek Yıldırım, Gül Köknel Talu, Paz Fernández Ortega, Yasemin Yıldırım, Mushtaq Najmaldin Ali, Tayreez Mushani, Nahla Gafer, Nesreen Al Alfi, Gülbeyaz Can, Leyla Küçük

Hastayı ve ailesini fiziksel, psikolojik ve ekonomik açıdan olumsuz etkileyen ağrı, palyatif bakımda en yaygın görülen ve hastayı en çok sıkıntıya sokan semptomlardan biridir [1,2].

Kanser ile ilişkili ağrının pek çok nedeni vardır. Hastalık süreci ile ilişkili olabilir ya da uygulanan tedavi ve işlemlere bağlı gelişebilir. Hastalık sürecine bağlı ağrı, genellikle primer tümörün neden olduğu sinir basısına, kemik metastazına, lokal enflamasyona ve tromboflebite bağlı gelişebilir. Tanı ve tedavi süreci ile ilişkili ağrı ise, biyopsi işlemine, cerrahi girişimlere, yetersiz opioid kullanımına, ekstravazasyona, periferal nöropatiye ya da grad 3-4 mukozite bağlı olabilir [3-10].

Ağrının insidansı kanserin türüne ve nedenine bağlı farklılık gösterir. Bir çalışmada, baş-boyun kanseri tanısı ile tedavi gören hastalarda ağrının insidansının %70, jinekolojik kanserlerde %60, gastrointestinal kanserlerde ise %59 olduğu bildirilmiştir [6]. Ayrıca bazı çalışmalarda, aktif tedavi döneminde olan kanser hastalarının üçte birinde, ileri dönem hastaların %60-90'ında orta veya ciddi düzeyde ağrı yaşandığı [11,12] ve hastaların %75'inde yaşanılan ağrının günde 2 veya 3 kez 5 puan ve üzerinde ağrı atağı tarzında olduğu gösterilmiştir [13,14].

Hangi nedene bağlı olursa olsun ağrı, kişilerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, uykusuzluk, yorgunluk ve birçok psikososyal sorunlara yol açabilmektedir. Palyatif bakımın temel amacı ağrıyı önlemektir. Bu nedenle palyatif bakımda kanser ağrısının yakından takip edilmesi ve yönetilmesi önemlidir [1,2].

AĞRIYI TANILAMA

Ağrı değerlendirmesi, etkin ağrı yönetiminin kilit noktası olarak kabul edilmektedir. 24 saat boyunca hastaların bakımından sorumlu olan palyatif bakım hemşiresi, ağrının etkin yönetiminde aktif ve kritik rol oynamaktadır [15]. Günlük ağrı değerlendirmesi yaparak, ağrı yakınmasını azaltmada uygulanacak tedavi protokolünün belirlenmesinde karar vermeyi kolaylaştırmakta ve hastanın gereksinimine göre yönetiminde etkili girişimlerin zamanında uygulanmasını sağlamaktadır [13].

Uzmanlar, ağrısı olsun ya da olmasın, klinikte yatan hastalarda ağrının günlük, ayaktan takip edilen hastalarda ise hasta ile yapılan her görüşmede değerlendirilmesinin önemli olduğunu vurgulamaktadır [16].

Klinikte Ağrı Tanılaması

Konsensüs sırasında, sağlık çalışanlarının kanser ağrısını değerlendirme sıklığı sorgulandığında:

Oylamaya katılan 123 sağlık çalışanının %48'i tüm hastalarda, %35'i sadece ağrısı olan hastalarda, %14,6'sı ise ağrısı olmayan hastalarda ağrı değerlendirmesi [%90,2'si günlük, %7,4'ü ara sıra ve %2,5'i hasta ağrısı olduğunu ifade ettiğinde] yaptığını ve %2,4'ü ağrı değerlendirmesi yapmadığını bildirmişlerdir.

Ağrı, palyatif bakım hastalarında yakından takip edilmesi gereken önemli bir sorundur. Ağrı değerlendirilmesine, "Ağrınız var mı?" sorusu sorularak başlanmalıdır ve tek boyutlu ağrı değerlendirme araçlarını (Şekil 1-1) kullanarak hastadan hissettiği ağrının düzeyini puanlaması veya "yok", "hafif", "orta", "şiddetli" gibi farklı ifadeler kullanılarak tanımlaması istenmelidir [17].

Ağrı Tanılamasında Özel Ağrı Değerlendirme Aracı Kullanımı

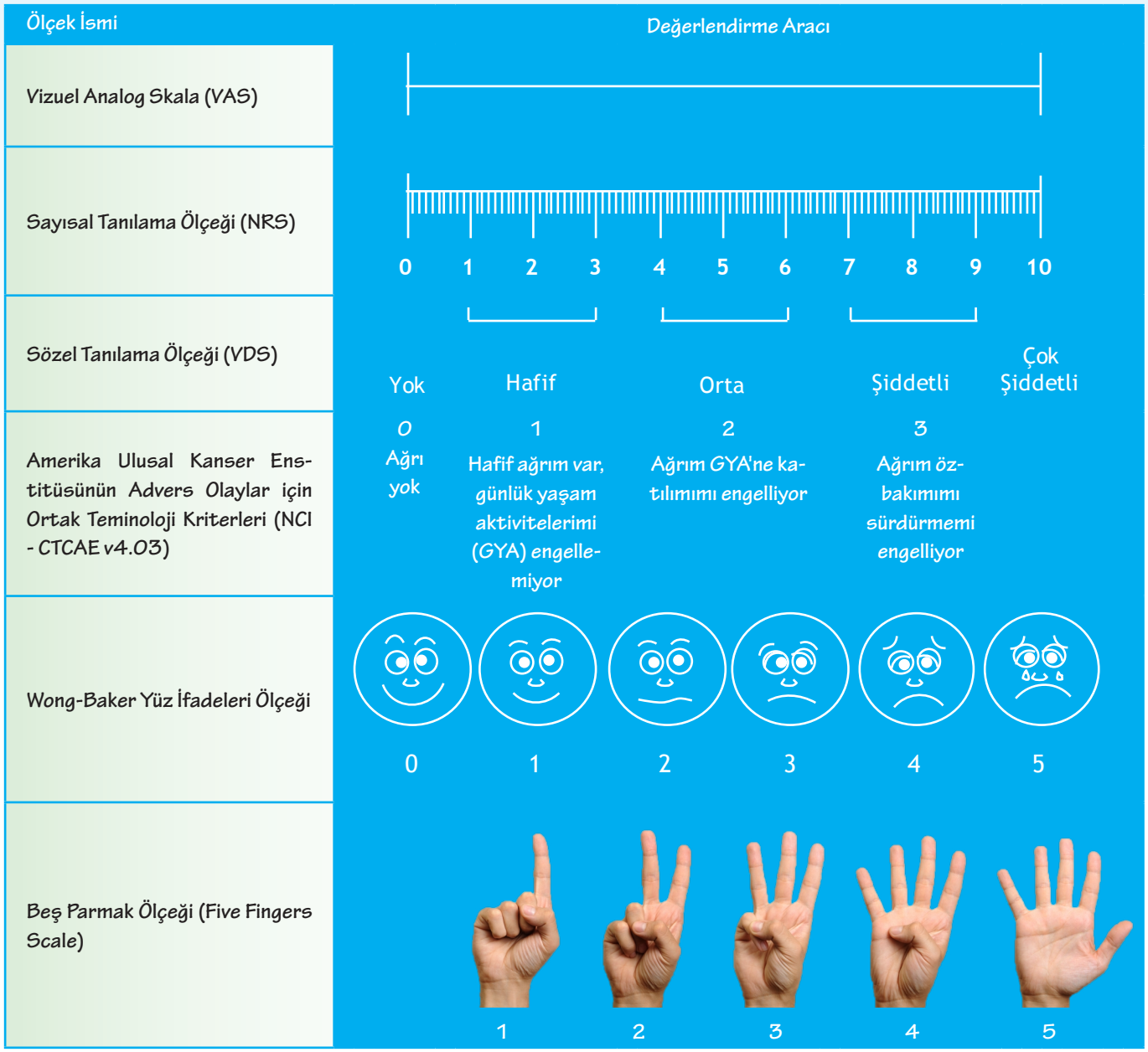
Konsensüs sırasında, sağlık çalışanlarının kanser ağrısının değerlendirilmesinde özel değerlendirme aracı kullanma durumu sorgulandığında:

Oylamaya katılan 99 katılımcının %91'i kanser ağrısının değerlendirilmesinde yaygın olarak bilinen sayısal ağrı değerlendirme araçlarını, yüz ifadeleri ölçeğini, Five Fingers Scale'ı (Beş Parmak Ölçeği) ve kısa ağrı envanterini kullandığını, %9'u ise herhangi bir değerlendirme aracı kullanmadığını bildirmişlerdir. Bazı katılımcılar ayrıca ağrı tanılamasında ayrıntılı ağrı öyküsünün alınmasının da gerekli ve önemli olduğunu, ancak çalışma koşulları nedeniyle günlük pratikte kapsamlı ağrı öyküsünün alınmasının mümkün olmadığını bildirmişlerdir.

Literatürde birçok çalışmada kanser ağrısının sınıflandırılmasında, 10 cm'lik Vizuel Analog Skala (VAS), 0-10'luk Sayısal Tanılama Ölçeği [Numeric Responce Scale (NRS), Amerika Ulusal Kanser Enstitüsünün Advers Olaylar için Ortak Teminoloji Kriterleri [Common Terminology Criteria for Adverse Events (NCI-CTCAE) v4.03], Yüz İfadeleri Ölçeği [Wong-Baker FACES pain rating scale (FPS)] ve Sözel Tanılama Ölçeği [Verbal Descriptor Scale (VDS)] gibi tek boyutlu (Şekil 1-1) ve Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeği [Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)] ve Kısa Ağrı Envanteri gibi çok boyutlu değerlendirme araçlarının kullanılabileceği belirtilmektedir [18-22]. Ağrı değerlendirmesinde sık kullanılan bu tanılama araçlarının, ağrı tanılamasında geçerli ve güvenilir araçlar olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir. Bu çalışmalarda, çok boyutlu ölçeklerin kullanımı zaman alıcı olduğundan, günlük ağrı değerlendirmesinde basit ve kullanımı kolay olan tek boyutlu ölçeklerin kullanımının tercih edilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Çok boyutlu ölçeklerin ise, ağrı ile ilgili araştırmalarda kullanımının daha uygun olduğu ifade edilmiştir [17,23-25].

Günlük ağrı tanılamasında, değerlendirmenin aynı değerlendirme aracı ile yapılması, elde edilen ağrı puanın doğruluğu ve tutarlılığı açısından önemlidir [22]. Literatürde, ağrı şiddetinin tanımlanmasında VAS ve NRS'in ağrının kapsamlı tanılamasında ise çok boyutlu ölçeklerinin kullanımının daha uygun olduğu bildirilmiştir [17]. Bir çalışmada, ağrının değerlendirmesinde kullanımı en çok tercih edilen aracının VAS olduğu gösterilmiştir [3].

Ağrı tanılamasının kapsamına hastanın bildirdiği ağrı puanına dayanarak karar verilmesi önemlidir. Uzmanlar, ağrı puanı ≤4 (yok-hafif) olan palyatif bakım hastalarında ağrı değerlendirilmesine hastanede yatarak tedavi gören hastalarda günlük, ayaktan tedavi gören ya da takipte olan hastalarda ise hasta ile yapılan her görüşmede yapılmasına devam edilmesinin önemli olduğunu bildirmiştir. Ağrı



Şekil 1-1. Ağrı'nın Sınıflandırılmasında Tek Boyutlu Tanılama Araçları

düzeyi orta ya da şiddetli olan hastalarda ise, kapsamlı ağrı değerlendirilmesi yapılarak, hastanın ağrı öyküsünün alınması gerekli ve önemli olduğu vurgulamıştır [23-25] (Şekil 1-2).

Kapsamlı ağrı tanılaması sırasında ağrıyı arttıran azaltan yaklaşımların neler olduğu, ağrının tipi, lokalizasyonu ve şiddeti [son 24 saatteki en yüksek, en düşük ve ortalama ağrı şiddeti kaç puan?] belirlenmelidir. Ayrıca ağrıya bağlı hastaların günlük aktivitelerinin etkilenme düzeyi araştırılmalı, ağrının başlama zamanı ve devam etme süresi tanımlanma-

Kanser Ağrısını Değerlendirme

Ağrının varlığını, hasta ile yapılan her görüşmede, hastaya "Ağrınız var mı?" soruları sorularak değerlendirilmelidir:

- VAS/NRS (0= yok; 10=çok fazla)
- Hasta bildirimi: Yok, hafif, orta, şiddetli

Ağrı Düzeyi
- VAS/NRS'ye göre: 0-3
- Hasta bildirimi: Yok - hafif

→ Ağrının varlığını, hasta ile yapılan her görüşmede değerlendir ve izle

Ağrı Düzeyi
- VAS/NRS'ye göre: 4-10
- Hasta bildirimi: Orta - Şiddetli

→ Ağrı öyküsünü al ve nedenleri tanımlaya çalış

Ağrı Öyküsünü Al

P
- Ağrıyı tetikleyen (hareket etmek, nefes almak, vb) ya da azaltan (istirahat etmek, pozisyon, vb) yaklaşımlar ne?

Q
- Ağrı tipi (zonklayıcı, batıcı, yanıcı, ezici, kasılma tarzında) ne?

R
- Ağrı lokalize mi/yaygın mı/ yansıyan mı? Vücudun başka bölgelerinde de var mı?

S
- VAS/ESAS/NRS'ye göre ağrı şiddeti kaç puan? En kötü, en iyi, ortalama ağrı puanı ne? Aktivitelerini engelliyor mu?

T
- Ne zaman başladı? Ne kadar sürdü? Atak halinde mi? Ağrı atağı aniden mi yoksa kademeli mi artıyor?, 24 saatte ne kadar sıklıkla oluyor ve ne kadar sürdü?

Tedavi Edilebilir Neden/Etkileri Tanımla

KANSER SÜRECİ İLE İLİŞKİLİ
- Primer tümör basısı
- İleri evre hastalık
- Kemik metastazı
- Lokal enflamasyon
- Tromboflebit

TANI VE TEDAVİ İLE İLİŞKİLİ
- Biyopsi
- Cerrahi girişim
- Girişimsel tedavi
- Opioid ilaç kullanımından kaçınmak
- Grad 3-4 oral mukozit
- Periferal nöropati
- Ekstravazasyon

Şekil 1-2. Ağrı Nedenlerini Tanılama ve Değerlendirme Algoritması

lıdır. Ağrının başlangıcı ani mi?, Ağrı atakları günde kaç kez ne kadar süreyle oluyor? ayrıntılı olarak araştırılmalıdır. Tanılama sonrasında, hemşire özellikle fraktür, visseral organ rüptürü, miyoperikardit gibi ağrı ile ilişkili acil müdahale gerektiren durumları tanımlamalıdır. Özellikle ani ve devam eden batın ağrısı, göğüs ağrısı ve spinal ağrı durumunda hasta ve yakınını acil birimine yönlendirilmesini gerektiren durumlardır [23-25].

Ağrıyı Değerlendirme 2017 Konsensus Kararları

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda katılımcılar:

1. Ağrısı olsun olmasın tüm palyatif bakım hastalarında ağrı değerlendirmesinin günlük yapılmasına (%100),
2. Ağrı tanılamasında kliniğin tercihine göre tek boyutlu ölçeklerin [VAS (%37), NRS (%33), Five Fingers Scale (%29) ve BPI (%1)] kullanılmasına karar verilmiştir.

AĞRININ YÖNETİMİ

Palyatif bakım hastasında, ağrının yönetimine hastanın ağrı puanına göre karar verilmektedir. Ağrı puanı ≤3 olan hastalarda, hasta ve ailenin ağrı konusunda bilgilendirmesinin, ağrı puanı ≥4 olan hastalarda ise tıbbi yaklaşımlara (3 basamaklı ağrı tedavisi, radyoterapi vb) ek olarak non-farmakolojik yaklaşımların (pozisyon, masaj, refleksoloji, müzik terapi, reiki, akupunktur, gevşeme egzersizleri ve dikkat dağıtma girişimleri gibi) kullanımının önerilmesinin ağrı yönetiminde benimsenmesi gereken yaklaşımlar olduğu bildirilmiştir [18-21].

Hasta ve Ailesini Bilgilendirme

Ağrı yönetiminde ilk adım hasta ve ailesinin ağrı konusunda bilgilendirilmesidir. Palyatif bakım hastasında ağrı eğitimine, hastada ağrı gelişme riskinin belirlenmesi ile ya da hastanın ağrı şikayeti ile başvurması ile başlanmalıdır.

Ağrı eğitiminin kapsamına, hastanın gereksinimine göre karar verilmelidir. Yaklaşık 30 dakika süren ağrı eğitimi sırasında, hasta ve ailesine ağrının gelişim süreci, ağrının neden olduğu şikayetler, hastanın sağlık ekibine başvurmasını gerektiren bulgular ve ağrı ile başetmede uygulayabileceği yaklaşımlar açıklanmalıdır (Şekil 1-3) [18,26,27] (Kanıt Düzeyi II).

Ağrının Yönetiminde Eğitimin Kullanımı

Konsensüs sırasında, sağlık çalışanlarının (n=121) ağrı eğitimi verme durumu sorgulandığında: sağlık çalışanlarının %38'i hastalarında ağrı gelişmeden, %15,7'si ağrısı olduğunda ve %38,8'i her iki durumda da ağrı eğitimi yaptığını, %7,5'i ise yapmadığını bildirmiştir.

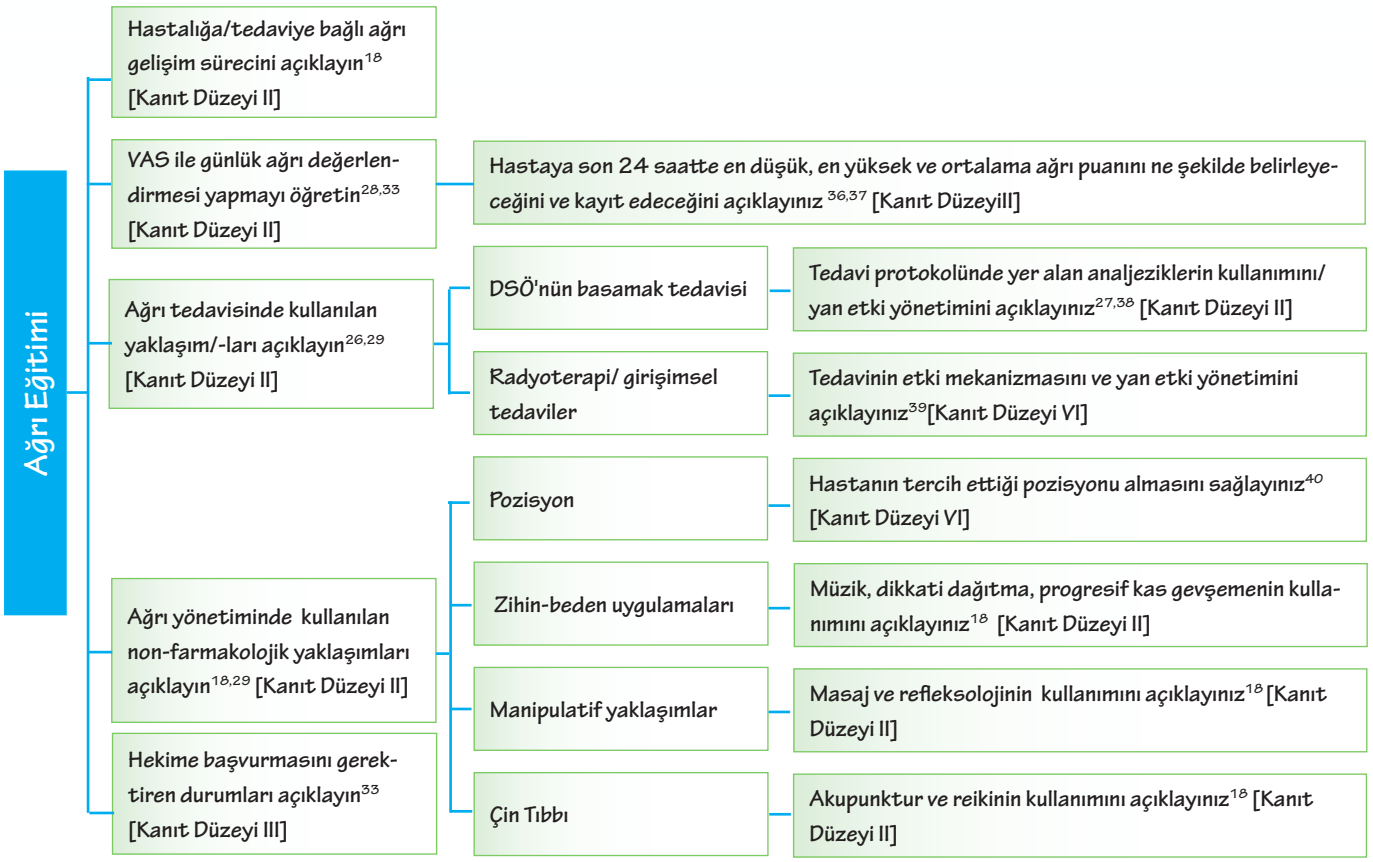
Katılımcıların konuyla ilgili görüşleri alındığında, bazı katılımcılar ağrısı olmayan hastalara verilen ağrı eğitiminin hasta ve ailesini güvende hissetmesini sağladığını ve belirsizlik anksiyetesini azalttığını bu nedenle hastaya ağrı gelişmeden ağrı eğitimini yaptığını, bazı katılımcılar ise ağrısı olmayan hastada ağrı eğitiminin yapılması hasta ve ailesini olumsuz etkilediğini, kaygı ve endişeye sevk ettiğini belirterek ağrısı olmadan hastalarını ağrı konusunda bilgilendirmediğini ifade etmişlerdir.

Katılımcıların ağrı eğitiminin organizasyonuna ilişkin uygulaması sorgulandığında: Eğitimi yapan katılımcıların %96'sı eğitimi ağrıya özel, %4'ü genel eğitimin kapsamında çoklu (%70) ya da tek (%30) eğitim seansı şeklinde verebildiğini ifade etmişlerdir.

Katılımcıların eğitimin ağrı üzerindeki etkinliği konusunda düşünceleri sorgulandığında: %40'ı verilen eğitimin ağrıyı azaltmada etkili, %55'i bazı hastalarda etkili, bazılarında ise etkisiz, %2'si etkili olmadığını ve %2'si etkinliğini değerlendirmediğini bildirmiştir.

Literatürde kanser hastalarında eğitimin ağrıya etkisini değerlendiren iki deneysel, 19 randomize kontrollü çalışmaya ve bu randomize kontrollü çalışmaları inceleyen iki meta-analiz çalışmasına ulaşılmıştır. Bazı randomize kontrollü çalışmalarda ağrının yönetiminde eğitimin etkili [18,28,29](Kanıt Düzeyi II), bazılarında ise etkisiz yaklaşım olduğu [27,30-33] (Kanıt Düzeyi II) bildirilmiş olsa da, eğitimin ağrının yönetimindeki etkinliğini inceleyen 2 meta-analizde eğitimin ağrının yönetiminde etkili yaklaşım olduğu gösterilmiştir [34,35].

İlk meta-analizde, çalışmalardan elde edilen sonuçlar multidisipliner sağlık ekibi tarafından ağrı mekanizmasını, ağrı değerlendirmesini ve kaydını, ağrının yönetiminde etkili farmakolojik ve non-farmakolojik yaklaşımları içeren, bireyselleştirilmiş eğitimin çoklu seanslar halinde sözlü ve yazılı materyaller ile verilmesinin maksimum, minimum, ortalama ve şu anki ağrı şiddetinin azaltmada etkili yaklaşım olduğu bildirilmiştir [34] (Kanıt Düzeyi I). Ayrıca, yaklaşık 30-60 dakika süren ilk eğitim seansından sonra, hastaların dört hafta boyunca, haftanın iki günü telefon (5-15 dakikalık görüşmeler şeklinde) ya da yüz yüze görüşmeler yapılarak takip edilmesi (son 24-48 saatlik ağrı değerlendirme sonuçları, ilaç kullanımı, yaptığı non-farmakolojik uygulamalar sorgulanabilir), görüşme sırasında var ise eğitim boşluklarının değerlendirilmesi ve tekrar eğitim verilerek tamamlanması ağrıyı azaltmada etkili ve uygulanan eğitimin etkinliğini de güçlendirmede etkili olduğu bildirilmiştir [34,35] (Kanıt Düzeyi I).



Şekil 1-3. Ağrının Yönetiminde Hasta Eğitimi

Ağrının Yönetiminde Eğitim 2017 Konsensus Kararları

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda %97 katılımcının onayı ile:

1. Palyatif bakım hastalarına, ağrıya özgü kapsamlı ağrı eğitiminin, hastanın gereksinimleri doğrultusunda yazılı materyaller kullanılarak çoklu seanslar şeklinde verilmesine,
1. Hasta ve ailesinin eğitiminin planlanmasında Şekil 1-3'te yer alan algoritmanın kullanılmasına,
2. Eğitim sonrası eğitimdeki boşluklar değerlendirilip, eksiklerin giderilmesine yönelik tekrar edilmesine karar verilmiştir.

Pozisyon

Pozisyon palyatif bakım hastalarında ağrı yönetiminde özellikle hastalar tarafından sık kullanılan bir yaklaşımdır.

Ağrının Yönetiminde Pozisyonun Kullanımı

Konsensüs sırasında, sağlık çalışanlarının kanser ağrısını yönetiminde pozisyonu kullanma durumu sorgulandığında: Katılımcıların %89'u ağrısı olan hastaya ağrı ile baş etmede pozisyon verdiğini, %11'i vermediğini belirtmiştir. Ağrıyla baş etmede pozisyonu öneren katılımcıların %37'si bu yaklaşımın etkili, %61'i bazı hastalarda etkili bazı hastalarda etkili olmadığını, %2'si ise etkinliğini değerlendirmediğini bildirmiştir.

Literatürde ağrının yönetiminde pozisyonun etkisini değerlendiren bir tanımlayıcı çalışmaya ulaşılmıştır. Bu çalışmada, ağrı puanı ≥4 olan ileri evre kanser hastalarının, ağrıyı azalmak için kendilerinin tercih ettiği pozisyonu alması hastaların ağrısının azalmasına ve kendilerini daha rahat hissetmesine katkı sağlayan etkili bir yaklaşım olduğu bildirilmiştir [40] (Kanıt Düzeyi VI).

Ağrının Yönetiminde Pozisyon 2017 Konsensus Kararı

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda:

1. Katılımcıların %90'ını gözlemlerine dayanarak ağrının yönetiminde pozisyonun kullanımının etkili bir yaklaşım olduğu, bu nedenle palyatif bakım hastalarında bu konu ile ilgili çalışma sonuçları olmasa da, ağrının yönetiminde hastanın tercih ettiği pozisyonu alması hastaya önerilebilecek bir yaklaşım olduğuna karar verilmiştir.

Masaj Uygulamaları

Ağrının yönetiminde aromaterapi, refleksoloji, baş, sırt ve tüm vücut masajı olarak uygulanan masaj, kan ve lenf dolaşımının hızlandırarak ve kaslarda gevşemeyi ve arteriollerde dilatasyonu sağlayarak vücutta endorfin salınımını arttırarak ağrının azalmasını ve hastanın gevşemesini ve rahatlamasını sağlamaktadır [41]. Ağrının yönetiminde masajın etkinliğini inceleyen farklı çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalarda, hangi masaj türünün hangi ağrı tipinde, hangi hasta grubunda, hangi bölgeye, ne sıklıkla uygulandığında daha etkili olacağına ilişkin net kararara varılamamış olsa da özellikle refleksoloji masajının tüm vücut masajına göre ağrının kontrolünde daha etkili bir yaklaşım olduğu bildirilmiştir [3].

Literatür taramasında kanser hastalarında masajın ağrıya etkisini inceleyen bir deneysel çalışmaya [42], 16 randomize kontrollü çalışmaya [43-50] ve iki meta-analiz çalışmasına [7,46] ulaşılmıştır.

Ağrının Yönetiminde Masajın Kullanımı

Konsensüs sırasında, kanser ağrısını yönetiminde sağlık çalışanlarının masaj uygulamasını kullanma durumu sorgulandığında: Katılımcıların %97'si ağrının yönetiminde hastalarına masaj uygulamasının kullanımını önerdiğini, %3'ü önermediğini belirtmiştir. Masajı öneren katılımcıların %23'ü masaj uygulamasının ağrıyı azaltmada etkili, %75'i bazı hastalarda etkili bazı hastalarda etkili olmadığını, %2'si ise etkinliğini değerlendirmediğini belirtmiştir.

Konuyla ilgili katılımcıların görüşleri alındığında ise:

- Bazı katılımcılar masaj uygulamasının etkinliğinin hastadan hastaya farklılık gösterdiğini,
- Ağırının kontrolünde masajın tek başına değil farmakolojik yaklaşımlara ek olarak kullanılması gerektiğini,
- Aile üyeleri tarafından yapılan masajın hastayı daha iyi hissetmesini sağlayabileceğini,
- Muhafazakâr toplumlarda cinsiyet faktörünün masaj uygulamasına engel olabileceğini,
- Aroma masaj ve refleksolojinin hastalar tarafından memnuniyetle karşılandığını, ancak kemik metastazı olan bazı hastalarda masaj kırıklara veya başka sorunlara neden olabileceğinden kontrendike olabileceğini ve hekime danışarak bu konuda uzmanlaşmış kişiler tarafından uygulanmasının uygun olacağını bildirmişlerdir.

Kemik metastazı olan kanser hastalarının katılımı ile gerçekleştiren iki çalışmada, günde bir [42](Kanıt Düzeyi III) ya da günde üç seans (en az 8 seans, en çok 36 seans) [43] (Kanıt Düzeyi II), 40-50 dakika yapılan tüm vücut masaj uygulamasının hastaların 16-18 saate kadar (uygulamadan sonra) gevşemesini sağlayarak kanser ağrısının azaltılmasında oldukça etkili bir yaklaşım olduğu [42,43] ve herhangi bir yan etkiye neden olmadığından bu hasta grubunda masajın kullanımının güvenli olduğu bildirilmiştir [42]. Benzer etki, orta-şiddetli ağrısı olan ileri evre kanser hastalarının katılımı ile (n=17) gerçekleştirilen farklı bir çalışmada masaj uygulaması haftada iki kez, en az 30 dakika, toplam altı seans uygulandığında da elde edilmiştir. Bu çalışmada basit dokunma terapisi ile kıyaslandığında, masajın ağrı şiddetini azaltmada daha etkili yaklaşım olduğu ancak elde edilen pozitif etkinin de uzun süreli olmadığı saptanmıştır [44] (Kanıt Düzeyi II).

Terminal dönem kanser hastalarının katılımı ile gerçekleştirilen iki randomize kontrollü çalışmada aromaterapi masaj uygulamasının ağrıya etkisi incelenmiştir [45,47]. İlk çalışmada, dört hafta süresince haftada bir kez lavanta yağı ile aromaterapi masajının ağrıya etkisi incelenmiştir. Bu çalışmaya alınan hastalara üç gruba ayrılmıştır. İki gruba dört hafta boyunca haftada bir kez masaj uygulaması, birinci gruba lavanta yağı ile aromaterapi masajı şeklinde, ikinci gruba ise yağ ile yapılmıştır. Üçüncü gruba ise herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular, lavanta yağı ile yapılan aromaterapi masajının ağrının yönetiminde yağ ile yapılan masaja kıyasla üstün olmadığı ve her iki masaj uygulamasının kontrol grubuna kıyasla ağrı kontrolünde daha etkili olduğu ve elde edilen etkinin de uzun süreli olmadığı sonucuna ulaşılmıştır [46] (Kanıt Düzeyi II). İkinci çalışmada ise, 7 gün boyunca, günde 5 dakika, her iki ele, genel yağ ile yapılan el masajına kıyasla lavanta ve bergamot yağı ile yapılan aromaterapi el masajının ağrı puanını azaltmada daha etkili bir yaklaşım olduğu saptanmıştır [47] (Kanıt düzeyi II). Ağrının azaltılmasında aromaterapi masajının etkisini inceleyen bir meta-analiz çalışmasından elde sonuçlar ise, esansiyel yağla uygulanan tüm vücut masajının (10 dakika-10 hafta) kanser ağrısının azaltılmasında önemli bir etkiye sahip olmadığını göstermiştir [46] (Kanıt düzeyi I).

Aromaterapi masajın ağrıya etkisi, refleksoloji uygulaması ile de karşılaştırılmıştır. Her iki gruba dört seans masaj ya da refleksoloji uygulaması yapılmıştır. Her iki uygulama, hastalarda fiziksel

rahatlama sağlamış olmasına karşın, aromaterapi masaj uygulaması yapılan hasta grubuna kıyasla refleksoloji grubunda fiziksel rahatlamanın daha fazla olduğu görülmüştür [48] (Kanıt düzeyi II).

Metastatik kanser hastalarında ayak refleksolojisinin ağrı üzerine etkisini inceleyen bir çalışmada deney grubundaki hastalara 24 saatte iki seans 30 dakika süresince baş parmak ve işaret parmağı ile ayaktaki tüm organ, bezler ve beden bölgelerine basınç uygulanması yapılmıştır. Kontrol grubuna ise herhangi uygulama yapılmamıştır. Bu çalışmada, kontrol grubuna kıyasla ağrı puanının masaj grubunda 2.4 puan azaldığı, ancak masajın ağrının şiddetini önemli ölçüde azaltmadığı saptanmıştır [49] (Kanıt düzeyi II).

Masajın uygulamasının kanser ağrısına etkisi, ileri evre palyatif bakım hastalarının katılımı ile de değerlendirilmiştir. Deney grubuna katılan hastalara hospis bakımı ve 5 gün boyunca en az 30 dakikalık masaj uygulaması yapılmıştır. Kontrol grubuna ise genel hospis bakımı verilmiştir. Çalışma sonucunda, masajın ağrıyı azaltmada etkili yaklaşım olduğu belirlenmiştir [41] (Kanıt Düzeyi II).

Sonuç olarak, çalışmalardan elde edilen bulgular, masaj uygulamasının ortalama 3 hafta (1 gün ve 26 hafta), 30 dakikalık (10-50 dk), 4-5 seans (1-12 seans) olarak uygulandığında [3] (Kanıt Düzeyi I) ya da orjinal Ingram yöntemindeki refleksoloji noktaları dikkate alınarak, refleksoloji uygulamasının baş ve işaret parmağıyla ayakların refleks noktalarına, ayağın yan kısımlarına, üst kısmına ve tabanına 5 dakika stimülasyon şeklinde uygulandığında [50] (Kanıt Düzeyi II) ağrının şiddetini azaltmasında etkili yaklaşımlar olduğunu bildirilmiştir. Ayrıca, bir meta-analiz sonucunda tüm vücut ve aromaterapi masaj (bitkisel yağlarla yapılan masaj) uygulaması ile kıyaslandığında, ayak refleksoloji masajının ağrıyı azaltmada daha etkili olduğu da gösterilmiştir [3] (Kanıt Düzeyi I).

Ağrının Yönetiminde Masaj 2017 Konsensus Kararları

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda:

1. Katılımcıların %96'sı, uygulanabilirliğini hastayı tedavi eden hekim ile görüşerek, ağrının yönetiminde masaj uygulamasının uzman kişiler tarafından uygulanması şartı ile, hastaya önerilebilecek bir yaklaşım olduğuna karar vermiştir.

Zihin-beden uygulamaları

Zihin-beden uygulamaları, hastanın psikolojik olarak rahatlamasını sağlayarak, duyusal faktörler ile ilişkili ağrının azaltmasında etkili yaklaşımlardır. Gevşeme teknikleri, rehberli imgeleme, hipnoz, biofeedback ağrının yönetiminde en popüler olan Zihin-beden uygulamalarıdır. Bu uygulamalarda primer amaç, hastada mental ve fiziksel stresi azaltmaktır. Günümüzde ağrının kontrolünde hastalar tarafından en sık ve yaygın olarak kullanılan yaklaşımlarım meditasyon, hayal kurma ve yoga olduğu belirlenmiştir. Kanser hastalarının %10'u bu yöntemleri kullanmaktadır [51]. Ağrının yönetiminde progresif kas gevşeme egzersizlerinin, hayal kurmanın, dikkati dağıtma girişimlerinin etkinliği ise genellikle klinik çalışmalarda incelenmiş ve bu yaklaşımların ağrıyı azalttığı, ancak etkisinin uzun sürmediği belirtilmiştir [32]. Yapılan çalışmalarda yoga, bioofedback, tens (transkütan elektriksel sinir stimülasyonu) uygulamalarının ağrıyı azaltmada etkili olduğu, ancak bu çalışmaların küçük örneklem grubuyla çalışıldığı ve metodolojik olarak iyi dizayn edilmediği, bu girişimler özel eğitim gerektirdiğinden uygulama açısından zorluk oluşturabileceği belirtilmiştir [29,31,33] (Kanıt Düzeyi II).

Ağrının Yönetiminde Zihin-beden Yaklaşımlarının Kullanımı

Konsensüs sırasında, sağlık çalışanlarının kanser ağrısının yönetiminde Zihin-beden yaklaşımlarını kullanma durumu sorgulandığında: Katılımcıların %87'si evet, %13'ü hayır yanıtını vermiştir. Zihin-beden uygulamalarını öneren katılımcıların %34'ü etkili olduğunu, %55'i bazılarında etkili bazılarında etkili olmadığını, %4'ü etkinliğini değerlendirmediğini bildirmiştir.

Konu tartışmaya açıldığında, katılımcılardan birisi literatürde ağrının yönetimininde beden-zihin uygulamalarının kullanımının yararlı olduğu bildirilse de, klinik pratikte kullanımının mümkün olmadığını ifade etti.

Pakistandan bir katılımcı, kanıtlar yetersiz olsa da, kliniklerinde ağrının yönetiminde masaj, müzik, yoga, hipnozu uyguladıklarını, özellikle müzik ve oyunun pediatrik hastalarda ağrının yönetiminde oldukça etkili yaklaşım olduğunu ifade etmiştir.

Literatür taramasında, kanser hastalarında Zihin-beden uygulamalarının etkisini değerlendiren bir deneysel [52] üç randomize kontrollü çalışmaya [53-55] ulaşılmıştır.

Kronik kanser ağrısında zihin-beden girişimlerin etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen ilk çalışmada, hastalar dört gruba ayrılmıştır. Birinci gruba relaksasyon uygulaması progresif kas gevşetme talimatlarını içeren bant kaydı ile yaptırılmıştır. İkinci gruba meşgul etme uygulaması hikaye, yabancı dil, coğrafya ya da kelimeler kullanılarak uygulanmıştır. Üçüncü gruba ise pozitif mood uygulaması pozitif ruh halini içeren açıklamalar ve olumlu imaj önerilerinin bulunduğu band kaydıyla yaptırılmıştır. Kontrol grubu olan dördüncü gruba ise herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular relaksasyon ve meşgul etme yönteminin ağrıyı azaltmada etkili yaklaşım olduğu, ancak bu etkisinin uzun sürmediği saptanmıştır [53] (Kanıt düzeyi II).

İleri evre kanser hastaların katılımı ile gerçekleştirilen ikinci çalışmada ise, hastalara uygulamalar ile ilgili yazılı kitapçık ve sesleri içeren mp3 player ve kulaklık verilerek, ağrının yönetiminde 2 hafta boyunca hastalar tarafından uygulanan gevşeme (kas, çene egzersizi, ritmik nefes alma), hayal kurma (dağ, kumsal, çayırda olduğunu hayal etme), ağrıya odaklı hayal kurma (ağrı bölgesine odaklanıp vücudundan uzaklaştırma) ve doğal sesleri (Orman sesleri, sörf ve dalgalar, fırtınanın sesleri) dinleme gibi dikkat dağıtıcı egzersizlerin etkinliği değerlendirilmiştir. Çalışmada hastalar tarafından uygulanan yaklaşımların etkinliği tek grupta, uygulamadan sonraki ilk 48. saatte, 1. haftada ve 2. haftada telefonla değerlendirilmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgular bu yaklaşımların kullanımının ağrıyı azaltmada etkili yaklaşım olmadığını göstermiştir [52] (Kanıt düzeyi III). Benzer yöntemi kullanılarak, bu yaklaşımların etkinliği farklı bir randomize kontrollü çalışmada incelendiğinde ise, semptom yönetimi stratejileri ile ilgili eğitim almış olan kontrol grubu ile kıyaslandığında, dikkat dağıtıcı yaklaşımların kullanımının ağrı şiddetini azaltmada etkili yaklaşımlar olduğu saptanmıştır [54] (Kanıt düzeyi II). Başka bir çalışmada ise ilaç uygulamasına ek olarak bireyin kendisini meşgul etmesinin ağrıyı azaltmada pozitif etkiye sahip olduğu vurgulanmıştır [55] (Kanıt düzeyi II).

Literatürde, kanser ağrısının yönetiminde hipnozun etkisini inceleyen çalışmaların bir kısmı hipnozun ağrının yönetimde etkili [57,58] (Kanıt Düzeyi III), diğerleri ise etkisiz yaklaşım olduğunu [59,60] (Kanıt Düzeyi II) bildirmiştir. Çalışmalarda kullanılan hipnotik yaklaşımların standard olmaması, çalışmalara alınan örneklem grubunun küçük olması, uzun dönem takiplerin olmaması bu sonuçların başlıca nedeni olabilir [56,57,61].

Literatürde kanser ağrının yönetiminde müzik terapinin de kısmen yararlı olabileceği belirtilmektedir. Özellikle hastanın tercihi dikkate alınarak [20,62] (Kanıt Düzeyi II), yaklaşık 20-30 dakikalık [62-65] (Kanıt Düzeyi II) mizik dinletisinin, bir seans dahi

olsa [20,21] (Kanıt Düzeyi II), ağrıyı azaltmada etkili, herhangi bir olumsuz etkisi olmayan [62] (Kanıt Düzeyi I) yaklaşım olduğu bildirilmiştir.

Palyatif bakım ünitesinde tedavi gören kanser hastalarının katılımı ile tamamlanan bir çalışmada 20 dakikalık sohbet uygulanması ile karşılaştırıldığında, 20 dakikalık müzik terapi uygulamasının ağrı düzeyinde azalmada istatistiksel açıdan daha etkili bir yaklaşım olduğunu bildirilmiştir[19] (Kanıt düzeyi II). Yapılan çalışmalarda, ağrı şiddetini azaltılmasında bu hasta grubunda özellikle tek sesli [21] (Kanıt düzeyi II), 30 dakika 5 ile 9 seans arasında uygulanan vibroakustik stimulanlı [64] (Kanıt düzeyi II) ya da hastanın tercihi dikkate alınarak, 30 dakika boyunca yatakta dinlenen sedatif müziğin [20] (Kanıt düzeyi II) etkili, 4 hafta süresince haftada 1 kez dinletilen 30 dakikalık saksafon müziğinin ise etkisiz yaklaşım olduğu bildirilmiştir [65] (Kanıt düzeyi II).

Mindful-based stress reduction programı ağrı puanını düşürmede bir fark yaratmamış olsa da, bu çalışmada terminal dönem hastalarda 30 dakikalık monokord ve vokal doğaçlamanın olduğu düşük sesli dinletinin kullanımının ağrı düzeyini azaltmada etkili yaklaşım olabileceği bildirilmiştir [63] (Kanıt düzeyi II).

Ağrıda Zihin-beden Yaklaşımları 2017 Konsensus Kararları

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda:

1. Katılımcıların %96'sı ağrının yönetiminde Zihin-beden kullanımının önerelebileceğine, %4'ü ise kullanımının uygun olmadığını bildirmiştir.
2. %93'ü de ağrının yönetiminde kullanılacak müzik türünün hastanın tarafından seçilmesinin, %7'si ise herhangi bir müzik türünün kullanılabileceğini ifade ederek muzik terapinin ağrının yönetiminde kullanımı uygun bir yaklaşım olduğuna karar verilmişlerdir.

Reiki

Farklı çalışmalarda ağrının yönetiminde, enerji terapi yaklaşımlarından biri olan reikinin de etkinliği değerlendirilmiştir. Bu konuda eğitim almış terapist tarafından hafif dokunma veya dokunma olmadan uygulanan reiki terapisi ciddi yan etkisi olmayan, maliyet etkili, güvenilir, non-invaziv bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımın uygulanması, özel bir gereç ve malzeme gerektirmediğinden, her zaman ve her yerde rahatlıkla uygulanabilir. Belli pozisyonlarda tutularak, eller aracılığı ile kişiye ihtiyacına göre enerji aktarımı yapılmaktadır. Reiki enerjisi bireyin gücünü arttırmakta, uyum ve dengesini sağlamaktadır. Palyatif bakım alan kanser hastalarında reiki terapinin ağrıya etkisini inceleyen randomize kontrollü çalışmaların sayısı sınırlı olmakla birlikte, elde edilen sonuçlar bu yaklaşımın ağrının şiddetini azaltmada etkisi olduğunu göstermektedir. Ancak çoğu çalışma, az sayıda hastanın katılımı ile genellikle tek grupla gerçekleştirilmiştir [66-68] (Kanıt Düzeyi II).

Palyatif bakım hastası olan çocuk hastaların (n=16) katılımı ile gerçekleştirilen bir pilot çalışmada çocuklara rahat kıyafetler giydirilerek, hastaların evlerinde, 2 kez, 24 dakikalık seans şeklinde uygulanan reiki seanslarının (12 el pozisyonda 2'şer dakika tutulmuş) ağrı şiddetini azaltmada oldukça etkili olduğu belirlenmiştir [67] (Kanıt düzeyi III).

Palyatif bakım alan 25 hastanın katılımı ile gerçekleştirilen farklı bir çalışmada da benzer sonuç 1.5 saatlik reiki uygulamasının etkinliği opioid tedavisine (2-5 doz arasında analjezi uygulaması yapılmış) ek olarak uygulandığında da elde edilmiştir. Bu çalışmada hastaların ağrı puanları, 7 gün süresince kaydedilip, takip edilmiştir ve reiki uygulayan grupta ağrı şiddetinin 1. ve 4. günlerde önemli derecede azaldığı saptanmıştır [69] (Kanıt düzeyi II).

Farklı bir çalışmada 10-30 dakikalık reiki terapi programının (hastaların başına, gövdesine, kollarına, bacaklarına ve ayaklarına 3-5 temel el pozisyonu uygulaması haftalık en az 3 saat gerçekleştirilmiş)

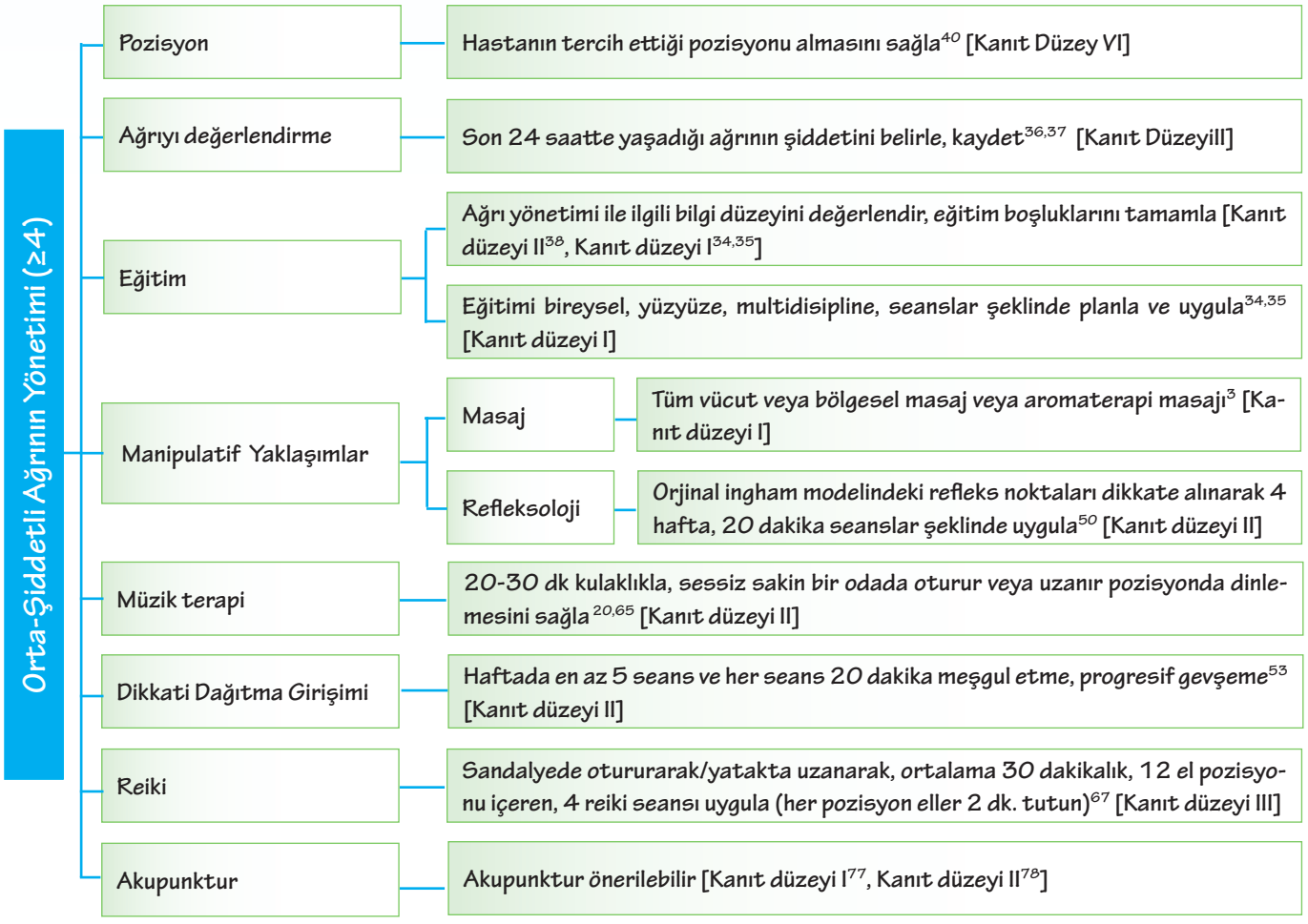
etkisi de değerlendirilmiştir. Bu çalışmada her seans öncesi ve sonrasında NRS ile değerlendirilen ağrı skorunun, 2.5 puandan 1.2 puana düştüğü belirlenmiştir [70] (Kanıt düzeyi III).

Ayaktan tedavi ünitelerinde, 30 dakikalık reiki seansı sandalyede hastalara oturur ya da yatakta uzanır pozisyonda, terapistler tarafından hastanın ağrı veya rahatsızlık veren bölgelerine baştan ayağa vücudunun üstünde veya hafifçe vücuduna dokunarak, hastanın enerji merkezlerine odaklanarak uygulandığında ise, reiki uygulamasının hastaların ağrı puanlarında %50 oranında azalma sağladığı saptanmıştır [66] (Kanıt düzeyi III).

Uzmanlar reiki uygulamasının opioid tedavisine ya da hemşirelik bakımına ek olarak uygulanmasının ağrıyı azaltmada önemli bir yaklaşım olduğunu bildirmiştir [68] (Kanıt düzeyi I).

Akupunktur

Akupunktur, vücudun belli noktalarına ince uçlu özel akupunktur iğnelerinin batırılması ile uygulanan, kanser hastalarında ağrı, bulantı-kusma, halsizlik gibi farklı şikayetlerin yönetiminde kullanılan yaklaşımlardan biridir [70]. Literatürde, ağrının yönetimindeki etkinliğini bildiren pek çok çalış-



Şekil 1-4. Ağrının Yönetiminde Non-Farmakolojik Yaklaşımlar

ma vardır. Bu çalışmalardan elde edilen bulgular, akupunktur uygulamasının özellikle kronik ağrının kontrolünde etkili [71,72] (Kanıt Düzeyi II) bir yaklaşım olduğu bildirilmiştir. İlaç uygulaması ile karşılaştırıldığında benzer etkiye sahip olsa da, ilaç tedavisine akupunktur uygulamasının eklenmesi ağrıyı azaltmada daha etkili yaklaşım olduğu ifade edilmiştir [27,39] (Kanıt Düzeyi I). Kanser hastalarının katılımı ile gerçekleşen bir çalışmada 15 gün boyunca uygulanan 35 dakikalık akupunktur seanslarının ağrı düzeyini %60 oranında azalttığı saptanmıştır [73] (Kanıt düzeyi II).

Karaciğer kanseri tanısı olan hastalarının katılımı ile gerçekleştirilen dört çalışmadan üçünde [74-76], ashi noktasına uygulanan 12 saatlik akupunkturun [76] (Kanıt düzeyi II), 14 günlük elektroakupunktur [75] (Kanıt düzeyi II) ağrı şiddetini azaltmada etkili ve Dünya Sağlık Örgütü'nün basamak tedavisi ile kıyaslandığında 10 gün, 9-12 saat boyunca el ve ayak bileklerine yapılan akupunktur uygulamasının daha uzun analjezik etkiye sahip olduğu ve hastada herhangi bir yan etkiye neden olmadığı saptanmış [74], bir çalışmada ise dört hafta boyunca uygulanan 30 dakikalık akupunkturun etkisiz olduğu ifade edilmiştir [79].

Farklı kanser tanısı olan hastalarının katılımı ile gerçekleştirilin bir çalışmada da, 20 gün süresince yapılan 30-60 dakikalık akupunktur uygulamasının rutin ilaç tedavisine kıyasla ağrı şiddetini azaltmada daha etkili olduğu görülmüştür [80] (Kanıt düzeyi II).

Elektroakupunkturun pankreas kanser ağrısı üzerinde etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir randomize kontrollü çalışmada, üç gün süresince günde 30 dakika uygulanan bilateral akupunktur ağrı şiddetini önemli oranda azalttığı bildirilmiştir [78] (Kanıt düzeyi II).

Mide ve karaciğer kanseri tanısı ile palyatif bakım alan hastalarının katılımı ile gerçekleştirilen bir meta-analizde, standart tedavi (morfin) yaklaşımları karşılaştırıldığında akupunkturun analjezik etkisinin daha hızlı başladığı saptanmıştır [71] (Kanıt düzeyi I).

Literatür taramasında, palyatif bakım alan kanser hastalarında akupunktur uygulamasının ağrıyı azaltma etkisini inceleyen üç sistematik inceleme çalışmasına ulaşılmıştır. Bu çalışma sonuçları akupunktur uygulamasının kanser ile ilişkili ağrıyı azaltmada tartışmalı yaklaşım olduğunu [81] (Kanıt düzeyi I), bazı çalışmalarda ağrının yönetimindeki pozitif etkisi vurgulansa da, bu sonuçlarda bias riskinin fazla olduğu bildirilmiştir [77] (Kanıt düzeyi I).

KAYNAKLAR

1. Kabalak A, Öztürk H,Çağı H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım End of Life Care Organization; Palliative Care. Yoğun Bakım Dergisi 2013;11(2):56-70.
2. Mercadante S, Lazzari M, Reale C, Cuomo A, Fusco F, Marchetti P, Italian Oncological Pain Survey (IOPS): a multicentre Italian study of breakthrough pain performed in different settings. Clin J Pain. 2015 Mar;31(3):214-21.
3. Lee SH Kim JY, Yeo S, Kim SH, Lim S. Meta-Analysis of Massage Therapy on Cancer Pain. Integr Cancer Ther. 2015 Jul;14(4):297-304.
4. Arslan D, Tatlı AM, Üyetürk Ü. Cancer-Related Pain and Treatment. Abant Med J 2013;2(3):256-260.
5. Paice JA, Ferrell B. The management of cancer pain. CA Cancer J Clin. 2011 May-Jun;61(3):157-82.
6. Sarıgül A, Tanyeli Ö, Derin Ven Trombozunda Güncel Güncel Tedavi Yaklaşımları. Turkish J Thorac Cardiovasc Surg 2007;15(4):316-321.

7. Yıldırım Y, Uyar M. Etkili Kanser Ağrı Yönetiminde Bariyerler. Ağrı 2006;18:3.

8. Kreidieh FY, Moukadem HA, El Saghir NS. Overview, prevention and management of chemotherapy extravasation. World J Clin Oncol. 2016 Feb 10;7(1):87-97.

9. Majithia N, Loprinzi CL, Smith TJ. New Practical Approaches to Chemotherapy-Induced Neuropathic Pain: Prevention, Assessment, and Treatment. Oncology (Williston Park). 2016;30(11).

10. Çıtlak K, Kapucu S. Kemoterapi Alan Hastalarda Görülen Oral Mukozitin Önlemesi ve Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar: Kanıta Dayalı Uygulamalar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2015;70–77.

11. Kathleen M, Foley KM. Supportive Care and Quality of Life: Section 1: Management of cancer pain. In de vita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, eds. 7th ed. Lippincot Williams Wilkins; 2005;55.

12. Jacobsen R, Møldrup C, Christrup L, Sjøgren P. Patient-related barriers to cancer pain management: a systematic exploratory review. Scand J Caring Sci. 2009 Mar;23(1):190-208.

13. Mercadante S, Prestia G, Casuccio A. Nurse-based monitoring and management of breakthrough pain in an acute pain relief and palliative care unit. Hosp Pract (1995) 2016;44(4):203-206.

14. Van den Beuken-van Everdingen MH, Hochstenbach LM, Joosten EA, Tjan-Heijnen VC, Janssen DJ. Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. J Pain Symptom Manage. 2016 Jun;51(6):1070-1090.

15. Mello BS, Massutti TM, Longaray VK, Trevisan DF, Lucena Ade F. Applicability of the Nursing Outcomes Classification (NOC) to the evaluation of cancer patients with acute or chronic pain in palliative care. Appl Nurs Res. 2016 Feb;29:12-8.

16. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Hals EK, et. al. Assessment of pain. Br J Anaesth. 2008 Jul;101(1):17-24.

17. Burton AW, Chai T, Smith LS. Cancer pain assessment. Curr Opin Support Palliat Care. 2014 Jun;8(2):112-6.

18. Jahn P, Kuss O, Schmidt H, Bauer A, Kitzmantel M, Jordan K, Krasemann S, Landenberger M. Improvement of pain-related self-management for cancer patients through a modular transitional nursing intervention: A cluster-randomized multicenter trial. Pain. 2014 Apr;155(4):746-54.

19. Krishnaswamy P, Nair S. Effect of Music Therapy on Pain and Anxiety Levels of Cancer Patients: A Pilot Study. Indian J Palliat Care. 2016 Jul-Sep;22(3):307-11.

20. Huang ST, Good M, Zauszniewski JA. The effectiveness of music in relieving pain in cancer patients: a randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2010 Nov;47(11):1354-62.

21. Gutgsell KJ, Schluchter M, Margevicius S, DeGolia PA, McLaughlin B, Harris M, et al. Music therapy reduces pain in palliative care patients: a randomized controlled trial. J Pain Symptom Manage. 2013 May;45(5):822-31.

22. Chang HC, Lai YH, Lin KC, Lee TY, Lin HR. Evaluation of Pain Intensity Assessment Tolls Among Elderly Patients With Cancer in Taiwan.Cancer Nurs. 2016;21:1-7.

23. Budassi-Sheehy, Emergency Nursing, Principles and Practice 3rd Ed., 1992 http://www.

crozerkeystone.org/healthcare-professionals/nursing/pqrst-pain-assessment-method).erişim tarihi: 15.01.2017.

24. Demirkazık A, Altun B, Onkolojik Aciller. Yoğun Bakım Dergisi 2004;4(4):232-243.

25. Keskin S, Eralp Y. Onkolojik Aciller. Klinik Gelişim 2011; 24: 10-13.

26. de Wit R, van Dam F, Zandbelt L, van Buuren A, van der Heijden K, Leenhouts G, Loonstra S. A pain education program for chronic cancer pain patients: follow-up results from a randomizedcontrolled trial. Pain. 1997 Oct;73(1):55-69.

27. Tse MM, Wong AC, Ng HN, Lee HY, Chong MH, Leung WY. The effect of a pain management program on patients with cancer pain. Cancer Nurs. 2012 Nov-Dec;35(6):438-46.

28. Hochstenbach LM, Zwakhalen SM, Courtens AM, Van Kleef M, de Witte LP. Feasibility of a mobile and web-based intervention to support self-management in outpatients with cancer pain. Eur J Oncol Nurs 2016;23:97-105.

29. Yıldırım YK, Fadiloglu C, Uyar M. Effects of Pain Education Program on Pain Intensity, Pain Treatment Satisfaction, and Barriers in Turkish Cancer Patients. Pain Management Nurs 2009;4:220-28.

30. Rustøen T, Valeberg BT, Kolstad E, Wist E, Paul S, Miaskowski C. A randomized clinical trial of the efficacy of a self-care intervention to improve cancer pain management. Cancer Nurs. 2014 Jan-Feb;37(1):34-43.

31. Steel JL, Geller DA, Kim KH, Butterfield LH, Spring M, Grady J, et al. Web-Based Collaborative Care Intervention to Manage Cancer-Related Symptoms in the Palliative Care Setting Cancer. Cancer 2016; 122(8):1270-82.

32. Kravitz RL, Tancredi DJ, Grennan T, Kalauokalani D, Street RL Jr, Slee CK, et al. Cancer Health Empowerment for Living without Pain (Ca-HELP): Effects of a tailored education and coaching intervention on pain and impairment. Pain. 2011 Jul;152(7):1572-82.

33. Daly BJ, Douglas SL, Gunzler D, Lipson AR. Clinical trial of a supportive care team for patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage. 2013;46(6):775-84.

34. Bennett MI, Bagnall AM, José Closs S. How effective are patient-based educational interventions in the management of cancer pain? Systematicreview and meta-analysis. Pain. 2009 J;143(3):192-9.

35. Jho HJ, Myung SK, Chang YJ, Kim DH, Ko DH. Efficacy of pain education in cancer patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. Support Care Cancer 2013;21(7):1963-71.

36. Bandieri E, Sichetti D, Romero M, Fanizza C, Belfiglio M, Buonaccorso L, et al. Impact of early access to a palliative/supportive care intervention on pain management in patients with cancer.Ann Oncol. 2012;23(8):2016-20.

37. Kim HS, Shin SJ, Kim SC, An S, Rha SY, Ahn Jb,et al. Randomized controlled trial of standardized education and telemonitoring for pain in outpatients with advanced solid tumors. Support Care Cancer. 2013 Jun;21(6):1751–9.

38. Kroenke K, Theobald D, Wu J, Norton K, Morrison G, Carpenter J, Tu W. Effect of Telecare Management on Pain and Depression in Patients with Cancer: A Randomized Trial. JAMA. 2010 Jul 14;304(2):163-71.

39. Dalton JA. Education for pain management: A pilot study. Patient education and counseling, 1987;9:155-165.

40. Babgi AA. Pain coping behaviors of saudi patients suffering from advanced cancer: a revisited experience. Asian Pac J Cancer Prev. 2010;11 Suppl 1:103-106.

41. Gorman G, Forest J, Stapleton SJ, Hoenig NA, Marschke M, Durham J, Suarez ML, Wilkie DJ. Massage for Cancer Pain= A Study with University and Hospice Collaboration. J Hosp Palliat Nurs. 2008 Jul 1;10(4):191-197.

42. Jane SW, Wilkie DJ, Gallucci BB, Beaton RD, Huang HY. Effects of full-body massage on pain intensity, anxiety, and physiological relaxation in Taiwanese patients with metastatic bone pain= a pilot study. J Pain Symptom Manage 2009 Apr;37(4):754-63.

43. Jane SW, Chen SL, Wilkie DJ, Lin YC, Foreman SW, Beaton RD,et al. Effects of massage on pain, mood status, relaxation, and sleep in Taiwanese patients with metastatic bone pain= a randomized clinical trial. Pain 2011;152(10):2432-42.

44. Kutner JS, Smith MC, Corbin L, Hemphill L, Benton K, Mellis BK et al. Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer: a randomized trial. Ann Intern Med 2008;149(6):369-79.

45. Soden K, Vincent K, Craske S, Lucas C, Ashley S. A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. Palliat Med. 2004 Mar;18(2):87-92.

46. Chen TH, Tung TH, Chen PS, Wang SH, Chao CM, Hsiung NH, Chi CC. The Clinical Effects of Aromatherapy Massage on Reducing Pain for the Cancer Patients: Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Evid Based Complement Alternat Med. 2016;2016:9147974.

47. Chang SY. Effects of aroma hand massage on pain, state anxiety and depression in hospice patients with terminal cancer. Taehan Kanho Hakhoe Chi. 2008 Aug;38(4):493-502.

48. Dyer J, Thomas K, Sandsund C, Shaw C. Is reflexology as effective as aromatherapy massage for symptom relief in an adult outpatient oncologypopulation?. Complement Ther Clin Pract. 2013 Aug;19(3):139-46.

49. Stephenson N, Dalton JA, Carlson J. The effect of foot reflexology on pain in patients with metastatic cancer. Appl Nurs Res. 2003 Nov;16(4):284-6.

50. Hodgson NA, Lafferty D. Reflexology versus Swedish Massage to Reduce Physiologic Stress and Pain and Improve Mood in Nursing Home Residents with Cancer: A Pilot Trial. Evid Based Complement Alternat Med. 2012;2012:456897.

51. Wolsko PM, Eisenberg DM, Davis RB, Phillips RS: Use of Mind-Body Medical therapies. J Gen Intern Med 2004; 19: 43-50.

52. Anderson KO, Cohen MZ, Mendoza TR, Guo H, Harle MT, Cleeland CS. Feasibility of a patient-controlled cognitive-behavioral intervention for pain, fatigue, and sleepdisturbance in cancer. Oncol Nurs Forum. 2010 May;37(3):E151-9.

53. Anderson KO, Cohen MZ, Mendoza TR, Guo H, Harle MT, Cleeland CS. Brief cognitive-behavioral audiotape interventions for cancer-related pain: Immediate but not long-term effectiveness. Cancer. 2006 Jul 1;107(1):207-14.

54. Kwekkeboom KL, Abbott-Anderson K, Cherwin C, Roiland R, Serlin RC, Ward SE. Pilot randomized controlled trial of a patient-controlled cognitive-behavioral intervention for the pain, fatigue, and sleep disturbance symptom cluster in cancer. J Pain Symptom Manage. 2012 Dec;44(6):810-22.

55. Kwekkeboom KL.Pain management strategies used by patients with breast and gynecologic cancer with postoperative pain. Cancer Nurs. 2001 Oct;24(5):378-86.

56. Magill L, Berenson S. The conjoint use of music therapy and reflexology with hospitalized advanced stage cancer patients and their families. Palliat Support Care. 2008 Sep;6(3):289-96.

57. Richardson J, Smith JE, McCall G, Pilkington K. Hypnosis for procedure-related pain and distress in pediatric cancer patients: a systematic review of effectiveness and methodology related to hypnosis interventions. J Pain Symptom Manage. 2006 Jan;31(1):70-84.

58. Jensen MP, Gralow JR, Braden A, Gertz KJ, Fann JR, Syrjala KL. Hypnosis for symptom management in women with breast cancer: a pilot study. Int J Clin Exp Hypn. 2012;60(2):135-59.

59. Syrjala KL Cummings C, Donaldson GW.Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: a controlled clinical trial. Pain. 1992 Feb;48(2):137-46.

60. Snow A, Dorfman D, Warbet R, Cammarata M, Eisenman S, Zilberfein F, Isola L, Navada S. A randomized trial of hypnosis for relief of pain and anxiety in adult cancer patients undergoing bone marrow procedures. J Psychosoc Oncol. 2012;30(3):281-93.

61. Barber J, Gitelson J. Cancer pain: psychological management using hypnosis. CA Cancer J Clin. 1980 May-Jun;30(3):130-6.

62. Bradt J, Dileo C, Magill L, Teague A. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Aug 15;(8):CD006911.

63. Warth M, Kessler J, Kotz S, Hillecke TK, Bardenheuer HJ. Effects of vibroacoustic stimulation in music therapy for palliative care patients: a feasibility study. BMC Complement Altern Med. 2015 Dec 15;15(1):436.

64. Warth M, Kessler J, Koenig J, Wormit AF, Hillecke TK, Bardenheuer HJ. Music therapy to promote psychological and physiological relaxation in palliative care patients: protocol of a randomized controlled trial. BMC Palliat Care. 2014 Dec 17;13(1):60.

65. Burrai F, Micheluzzi V, Bugani V. Effects of live sax music on various physiological parameters, pain level, and mood level in cancer patients: a randomized controlled trial. Holist Nurs Pract. 2014 Sep-Oct;28(5):301-11.

66. Olson K, Hanson J, Michaud M. A phase II trial of Reiki for the management of pain in advanced cancer patients. J Pain Symptom Manage. 2003 Nov;26(5):990-7.

67. Thrane SE, Maurer SH, Ren D, Danford CA, Cohen SM. Reiki Therapy for Symptom Management in Children Receiving Palliative Care: A Pilot Study. Am J Hosp Palliat Care. 2016;7.

68. Lee MS, Pittler MH, Ernst E. Effects of reiki in clinical practice: a systematic review of randomised clinical trials. Int J Clin Pract. 2008 Jun;62(6):947-54.

69. Birocco N, Guillame C, Storto S, Ritorto G, Catino C, Gir N, et. al. The effects of Reiki therapy on pain and anxiety in patients attending a day oncology and infusionservices unit. Am J Hosp Palliat Care. 2012 Jun;29(4):290-4.

70. Fleisher KA, Mackenzie ER, Frankel ES, Seluzicki C, Casarett D, Mao JJ.Integrative Reiki for Cancer Patients: A Program Evaluation. Integr Cancer Ther. 2014 Jan;13(1):62-7.

71. Lau CH, Wu X, Chung VC, Liu X, Hui EP, Cramer H, et al. Acupuncture and Related Therapies for Symptom Management in Palliative Cancer Care: Systematic Review and Meta-Analysis. Medicine (Baltimore) 2016;95(9):1-13.

72. Wilson J, Stack C, Hester J. Recent advances in cancer pain management. F1000 Prime Rep 2014;6:10.

73. Cui B S. "Applied research on therapeutic effect of acupunctureand traditional Chinese medicine for cancer pain," For All Health 2013;13:5–6.

74. Hu X, C. Q. Ling, and Q. H. Zhou, "Clinical observation on wrist-ankle acupuncture for treatment of pain of middle-lateliver cancer," Chinese Acupuncture & Moxibustion 2004;3: pp. 3–5.

75. Shen J. M., W. T. Zhang, Q. Y. Wu, and D. S. Wang, "Clinical study of electroacupuncture for cancer pain of hepatoma,"Journal of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine 2013;9:189–191.

76. Sun Y. L. Yu L. R. "Observation on therapeutic effect of needle-retaining method of triple acupuncture in 80 cases of pain due to liver cancer," Chinese Acupuncture & Moxibustion 2000;4:19–20.

77. Tao WW, Jiang H, Tao XM, Jiang P, Sha LY, Sun XC. Effects of Acupuncture, Tuina, Tai Chi, Qigong, and Traditional Chinese Medicine Five-Element Music Therapy on Symptom Management and Quality of Life for Cancer Patients: A Meta-Analysis. J Pain Symptom Manage. 2016 Apr;51(4):728-47.

78. Chen H, Liu TY, Kuai L, Zhu J, Wu CJ, Liu LM. Electroacupuncture treatment for pancreatic cancer pain: a randomized controlled trial. Pancreatology. 2013 Nov-Dec;13(6):594-7.

79. Liu J, Clinic research on hepatic carcinoma pain relived byneedling with eight methods of intelligent turtle and western medicine [M.S. thesis], Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine 2011.

80. Zhang M, Xia T. S. H. Wu, Z. H. Zhang, and Y. J. Zhang, "Analgesic effect of Chinese herbs and acupuncture on cancer Mpatients," Acupuncture Research 2000;1: pp. 64–66.

81. Wu X, Chung VC, Hui EP, Ziea ET, Ng BF, Ho RS, et.al. Effectiveness of acupuncture and related therapies for palliative care of cancer: overview of systematic reviews. Sci Rep 2015;26(5):16776.

2

DİSPNE

Vildan Kocatepe, Ayfer Karadakovan, Sultan Kav, Adnan Aydıner, Gülbeyaz Can, Tikva Meron, Nahla Gafer, Nakate Mary Grace, Nidal Al Jebrini, Figen Arı İnci, Turhan Ece

Solunum sıkıntısı ya da nefes almada zorlanma olarak bilinen dispne, özellikle primer ya da metastatik akciğer tutulumu olan kanser hastaları tarafından sık bildirilen bir sorundur [1-3]. Çoğu hasta tarafından "*yaşamın sonu*" olarak düşünülmekte ve "*balığın susuz kalması*" hissi ile benzer bir his olduğu ifade edilmektedir [1].

Kanser hastalığının her evresinde gelişebilir, ancak yaşamın son döneminde daha da sık görülmektedir [6]. Farklı çalışmalarda, akciğer kanseri tanısı ile palyatif bakım alan hastalarda görülme sıklığının %57-90, özofagus kanserinde %60, meme kanserinde ise %46 olduğu bildirilmiştir [3-5]. Bir çalışmada ise, yaşamlarının son üç ayı içinde palyatif bakım hastalarının %65'inin dispne ile yaşama veda ettiği gösterilmiştir [6].

Palyatif bakım hastalarında dispnenin gelişimini tetikleyen pek çok neden olabilir. Primer veya metastatik akciğer tutulumunun yanı sıra uygulanan antineoplastik tedavi, torasik ışınlama, mediyastinal tümörün neden olduğu obstrüksiyon, plevral effüzyon ve pulmoner emboli de dispnenin gelişimine neden olabilir. Ayrıca bu hastalarda dispne, var olan kronik obstrüktif akciğer hastalığına, pulmoner emboliye, hepatomegaliye, aside, hastanın solunumunu etkileyecek düzeyde olan anemiye [<8 gr/dl], kaşeksiye, anksiyeteye ya da torasik cerrahiye de bağlı olabilir [7] (Kanıt Düzeyi II).

Neden ne olursa olsun sonuç olarak, dispne kanser hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve hastalara ölümü hatırlatan önemli şikayetlerden biridir. Dispne hastayı fizyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel yönden etkileyen çok yönlü subjektif bir durum olduğu için kapsamlı şekilde tanılanması ve yönetiminde etkili yaklaşımların erken dönemde planlanması hastaların iyi bir palyatif bakım sürecini tamamlamasında önemlidir [8].

DİSPNEYİ TANILAMA

Kanser hastalarının yaşam kalitesini olumsuz etkileyen dispne, hastanın hastaneye başvurmasına neden olan ilk semptom olabilir ya da hastalık sürecinin ilerlemesi sonucunda pulmoner emboli ve effüzyona bağlı ilerleyen günlerde karşımıza çıkabilir. Bu nedenle, özellikle primer ya da metastatik akciğer kanseri tutulumu olan hastalarda dispnenin varlığının hastayla yapılan her görüşmede sorgulanması ve yakından takip edilmesi önemlidir.

Klinikte Dispne Tanılaması

Konsensüs öncesi yapılan genel oylamada, katılımcıların dispne tanılama yaklaşımı sorgulandığında:

1. 67 katılımcının %35,8'i (n=24) dispneyi özel değerlendirme aracı kullanarak, %64.2'si (n=43) genellikle hastada nefes darlığı olup olmadığını ya da nefes darlığını arttıran aktivitelerin neler olduğu sorgulayarak tanıladığını bildirdi.
2. Tanılama sırasında araç kullananların %25'i (n=6) VAS'ı, %8.3'ü (n=2) NRS'yi, %45.8'i (n=11) VRS'yi ve %20.8'i (n=5) Modifiye Borg Skalayı kullandığı belirlendi.
3. Tartışma sırasında katılımcılardan bir kısmı, okuma bilmeyen hastalara 5 parmağını göstererek (tek parmak bir, 5 parmak beş puanını yansıtacak şekilde) nefes alıp vermedeki zorlanma derecesini parmakları seçerek ifade etmesini istediklerini ve dispnenin tanılamasında bu yaklaşımın etkili bir yaklaşım olduğunu ifade etmişlerdir. Bir kısmı ise, dispnenin değerlendirilmesinde özel tanılama araçlarının kullanılması gerektiğini ancak bazı ülkelerde yeterli sayıda doktor, onkoloji uzmanı ya da uzman hemşire olmaması nedeniyle yapılamadığını bildirmişlerdir.

Dispnenin tanılamasına "Nefes darlığınız var mı?" sorusu sorularak başlanmalıdır. Takiben tanılamanın kapsamı hastanın verdiği cevaba göre oluşturulmalıdır (Şekil 2-1).

Dispne Şikayeti Olmayan Hastada Tanılama

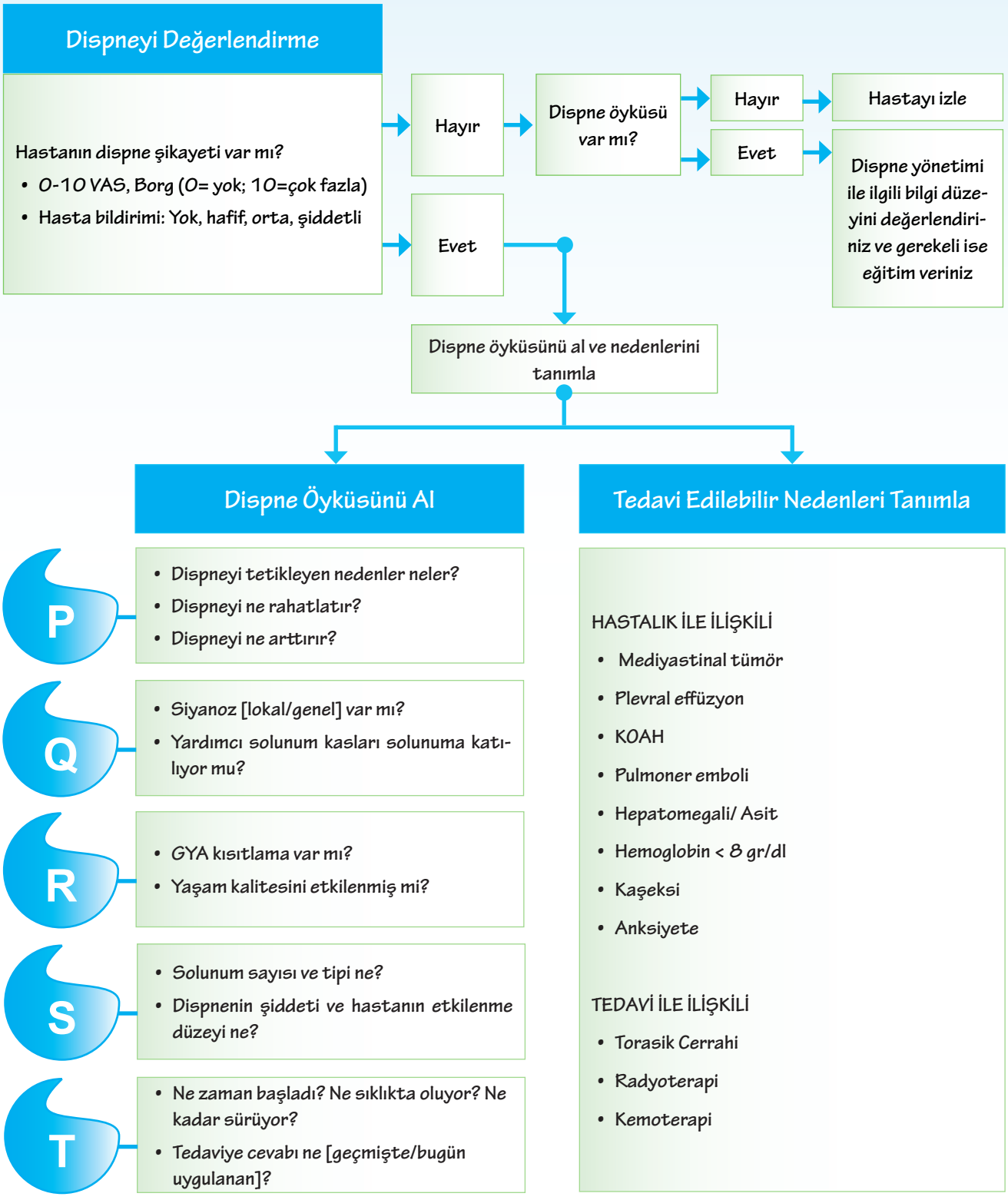
Görüşme sırasında nefes darlığı şikayeti olmayan hastalarda, hastalığı ile ilişkili dispne yaşayıp yaşamadığı sorulmalıdır. Geçmişte nefes darlığı yaşamamış olan hastalarda, hasta ile yapılan görüşmede dispnenin varlığının sorgulanmasına devam edilmelidir. Geçmişte hastalık ile ilişkili dispne yaşamış olanlarda ise, geçmişte yaşanılan dispnenin nedeni, şiddeti ve günlük yaşam aktivitelerini etkileme düzeyi araştırılmalıdır [7] (Kanıt Düzeyi VI). Ayrıca bu sorun ile baş etmede hastaların uyguladığı farmakolojik ve/veya non-farmakolojik yaklaşımlar ve bu yaklaşımların dispnenin yönetimindeki etkinliği değerlendirilmelidir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, gerekli ise hasta ve ailenin dispnenin yönetimindeki yeterliliği incelenmeli ve bilgi eksiği giderilmelidir [7, 10] (Kanıt Düzeyi VI).

Dispne Şikayeti Olan Hastada Tanılama

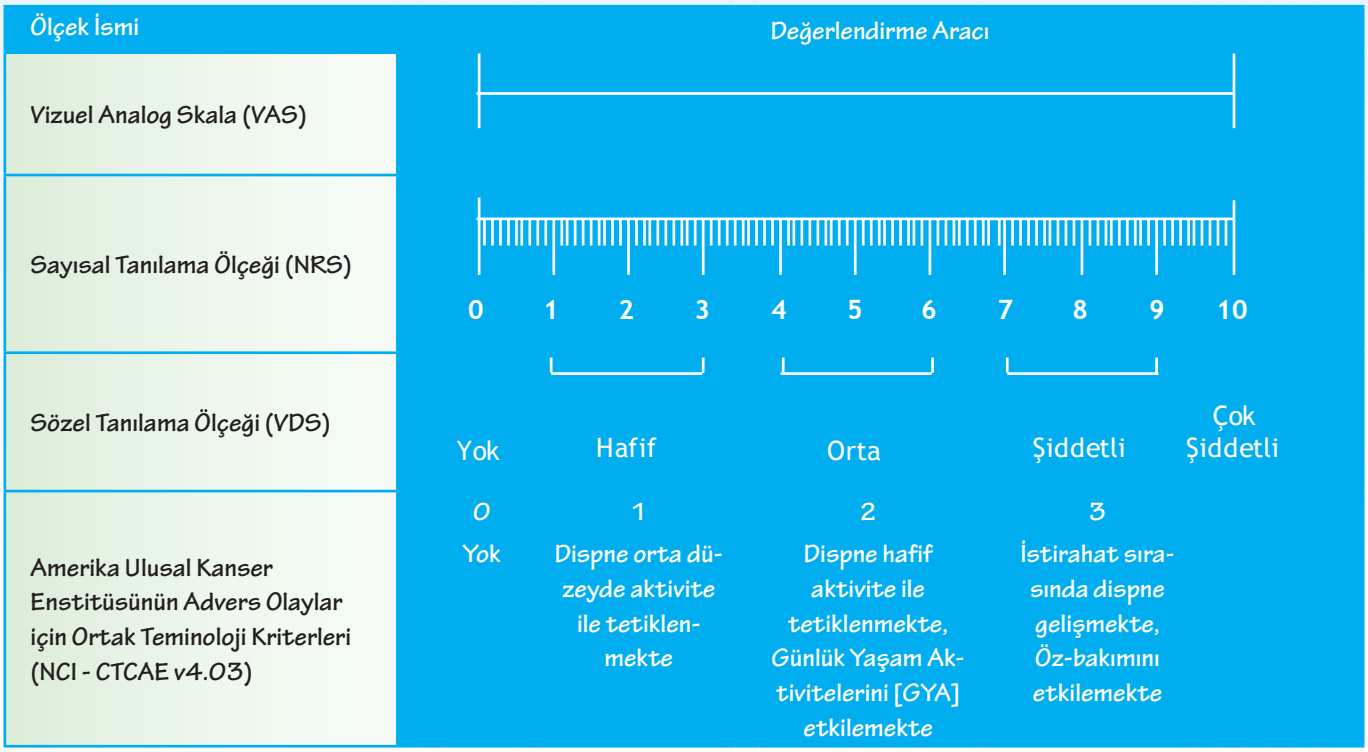
"Nefes darlığı olduğunu ifade eden" hastalarda, tanılama PQRST kuralı temel alınarak yapılmalıdır [9] (Kanıt Düzeyi III). Tanılama sırasında dispneyi tetikleyen etkenler ve dispnenin kontrol altına alınmasında destek olan yaklaşımlar araştırılmalıdır. Dispne tanılama araçları kullanılarak dispnenin başlama zamanı, sıklığı, şiddeti ve süresi sorgulanmalı, dispne ile ilişkili siyanoz varlığı, yardımcı solunum kaslarının kullanımı ve dispnenin günlük yaşam aktivitelerine etkisi incelenmelidir [9] (Kanıt Düzeyi III). Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, dispnenin yönetiminde etkili girişimler hastanın gereksinimine göre planlamalıdır [11, 12] (Kanıt Düzeyi V[11], VI[12]).

Dispne subjektif bir semptomdur. Hastanın eğitim, kültürel yapısı ve sosyoekonomik durumu hastanın dispne algısını etkileyebilir. Bu nedenle, dispnenin tanılamasında hasta ve değerlendirmeyi yapan hekim ve hemşirelerin gözlemlerini yansıtan değerlendirme araçlarının kullanımının tercih edilmesinin dispnenin objektif olarak ölçülmesini sağlayacağı düşünülmektedir. Dispneyi tanılamada kullanılan tek boyutlu ve çok boyutlu birçok değerlendirme aracı vardır. Bu değerlendirme araçlarının kullanımı, dispnenin tanılamasında ulaşılması istenilen hedefe göre farklılık göstermektedir [11].

Çok boyutlu değerlendirme araçları, dispnenin şiddetini ve dispnenin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmektedir. Bu nedenle, bu araçların kullanımı zaman alıcıdır ve klinik araştırmalarda kullanımının daha uygun olduğu bilinmektedir [11].



Şekil 2-1. Dispnenin Nedenlerini Tanılama ve Değerlendirme Algoritması



Şekil 2-2. Dispnenin Sınıflandırılmasında Tek Boyutlu Tanılama Araçları

Dispnenin sınıflandırılmasında kullanılan tek boyutlu tanılama araçları, genellikle dispnenin şiddetini tanımlamaktadır ve literatürde dispne ile ilgili yapılan pek çok çalışmada, bu tanılama araçları egzersiz öncesi, esnası ve sonrasında hastaların dispne şiddetini algılama düzeyini değerlendirmek için kullanılmıştır [Şekil 2-2]. Özellikle klinik pratikte, dispnenin tanılamasında sağlık uzmanları tarafından kullanımı tercih edilen araçlardır. Bu değerlendirme araçlarının avantajı, hastanın anlık dispne algılamasını belirlemede kolaylıkla kullanılabilen ve tekrarlanabilir araçlar olmasıdır. Dezavantajları ise, hastaların kendilerine verilen bilgilerden etkilenerek ya da kullanımını anlamadan rastgele cevap verebilme olasılığının yüksek olmasıdır[11].

Dispne şiddetinin tanımlanmasında sıklıkla kullanılan tek boyutlu tanılama araçları Vizuel Analog Skala (VAS), 0-10 Sayısal Tanılama Ölçeği (NRS), Sözel Tanılama Ölçeği (VDS), Amerika Ulusal Kanser Enstitüsünün Advers Olaylar için Ortak Terminoloji Kriterleri [National Cancer Enstitute - Common Terminology Criteria for Adverse Events (NCI-CTCAE v4.03)] ve Modifiye Borg Skala'dır [13-18].

Vizuel Analog Skala'da, yüz milimetrelik bir yatay veya dikey çizgi üzerinde kalemle işaretleme yapılmaktadır. Bu çizginin 0 mm noktasında dispne yok, 100 mm noktasında ise olabilecek en şiddetli dispne yer almaktadır. Hasta ölçek üzerinde o anki solunum sıkıntısının şiddetini bu iki dereceyi kriter alarak işaretler. Puanlama, işaretli noktanın mezura yardımıyla ölçülmesiyle yapılır [16, 17] (Şekil 2-2).

Sayısal Tanılama Ölçeğinde hastalardan yaşadığı dispnenin şiddetini, yatay bir çizgi üzerine 0'dan 10'a kadar yerleştirilmiş rakamlardan birini seçerek

tanımlaması istenmektedir. "0" puanı dispnenin olmadığını, 10 puanı ise hastanın yaşayabileceği en şiddetli dispne atağını göstermektedir. Palyatif bakım hastalarının semptom tanılamasında kullanılan çok boyutlu tanılama aracı olan Edmonton Semptom Değerlendirme Sistemi (ESAS) bu puanlamayı kullanmaktadır. Bu sınıflandırma sisteminde yer alan semptomlardan biri dispnedir [17] (Şekil 2-2).

NCI-CTCAE v4.03'te dispnenin şiddeti, dispneyi tetikleyen durum ve hastanın dispneye bağlı etkilenme düzeyi göz önünde tutularak, Grad 1-4 olarak sınıflandırılmaktadır. Orta düzeyde aktivite ile tetiklenen dispne Grad 1, hafif düzeyde aktivite ile tetiklenen ve günlük yaşam aktivitelerini etkileyen dispne Grad 2, istirahat sırasında gelişen, bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve öz bakımını etkileyen dispne Grad 3, acil müdahale gerektiren yaşamı tehdit eden dispne ise Grad 4 olarak tanımlanmaktadır [13] (Şekil 2-2).

Modifiye Borg Skala	
0	Hiç yok
0.5	Çok, çok hafif (ancak farkedilebilir)
1	Çok hafif
2	Hafif
3	Orta
4	Biraz ciddi
5	Ciddi
6	
7	Çok ciddi
8	
9	Çok, çok ciddi (neredeyse maksimum)
10	Maksimum

Şekil 2-3. Modifiye Borg Skala

Modifiye Borg Skala'da dispnenin şiddeti, 0'dan 10'a kadar uzanan bir değerlendirme aracı üzerinde, giderek arttığını gösteren nefes darlığının şiddeti tanımlayan seçenek seçilerek bildirilmektedir [15] (Şekil 2-3).

ESAS, Modifiye Borg ve Numerik Skala'da dispne düzeyleri 1-10 puan arası derecelendirilmekte, 1-3 puan hafif, 4-6 puan orta derecede şiddetli, 7-10 puan ise şiddetli dispneyi göstermektedir [14, 15]. Tek boyutlu değerlendirme araçları hastaların dispne şiddetini tanımlamakta, hasta tarafından değerlendirilebilmekte ve tekrarlanabilmektedir. Bununla birlikte klinikte kullanımı kolay, hızlı ve pratiktir [18].

Booth ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı çalışmada NRS ve VAS'ın kullanılabilirliği ve duyarlılığı kıyaslanmıştır. Puan kıyaslamasına bakıldığında VAS ile yapılan değerlendirmelerde dispnenin şiddetinin NRS ile yapılanlara göre daha düşük olduğu, ve mutlak farkın VAS için -12 NRS için -1 olduğu saptanmıştır. VAS' a cevap verenlerin oranı %55 iken NRS' ye cevap verenlerin oranı %61 olarak daha yüksek saptanmıştır. Çalışma sonucunda VAS'a kıyasla NRS'nin daha duyarlı bir araç olduğu bildirilmiştir [26] (Kanıt Düzeyi II).

Dispneyi Tanılama 2017 Konsensus Kararı

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda, kliniğin tercihine dayanarak katılımcıların %61'i Modifiye Borg Skalanın, %26'sı VAS'ın ve %14'ü NRS'nin dispnenin tanılamasında kullanılabileceğine karar vermiştir.

DİSPNENİN YÖNETİMİ

Palyatif bakım hastalarında dispnenin yönetiminde ilk adım, altta yatan tedavi edilebilir neden/-lerin tanımlanarak gerekli farmakolojik tedavinin başlanmasıdır. Ancak, bazen özellikle terminal dönem hastalarda dispnenin nedeninin saptanması zor olabilir ve bu sorun kontrol altına alınamayabilir [27]. Bu hastalarda, farmakolojik yaklaşımların yanı sıra non-farmakolojik yaklaşımların kullanımı da gerekli olabilir [28, 29].

Kanser hastalarında dispnenin yönetiminde kullanılacak yaklaşımların seçimine, dispne şiddetine ve oksijen saturasyonuna göre karar verilmektedir.

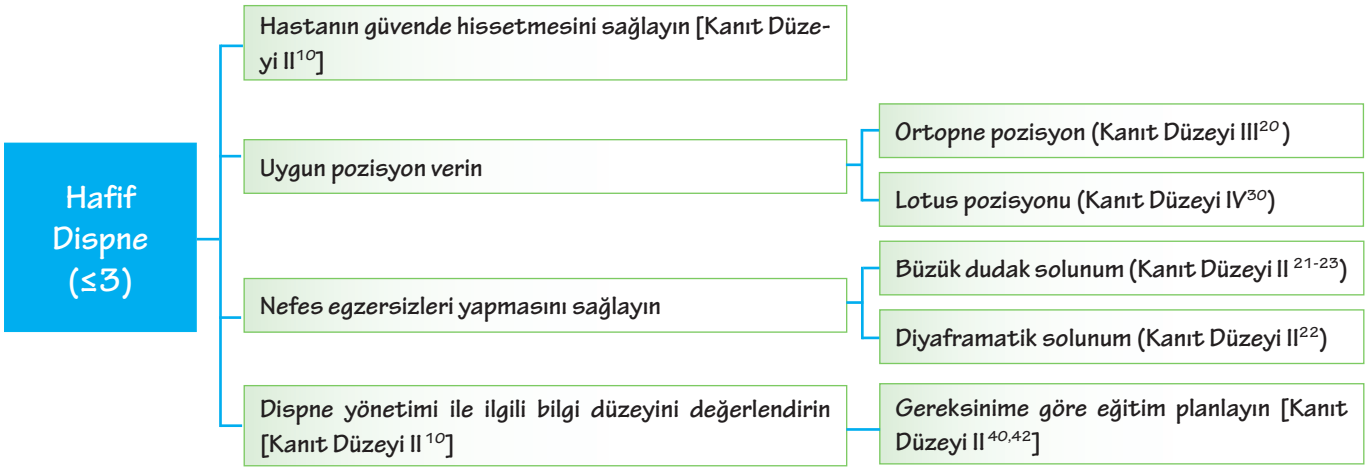
Dispne puanı ≤3 [hafif dispne] olan ve oksijen saturasyonu iyi olan hastalarda öncelikle hastanın kendini güvende hissetmesi sağlanmalıdır [10] (Kanıt Düzeyi II). Takiben hastaya rahat nefes almasını sağlayan pozisyon verilmeli [19, 20] (Kanıt Düzeyi III) ve gerekli ise hastaya etkili solunumu sürdürmede destek olan derin nefes egzersizleri yaptırılmalıdır [21-23] (Kanıt Düzeyi II). Hastanın rahatlaması ile hastanın bilgi düzeyi değerlendirilmeli, eksik bilgilerin tamamlanması için eğitim planları oluşturulmalıdır [10] (Kanıt Düzeyi II) [Şekil 2-4]

Dispne puanı >3 [orta-şiddetli dispne] olan hastalarda hafif dispnedeki yaklaşımlara ek olarak yüze fan uygulaması, solunum egzersizleri, gevşeme egzersizleri, akupunktur gibi farklı non-farmakolojik yaklaşımların kullanımı önerilebilir [10, 20-25, 30-36] Ayrıca bu hastalarda mutlaka oksijen saturasyonu değerlendirilmeli ve oksijen saturasyonu %90'nın altında olan hastalara 2-5 litre/dakikadan nazal oksijen başlanmalıdır [24, 25, 31, 37-39] [Şekil 2-5].

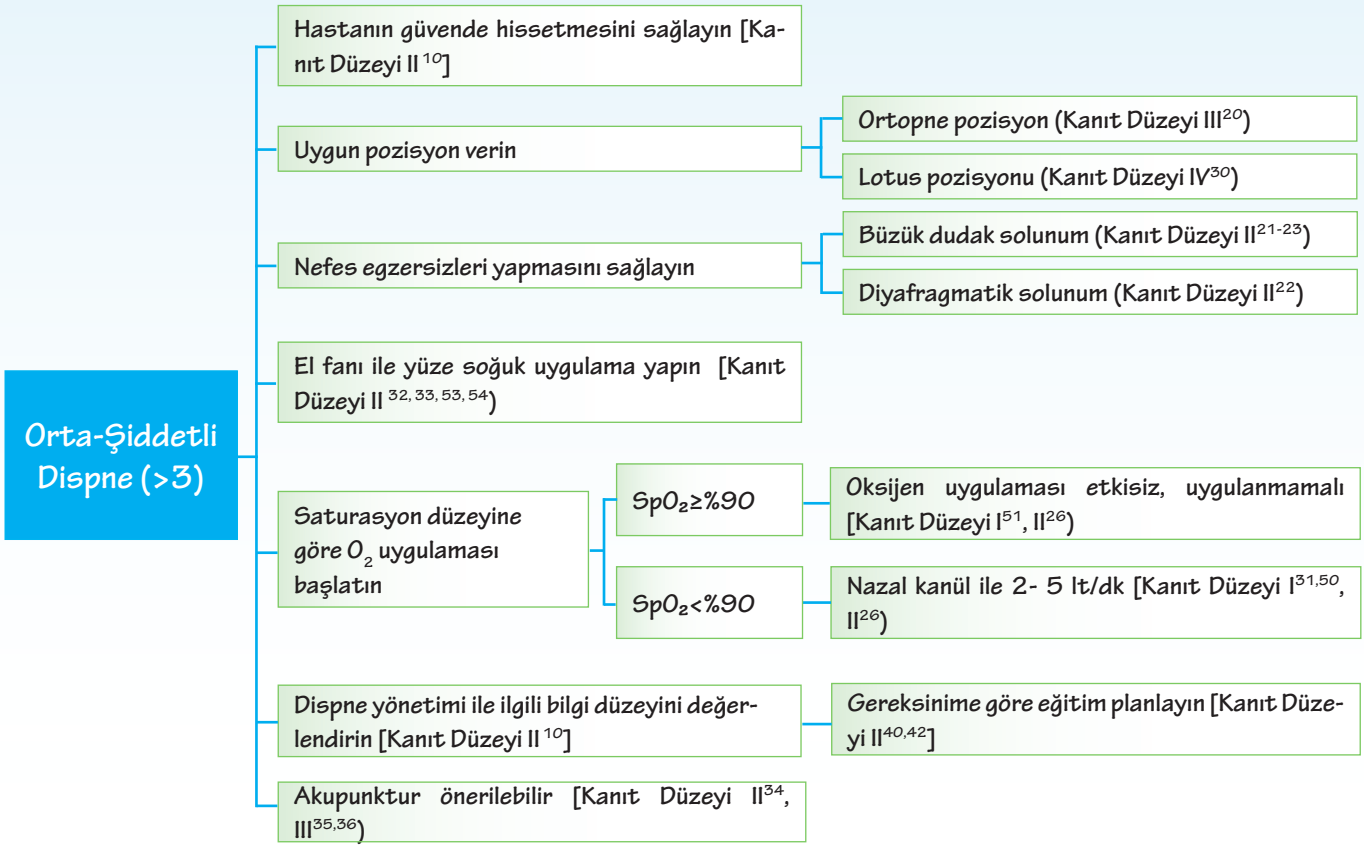
Hasta Eğitimi

Dispne atağı sırasında çoğu hasta uygulaması gereken ilk girişime kendisi karar vermek zorunda kalmaktadır. Bu nedenle, dispne gelişme riski olan hastaların dispne yönetimi konusunda bilgilendirilmesi, başarılı bir dispne yönetiminin temelini oluşturur. Literatürde bu konuyu irdeleyen pek çok çalışmada hasta ve ailenin dispne yönetimi hakkında bilgilendirilmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır [40-43].

Hasta ve ailesinin gereksinimleri göz önünde tutularak planlanan ve yaklaşık 45 dakika [40] (Kanıt düzeyi II) süren kapsamlı eğitim seansı sırasında hasta ve ailesine akut dispne atağı sırasında rahat nefes almasına destek olacak pozisyon [40] (Kanıt



Şekil 2-4. Hafif Dispne Yönetiminde Non-Farmakolojik Yaklaşımlar



Şekil 2-5. Orta-Şiddetli Dispne Yönetiminde Non-Farmakolojik Yaklaşımlar

düzeyi II), etkili solunumu sürdürmeyi sağlayacak nefes egzersizleri [22, 40, 41] (Kanıt düzeyi II), yüze soğuk hava uygulaması [42] (Kanıt düzeyi II) ve rahatlamasını sağlayacak girişimler [42] (Kanıt düzeyi II) öğretilmelidir.

Literatürde, hasta ve aile eğitiminin dispne yönetimine etkisini inceleyen karma grup hastalarla yapılmış iki randomize kontrollü çalışmaya ulaşılmıştır. Bu iki çalışmada, eğitim alan grupta dispne yönetiminin daha iyi olduğu [40] (Kanıt düzeyi II) ve sağkalım oranının daha yüksek olduğu[42] (Kanıt düzeyi II) saptanmıştır.

Farklı kliniklerde yatan 30 hastanın katılımı ile gerçekleştirilen ilk çalışma dispne sırasında uygun pozisyon alma, özel nefes teknikleri [büzük dudak ve diyafragmatik solunum] uygulama, enerji kullanımını düzenlemeye yönelik verilen 45 dakikalık eğitimin dispne yönetimine etkisini incelemiştir. 3 gün boyunca süren bu çalışmada ilk gün her iki grupta yer alan hastalardan 16 cm'lik 12 basamaklı merdiven çıkması istenmiştir ve Borg Skalası kullanılarak hastaların dispne düzeyi merdiveni çıkmadan önce, çıktıktan sonra ve indiğinde değerlendirilmiştir. İkinci günü kontrol grubuna herhangi bir uygulama yapılmamış, deney grubundaki hastalara 45 dakika pozisyon, nefes teknikleri [büzük dudak ve diyafragmatik solunum], enerji kullanımı ile ilgili eğitim verilmiştir. Üçüncü gün her iki grupta yer alan hastalardan tekrar 16 cm'lik 12 basamaklı merdiven çıkması istenmiştir ve uygulama sırasında deney grubunda yer alan hastalardan 2. gün aldığı

eğitimleri kullanması istenmiştir. Uygulamada Borg Skalası kullanılarak hastaların dispne düzeyi merdiveni çıkmadan önce, çıktıktan sonra ve indiğinde tekrar değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda yapılan değerlendirmede eğitim uygulanan grupta merdiven çıktıktan sonra ve indikten sonra dispne düzeyinde azalma olduğu, kontrol grubunda ise olmadığı saptanmıştır [40] (Kanıt Düzeyi II).

Higginson ve arkadaşlarının [2014] yaptığı ikinci randomize kontrollü çalışmaya Medical Research Council (MRC) Dispne Skalasına göre puanı 2 veya daha fazla olan, ileri evre kanser, KOAH, kronik kalp yetersizliği, intestinal akciğer hastalığı ve motor nöron hastalığı olan 105 hasta katılmıştır. Bu grupta yer alan 52 hasta kontrol grubuna alınmış ve 6 hafta boyunca geleneksel bakım uygulamaları yapılmıştır. Deney grubunu oluşturan diğer 53 hastaya ise geleneksel bakım uygulamalarının yanı sıra dispne yönetimi, el fanı veya su sprey ile dispne anında gevşemeyi sağlamak için tekrar edilebilecek sözlerden oluşan bir mantra ile ilgili bilgilerin olduğu bir rehber verilmiştir. 2-3 hafta sonra hastalar ziyaret edilerek değerlendirildikten sonra yürüme, eve adaptasyon ve yardım, öz yönetimin güçlendirilmesi ve egzersiz içeren bir DVD verilmiştir. Bu bilgilendirmeler 6 hafta boyunca sürmüştür. 6 ay sonra çalışma sonuçlarında kontrol grubuna [%75] kıyasla deney grubunda sağ kalım oranının [%94], daha fazla olduğu belirlenmiştir [42] (Kanıt Düzeyi II).

Dispnenin Yönetiminde Eğitim 2017 Konsensus Kararı

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda katılımcının %94'ü sınırlı sayıda çalışma olsa da dispnenin yönetiminde hasta ve ailenin eğitiminin önemli olduğunu ifade ederek dipnenin yönetiminde kullanımının uygun yaklaşım olduğuna karar vermiştir.

Pozisyon

Abdominal solunum, tüm diyaframın kasılmasına izin vererek, akciğerlerin solunum kapasitesini arttırır. Bu nedenle dispne sırasında çoğu hasta farkında olmadan, öne eğilerek oturma ya da yatma, ayakta öne eğilerek durma, yatakta yan lateral ya da supine pozisyonda yatma gibi hastanın abdominal solunumu yapmasını destekleyen ve kolay nefes almasını sağlayan pozisyonu alır [19, 20, 44-46].

Literatür taramasında dispnenin yönetiminde pozisyonun etkisini inceleyen iki olgu raporu [30,46] ve üç deneysel çalışmaya ulaşılmıştır [19,20,45].

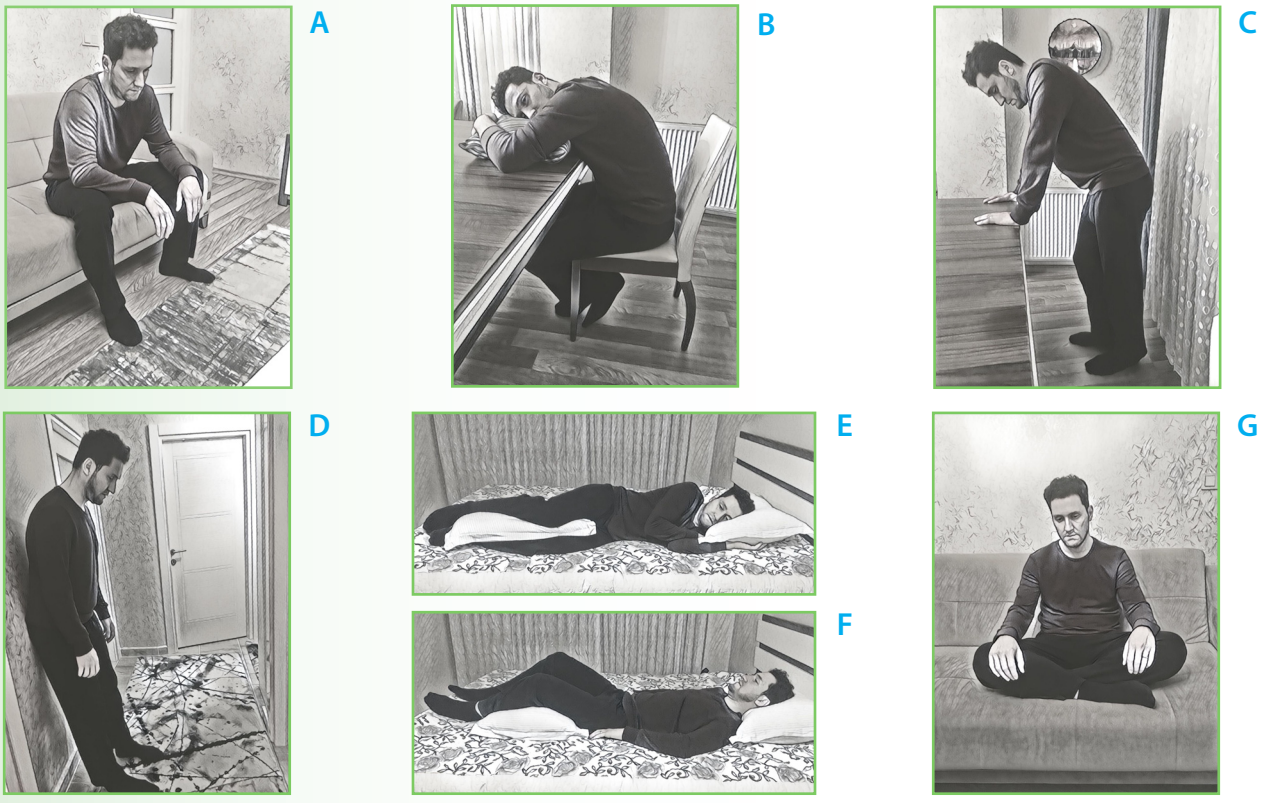
İlk deneysel çalışmada, öne eğilme pozisyonun dispneye etkisi, akciğer kanseri tanısı almış 40 hastanın sonucu 140 sağlıklı bireyin sonuçları ile kıyaslanarak değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular, sağlıklı bireylerde herhangi bir değişime neden olmayan öne eğilme pozisyonunun, orta ve şiddetli dispnesi olan hastaların dispne kontrolünde etkili yaklaşım olduğunu göstermiştir [20] (Kanıt Düzeyi III). İkinci deneysel çalışma, KOAH tanısı ile takip edilen 17 hastanın katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma sırasında, hastalara supine, ayakta durma, dik oturma, ortopne pozisyonu verilerek, her pozisyonda hastaların solunum fonksiyonları değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda 7 hastada ortopne pozisyonunun dispneyi azaltmada ve solunum fonksiyonlarını arttırmada en etkili yaklaşım olduğu saptanmıştır [19] (Kanıt Düzeyi III). KOAH tanısı almış hastaların katılımı ile gerçekleştirilen üçüncü deneysel çalışmada ise, supine ve oturma pozisyonunun inspirasyon ve ekspirasyon basıncına etkisi incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda, supine pozisyonuna kıyasla oturma pozisyonunda hastaların inspirasyon ve ekspirasyon basıncının daha yüksek olduğu belirlenmiştir [45] (Kanıt Düzeyi III).

Sol akciğer tümörlü bir hasta ile yapılan ilk olgu çalışmasında, hastanın solunum değerleri hastaya sağ ve sol yan yatma, supine ve prone pozisyonları verilerek ölçülmüştür. Çalışma sonucunda hasta

Dispnenin Yönetiminde Pozisyonun Kullanımı

Konsensüs öncesi yapılan genel oylamada, katılımcının %70'i [n=38] dispne atağı sırasında rahat nefes alabilmesi için hastalarına kolları ile dizlerinden destek alarak, hafif öne eğilerek oturmasını [Şekil 2-6-A], %87'si [n=46] önündeki masanın üzerine yastık yerleştirerek üzerine yatmasını [Şekil 2-6-B], %70'i [n=37] önünde duran masa ya da sandaliye elleri ile dayanarak, hafif öne eğilerek durmasını [Şekil 2-6-C], %46'sı [n=26] omuzları ve kollarını serbest bırakıp sırtını duvara yaslamasını [Şekil 2-6-D], %71'i [n=37] başının altını ve bacak arasını yastık ile destekleyerek yatakta yan yatmasını [Şekil 2-6-E], %31'i [n=18] başını ve dizlerinin altını yastıkla destekleyerek sırtüstü yatmasını [Şekil 2-6-F] önerdiğini bildirmişlerdir. Hemşirelerin %28'i [n=19] hastalar tarafından da sıkça kullanılan bu pozisyonların dispnenin yönetiminde etkili, %72'si [n=48] ise bazı hastalarda etkili bazı hastalarda ise etkisiz olduğunu ifade etmiştir.

Konsensus sırasında yapılan tartışmalarda bu pozisyonların tümünün yardımcı solunum kaslarının kullanımını kolaylaştırdığı, toraks içindeki hidrostatik basıncı düzenlediği, kardiyak preloadı azalttığı ve oksijeni en verimli şekilde kullanmayı sağladığı söylemiştir. Lotus pozisyonunun [Şekil 2-6-G] kullanımına ilişkin tartışmalarda ise diyafram kasının rahat hareket etmesi için abdominal bölge ve abdominal kasların rahat olması gerektiği ifade edilmiştir. Lotus pozisyonu verilerek hastanın karın içi basıncını arttırmak yerine ayakların aşağı sarkıtılması ve vücudun hafif öne eğik, kolların hafif gergin şekilde dizler üzerinde olduğu oturur pozisyonun dispneyi daha çok azalttığının gözlemlendiği ifade edilmiştir. Özellikle orta ve ileri yaş akciğer kanserli hastalarda komorbidite ihtimali yüksek olduğu için tercih edilmemesi gerektiği savunulmuştur. Dispnenin sübjektif bir durum olmasından dolayı konuşulan fizik kuralları dışında özellikle yoga gibi psiklojik rahatlatma uygulamalarında verilen lotus pozisyonunun dispne algısını azaltabileceği bildirilmiştir.



Şekil 2-6. Dispne Yönetiminde Hasta Tarafından Kullanılan Pozisyonlar

sağ yan yattığında yer çekiminin etkisi ile sol tarafta yer alan tümörün sol bronşları daraltarak hava akımını azalttığı ve hastada solunum sıkıntısına neden olduğu bildirilmiştir [46] (Kanıt Düzeyi IV).

Kistik fibrozis tanılı hastanın katılımı ile gerçekleştirilen ikinci olgu çalışmasında lotus pozisyonunun [bağdaş kurarak oturma] (Şekil 2-6-G) solunum fonksiyonlarına etkisi incelenmiştir. Bu çalışmada, lotus pozisyonun hastanın fonksiyonel vital kapasitesini ve oksijen saturasyonunu arttırmada etkili yaklaşım olduğu gösterilmiştir [30] (Kanıt Düzeyi IV).

Dispnenin Yönetiminde Pozisyon 2017 Konsensus Kararı

Literatür taramasında dispnenin yönetiminde pozisyonun etkisini inceleyen iki olgu raporu ve üç deneysel çalışmaya ulaşılmıştır. Bu çalışmalardan sadece ikisinde (1 olgu raporu, 1 deneysel çalışma) kanser ile ilişkili dispnenin yönetiminde pozisyonun etkisi incelenmiştir. Diğer çalışmalar genellikle KOAH'lı hastaların katılımı ile gerçekleştirilmiştir.Bu konuda kesin karara varabilmemiz için bu konuyu irdeleyen daha fazla sayıda nitelikli çalışmanın planlanmasına gereksinim vardır.

Toplantı sırasında sunulan araştırma sonuçlarına, tartışmaya katılan bireylerin paylaştığı görüşlere ve kendi deneyimlerine dayanarak, konsensus karar oylamasına katılan sağlık uzmanlarının:

1. %97'si [n=68] çalışma sonuçları, dispnenin yönetiminde ortopne pozisyonunun daha etkili bir yaklaşım olduğunu bildirmiş olsa da, hastanın rahat nefes almasını sağlamada kullanılacak pozisyonun hastanın tercihine bırakılmasının daha uygun olacağına,
2. %68'i [n=49] kanser hastalarının katılımı ile gerçekleştirilen nitelikli çalışmalarda etkinliği gösterilmedikçe, dispnenin yönetiminde lotus pozisyonunun kullanımının uygun olmayacağına,
3. Dispnenin yönetimine yönelik planlanan eğitimde, hasta ve ailesinin dispne yönetiminde kullanılabilecek pozisyonlar hakkında bilgilendirilmesine,
4. Özellikle sağ ve sol akciğerde bronşlara yakın yerleşmiş olan tümörler hastada solunum sıkıntısına neden olabileceğinden, hastanın pozisyonunun solunum sıkıntısını arttırmayacak şekilde verilmesine, karar vermiştir.

Oksijen Terapi

Kanser hastalarının birçoğu solunum sıkıntısı hissetmeye başladığında oksijen kullanımına başlamaktadır. Oksijen kullanımı bazı hastaların oksijen saturasyonunu yükseltirken, bazılarında herhangi bir yarar sağlamamaktadır. Ancak çoğu hasta oksijen kullanımını önemli, hastanın aktivite kapasitesini arttıran bir araç olarak tanımlamaktadır [1] (Kanıt Düzeyi V). Oksijen kullanımı palyatif süreçte rutin kullanılan bir tedavi olsa da uzun süreli kullanımda nazal kavitenin kurumasına, nazal irritasyona, burun kanamalarına sebep olabilir [37].

Literatür taramasında, kanser ile ilişkili dispnenin yönetiminde oksijen kullanımının etkinliğini oda havasının kullanımı ile karşılaştıran yedi randomize kontrollü çalışamaya ve bu çalışma sonuçları-

Dispnenin Yönetiminde Oksijenin Kullanımı

Konsensüs öncesi yapılan genel oylamada, dispneli hasta ile çalışan sağlık uzmanlarına "*Oksijen saturasyonu SpO_2>%90 olan, dispneli hastaya klinik yaklaşımınız nedir?*" sorusu soruldu. Oylamaya katılan sağlık çalışanlarının:

%50'si [n=33] sadece pozisyon verdiğini

%50'si [n=33] pozisyon verip, hastaya oksijen uygulaması da başladığını bildirdi.

Tartışmalar sırasında, dispne sübjektif bir bulgu olduğundan her zaman SpO_2 ile ilişkili olmayabileceği bu nedenle hastanın SpO_2 değeri %90'ın üstünde bile olsa dispnesi olan hastaya oksijen kullanımının önerilebileceği ifade edildi. KOAH'lı hastalarda oksijen tedavisi solunumu baskılayabileceği için oksijen başlanırsa hastanın yakından takip edilmesinin önemli olduğu vurgulandı.

nı inceleyen 3 meta-analiz çalışmasına ulaşılmıştır. Yedi çalışmanın altısında her iki uygulama arasında fark olmadığı [24, 25, 37-39, 47] ifade edilmesine rağmen, bir çalışmada hipoksemik ve dinlenme sırasında dispneik olan hastalarda oksijen kullanımının dispnenin yönetiminde etkili yaklaşım olduğu gösterilmiştir [48].

Uronis ve arkadaşlarının 2008 yılında dört randomize kontrollü çalışma ile yaptığı metaanalizde orta- hipoksemik ya da hipoksemik olmayan kanser hastalarında oksijen terapinin dispnenin yönetiminde etkili bir yaklaşım olmadığı bildirilmiştir [24, 38, 47, 48] (Kanıt Düzeyi I). Aynı yıl bu çalışmalara 2 randomize kontrollü çalışma daha ekleyerek [25, 49] meta-analiz yapan Ben ve arkadaşlarının çalışmasında ise hipoksemik terminal dönem hastalarında oksijenin etkili olduğu bulunmuştur [50] (Kanıt Düzeyi I). 2012 yılında yapılan meta-analiz oksijen uygulamasının sadece hipoksemik hastalarda etkili olabileceğini bu nedenle oksijen uygulanması gerektiğini vurgulamıştır [31] (Kanıt Düzeyi I).

Philip ve arkadaşlarının 2006 yılında gerçekleştirdiği çalışmaya 100 mm'lik VAS'a göre dispne skoru 30 mm'den daha fazla olan akciğer, meme, kolorektal ve diğer ileri evre kanser hastaları alınmıştır. Çalışmanın bir kolunda yer alan 24 hastaya önce nazal kanül ile 15 dakika boyunca 4 lt/dk oksijen, takiben 15 dakika oda havası uygulanmıştır. Diğer kolunda yer alan 27 hastaya ise önce 15 dakika boyunca oda havası, takiben nazal kanül ile 15 dakika boyunca 4 lt/dk oksijen uygulaması yapılmıştır. Değerlendirmeler uygulamaya başlamadan önce, uygulamaya başladıktan hemen sonra, ikinci uygulamaya başlamadan önce ve hemen sonrası yapılmıştır. Sonuç olarak oksijen uygulamasının, hipoksik olarak tanımlanan oksijen satürasyonu %90'nın altında olan bireylerde oksijen saturasyonunu yükseltmesine rağmen, dispnenin azaltılmasında etkili olmadığı bulunmuştur [26] (Kanıt Düzeyi II).

2003 yılında Bruera ve arkadaşları 33 ileri evre akciğer kanseri, akciğer metastatik kanseri ve plevral effüzyon hastasının katılımı ile çift kör randomize kontrollü çalışma yapmışlardır. Çalışmaya son 24 saat içinde dispne NRS skoru 3 puan ve üzeri olan hastalar katılmıştır. Grubun bir kısmına nazal kanül ile 5 lt/dk oksijen uygulaması, diğer kısmına 5 lt/ dk hava uygulaması yapılmıştır. Takiben çaprazlama ile iki grup yer değiştirerek oksijen grubuna hava, hava grubuna ise oksijen uygulaması da yapılmıştır. Oksijen/hava uygulamasına egzersize başlamadan 5 dakika önce hastalar dinlenme halinde iken başlamış ve uygulama sona erene kadar 6 dakikalık yürüme testi sırasında devam etmiştir. Egzersiz sırasında hastalar rahat edebilecekleri hızda düz zeminde yürümüşlerdir. Hastalar yürümeye devam ederken 3. dakikada, yürüme bittikten sonra 6. dakikada ve dispne şikayeti bitene kadar en az 15 dakika boyunca 5 dakikada bir dispne değerlendirilmesi yapılmıştır. Ayrıca 6 dakika sonunda yorgunluk ve yürüme mesafeleri değerlendirilmiştir. Oksijen uygulanan hastalar ile hava uygulanan hastalar arasında dispne düzeyleri, yorgunluk düzeyleri ve yürüme mesafeleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [25] (Kanıt Düzeyi II).

Ahmedzai ve arkadaşları, 2004 yılında, Evre 1-2 ve 3 akciğer kanserli hastalarda yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada Heliox28 [%72 helyum/ %28 oksijen [O_2]], oksijenden zengin [%72 nitrojen [N_2]/ %28 O_2] ve medikal havanın [%78.9 N_2/ %21.1 O_2] dispneyi azaltma ve egzersiz kapasitesini arttırma etkisini incelemiştir. Çalışmaya Modifiye Borg skalasından 3 ve üzeri alan 12 akciğer kanseri hasta alınmıştır. 6 dakika boyunca normal oda havasında yürüme egzersizi yaptırıldıktan sonra hastalara farklı gaz karışımı non-breathing maskeler ile uygulanmış [körleme yaklaşımı kullanılmış] ve her üç gaz karışımında da yürüme testini tekrarlamışlardır. Her gaz sonrasında 15 dakika dinlenme periyodu verilmiştir. Helyum gazı sesi incelttiği için hastalara konuşmaması söylenmiştir. Medikal hava ile oksijen kullanımı arasında ise dispne yönetiminde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur [38] (Kanıt Düzeyi II).

Abernethy ve arkadaşları, 2010 yılında, parsiyel oksijen basıncı 55 mmHg ve üzeri olan palyatif bakım hastalarında, dispnenin yönetiminde oda havasının kullanımına göre nazal kanül ile 2 lt/dk verilen oksijen uygulamasının etkinliğini karşılaştırmıştır. MRCS puanı ≥3 olan ve randomizasyon ile seçilen 120 kişilik deney grubuna 7 gün boyunca sabah ve akşam, konsantratör yardımıyla nazal kanül ile 15 dakika boyunda 2 lt/dk oksijen uygulaması yapılmıştır. Kontrol grubu ise oda havasında kalmıştır. Bu hastalarda günde 2 kez, sabah ve akşam, 0-10 NRS kullanılarak dispne ve McGill Ölçeği kullanılarak yaşam kalitesi değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda oda havasına kıyasla oksijen kullanımının dispneyi rahatlatmada anlamlı bir fark yaratmadığı saptanmıştır [39] (Kanıt Düzeyi II). Dispne skorları yaşam kalitelerine yansımış, dispne skoru düşen hastaların yaşam kalitesi yükselmiştir.

Campbell ve arkadaşları, 2013 yılında, akciğer kanseri, kalp yetersizliği, KOAH, pnömoni tanısı ile tedavi gören, Solunum Sıkıntısı Gözlem Ölçeği puanı [RDOS] ≤4, palyatif bakım skalası ≤ %30 olan 33 palyatif bakım/hospis hastası ile deneysel çalışma yapmışlardır. Çalışmaya katılan hastalara 10 dakika boyunca 1-4 lt/dk nazal kanül ile oksijen verilmiştir. Takiben hastalar 5 dakika dinlendirilmişlerdir. Arkasından hastaların SpO_2, end tidal volüm ve RDOS değerleri değerlendirilmiş ve bazal skorları kayıt edilmiştir. Sonra her katılımcıya 2'şer kez karışık olarak 10'ar dakika oksijen, medikal hava ya da oda havası verilmiş ve her uygulamadan sonra katılımcıların 5'er dakika dinlendirilmesi sağlanmıştır. Sonuçta oksijen, medikal hava ya da oda havası uygulamalarında solunum sıkıntısı gözlem ölçeğinde anlamlı bir fark bulunamamıştır [37] (Kanıt Düzeyi III).

Oksijen tedavisi dispnenin yönetiminde yıllardır kullandığımız yaklaşımlardan biridir. Uronis ve arkadaşlarının, 2008 yılında yaptığı metaanalizde orta- hipoksemik ya da hipoksemik olmayan kanser hastalarında oksijen terapinin dispnenin yönetiminde etkili bir yaklaşım olmadığı bildirilmiştir [51] (Kanıt Düzeyi I). Aynı yıl Ben ve arkadaşlarının yaptığı sistematik derlemede ise hipoksemik terminal dönem hastalarda oksijenin etkili olduğu bulunmuştur [50] (Kanıt Düzeyi II).

Ben'in 2012 yılında yaptığı meta-analizde ise oksijenin sadece hipoksemik hastalarda etkili olabileceğini bu nedenle sadece bu hastalarda oksijen tedavisi uygulanması gerektiğini vurgulamıştır [31] (Kanıt Düzeyi I). Bu meta-analizdeki çalışmalarda oksijen uygulaması ile ilişkili herhangi bir yan etki gözlenmez iken, bir çalışmada oksijen kullanımının uyku hali, burun irritasyonu ve burun kanaması, endişeli hissetme gibi yan etkilere neden olduğu bildirilmiştir [39].

Dispnenin Yönetiminde O_2 Terapi 2017 Konsensus Kararı

Literatür taramasında, kanser ilişkili dispnenin yönetiminde O_2 uygulamasının etkisini inceleyen 7 randomize kontrollü çalışmaya ve 3 meta-analiz çalışmasına ulaşılmıştır. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar, kanser ile ilişkili dispnenin yönetiminde O_2 kullanımına karar vermemizi destekleyecek niteliktedir.

Toplantı sırasında sunulan araştırma sonuçlarına, tartışmaya katılan bireylerin paylaştığı görüşlere ve kendi deneyimlerine dayanarak, konsensus karar oylamasına katılan sağlık uzmanları dispnenin yönetiminde O_2 terapinin ne zaman başlanması gerektiği konusunda net karara varamamıştır.

1. Katılanların %62'si [n=50] O_2 terapinin hastanın SpO_2 değeri %90'nın altına düştüğünde, %38'i [n=31] ise hastaları psikolojik olarak rahatlattığı için SpO_2≥%90 olsa bile hastanın ihtiyacına göre O_2 tedavisi kullanılabileceğine karar vermiştir.
2. Kanser ve KOAH tanısı olan hastalarda oksijen tedavisi sırasında yakından takip edilerek, solunumu depresyonu açısından izlenmesine karar vermiştir.



Yüze Soğuk Hava Uygulaması

Dispne yönetiminde yüze soğuk uygulama yapmanın 2. ve 3. trigeminal sinirlere soğutma ve hava akışı sağlanarak efor kaynaklı nefes darlığını azaltıp, egzersiz toleransını arttırdığı belirtilmiştir [52]. Dispne gelişen hastalara 15 cm uzaktan 5 dakika boyunca burnun iki yanı ve üst dudağın üst kısımlarında bulunan 2. ve 3. trigeminal sinirlere fan uygulaması yapılabilir [33] (Kanıt düzeyi II).

Dispnenin Yönetiminde Soğuk Hava Kullanımı

Konsensus öncesi yapılan genel oylamada katılımcılardan "Dispnenin kontrolünde, yüze soğuk hava uygulamasının kullanımını [el fanı kullanarak / camı açarak] önerir misiniz?" sorusuna cevap vermesi istendi. Oylamaya katılanların

1. %19.5'i (n=15) dispnenin yönetiminde yüze soğuk hava uygulamasını önermediğini, %13'ü (n=10) el fanı kullanarak, %35.1'i (n=27) camı açarak ve %35.5'i (n=25) her iki yaklaşımı önererek yüze soğuk hava uygulamasını önerdiğini bildirmiştir.
2. Dispnenin yönetiminde yüze soğuk hava uygulamasını öneren katılımcıların %26.8'i [n=19] dispnenin kontrolünde yüze soğuk hava uygulamasının etkili, %62'si [n=44], bazı hastalarda etkili bazılarında ise etkisiz %4.2'si (n=3) etkisiz olduğunu ve %7'si (n=5) etkinliğini değerlendirmediğini bildirmiştir.

Literatürde dispne yönetiminde yüze fan uygulamasının etkisini inceleyen beş randomize kontrollü çalışmaya ulaşılmıştır. Çalışmaların dört tanesinde hastaların dispne yönetiminde yüze soğuk uygulamanın etkili [32, 33, 53, 54] (Kanıt Düzeyi II) bir çalışmada ise etkisiz bir yaklaşım olduğu [55] (Kanıt Düzeyi II) belirtilmiştir.

Galbraith ve arkadaşları, 2010 yılında, dispnenin yönetiminde fan kullanımının etkisini 30 yaş üzeri, malign ya da malign olmayan nedenler ile solunum sıkıntısı yaşayan ve Dyspnea Exertion Scale [DES] skoru 5 üzerinden 2 ve daha fazla olan, 45 hastayı dahil ederek incelemiştir. Deney grubuna fan uygulaması hastanın rahat edeceği uzaklıktan, 5 dakika boyunca yüze 2. ve 3. trigeminal sinirin olduğu bölgeye, 10 dakika bekledikten sonra, 15 cm uzaklıktan 5 dakika boyunca bacağa [orta baldırının dış kısmına] yapılmıştır ve fan kullanımının etkinliği 10 dakika bekledikten sonra değerlendirilmiştir. Kontrol grubu ise fan uygulaması bacağa, 10 dakika bekledikten sonra yüze uygulanmış ve 10 dakika bekledikten sonra değerlendirilmiştir. Dispnenin şiddeti, her 5 dakikada bir VAS kullanılarak, oksijen saturasyonu ve solunum sayısı takip edilerek yapılmıştır. Bacağa uygulanan fana kıyasla yüze yapılan fan uygulaması dispneyi azaltmada etkili, ancak solunum sayısını azaltmada ve oksijen saturasyonunu arttırmada etkili bir yaklaşım olmadığı belirlenmiştir [33] (Kanıt düzeyi II).

Wong ve arkadaşları tarafından, 2017 yılında gerçekleştirilen randomize kontrollü bir çalışmaya, ileri evre akciğer, kolorektal, mide, meme, prostat kanseri ya da lenfoma tanısı ile tedavi gören 15'i deney, 15'i kontrol olmak üzere 30 hasta alınmıştır. Her iki gruba standart hemşirelik girişimleri [oksijen desteği, order edilen ilaçların uygulanması, semi fawler pozisyon] uygulanmasının ardından deney grubuna hastanın tercih ettiği uzaklıktan, 5 dakika düşük hava akımı ile yüze fan uygulaması yapılmıştır. Girişimin etkinliği NRS, solunum sayısı ve periferal oksijen saturasyonu değerlendirilerek yapılmıştır. Girişim sonrası kontrol grubunda herhangi bir değişim olmazken, deney grubunda dispne skorlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu, ancak oksijen saturasyonu ve solunum sayısında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır [32] (Kanıt düzeyi II).

Puspawatiet [2017] ve arkadaşlarının akciğer kanserli hastaların dispne yönetiminde yüze fan uygulamasının etkisini incelemek için yaptığı randomize kontrollü çalışmada 21 hasta randomize edilerek deney ve kontrol gruplarına ayrılmıştır. Kapalı

zarflar ile hangi hastaya hangi uygulama yapılacağı rastgele uygulayıcı tarafından seçilmiştir. Katılımcının yüzü ıslak nemli bir bez ile nemlendirilmiş ve el fanı ile hava akışı yapılmıştır. Kontrol grubuna iki kez beşer dakika yüze fan uygulaması sonra iki kez beşer dakika diyafragmatik solunum egzersizi yaptırılmıştır. Deney grubuna ise önce solunum egzersizi ardından fan uygulaması yaptırılmıştır. Çalışma sonunda fan uygulamasının dispne ile birlikte solunum sayısını azalttığı ancak yardımcı solunum kaslarının ve burun kanatları kullanımında bir fark olmadığı söylenmiştir [53] (Kanıt düzeyi II).

Kako ve arkadaşlarının 2017 yılında ileri evre dokuz kanser hastası ile iki kontrol grubu kullanarak yaptığı çalışmada gruplar randomize olarak atanmıştır. Deney grubuna 5 dakika yüze fan uygulaması yapılmıştır. Kontrol gruplarından birine bacağa fan uygulaması yapılmış, diğerine ise hiçbir uygulama yapılmamıştır. Çalışma sonucunda yüze fan uygulaması karşısında diğer iki kontrol grubunun sonuçları da anlamsız çıkmıştır. Ayrıca çalışmada fanın etkisi ile dispne, solunum sayısı, SpO2 gibi parametrelerde de anlamlı düzelme olmuştur [54] (Kanıt düzeyi II).

Bausewein ve arkadaşları, 2010 yılında, fan uygulamasının etkinliğini 109 kişi ile başlanan ancak, 70 kişi ile tamamlanan bir çalışmada incelemiştir. Çalışmanın örneklemini, primer ya da metastatik akciğer kanseri olan ileri evre kanser hastaları ve GOLD kriterlerine göre evre 3 ve evre 4 kronik obstrüktif akciğer hastaları [KOAH] oluşturmuştur. Deney grubuna 24 KOAH, 14 kanser ve kontrol grubuna 21 KOAH 21 kanser hastası randomize şekilde alınmıştır. Her iki gruba standart farmakolojik tedavi ve palyatif tedavi başlanmış ve nefes darlığı sırasında deney grubuna yüzde 2. ve 3. trigeminal sinir dallarına fan uygulaması yapması, kontrol grubuna ise üzerinde "rahat nefes" yazan plastik bilekliği takarak, bu bilekliği nefes darlığı sırasında çekmeleri söylenmiştir. Uygulama öncesi deney grubuna, fanın uygulamasını, kontrol grubuna da bileklik kullanımını gösteren broşür verilmiştir. Hastalar iki ay boyunca solunum sıkıntısı çektiğinde kendi grubundaki girişimleri uygulamışlar sonra değerlendirilmişlerdir. Değerlendirmede Modifiye Borg skalası kullanılmış ayrıca fan/bileklik günlük kullanımıyla ilgili dört soru sorulmuştur. Bu sorularda fan/bileklik kullanımına ne sıklıkta ihtiyaç duyulduğu [her gün, ara sıra, hiç], fan/bileklik uygulamasının işe yarayıp yaramadığı [evet, hayır, bilmiyorum], fan/bileklik uygulaması ile ilgili deneyimleri [açık uçlu soru], fan/bileklikle uygulaması ile ilgili yorumları [açık uçlu soru] sorgulanmıştır. Deney grubunda fan uygulamasını tamamlayan 16 kişiden 9'u fan uygulamasını, bileklik uygulamasını tamamlayan 5 hastadan 4'ü bileklik uygulamasını değerlendirmişlerdir. Her iki uygulama arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır [55] (Kanıt düzeyi II).

Dispnenin Yönetiminde Soğuk Hava 2017 Konsensus Kararı

Literatür taramasında, dispnenin yönetiminde yüze fan uygulamasının etkisini inceleyen beş randomize kontrollü çalışmaya ulaşılmıştır. Dört çalışmada yüze soğuk hava uygulamasının dispnenin yönetiminde etkili, bir çalışmada ise etkisiz yaklaşım olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar, kanser ile ilişkili dispnenin yönetiminde soğuk havanın kullanımını karar vermemizi destekleyecek niteliktedir.

Toplantı sırasında sunulan araştırma sonuçlarına, tartışmaya katılan bireylerin paylaştığı görüşlere ve kendi deneyimlerine dayanarak, konsensus karar oylamasına katılan 80 katılımcının:

1. %86,3'ü [n=69] dispnenin yönetiminde yüze soğuk hava uygulamasının kullanılabilir yaklaşım olduğunu bildirdiğinden, oy çokluğu ile palyatif bakım hastalarına dispnenin yönetiminde yüze soğuk hava uygulamasının kullanımının önerilmesi kararı verilmiştir.

Solunum Egzersizleri

Büzük dudak solunumu, solunum sayısını azaltarak vital kapasitenin artmasını sağlar. Diyafragmatik solunumda ise soluk verme sırasında diyafram, abdominal kaslar tarafından yukarı doğru itilir ve diyafram kasları kullanımını arttırarak akciğerlerin havalanma düzeyini arttırır [56]. Solunum egzersizleri yan etkisi olmayan, maliyet ve alet gerektirmeyen ve hastaların kendilerinin uygulayabileceği kolay yöntemlerdir.

Dispnenin Yönetiminde Solunum Egzersizlerinin Kullanımı

Konsensüs öncesi yapılan genel oylamada, katılımcılara "*Dispnenin kontrolünde, solunum egzersizlerinin kullanımını [büzük dudak / diyafragmatik] önerir misiniz?*"sorusu soruldu. Oylamaya katılanların

1. %95'i [n=57] dispnenin yönetiminde hastalarına solunum egzersizi [%18'i [n=11] diyafragmatik solunumu, %10'u [n=6] büzük dudak solunumu, %73'ü [n=45] de her iki solunum egzersizini] yapmasını önerdiğini,
2. Dispnenin yönetiminde büzük dudak solunumunun kullanımını öneren katılımcıların %28.3'ü [n=15] dispnenin kontrolünde büzük dudak solunumun etkili, %64.2'si [n=34] bazı hastalarda etkili bazılarında ise etkisiz olduğunu ve %7.5'i [n=4] etkinliğini değerlendirmediğini bildirmiştir.
3. Dispnenin yönetiminde diyafragmatik solunumun kullanımını öneren katılımcıların %38'i [n=19] dispnenin kontrolünde diyafragmatik solunumun etkili, %52'si [n=26] bazı hastalarda etkili bazılarında ise etkisiz olduğunu, %10'u [n=5] etkinliğini değerlendirmediğini bildirmiştir.

Literatürde dispne yönetiminde solunum egzersizlerinin etkisini inceleyen dört randomize kontrollü çalışmaya ulaşılmıştır. Bu çalışmaların üç tanesinde solunum egzersizlerinin dispne yönetiminde etkili bir yaklaşım olduğu söylenirken [21-23] (Kanıt Düzeyi II), bir çalışmada solunum egzersizleri sonunda dispne skorlarında bir değişiklik olmadığı söylenmiştir [57] (Kanıt Düzeyi II).

Dispnenin kontrolünde büzük dudak solunumunun etkisini belirlemek amacıyla 2005 yılında Garrod ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bir çalışmaya 48 KOAH'lı hasta alınmıştır. Yirmi bir kişilik deney grubuna büzük dudak solunumu öğretilmiştir. 1. aşamada 20 dakika 10 metrelik tempolu yürüyüş testi, 2. aşamada doğal büzük dudak solunumu yaparak yürüyüş testi yapılmıştır. Kontrol grubuna ise 1. aşamada 20 dakika yürüyüş testi, 2. aşamada büzük dudak solunumu yapmadan spontan solunum ile yürüyüş testi yapılmıştır. Test sırasında hastanın solunum hızı, yürüme uzaklığı, borg skala puanı, kalp hızı kayıt edilmiştir. Yürüyüş sırasında, büzük dudak solunumu kullanmadan önce her iki grup arasında fark çıkmazken, büzük dudak solunumu sonrası dispne skoru ve solunum hızında azalma olmuştur [21] (Kanıt Düzeyi II).

2007 yılında Nield ve arkadaşlarının 40 kronik obstrüktif akciğer hastası ile yaptığı randomize kontrollü çalışmada büzük dudak solunumu ile ekspiratuar kas egzersizlerinin etkinliğini değerlendirmişlerdir. Hastaların tamamı 6 dakikalık yürüyüş mesafesini yürüdükten sonra hastalara Modifiye Borg Skalası uygulanmış ve 3 ve üzeri alan hastalar rastgele 3 gruba ayrılmıştır. 1. Grup büzük dudak solunumu, 2. Grup ekspiratuar kas egzersizleri hakkında bilgilendirilmiştir. Kontrol grubu ise genel eğitim almışlardır. Hastaların tamamına 12 hafta boyunca uygulamaları uyguladıkları süreleri ve yan etkileri yazmaları için günlükler verilmiştir. 4 haftada bir tüm hastaların laboratuvarı ziyaret etmeleri istenmiştir. Büzük dudak solunumu yapacak olan grup [PLB grubu] birinci hafta 10 dk/gün, ikinci hafta 15 dk/gün, üçüncü hafta 25 dk/ gün büzük dudak solunumu hakkında bilgilendirilmişlerdir. Büzük dudak solunumunda hastanın 1:2 oranında nefes alıp vermesi için bir adımda nefes alıp seyreden iki adımda vermesi öğretilmiştir. Ekspiratuar kas egzersizleri grubuna [EMT grubu] birinci hafta 10 dk/gün, ikinci hafta 15 dk/gün, üçüncü hafta 25 dk/ gün Ekspirasyon direnci uygulama oturumları yapılmıştır. Ekspirasyon direnç uygulamalarında ThresholdTMPEP ile ekspirasyon direnci yapılarak

ekspirasyon uzattırılmıştır. Dört haftada gruplar arasında dispne düzeyinde farklılık olmazken 12 hafta sonunda büzük dudak solunumu yapan grupta anlamlı şekilde dispne düzeyinde azalma bulunmuştur [23] (Kanıt Düzeyi II).

Kara ve arkadaşları 2013 yılında KOAH tanısı almış 20 erkek hasta ile randomize kontrollü çalışma yapmışlardır. Basit rastgele örnekleme ile seçilen kontrol grubundaki 10 hastaya dispnede uygulanan klinik rutin tedavi ve bakımları olan ilaç tedavisi, vital bulgular ve kan sonuçları takibi yapılmıştır. Deney grubuna ise büzük dudak ve diyafragmatik solunum egzersizleri öğretilmiş klinik rutinlerin yanı sıra, 10 gün boyunca bu egzersizler yaptırılmıştır. büzük dudak solunum için; hastaya yatak içinde dik oturur pozisyon verilmiş, ellerinin kaburga kemikleri altına, orta parmaklar birbirine dokunacak biçimde diyafragma üstüne yerleştirmesi sağlanmıştır. Diyafragmatik solunum için; hastaya sırt üstü yatar pozisyon verilmiş, dizlerinin ve başının altına bir yastık yerleştirilmiştir. Sağ elin üst karın bölgesine, sol elin göğsünün üst tarafına yerleştirilmesi sağlanmıştır. Hastadan, içinden dörde kadar sayarak burundan yavaş ve derin bir nefes alması ve nefes alınan süre kadar, havayı içinde tutması ve dudaklarını ıslık çalar gibi büzerek, uzun sürede nefesini ağzından dışarı vermesi söylenmiştir. İşlem sonrası hastaya yatak içinde rahat edebileceği bir pozisyon verilmiştir. Egzersizler, yemeklerden iki saat sonra, başlangıçta 2-3 dakika gibi kısa sürelerde, hastanın tolere etmesiyle 10 dakikalık süreler halinde, günde ortalama 30 dakika olacak şekilde yaptırılmıştır. 10. günün sonunda tüm hastaların solunum fonksiyon testi, oksijen satürasyonu ölçümleri yapılmış ve dispne şiddetleri belirlenmiştir. Deney grubundaki hastaların büzük dudak ve diyafragmatik solunum egzersizleri öncesi ve sonrasında ölçülen solunum fonksiyon testleri değerleri ile kontrol grubunun değerleri arasında anlamlı bir fark bulunmazken, oksijen satürasyonu değerleri ve dispne şiddeti ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır [22] (Kanıt Düzeyi II).

Orta ve şiddetli KOAH olan daha önce rehabilitasyon eğitimi almamış 32 hasta ile randomize kontrollü çalışma yapılmıştır. Çalışmanın başında hastalara bir hafta boyunca mekik yürüyüş testi yaptırılmış, test sonrasında oksijen satürasyonu %90'nın altında olan ve dispnesi olan hastalar çalışmaya alınmıştır. Mekik yürüyüşü sırasında hastaların çok yorulduktan sonra spontan büzük dudak solunumu yaptığı ve sonrasında test bittikten sonra da devam ettikleri gözlenmiştir. Yapılan mekik yürüyüşü sırasında hastaların büzük dudak solunumunu engellemek için 2.2 cm derinliğinde, 3 cm 1.7 cm çapında oval bir delikli plastik halka şeklinde ağızlık dişleri arasına yerleştirilmiş; farklı burun solunum tekniklerinin etkisini ortadan kaldırmak için burun klipsi kullanılmıştır. Çalışma cross-over planlanmış birinci grup önce ağızlık ve burun klipsi kullanılarak 10 metrelik koridoru mekik yürüyüşü ile yürümüştür. Sonra ikinci yürüyüşte burun klipsi kullanılmış ancak hastalar spontan büzük dudak solunumu yapmışlardır. Diğer grup ise mekik yürüyüşü sırasında önce burun klipsi ile spontan büzük dudak solunumu yapmış, sonra ağızlık ve burun klipsi ile yürüyüşü tekrarlamıştır. Spontan büzük dudak solunumu yapılan mekik yürüyüşünde hastalar ağızlıklı yürüyüşe göre ortalama 37 saniye daha uzun yürümüşlerdir. Oksijen satürasyonu büzük dudak solunumunda diğer yürüyüşe göre %1,2 daha az düşmüştür. Ancak her iki girişimde de dispne ve yorgunluk düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır [57] (Kanıt Düzeyi II).

Gevşeme Egzersizleri

Yapılan çalışmalar gevşeme tekniklerinin kalp ve solunum hızını, anksiyete ve dispneyi azalttığını ve fonksiyonel performansı arttırdığını bildirmiştir [58, 59] (Kanıt Düzeyi II).

Literatürde gevşeme egzersizlerinin dispne yönetimine etkisini inceleyen on dokuz çalışmaya ulaşılmıştır. Bu çalışmaların bir tanesi kanser hastaları ile yapılan randomize kontrollü çalışma [60],

Dispnenin Yönetiminde Solunum Egzersizleri 2017 Konsensus Kararı

Literatür taramasında, dispnenin yönetiminde egzersizlerinin etkisini inceleyen dört randomize kontrollü çalışmaya ulaşılmıştır. Üç çalışmada solunum egzersizlerinin dispnenin yönetiminde etkili, bir çalışmada ise dispneyi azaltmada etkisiz ancak yürüme mesafesini uzatmada etkili olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar, kanser ile ilişkili dispnenin yönetiminde solunum egzersizlerinin kullanımına karar vermemizi destekleyecek niteliktedir.

Toplantı sırasında sunulan araştırma sonuçlarına, tartışmaya katılan bireylerin paylaştığı görüşlere ve kendi deneyimlerine dayanarak, konsensus karar oylamasına katılan 80 katılımcının:

1. %86.3'ü [n=69] dispnenin yönetiminde yüze soğuk hava uygulamasının kullanılabilir yaklaşım olduğunu bildirdiğinden, oy çokluğu ile palyatif bakım hastalarına dispnenin yönetiminde solunum egzersizlerinin kullanımının önerilmesine karar verilmiştir.

Dispnenin Yönetiminde Gevşeme Egzersizlerinin Kullanımı

Konsensüs öncesi yapılan genel oylamada, katılımcılara "Dispneli hastaya, gevşeme egzersizleri yapmasını önerir misiniz?" sorusu soruldu. Oylamaya katılanların

1. %96.2'si [n=52] dispnenin yönetiminde hastalarına gevşeme egzersizleri [%67.4'ü [n=29] rehberli imgeleme, %15.5'i [n=7] yoga, %45.7'si [n=21] progresif kas gevşetme egzersizi, %42'si [n=21] müzik dinleme, %28.6'sı [n=14] masaj] önerdiğini,
2. Dispnenin yönetiminde gevşeme egzersizlerinin kullanımını öneren katılımcıların %9.6'sı [n=5] dispnenin kontrolünde gevşeme egzersizlerinin etkili, %73'ü [n=38] bazı hastalarda etkili bazılarında ise etkisiz olduğunu ve %17.3'ü [n=9] etkinliğini değerlendirmediğini bildirmiştir.

bir tanesi karma grupla yapılan deneysel çalışmadır [61]. Literatürde KOAH'lı hastalar ile yapılan beş randomize kontrollü çalışmaya da ulaşılmıştır [58, 59, 62-64]. Ayrıca dispneli kanser hastalarıyla yapılan diğer çalışmalarda hastalara rahatlaması için psikolojik destek, solunum kontrolü ve başetme stratejilerinin öğretilmesi ile dispnelerinin azaltıldığı gösterilmiştir [10, 65] (Kanıt Düzeyi II).

Kanser hastalarında [n=53] teta müzik ile yapılan rehberli imgelemenin etkinliğinin değerlendirildiği pilot çalışmada hastalara girişim öncesi dinlenme ve 3 dakika "Amazing Grace" müzik dinletisi, 4 dakika müzik ile birlikte rehberli imgeleme girişimi, sonra tekrar 3 dakika müzik dinletisi yapılmıştır. Çalışmada eş zamanlı müzik ve rehberli imgeleme yapılan hastalarda solunum sayısı azalmış end tital volüm artmış, satürasyon değerinde bir değişiklik olmamıştır [60] (Kanıt düzeyi II).

Mithinsonun çalışmasında [2014] 153 karma grup palyatif bakım hastasına hafif ve orta dereceli efloraj şeklinde 20 dakika masaj uygulanmıştır. Kaşeksi ve ödem olan hastalara daha yumuşak yapılırken, kemik metastazı ya da yara olan bölgelere masaj yapılmamıştır. Çalışmanın sonucında dispne, anksiyete ve ağrıda anlamlı azalma olmuş hastaların gevşeme ve rahatlama durumlarında artış gözlenmiştir [61] (Kanıt düzeyi II).

Gift ve arkadaşlarının [1992] yaptığı 26 kişinin katıldığı çalışmada deney grubuna 4 hafta boyunca haftada en az 3-6 seans 20 dakika 16 farklı kas grubunda gerginliği azaltacak tekniklerle kas gevşetme seansları yapılmıştır. Kontrol grubuna ise 4 hafta boyunca hasta 20 dakika dinlendirilip sonrasında

değerlendirilme yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda deney grubunda dispne ve anksiyete azalmıştır [58] (Kanıt düzeyi II).

Sing ve arkadaşlarının [2009] çalışmasında 72 KOAH hastasının 36'sına kendi seçtiği 60-80 vuruşluk bir müzik 30 dakika dinletilmiştir.. Diğer gruba da 16 kas grubunu gevşeten kas gevşetme talimatlarının olduğu ses kaydı dinletilmiştir. Çalışma sonucunda müzik uygulamasında anksiyete, dispne, kan basıncı, nabız ve solunum sayısı kontrol grubuna göre azalmıştır [59] (Kanıt düzeyi II).

Donesk ve arkadaşlarının [2009] yaptığı bir çalışmada ise deney grubundaki 12 kişiye 12 hafta boyunca haftada 2 kez yoga pozisyonları [asana] ve nefeslerini [pranayama] içeren yoga programı uygulanmıştır. On iki kişilik kontrol grubuna ise standart bakım verilmiştir. Çalışmanın sonucunda deney grubunun aktivite toleransları artmış, dispneye bağlı distres azalmış ve fonksiyonel performansları artmıştır [62] (Kanıt düzeyi II).

Yapılan bir başka randomize kontrollü çalışmada ise 40 KOAH hastasında 20 kişilik kontrol grubuna sadece geleneksel yöntemler kullanılırken 20 kişilik deney grubuna bu yöntemlere ek olarak P6, ST36, Cv22, B13, Du14, L1 ve L10 noktalarına akupresur uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda akupresur dispne ve solunum sayısında azalmayı sağlarken, yorgunlukta etkili olmamıştır[63] (Kanıt düzeyi II).

Wu'nun [2004] 44 KOAH hastasıyla yaptığı randomize kontrollü çalışmada deney grubuna gerçek akupresur noktalarına akupresur, kontrol grubuna ise sahte bölgelere 16 dakikalık 5 seanstan oluşan toplam 20 seans akupresur yapılmıştır. Çalışmanın sonunda deney grubunda dispne skorları, oksijen satürasyonları ve solunum fonksiyonlarında anlamlı iyileşme görülmüştür [64] (Kanıt düzeyi II).

Akupunktur

Dispne yönetiminde kullanılan yöntemlerden bir diğeri de akupunktur uygulamasıdır. Akupunktur uygulamasının endojen opioid [endorfin ve enkafalinler] salınımına neden olduğu ve limbik sistemi etkilediği düşünülmektedir [66-68]. Salınan endorfin analjezik etkisi yaratarak solunum hareketlerini kolaylaştırır ve tidal volüm hacminin gelişmesini sağlar. Yine endorfinin doku ve kas gevşetici etkisi ile yüzeyel nefes alıp verme hareketi azalarak derin nefes alıp verme hareketleri artar [69].

Dispne yönetiminde hastalara Şekil 2-7'de gösterilen akupuntur noktalarına, akupunktur uygulaması haftada 1-2 kez [67, 68] (Kanıt Düzeyi III), 15-45 dakika [35, 36] (Kanıt Düzeyi III) [34] (Kanıt Düzeyi II), en az 6 [33] (Kanıt Düzeyi III), en fazla 10 hafta [36] (Kanıt Düzeyi III) yapılmıştır.

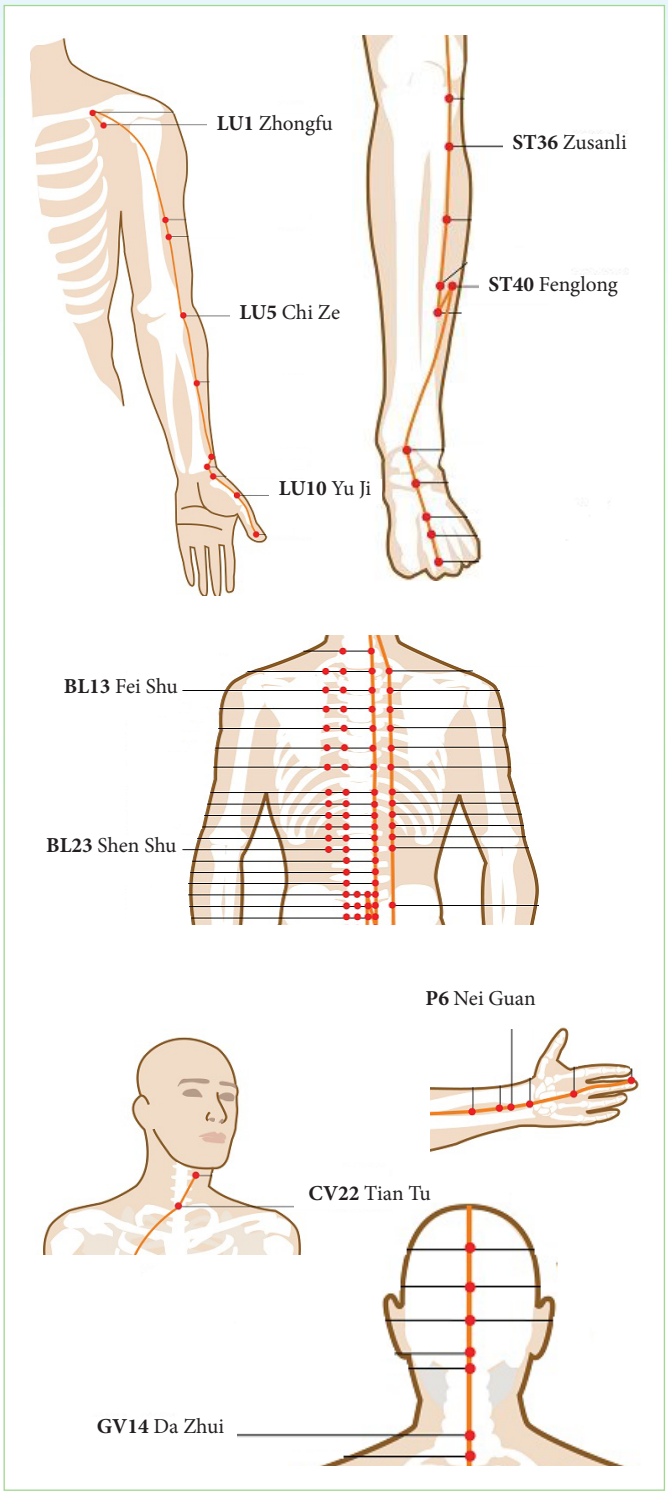
Dispnenin yönetiminde akupunkturun etkisi Vickers ve arkadaşlarının 2005 yılında 47 akciğer ve meme kanserli hastayla yaptıkları randomize kont-

Dispnenin Yönetiminde Gevşeme 2017 Konsensus Kararı

Literatür taramasında, dispnenin yönetiminde gevşeme egzersizlerinin etkisini inceleyen dokuz randomize kontrollü çalışmaya ulaşılmıştır. Sekiz çalışmada gevşeme egzersizlerinin dispnenin yönetiminde etkili, bir çalışmada ise etkisiz yaklaşım olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar, kanser ile ilişkili dispnenin yönetiminde gevşeme egzersizlerinin kullanımına karar vermemizi destekleyecek niteliktedir.

Toplantı sırasında sunulan araştırma sonuçlarına, tartışmaya katılan bireylerin paylaştığı görüşlere ve kendi deneyimlerine dayanarak, konsensus karar oylamasına katılan 74 katılımcının:

1. %97,3'ü [n=72] dispnenin yönetiminde gevşeme egzersizlerinin kullanılabilir yaklaşım olduğunu bildirdiğinden, oy çokluğu ile palyatif bakım hastalarına dispnenin yönetiminde gevşeme egzersizlerinin kullanımının önerilmesine kararı verilmiştir.



Şekil 2-7. Dispnenin yönetiminde kullanılan akupunktur noktaları

rollü çalışmada değerlendirilmiştir. Kör teknikle atanan iki gruptan 25 kişilik deney grubuna doğru akupressurdan sonra doğru bölgelere [Ren 6, LUI, LU7, ST36, KI6, Auricular lung point, Auricular kidney point, Sternal points or Ren17] gerçek akupunktur iğneleri ile 15 dakika uygulama yapılmıştır. Kontrol grubunda 21 kişi ise placebo akupressurdan sonra doğru akupunktur iğneleri ile sahte bölgelere ya da, sahte akupunktur iğneleri ile doğru bölgelere 15 dakika uygulama yapılmıştır. Kontrol grubundan bir kişi daha sonra çalışmadan çıkarılmıştır. Çalışma sonucunda akupunktur uygulamasının plasebo uygulamasına göre dispneyi %20 azalttığı bulunmuştur [34] (Kanıt Düzeyi II).

Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeğinden 4 ve üzeri puan alan hasta ile yapılan gözlemsel longitidunal çalışmada, 33 akciğer kanserli hastaya 1-2 hafta minimum 4 seans 45 dakika akupunktur uygulanmıştır. Dokuz akupunktur noktası kullanılmıştır. Bunlardan altı tanesi vücut noktaları [Li4, Liv3, St36, Sp6, P6, Lu7] ve üç tanesi auriküler bölgelerdir [Shenmen, Subcortex, Zero]. Çalışma sonucunda akupunktur seans sayısı arttıkça hastaların iyilik halinin arttığı ve minimum 6 seans sonunda iyilik halinin %70 arttığı bulunmuştur [35] (Kanıt Düzeyi III).

Bauml ve arkadaşlarının yaptığı pilot çalışmada örneklemi akciğer kanseri olup Dispne Numerik Skalasında 3 ve üzeri puan alan hastalar oluşturmuştur. On iki hastaya kemoterapi infüzyonu sırasında literatürdeki yerler doğrultusunda 25-40 mm olan akupunktur iğneleri 15-20 dakika boyunca uygulanmıştır. Daha sonra sırt bölgesindeki iğneler yerleştirilerek 15-20 dakika bekletilmiştir. 10 hafta boyunca her hafta 1 kez seans uygulanmış, hastalar seanslar bittikten sonrada 4 hafta boyunca izleme gelmişlerdir. Numerik skala da dispne skor ortalamaları 6.2'den 3.2'ye kadar düşmüştür. Akciğer kanseri hastalarında dispne yönetiminde akupunkturun dispneyi azalttığı belirtilmiştir [36] (Kanıt Düzeyi III).

Farmakolojik Yaklaşımlar

Farmakolojik girişimlerden biri olan opioidler, opioid reseptörlerine bağlanarak dispnenin santral algısının azaltılması, anksiyetenin azaltılması ve oksijen tüketiminin azaltılmasını sağlayarak dispneyi azaltmaktadır [70]. Yapılan bir meta-analiz sonucunda subkutan olarak morfin uygulamasının dispne yönetiminde etkili olduğu; dispnenin başlangıç seviyelerinin kontrolünde morfinin yararlı etkisinin, tedaviye midazolam eklenmesiyle artabileceği söylenmiştir. Ayrıca nebülize furosemid ile plasebo karşılaştırıldığında furosemid dispneyi iyileştirmede etkili bulunmamıştır [31] (Kanıt Düzeyi I). Meta-analizi yapılan çalışmalarda midazolam ve morfininin yan etkisi olduğu bildirilmiş ancak solunum sistemi depresyonu ve sedasyon gibi ciddi yan etki rapor edilmemiştir. Opioidlerin sedasyon, solunum depresyonu, mide bulantısı, kusma ve kabızlık yan etkilerine karşı hemşire hastayı yakından takip etmelidir [70] (Kanıt Düzeyi I).

KAYNAKLAR

1. Jaturapatporn D, Moran E, Obwanga C, Husain A. Patients' experience of oxygen therapy and dyspnea: a qualitative study in home palliative care. Support Care Cancer 2010;18(6):765-70.
2. Bruera E, Schmitz B, Pither J, Neumann C, Hanson J. The frequency and correlates of dyspnea in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage 2000;19(5):357-62.
3. Guirimand F, Sahut d'izarn M, Laporte L, Francillard M, Richard J, Aegerter P. Sequential occurrence of dyspnea at the end of life in palliative care, according to the underlying cancer. Cancer Med 2015;4(4):532-9.
4. Thomas S, Bausewein C, Higginson I, Booth S. Breathlessness in cancer patients–implications, management and challenges. Eur J Oncol Nurs 2011;15(5):459-69.
5. Weingaertner V, Scheve C, Gerdes V, Schwarz-Eywill M, Prenzel R, Bausewein C, et al. Breathlessness, functional status, distress, and palliative care needs over time in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease or lung cancer: a cohort study. J Pain Symptom Manage. 2014;48(4):569-81. e1.
6. Currow D, Smith J, Davidson P, Newton P, Agar M, Abernethy A. Do the trajectories of dyspnea differ in prevalence and intensity by diagnosis at the end of life? A consecutive cohort study. J Pain Symptom Manage 2010;39(4):680-90.
7. Booth S, Moosavi S, Higginson I. The etiology and management of intractable breathlessness in patients with advanced cancer: a systematic review of pharmacological therapy. Nature Clin Prac Oncol 2008;5(2):90.
8. Meek P, Schwartzstein R, Adams L, Altose M, Breslin E, Carrieri-Kohlman V, et al. Dyspnea: mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. Am J Respir Crit Care Med. 1999;159(1):321-40.
9. Bestall J, Paul E, Garrod R, Garnham R, Jones P, Wedzicha J. Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax. 1999;54(7):581-6.
10. Bredin M, Corner J, Krishnasamy M, Plant H, Bailey C, A'hern R. PapersMulticentre randomised controlled trial of nursing intervention for breathlessness in patients with lung cancer. Bmj. 1999;318(7188):901.
11. Kara D, Yıldız H. Dispne Semptomunun Değerlendirilmesinde Dispne Ölçeklerinin Etkinlikleri Ve Kullanım Sıklıkları. Gümüşhane University Journal of Health Sciences. 2013;2(1).
12. Yürüktümen A, Karcıoğlu Ö, Topacoğlu H, Karbek F. Dispne İle Başvuran Geriyatrik Olgularda Yakınma Şiddeti İle Klinik Ve Laboratuvar Verilerinin Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Emergency Medicine. 2009;9(4):163-8.
13. Common Terminology Criteria for Adverse Events v4.03: (CTCAE) N. Available from: URL: http://evs.nci. nih. gov/ftp1/CTCAE/About. html 2010 (2017, Jan, 10)
14. Bruera E, Kuehn N, Miller M, Selmser P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. Journal of palliative care. 1991.
15. Borg G. Psychophysical bases of perceived exertion. Med Sci Sports Exerc 1982;14(5):377-81.

16. Aitken R. Measurement of feelings using visual analogue scales. Proc R Soc Med 1969;62(10):989.

17. Gift A. Validation of a vertical visual analogue scale as a measure of clinical dyspnea. Rehabil Nurs 1989;14(6):323-5.

18. Bausewein C, Farquhar M, Booth S, Gysels M, Higginson I. Measurement of breathlessness in advanced disease: a systematic review. Respir Med 2007;101(3):399-410.

19. Sharp J, Drutz W, Moisan T, Foster J, Machnach W. Postural Relief of Dyspnea in Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease 1–2. Am Rev Respir Dis 1980;122(2):201-11.

20. O'Neill S, McCarthy D. Postural relief of dyspnoea in severe chronic airflow limitation: relationship to respiratory muscle strength. Thorax. 1983;38(8):595-600.

21. Garrodl R, Dallimore K, Cook J, Davies V, Quade K. An evaluation of the acute impact of pursed lips breathing on walking distance in nonspontaneous pursed lips breathing chronic obstructive pulmonary disease patients. Chron Respir Dis 2005;2(2):67-72.

22. Kara D, Yıldız H, Ertürk A, Gürsel A, Köktürk F, Akansel N. kronik obstruktif akciger hastalarına uygulanan pursed lip ve diyafragmatik solunum egzersizlerinin dispne siddeti ve solunum fonksiyon testleri uzerine etkisi Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences. 2013;16(4).

23. Nield M, Hoo G, Roper J, Santiago S. Efficacy of pursed-lips breathing: a breathing pattern retraining strategy for dyspnea reduction. J Cardiopulm Rehabil Prev. 2007;27(4):237-44.

24. Philip J, Gold M, Milner A, Di Iulio J, Miller B, Spruyt O. A randomized, double-blind, crossover trial of the effect of oxygen on dyspnea in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage 2006;32(6):541-50.

25. Bruera E, Sweeney C, Willey J, Palmer J, Strasser F, Morice R, et al. A randomized controlled trial of supplemental oxygen versus air in cancer patients with dyspnea. Palliat Med. 2003;17(8):659-63.

26. Booth S, Galbraith S, Ryan R, Parker R, Johnson M. The importance of the feasibility study: Lessons from a study of the hand-held fan used to relieve dyspnea in people who are breathless at rest. Palliat Med 2016;30(5):504-9.

27. Reville B, Axelrod D, Maury R. Palliative Care for the Cancer Patient. Primary Care: Clinics in Office Practice. 2009;36:781-810.

28. Parshall M, Schwartzstein R, Adams L, Banzett R, Manning H, Bourbeau J, et al. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. Am J Respir Crit Care Med. 2012;185(4):435-52.

29. Bausewein C, Booth S, Gysels M, Higginson I. Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases. Cochrane Database Syst Rev. 2008;2.

30. Martinez J, Rodrigues H, Portelinha A. A novel position for postural relief of dyspnea. J Bras Pneumol 2011;37(6):829-30.

31. Ben-Aharon I, Gafter-Gvili A, Leibovici L, Stemmer S. Interventions for alleviating cancer-related dyspnea: a systematic review and meta-analysis. Acta Oncol 2012;51(8):996-1008.

32. Wong S, Leong S, Chan C, Kan S, Cheng H. The effect of using an electric fan on dyspnea in Chinese patients with terminal cancer: A randomized controlled trial. Am J Hosp Palliat Care. 2017;34(1):42-6.

33. Galbraith S, Fagan P, Perkins P, Lynch A, Booth S. Does the use of a handheld fan improve chronic dyspnea? A randomized, controlled, crossover trial. J Pain Symptom Manage. 2010;39(5):831-8.

34. Vickers A, Feinstein M, Deng G, Cassileth B. Acupuncture for dyspnea in advanced cancer: a randomized, placebo-controlled pilot trial (ISRCTN89462491). BMC Palliat Care 2005;4(1):5.

35. Kasymjanova G, Grossman M, Tran T, Jagoe R, Cohen V, Pepe C, et al. The potential role for acupuncture in treating symptoms in patients with lung cancer: an observational longitudinal study. Curr Oncol 2013;20(3):152.

36. Bauml J, Haas A, Simone C, Li S, Cohen R, Langer C, et al. Acupuncture for dyspnea in lung cancer: results of a feasibility trial. Integr Cancer Ther 2016;15(3):326-32.

37. Campbell M, Yarandi H, Dove-Medows E. Oxygen is nonbeneficial for most patients who are near death. J Pain Symptom Manage 2013;45(3):517-23.

38. Ahmedzai S, Laude E, Robertson A, Troy G, Vora V. A double-blind, randomised, controlled Phase II trial

of Heliox28 gas mixture in lung cancer patients with dyspnoea on exertion. Br J Cancer 2004;90(2):366.

39. Abernethy A, McDonald C, Frith P, Clark K, Herndon J, Marcello J, et al. Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomised controlled trial. The Lancet. 2010;376(9743):784-93.

40. Hochstetter J, Lewis J, Soares-Smith L. An investigation into the immediate impact of breathlessness management on the breathless patient: randomised controlled trial. Physiotherapy. 2005;91(3):178-85.

41. Jeong J, Yoo W. Effect of caregiver education on pulmonary rehabilitation, respiratory muscle strength and dyspnea in lung cancer patients. J Phys Ther Sci 2015;27(6):1653-4.

42. Higginson I, Bausewein C, Reilly C, Gao W, Gysels M, Dzingina M, et al. An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial. Lancet Respir Med 2014;2(12):979-87.

43. Hately J, Laurence V, Scott A, Baker R, Thomas P. Breathlessness clinics within specialist palliative care settings can improve the quality of life and functional capacity of patients with lung cancer. Palliat med 2003;17(5):410-7.

44. Henderson Y. A practical approach to breathing control in primary care. Nursing standard. 2008;22(44):41-3.

45. Heijdra Y, Dekhuijzen P, Van Herwaarden C, Folgering H. Effects of body position, hyperinflation, and blood gas tensions on maximal respiratory pressures in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax. 1994;49(5):453-8.

46. Mahler D, Snyder P, Virgulto J, Loke J. Positional dyspnea and oxygen desaturation related to carcinoma of the lung: up with the good lung. Chest. 1983;83(5):826-7.

47. Booth S, Kelly M, Cox N, Adams L, Guz A. Does oxygen help dyspnea in patients with cancer? Am J Respir Crit Care Med 1996;153(5):1515-8.

48. Bruera E, de Stoutz N, Velasco-Leiva A, Schoeller T, Hanson J. Effects of oxygen on dyspnoea in hypoxaemic terminal-cancer patients. The Lancet. 1993;342(8862):13-4.

49. Bruera E, Schoeller T, MacEachern T. Symptomatic benefit of supplemental oxygen in hypoxemic patients with terminal cancer: the use of the N of 1 randomized controlled trial. J Pain Symptom Manage. 1992;7(6):365-8.

50. Ben-Aharon I, Gafter-Gvili A, Paul M, Leibovici L, Stemmer S. Interventions for alleviating cancer-related dyspnea: a systematic review. J Clin Oncol 2008;26(14):2396-404.

51. Uronis H, Currow D, McCrory D, Samsa G, Abernethy A. Oxygen for relief of dyspnoea in mildly-or non-hypoxaemic patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. Br J Cancer 2008;98(2):294.

52. Booth S. Science supporting the art of medicine: improving the management of breathlessness. Palliat Med 2013.

53. Puspawati N, Sitorus R, Herawati T. Hand-held fan airflow stimulation relieves dyspnea in lung cancer patients. Asia Pac J Oncol Nurs. 2017;4(2):162.

54. Kako J, Morita T, Yamaguchi T, Sekimoto A, Kobayashi M, Kinoshita H, et al. Evaluation of the appropriate washout period following fan therapy for dyspnea in patients with advanced cancer: a pilot study. Am J Hosp Palliat Care. 2017:1049909117707905.

55. Bausewein C, Booth S, Gysels M, Kühnbach R, Higginson I. Effectiveness of a hand-held fan for breathlessness: a randomised phase II trial. BMC Palliat Care 2010;9(1):22.

56. Akıncı A, Pınar R. Kronik obstruktif akciger hastaligi olan hastalarda dispne rehabilitasyonu. Cumhuriyet Hemsirelik Dergisi. 2012;1(1):24-9.

57. Faager G, Stahle A, Larsen F. Influence of spontaneous pursed lips breathing on walking endurance and oxygen saturation in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease. Clin Rehabil 2008;22(8):675-83.

58. Gift A, Moore T, Soeken K. Relaxation to reduce dyspnea and anxiety in COPD patients. Nurs Res 1992;41(4):242-6.

59. Singh V, Rao V. Comparison of the effectiveness of music and progressive muscle relaxation for anxiety in COPD—A randomized controlled pilot study. Chron Respir Dis 2009;6(4):209-16.

60. Lai W, Chao C, Yang W, Chen C. Efficacy of guided imagery with theta music for advanced cancer patients with dyspnea: a pilot study. Biol Res Nurs 2010;12(2):188-97.

61. Mitchinson A, Fletcher C, Kim H, Montagnini M, Hinshaw D. Integrating massage therapy within the palliative care of veterans with advanced illnesses: an outcome study. Am J Hosp Palliat Care 2014;31(1):6-12.

62. Donesky-Cuenco D, Nguyen H, Paul S, Carrieri-Kohlman V. Yoga therapy decreases dyspnea-related distress and improves functional performance in people with chronic obstructive pulmonary disease: a pilot study. J Altern Complement Med 2009;15(3):225-34.

63. El-Saadawy D. Effect of acupressure on dyspnea and fatigue among patients with chronic obstructive pulmonary disease. J Educ Prac 2013;4(22):50-61.

64. Wu H, Wu S, Lin J, Lin L. Effectiveness of acupressure in improving dyspnoea in chronic obstructive pulmonary disease. J adv Nurs 2004;45(3):252-9.

65. Corner J, O'driscoll M. Development of a breathlessness assessment guide for use in palliative care. Palliat Med 1999;13(5):375-84.

66. Ulett G, Han J, Han S. Traditional and evidence-based acupuncture. South Med J 1998;91(12):115.

67. Ding-Zong W. Acupuncture and neurophysiology. Clin Neurol Neurosurg. 1990;92(1):13-25.

68. Hui K, Marina O, Liu J, Rosen B, Kwong K. Acupuncture, the limbic system, and the anticorrelated networks of the brain. Auton Neurosci 2010;157(1):81-90.

69. Dogan H, Tascı S. Acupressure practice and dyspnea in patients with lung cancer. Spatula. 2015;5(4):199-205.

70. Jennings A, Davies A, Higgins J, Gibbs J, Broadley K. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. Thorax. 2002;57(11):939-44.

3

BULANTI VE KUSMA

Esra Bayrak, Gülbeyaz Can, Sevinç Kutlutürkan, Nurseven Karaman, Paz Fernández Ortega, Maryam Rassouli, Rana Obeidat, Dhamani Khairunnisa, Nuran Akdemir, Pınar Saip

İleri evre kanser hastalarında sık görülen ve kontrol altına alınması zor semptomlardan biri bulantı ve kusmadır. Hastaların yaşam kalitesini ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyen bu sorunun yönetiminde farklı tedavi stratejileri geliştirilmiş olsa da, bazı hastalarda hala kontrol altına alınması zordur [1-4]. Bir çalışmada yer alan bazı hastaların bulantıya neden olabilecek bir ağrı kesici almaktansa ağrı ile yaşamayı tercih ettiğini ifade ettiği bildirilmiştir [5].

Palyatif bakım hastalarında bulantı ve kusmanın sıklığı hastalığın tipine, evresine ve uygulanan tedavinin türüne bağlı farklılık göstermektedir. Literatürde, kemoterapi ile ilişkili akut ve gecikmiş bulantı kusmanın görülme sıklığının hastaya antiemetik profilaksi uygulanmış olsa dahi %50'den fazla olduğu [6], yaşamın son haftasında özellikle palyatif bakım hastalarının %70'ini etkileyen önemli sorunlardan biri olabileceği [7] ifade edilmiştir. Ayrıca bir çalışmada ileri evre kanser hastalarında yaşamın son 6 ayında kronik bulantı-kusmanın görülme sıklığının %60 [8], yaşamının son 1-2 haftasında bulantının görülme sıklığının %13 (3 çalışma, 799 hasta) ve kusmanın %17 (6 araştırma, 2219 hasta) olduğu bildirilmiştir [9].

Palyatif bakım hastalarında bulantı ve kusma gelişimini tetikleyen pek çok neden vardır. Hastaya uygulanan tedaviye (kranyal/ gastrointestinal radyoterapi, opioid analjezik, kemoterapi, antibiyotik vb.) ya da santral sinir sistemi tutulumuna, barsak tıkanıklığına, intraabdominal tümörlere karaciğer metastazına, metabolik anormalilere (hiperkalsemi, üremi, dehidratasyon) bağlı gelişebilir [1,2,4,5,7,8].

Sonuç olarak neden ne olursa olsun bulantı ve kusma, hastaların günlük yaşam aktivitelerine katılımını engelleyen ve hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen en önemli sorunlardan biridir. Kontrol altına alınamayan bulantı kusma, hastanın yetersiz beslenmesine neden olarak hastalarda dehidratasyonun gelişmesine ve elektrolit dengesinin bozulmasına, hastanın psikolojik ve mental açıdan kötüleşmesine neden olabilir [10-13].

Bir çalışmada, kontrol altına alınamayan bulantı-kusmanın hastanın aylık tıbbı masraflarını arttırabileceği gösterilmiştir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular kemoterapiye bağlı kontrol altına alınamayan bulantı kusmanın hastanın aylık tıbbı masraflarında $1,300 ek maliyet artışına neden olduğu saptanmıştır [14].

Bu nedenle palyatif bakım ekibi, bulantı ve kusmanın varlığını yakından takip ederek, sorunun nedenini temel alarak yönetiminde etkili yaklaşımları erken dönemde planlanmalı ve uygulanmalıdır.

BULANTI KUSMAYI TANILAMA

Palyatif bakım hastalarında, hastaya uygulanan kraniyal ya da gastrointestinal bölge ışınlaması, kemoterapi (emetojenitesi yüksek olan ilaçlar), opioid kullanımı ya da hemodinamik dengenin bozulması gibi bulantı kusmanın gelişimini tetikleyen pek çok neden olabilir [1,2,4,5,10-12]. Bu nedenle, bu hasta grubunda bulantı-kusmanın varlığının hasta ile yapılan her görüşmede değerlendirilmesi ve takip edilmesi önemlidir.

Görüşme sırasında, tanılamaya ''Bulantı kusmanız var mı?" sorusu sorularak başlanmalıdır (Şekil 3-1). "Bulantı kusması olduğunu ifade eden" hastalarda bu sorunu tetikleyen temel neden/-lerin neler olduğu araştırılmalıdır. Opioid kullanımı, konstipasyon ve metabolik anormalilerin varlığı (hiperkalsemi, üremi, dehidratasyon) [10-12] araştırılmalı ve uygulanan kemoterapotik ajanın emetojenite düzeyi değerlendirilmelidir (Tablo 3-1) [13-17].

Nedeninin tanımlanmasının yanı sıra bulantı ve kusmanın şiddeti ve hastanın etkilenme düzeyi de değerlendirilmelidir. Hastanın fiziksel muayenesi yapılmalı ve laboratuvar sonuçlarındaki değişimler incelenmelidir. Ayrıca bulantı ve kusmanın akut ya da kronik olup olmadığı, öğürme ve dispepsi ile birlikte mi, yoksa tek başına mı meydana geldiği de netleştirilmelidir [10-12, 18,19].

Takiben yapılan tanılama sonucunda elde edilen veriler göz önünde bulundurularak bulantı ve kusmanın nedenini kontrol altına almada etkili yaklaşımlar tanımlanmalı ve hastaların yaşam kalitesine arttırmaya yönelik bu sorun ile başetmede etkili girişimler planlanmalıdır.

Klinikte Bulantı-Kusmayı Tanılama

Konsensüs sırasında yapılan oylama sırasında, sağlık çalışanlarının %98'i (n=53) hastalarında bulantı-kusmayı değerlendirdiğini ve değerlendirme sırasında %46.7'si (n=21) özel tanılama aracı kullandığını, %53.3'ü (n=24) kullanmadığını bildirmiştir.

- Bazı katılımcılar bulantının varlığını ve kusmanın sayısını genellikle günlük semptom sorgulaması sırasında sorgulaya "Var" ya da "Yok" olarak değerlendirdiğini, özel tanılama aracı kullanmadığını ve bu tür değerlendirme araçlarının genellikle klinik çalışmalarda kullanıldığını bildirdi.
- Bazı katılımcılar, kurumlarında bulantı ve kusmanın tanılanmasında Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeğinin (ESAS) ya da kuruma özgü değerlendirme araçlarının kullanıldığını bildirdi.
- Pediyatrik onkolojide çalışanlar, çocukların bulantı varlığını ve kusma sayılarını günlük olarak kusma sayısı yazarak ya da sözel ifadeleri kullanarak değerlendirdikleri bildirdi.
- Hekimler, bulantı ve kusmanın tanılanmasında genellikle Dünya Sağlık Örgütünün (WHO) ya da Amerika Ulusal Kanser Enstitüsünün Advers Olaylar için Ortak Terminoloji Kriterlerini (NCI-CTCAE v4,03) kullandığını ve değerlendirme sonucunda elde ettiği bilgilere dayanarak tıbbı tedaviyi planladıklarını bildirdi.

Tanılama Araçlarının Kullanımı

Literatürde, bulantı ve kusmanın varlığının tanılanmasında kullanımı önerilen pek çok değerlendirme aracı mevcuttur. Ancak bu değerlendirme araçlarının büyük bir kısmı genellikle kemoterapi ilişkili bulantı ve kusmanın tanımlanması için tasarlanmış ve onaylanmıştır [21], hiç biri palyatif bakım popülasyonuna özgü geliştirilmemiştir. Bulantı ve kusmanın nedeni uygulanan kemoterapi ise, bu değerlendirme araçları kullanabilir, ancak neden farklı ise bu değerlendirme araçlarının kullanımı sorunun tanılanmasında yetersiz kalabilir [12,21-23].

Bir çalışmada palyatif bakım hastalarında

Tablo 3-1. Antineoplastik Ajanların Emetik Etkileri[17]

Bulantı-Kusma Riski	Antineoplastik Ajanlar		
Yüksek >%90	AC Carboplatin AUC ≥4 Carmustine >250 mg/m^2	Cisplatin Cyclophosphamide >1,500 mg/m^2 Dacarbazine	Doxorubicin ≥60 mg/m^2 Epirubicin >90 mg/m^2 Ifosfamide ≥2 g/m^2
Orta %30-90	Aldesleukin 12-15 million IU/m^2 Amifostine >300 mg/m^2 Arsenic trioxide Azacitidine Bendamustine Busulfan Carboplatin AUC<4 Carmustine ≤250 mg/m^2 Clofarabine	Cyclophosphamide ≤1500 mg/m^2 Cytarabine >200 mg/m^2 Dactinomycin Daunorubicin Dinutuximab Doxorubicin <60 mg/m^2 Epirubicin ≤90 mg/m^2 Idarubicin Ifosfamide <2 g/m^2	Interferon alfa ≥10 million IU/m^2 Irinotecan Melphalan Methotrexate ≥250 mg/m^2 Oxaliplatin Temozolomide Trabectedin
Düşük %10-30	Ado-trastuzumab emtansine Aldesleukin ≤12 million IU/m^2 Amifostine ≤300 mg/m^2 Atezolizumab Belinostat Blinatumomab Brentuximab vedotin Cabazitaxel Carfilzomib Cytarabine 100-200 mg/m^2 Docetaxel Doxorubicin (liposomal)	Eribulin Etoposide 5-FU Floxuridine Gemcitabine Interferon alfa 5 - 10 million IU/m^2 Irinotecan (liposomal) Ixabepilone Methotrexate 50 - 250 mg/m^2 Mitomycin Mitoxantrone Necitumumab	Omacetaxine Paclitaxel Paclitaxel-albumin Pemetrexed Pentostatin Pralatrexate Romidepsin Talimogene laherparepvec Thiotepa Topotecan Ziv-aflibercept
Minimal <%10	Alemtuzumab Asparaginase Bevacizumab Bleomycin Bortezomib Cetuximab Cladribine Cytarabine <100 mg/m^2 Daratumumab Decitabine Denileukin diftitox (liposomal) Dexrazoxane	Elotuzumab Fludarabine Interferon alpha ≤5 million IU/m^2 Ipilimumab Methotrexate ≤50 mg/m^2 Nelarabine Nivolumab Obinutuzumab Ofatumumab Panitumumab Pegaspargase Peginterferon	Pembrolizumab Pertuzumab Ramucirumab Rituximab Siltuximab Temsirolimus Trastuzumab Valrubicin Vinblastine Vincristine Vincristine (liposomal) Vinorelbine

emesis ölçümünün nasıl yapıldığının incelenmiştir ve yapılan değerlendirme sonucunda ölçeklerinin genellikle çalışmalarda kullanıldığı bildirilmiştir [22]. Günlük bulantı-kusma sorgulamasında yaygın kullanılan değerlendirme araçlarının Vizuel Analog Skala (VAS), Sayısal Tanılama Ölçeği [Numeric Rating Scale (NRS)] ve INV-R (Index of nausea, vomiting and retching) olduğu saptanmıştır [22,23].

Bulantı-Kusmayı Değerlendirme

Hastalarda bulantı ve kusmanın varlığı hasta ile yapılan her görüşmede "Bulantı-kusmanız var mı?" sorusu sorularak değerlendirilmelidir:

- NRS (0= yok; 10=çok fazla)
- Hasta bildirimi: Yok, hafif, orta, şiddetli

Bulantı-Kusma Düzeyi
- NRS'ye göre: 0-3
- Hasta bildirimi: Yok - hafif

→ Her vizitte bulantı-kusmanın varlığı değerlendirilmeli ve izlenmeli

Bulantı-Kusma Düzeyi
- NRS'ye göre: 4-10
- Hasta bildirimi: Orta - Şiddetli

→ Bulantı-Kusma öyküsünü al ve nedenleri tanımlaya çalış

Bulantı ve Kusma Öyküsünü Al

P
- Bulantı ve kusmayı tetikleyen neden/-ler neler?
- Rahatlatan ve kötüleştiren yaklaşımlar neler?

Q
- Bulantı ve kusma dirençli mi, aralıklı mı, akut veya kronik mi?

R
- Bulantı/kusmaya bağlı günlük yaşam aktiviteleri (GYA) / Öz-bakımı kısıtlanmış mı?

S
- Bulantı kusma sayısı ve şiddeti ne?
- Dehidratasyon bulguları var mı?

T
- Ne zaman başladı? Ne sıklıkta oluyor? Ne kadar sürüyor?
- Tedaviye cevabı ne (geçmişte/bugün uygulanan)?

Tedavi Edilebilir Neden/Etkileri Tanımla

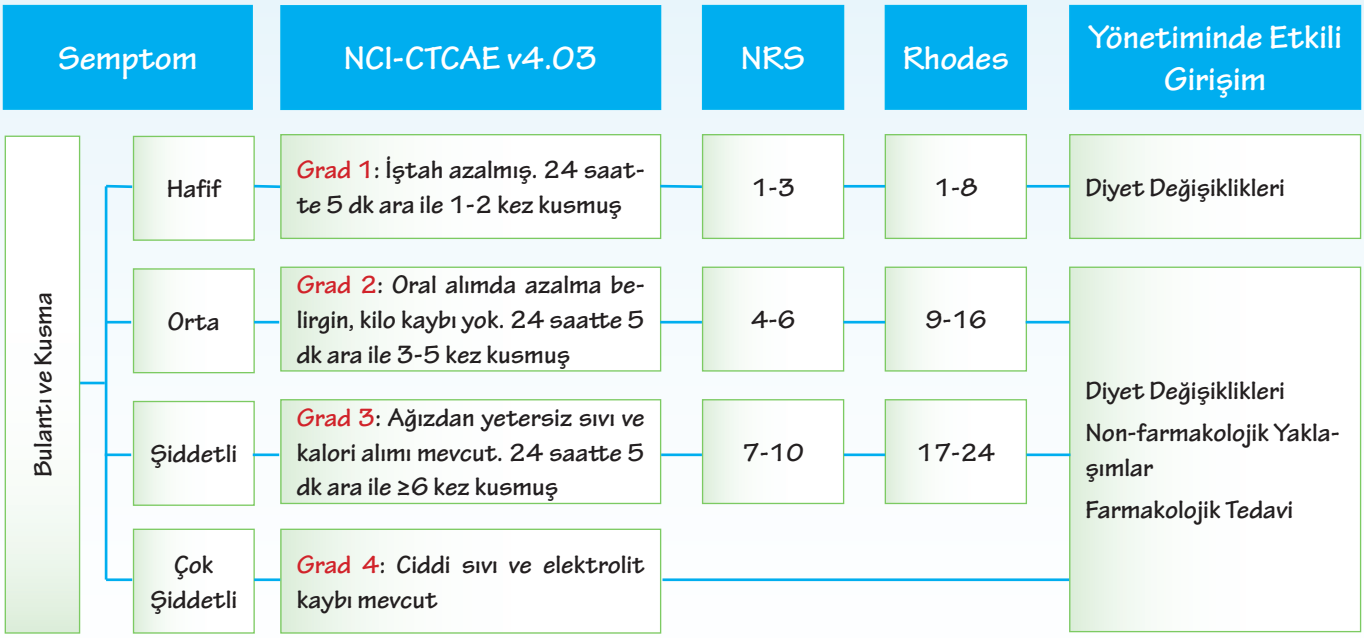
Hastalığın durumunu ve eşlik eden diğer sağlık sorunlarını değerlendir
- İleri evre metastatik kanser hastalığı
- Santral sinir sistemi tutulumu
- Ciddi konstipasyon/dışkı tıkacı
- Metabolik anormallikler

Hastaya uygulanan tedaviler ile ilişkisini incele
- Emetojenite düzeyi yüksek kemoterapi
- Kranyal /gastrointestinal radyoterapi
- Opioid ilaç kullanımı

Bulantı-kusmayı tetikleyen semptomları tanımla
- Barsak obstruksiyonu
- Emosyonel Distres [Anksiyete, Depresyon]
- Gastrit

Beslenme durumuna etkisini tanımla
- Kilo/kalori dengesini değerlendir
- Sıvı elektrolit dengesizliklerini tanımla: sodyum, potasyum

Şekil 3-1. Bulantı-Kusmanın Nedenlerini Tanılama ve Değerlendirme Algoritması



Şekil 3-2. Bulantı ve Kusmanın Sınıflandırılmasında Tek/Çok Boyutlu Tanılama Araçları

Kemoterapi ilişkili bulantı ve kusmanın tanılanması ve yönetimi ile ilgili yapılan bir çalışmada ise, MASCC Antiemezis Ölçeğinin (MAÖ) [MASCC (Multinational Association of Supportive Care in Cancer) Antiemesis Tool (MAT)] ve Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü tarafından geliştirilen Advers Olaylar için Ortak Teminoloji Kriterleri'nin [National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events v4.03 (NCI-CTCAE v4.03] kemoterapi ilişkili bulantı ve kusmanın tanılanmasında en yaygın kullanılan iki değerlendirme aracı olduğu bildirilmiştir [24].

NCI-CTCAE v4.03 toksisite kriterleri kapsamında bulantı ve kusmanın şiddeti ve hastayı etkileme düzeyi hastada iştahsızlık varlığı, yeme alışkanlıklarında değişiklikler, oral alımında değişiklikler, dehidratasyon, malnutrisyon, sıvı ve gıda alımında yetersizlik sorgulanarak tanımlanmaktadır. Değerlendirme sonucunda elde edilen bulgulara dayanarak hastaların etkilenme düzeyi 1'den 5'e kadar kategorize edilmektedir [18] (Şekil 3-2) (Tablo 3-2).

Rhodes bulantı kusma ve öğürme indeksinde ise; bulantı, kusma ve öğürmenin varlığı, sıklığı, şiddeti ve süresi 8 maddeden oluşan ifadeler kullanılarak 0-4 arasında bir rakam verilerek değerlendirilmektedir [19] (Şekil 3-2).

MASCC Antiemezis Ölçeğinde akut ve gecikmiş bulantı-kusmanın sayısı ve şiddeti 8 soru kullanılarak değerlendirilmektedir [25].

Tek boyutlu değerlendirme araçlarında bulantı ve kusmanın varlığı, yüz ifadesi seçilerek, "hafif", "orta", "şiddetli" ve "çok şiddetli" ifadesi kullanılarak [Sözel Değerlendirme Ölçeği (VDS)], 0-10 milimetrelik bir yatay veya dikey çizgi üzerinde kalemle işaretleme yapılarak (Vizüel analog Skala (VAS)] ve Numerik Değerlendirme Ölçeği (NRS)'de çizginin 0 mm noktasında bulantı yok, 100 mm noktasında ise olabilecek en şiddetli bulantı yer almaktadır] ya da Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeği içinde 0'dan 10'a kadar bir puan verilerek değerlendirilmektedir. Tek boyutlu değerlendirme araçlarında hasta o anki bulantı şiddetini kriter alarak ölçek üze-

Tablo 3-2. Bulantı-Kusmayı Sınıflandırmada NCI-CTCAE v4.03

	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Bulantı	Bulantıya bağlı iştahsızlık var; yeme alışkanlığında değişiklik var	Bulantıya bağlı kilo kaybı olmaksızın oral alım azalmış; dehidratasyon veya malnutrisyon mevcut	Sıvı ve gıda alımı yetersiz; NGS beslenme, TPN veya hastanın hastaneye yatırılmasına ihtiyaç var	-	-
Kusma	24 saatte 5 dk. ara ile 1-2 kez	24 saatte 5 dk. ara ile 3-5 kez	24 saatte 5 dk. ara ile 6 kez	Kusma yaşamı tehdit etmekte Acil müdahale gerektirir	Hastanın ölümüne neden oldu

rinde işaretler. Puanlama, işaretli noktanın yansıttığı değerin yazılması ile yapılır [22,23] (Şekil 3-2).

Klinik pratikte, bulantı kusmanın tanılanmasında genellikle tek boyutlu değerlendirme araçlarının kullanımı tercih edilmektedir, çünkü çok boyutlu ölçeklerin klinikte kullanımı zor ve vakit alıcıdır. Ayrıca çok boyutlu ölçeklerin kullanımı hemşirenin iş yükünü arttırdığından klinik pratikte kullanımı tercih edilmemektedir [22].

Bulantı-Kusmayı Tanılama 2017 Konsensus Kararları

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda katılımcıların:

1. %71,9'u (n=23) kullanım kolaylığı ve değerlendirme kapsamı nedeniyle bulantı ve kusmanın değerlendirilmesinde NCI-CTCAE v4.03 toksiste kriterlerini, %21'i (n=7) ESAS'ı ve %6.3'ü (n=2) Rhodes'i kullanmaya karar verdi.

BULANTI VE KUSMANIN YÖNETİMİ

Bulantı ve kusmanın yönetimi bulantı-kusmanın nedeni ve hastanın etkilenme düzeyi temel alınarak planlanmaktadır. Hafif bulantı ve kusmada gıda düzenlemesinin yanı sıra müzik terapi, rahatlatıcı egzersiz, masaj, yoga ve meditasyon gibi dikkati dağıtan yaklaşımların kullanımı yeterli iken, daha şiddetli bulantı ve kusmanın yönetiminde farmakolojik tedavinin başlatılması gerekebilir, akupressure, hipnoz ve akupunktur uygulaması yapılabilir. Özellikle kemoterapi ile ilişkili bulantı ve kusma yönetiminde hasta ve ailesinin bulantı-kusmanın gelişim süreci ve başetme stratejileri hakkında bilgilendirilmesi de başetmede etkili yaklaşım olabilir [10,21].

Bulantı ve kusmanın yönetiminde non-farmakolojik yaklaşımlarının kullanımının değerlendirildiği bir çalışmada, kemoterapi ilişkili bulantı ve kusmanın yönetiminde uygulanabilen yaklaşımların rahat kıyafetler giymek, az ve sık aralıklarla yemek yemek, tatlı, yağlı, tuzlu, baharatlı yiyecekler veya hoş olmayan kokular içeren yiyeceklerden kaçınmak, temiz hava almak ve gevşeme, hipnoz ve akupunktur gibi tamamlayıcı yaklaşımları yaptırmak olduğu bildirilmiştir (Kanıt Düzeyi VI) [24].



Hasta Eğitimi

Bulantı ve kusmanın şiddetini ve sıklığını azaltmada hasta eğitimi önemli ve etkili bir yaklaşımdır [26]. Eğitim sırasında bilgilendirme hastanın eğitim düzeyi dikkate alınarak yapılmalıdır. Bir çalışmada, bilgilendirme sırasında açıklamaların hastanın anlama düzeyine uygun olmaması, eğitim içeriğinin yoğun tıbbi terminoloji içermesi ve hastanın eğitim düzeyine uygun olmaması, sadece okuma-yazması olmayan değil, eğitimli hastaların bile verilen eğitimi anlamakta zorluk yaşamasına neden olabileceği bildirilmiştir (Kanıt Düzeyi VI) [16].

Bulantı-Kusmanın Yönetiminde Eğitimin Kullanımı

Konsensus sırasında yapılan değerlendirmede oylamaya katılan 48 katılımcının %93.8'i (n=45) hasta ve ailesine bulantı ve kusmanın yönetimi konusunda farklı eğitim materyalleri kullanarak ya da kullanmadan sözel olarak eğitim verdiğini, özellikle yeni tedaviye başlayan hastalara bilgilendirme yaparak tedaviye başlandığını bildirmiştir.

Coolbrandt ve ark.(2014) 11 randomize kontrollü çalışmanın incelendiği bir sistematik derlemede, bazı çalışmalarda bias riski fazla olsa da kemoterapi ile ilişkili semptomların yönetiminde hasta eğitimi ve danışmanlığının semptom yükünü azaltmada %10–88 oranında etkili olduğunu bildirilmiştir. Bu çalışmada, bulantı-kusmanın yönetimine yönelik planlanan hemşirelik girişimlerinin etkinliği çalışmadan çalışmaya farklılık gösterse de kemoterapi ilişkili kusmanın yönetiminde önerilen hemşirelik girişimlerinin kemoterapi ilişkili kusmanın şiddetini %72 ve hastanın etkilenme düzeyini %70 oranında azaltmada etkili yaklaşım olabileceği ifade edilmiştir (Kanıt Düzeyi I) [27]. Ayrıca hasta eğitimi sırasında yazılı materyallerin, video ve ses kayıtlarının kullanımının önemli olduğu pek çok çalışmada ifade edilmiştir. Yetmiş meme kanserli hastanın katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada, eğitimde öz-bakım davranışlarını içeren bilgilendirici kaset kullanımının kemoterapi ilişkili yan etkileri azaltmada etkili yaklaşım olduğu gösterilmiştir (Kanıt Düzeyi II) [28].

Kemoterapiye bağlı bulantı ve kusma yönetiminde hemşire rolünün araştırıldığı bir çalışmada; katılımcıların %91'i klinik alanlarda önerilen yaklaşımların etkili olduğunu ve %90'ı hastanın bulantı kusma yönetiminde aktif rol aldığını ifade etmiştir. Katılımcılar bulantı ve kusmanın değerlendirmesinde (%82), yönetiminde (%76) ve hasta eğitiminde (%81) hemşirenin rolünün önemli olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmaya katılan hemşireler hasta eğitimi sırasında antiemetik kullanımına (%98) ve ilaçların yan etkilerine (%84) odaklandığını bildirmişlerdir (Kanıt Düzeyi VI) [29].

Bulantı kusma değerlendirilmesi ve yönetimi ile ilgili yapılan başka bir çalışmada; verilen eğitimlerin denetlenmesi eğitimin düzenli olarak yapılmasını teşvik etmiş ve eğitime uyum oranının %43'ten %100'e yükselmesini sağlamıştır. Eğitimi süresince, hemşire bilgisinin hastanın eğitim kalitesi üzerinde büyük etkiye sahip olduğu ve hasta eğitiminde yazılı materyal kullanımının hastaların bilgi düzeyini arttırdığı bildirilmiştir (Kanıt Düzeyi VI) [24].

İran'da kemoterapi alan hastalarda öz-bakım eğitim programının bulantı ve emezis şiddeti üzerine etkisinin incelendiği bir araştırmaya evre I-II-III kolorektal kanserli 52 hasta dahil edilmiştir. Yüksek emotojenitesi olan ilaçları alan bu hastalara bulantı ve emezis şiddetinin kontrolü için kas gevşeme egzersizleri, müzik ve beslenme eğitimi verilmiştir. Broşür, resim ve video eğitim materyali olarak kullanılmıştır. Eğitimde hastalık bilgisi, öz-bakımın faydaları, bulantı-kusma nedenlerini önleme ve azaltma, bulantı kusmayı azaltmada etkili beslenme ve diyet, müzik, dikkati dağıtma ve progresif kas egzersizleri 2 ay içinde 6 oturum şeklinde planlanmış ve

her bir oturum 45-60 dk sürmüştür. Çalışma sonucunda bulantı ve kusmanın yönetiminde öz-bakım programının kullanımının kemoterapi ilişkili bulantı ve kusmanın yoğunluğunun hafifletilmesinde etkili yaklaşım olduğu bildirilmiştir (Kanıt Düzeyi III)[30].

Bulantı-Kusmanın Yönetiminde Eğitim: 2017 Konsensus Kararı

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda katılımcılar:

1. Bulantı-kusma gelişme riski olan tüm palyatif bakım hastalarının, özellikle ematojenik kemoterapi alanların, bulantı-kusmanın yönetimi konusunda belli bir program çerçevesinde bilgilendirilmesinin önemli olduğu ifade edilerek, gereksinimine göre bulantı-kusmanın yönetimi konusunda bilgilendirilmesi tüm katılımcıların %100 onayı ile kabul edilmiştir.

Gıda ve Çevre Düzenlemesi

Bulantı ve kusmanın yönetiminde gıda ve çevre düzenlemesi sağlık uzmanları tarafından kullanımı sık önerilen bir yaklaşımdır. Hastalara eğitim sırasında özellikle az ve sık aralıklarla beslenmesi, sindirimi kolay, soğuk ya da oda sıcaklığında hazırlanmış kokusuz gıdalar ile beslenmesi, günlük 2000-3000 ml sıvı tüketmesi, yağlı ve baharatlı gıdalardan uzak durması, bulantı anında limonlu ya da naneli ekşi şekerleri emmesi, yoğun bulantı döneminde özellikle sevilen gıda alımının kısıtlaması önerilmektedir. Ayrıca, bulantıyı tetikleyen görüntü, koku veya sesten uzak durulması, hastanın bulunduğu odanın havalandırılması, rahat ve sıkmayan kıyafetler giyilmesi ve yemeğin hastanın bulunduğu ortamdan farklı bir ortamda hazırlanması da önerilmektedir (Kanıt Düzeyi VI) [2,21,31-33].

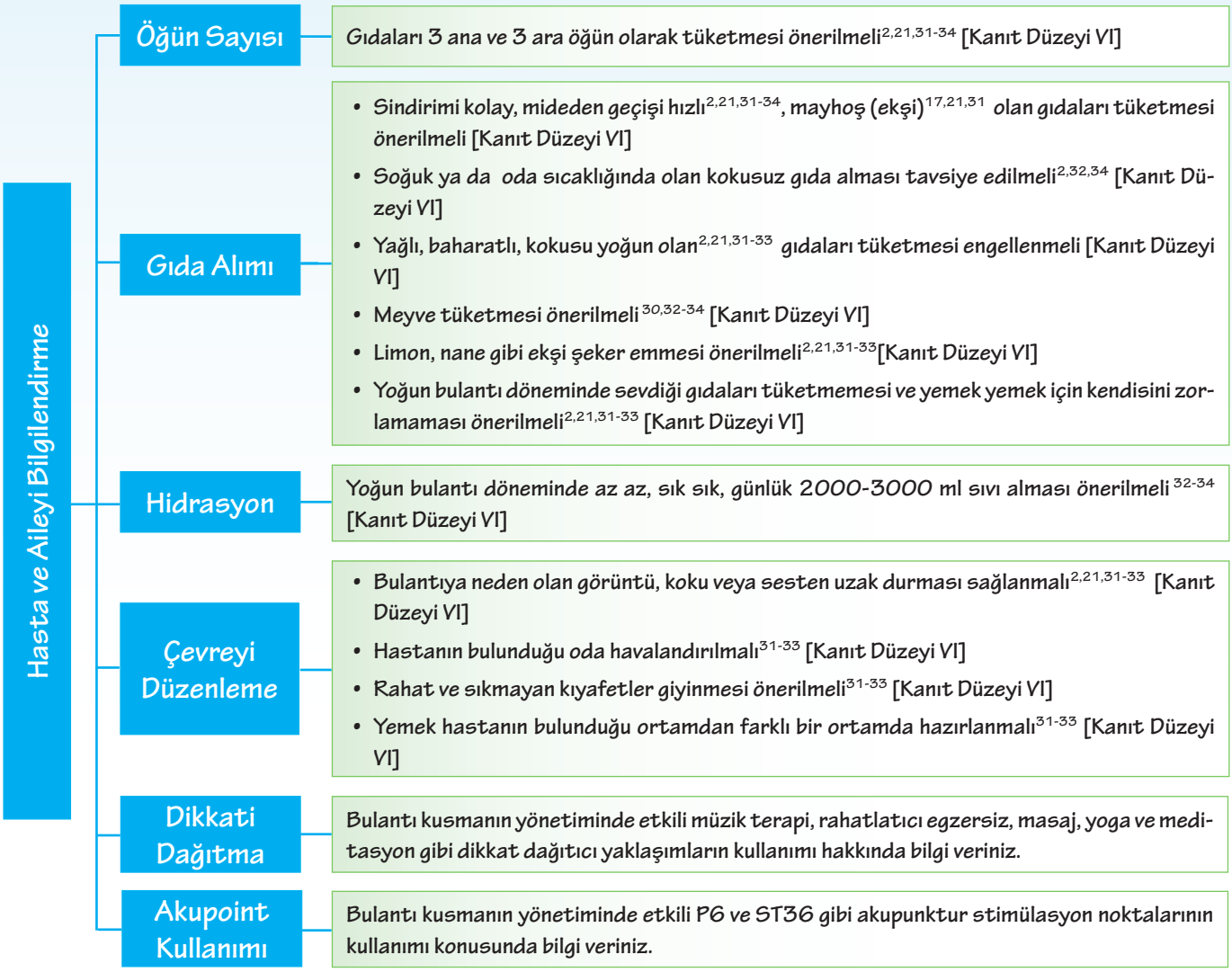
Bulantı-Kusmanın Yönetiminde Gıda ve Çevre Düzenlemesinin Kullanımı

Konsensus sırasında yapılan değerlendirmede, katılımcılarının %96.4'ü (n=53) bulantı ve kusmanın yönetiminde hastalarına diyet değişikliği yapmasını önerdiğini ve %52.5'i (n=21) diyet listesi verdiğini bildirdi. Oylamaya katılanlanların %50'si (n=29) diyet değişikliklerin bulantı ve kusmanın kontrolünde etkili, %48.3'ü (n=28) bazı hastalarda etkili bazılarında ise etkisiz olduğunu %0.3'ü (n=1) etkinliğini değerlendirmediğini ifade etmiştir.

Hastalarına diyet listesi vermeyen katılımcılar, hastalarına kemoterapiden 1-2 saaat önce yemek yememesini, ağır, baharatlı kokulu yiyeceklerden uzak tutulmasını, çocuk hastaların ev yemeklerini daha çok sevdikleri için onların temin edilmesi konusunda önerilerde bulunduklarını ve en önemlisi bulantı kusmanın kontrolünde etkili antiemetikleri hastaların düzenli kullanmasını sağladıklarını ifade etmiştir. Bazı katılımcılar ise, bulantı-kusmanın kontrolünde beslenme ve diyetetik bölümü ile işbirliği içinde çalıştıklarını ifade etmiştir.

Literatürde ileri evre kanser hastalarında bulantı kusmanın yönetiminde gıda ve çevre düzenlemesinin etkisini inceleyen herhangi bir randomize kontrollü çalışmaya rastlanmamış olsa da gıda ve çevre düzenlemesini bulantı ve kusmanın yönetiminde kanser hastaları tarafından sıklıkla kullanılan yaklaşımlardan biridir [2,21,31-33] Bu konuda genellikle tanımlayıcı çalışmalar yapılmıştır ve bu çalışmalardan birinde hastaların çoğu bulantı ve kusmanın yönetiminde gıda ve çevre düzenlemesini kullandığını ancak etkisinin düşük olduğunu ifade etmiştir (Kanıt Düzeyi VI) [34].

Bulantı kusma değerlendirilmesi ve yönetiminde hemşire uygulamalarının değerlendirildiği bir çalışmada, hastalara gıda düzenlemesi önerileri arasında; az ve sık aralıklarla yemek yemek, tatlı, yağlı, tuzlu, baharatlı yiyecekler veya hoş olmayan kokular içeren yiyeceklerden kaçınmak, temiz hava almak, gibi yaklaşımlar olduğu bildirilmiştir (Kanıt Düzeyi VI)[24].



Şekil 3-3. Bulantı-Kusmanın Yönetiminde Hasta ve Aileyi Bilgilendirme

Karimi ve ark.(2017) kemoterapi alan evre I-II-III kolorektal kanserli hastalarda öz-bakım eğitim programının bulantı ve emezise etkisini incelendiği bir çalışmada hastalara beslenme eğitiminde; az ve sık aralıklarla yemek yeme, besinleri püre şeklinde tüketme, soğuk gıdalar tüketme, karbonhidrat bakımından zengin ve az yağlı besinler tüketme, yoğurt, pişmiş tahıllar, yumuşak kabuklu meyveler, kavun, muz ve doğal meyve sularını tüketebileceği anlatılmıştır. İlaç yönetimi, hastalık bilgisi, kas gevşeme egzersizleri, müzik ve beslenme eğitiminin hep birlikte verildiği bu eğitim sonucunda bulantı ve emezis kontrolünde büyük başarı sağlandığı bildirilmiştir (Kanıt Düzeyi III) [30].

Lou ve ark. (2014) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada bulantı-kusma ile başetmede kullanılan öz bakım yöntemleri araştırılmıştır. Çalışmada; yağsız ve hafif yiyecekler tüketmek, az miktarda ve sık aralıklarla yemek yeme, bol miktarda meyve tüketmek, çorba ve meyve suyu gibi sulu gıdaları

tüketmek diyet düzenlemesi ile ilgili, temiz hava almak, besinlerin hazırlandığı ortamda bulunmamak ve kötü kokan yiyeceklerden uzak durmak, bulantısı olduğunda limon yada portakal koklamak çevre düzenlemesi ile ilgili, derin nefes alma, rahatlama ve meditasyon psikolojik yönetim ile ilgili, akupunktur ve akupressure geleneksel Çin Tıbbı yöntemleri olarak ,televizyon izlemek , müzik dinlemek gibi dikkati dağıtma yöntemleri, naneli ve zencefilli şeker emme, zencefil tüketme, meşgul olacak bir şeyler bulma(ev işleri, bahçe işleri…) diğer uygulanan yöntemler olduğu bildirilmiştir. Bu yaklaşımların bulantı-kusmayı azaltma düzeyinin düşük olduğunu bildirmiştir (Kanıt Düzeyi VI) [34]

Gıda ve Çevre Düzenlemesi 2017 Konsensus Kararı

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda katılımcılar: bulantı kusmanın yönetiminde gıda ve çevre düzenlemesinin etkili ve günlük pratikte kullanımı uygun yaklaşımlar olduğunu belirtmişlerdir. Bu nedenle literatürde palyatif bakım hastalarında gıda düzenlemesinin beslenmeye etkisini inceleyen çalışmalar olmasa da, katılımcıların %98,3'ü (n=58) bulantı ve kusmanın yönetiminde Şekil 3-3'te gıda ve çevre düzenlemesini içeren algoritmanın kullanımının uygun olduğuna oy çokluğu ile karar vermiştir.

Zencefil

Kemoterapi alan kanser hastalarında en sık kullanılan bitkisel tedavi zencefildir. Zencefilin etki mekanizması tam olarak bilinmemesine rağmen kullanılan doza bağlı olarak P maddesi, 5-HT3 (serotonin reseptör antagonisti) ve NK-1 (Neurokinin 1 reseptör antogonisti) reseptörleri vasıtasıyla etki gösterdiği tahmin edilmektedir. Yapılan deneyler zencefilin gastrik boşalmayı ve bağırsak motilitesini arttırdığını göstermiştir [35].

Bulantı-Kusmanın Yönetiminde Zencefil Kullanımı

Konsensus oylaması sırasında, bulantı ve kusmanın yönetiminde katılımcıların %30.6'sının (n=15) hastalarına zencefil kullanımını önerdiği, %69.4'ünün önermediği saptandı. Zencefil kullanımını önerenlerin %24.1'i (n=7) zencefil kullanımının bulantı-kusmanın kontrolünde etkili, % 27.6'si (n=8) bazı hastalarda etkili bazılarında etkisiz, %6.9'u (n=2) etkisiz olduğunu ve %41.4'ü (n=12) etkinliğini değerlendirmediğini bildirmiştir.

Yapılan bir çalışmada hastalara verilen eğitimde antiemetik etkisinden dolayı kemoterapi tedavisi öncesi zencefilli şeker kullanımının önerildiği bildirilmiştir (Kanıt Düzeyi III) [30].

Kemoterapi ile ilişkili bulantı ve kusmanın yönetiminde zencefil, antiemetik rejime (dexamethasone, metoclopramide and aprepitant-DMA) ek olarak, genellikle tedaviden 3 gün önce ve tedavi boyunca günde 2 kez 500 mgr kapsül olarak kullanılmıştır [35-37]. İlk iki çalışmada zencefil, meme kanserli hastalarda bulantı sıklığını (Kanıt Düzeyi II) [36] ve CAF protokolü ile ilişkili kusma şiddetini azaltmada (Kanıt Düzeyi II) [35] etkili, ancak TAC protokolü ile ilişkili kusmanın azaltılmasında etkili yaklaşım olmadığı ve bu grupta kusmanın şiddetini arttırdığı saptanmıştır (Kanıt Düzeyi II) [35]. Üçüncü çalışmada ise, deney grubunda bulantının şiddeti ve kusmanın sayısı kontrol grubuna göre daha az olduğu bildirilse de bu farkın istatiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Kanıt Düzeyi II) [37]. Başka bir çalışmada 3 gün boyunca günlük 1 gr oral zencefil kullanımının cisplatin bazlı kemoterapi ile ilişkili bulantı ve kusmanın yönetiminde etkisiz olduğu gözlenmiştir (Kanıt Düzeyi II) [38].

Yapılan büyük bir randomize kontrollü çalışmada 744 kanser hastasında kemoterapiye bağlı kusmanın yönetiminde kemoterapi öncesi 3 gün,

kemoterapi günü ve sonrasındaki 2 gün boyunca deney grubuna farklı dozlarda zencefil (0,5 g, 1 ve 1,5 gram zencefil günde 2 kez) uygulaması yapılmış, kontrol grubuna ise plasebo uygulanmıştır. Tüm hastalara kemoterapinin ilk günü serotonin reseptör antagonisti (5-HT3) uygulanmıştır. Yapılan değerlendirme sonucunda zencefil uygulamasının her bir dozu bulantı-kusmanın yönetiminde etkili, 0,5 g ve 1 g zencefil alan hastalarda ise akut bulantının azaltılmasında daha fazla fark yarattığı saptanmıştır (Kanıt Düzeyi II) [39]. Ancak bu etkinlik, 3 gün boyunca, günlük 1 gr (4*250 mg) ve 2 gr (8*25 mg) zencefil kapsül uygulamasının karşılaştırıldığı farklı bir çalışmada gösterilememiştir (Kanıt Düzeyi II) [40].

Zencefilin bulantı ve kusmaya etkisi sisplatin/doksorubisin tedavisi alan, kemik sarkomlu 57 çocuk ve adölesan hastalarda da çalışılmıştır. Deney grubunda zencefil, kemoterapi başlamadan 1 saat önce, kemoterapi infüzyonu başladıktan 3 saat ve 8 saat sonra, hastaların ağırlıklarına göre 334 mg ve 800 mg olarak verilmiştir. Kontrol grubuna ise nişastadan yapılan plasebo tabletler verilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda, zencefil alan hastalarda akut ve geç emezis insidansında azalma olduğu görülmüştür (Kanıt Düzeyi II) [41].

78 ileri evre meme kanseri tanılı hastaların katılımı ile gerçekleştirilen farklı bir randomize kontrollü çalışmada da zencefil, 1,5 gr zencefil 8 saatte bir kemoterapi uygulamasından sonra 4 gün boyunca standart tedaviye ek olarak verilmiştir. Kontrol grubuna sadece standart antiemetik tedavisi uygulanmıştır. İleri evre kanser hastalarında 1,5 gr zenfcefil uygulamasına ek olarak uygulanan antiemetik tedavisinin kemoterapi sonrası 6-24 saatlik bulantı insidansını azaltmada etkili yaklaşım olduğu belirlenmiştir (Kanıt Düzeyi II) [42].

Lee ve ark.(2013) yaptığı bir meta-analiz ve sistematik incelemede zencefilin kemoterapiye bağlı bulantı-kusmaya etkisi incelenmiş, zencefilin antiemetik etkisi plasebo ve metoclopramide ile karşılaştırılmıştır. Çalışmaya sadece zencefil kullanımının yer aldığı 5 randomizde kontrollü çalışma dahil edilmiş, akut bulantı insidansı p:0,67 akut kusma insidansı:0,37 ve akut bulantı şiddeti ise p:0,12 bulunmuştur. Çalışma sonucunda kontrol ve deney grupları arasında farklılık gözlenmemiştir. Güncel kanıtlar zencefilin bulantı kusma üzerinde antiemetik etkisini desteklememektedir (Kanıt Düzeyi I) [43].

Araştırmalar zencefilin güvenli bir ilaç olduğunu ve ciddi yan etkisinin olmadığını göstermektedir [34]. Bulantı ve kusma yönetiminde zencefilin etkinliği pek çok çalışmada incelenmiştir, ancak elde edilen sonuçlar tartışmalı olduğundan ve ileri evre kanser hastalarını kapsamadığından antiemetik amaçla kullanımına karar vermek mümkün değildir [35-43].

Zencefil 2017 Konsensus Kararı

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda katılımcılar:

1. Kanserli hastalarda bulantı ve kusmanın yönetiminde zencefilin etkinliği tartışmalı olduğundan ve tedavi sırasında yan etkilere neden olabileceğinden katılımcıların %93,8'i (n=45) hastalara bulantı ve kusmanın kontrolünde zencefilin kullanımının önerilmemesine karar vermiştir.

Tartışmalar sırasında bazı katılımcılar zencefilin akut bulantıda etkili olmadığı ve pratikte kullanımına ilişkin kanıtlarının yetersiz olduğunu ifade etti. Bir katılımcı hastalarının zencefili lezzetli bulmadıkları için kullanmadıklarını, öneride bulunmanın çok zor olacağını iletti ve kullanımına izin verilmemesi gerektiğini bildirdi. Özellikle tedavi ile etkileşiminden ve karaciğer toksisitesine neden olacağından dolayı kullanımının uygun olmadığı vurgulandı. Ancak, hasta isterse günde 1 adet zencefil çayı içmesinin sakıncası olmadığını iletildi.

Akupoint Stimulasyonu

Akupoint stimulasyonunun bulantı ve kusmanın yönetimindeki etkinliği genellikle kemoterapi ilişkili bulantı ve kusmanın yönetiminde değerlendirilmiştir, sadece ileri evre hastaların katılımı ile gerçekleştirilmiş çalışmalara ulaşılamamıştır.

Bulantı ve kusmanın kontrolünde akupoint stimulasyonu, genellikle ST36 (Zu San Li), PC6 (Nei Guan) ve auricular akupoint noktalarına iğne uygulaması (akupunktur), el ve akustimulasyon bandları ile (akupress) bası yapılarak gerçekleştirilmektedir. Çin tıbbında akupoint stimulasyonu bulantı ve kusmanın yönetiminde kullanılan temel yaklaşımlardan biridir [44].

Akupoint Stimülasyonu

Akupoint Stimülasyonu akupunktur ve akupressüre olarak iki şekilde uygulanabilir. Akupunktur genel olarak çelik ve gümüşten yapılmış iğnelerin akupunktur noktalarına batırılması ile uygulan bir tekniktir. Çin felsefesine göre, insan vücudu içinde dolaşan bir yaşam enerjisi (qi) bulunmaktadır. Çeşitli nedenlerle yaşam enerjisi bloke olduğunda hastalıklar gelişmektedir. Çalışan yaşam enerjisi yolları, meridyenler olarak adlandırılır. Her bir meridyen bir iç ve bir dış yolu içerir. Akupunkturda uygulama, bu meridyenler hizasında deriye ve deri altındaki kas dokusuna yapılır; uygulama sırasındaki her türlü uyarandan deri ve deri altı kas dokusu etkilenir. İki akupunktur noktası bulantı kusma ile ilgilidir. Bunlar, perikardium 6 (P6 ya da Neiguan) ve mide 36 (ST 36 veya Zusanli) dir. Daha çok perikardium meridyeninin iki tarafında bulunan P6 noktası kullanılmaktadır. Akupressure; bedenin belli bölgelerindeki noktalara parmak basıncı ile uygulanan bir tedavi yöntemidir. "İğnesiz akupunktur" olarak da tanımlanan akupresür tedavisinde de, akupunkturdaki gibi vücudu meridyenler ve belli noktalara ayırıp, iyileştirmek esastır. Akupresürün akupunkturdan farkı, iğne yerine parmaklar ve el ayası ile belli noktalara basınç uygulamak suretiyle, bölgede toplanan enerji yoğunluğunun dağıtılması ve ilgili noktalarla bağlantılı organların bu şekilde rahatlatılmasıdır. Bu terapi, enerjinin iç akışını sağlamak için vücudun seçilmiş noktalarına parmaklar, el, avuç içi, el bileği ve diz ile basınç yapılarak gerçekleştirilir.

Bulantı-Kusma Yönetiminde Akupoint Stimulasyonun Kullanımı

Konsensus oylaması sırasında sağlık çalışanlarının %33'ü (n=13) hastalarına bulantı ve kusmanın yönetiminde akupunkturun ve akupressure'ın kullanımını önerdiğini bildirmiştir. Çoğu katılımcı akupunktur (%68,6; n=24), akupressure'ın (%82.9; n=29) etkinliğini değerlendirmediğini bildirmiştir. Az sayıda kişi etkili olduğunu ifade etmiştir.

Tartışmalar sırasında akupoint stimülasyonunun çocuklarda kullanılmadığı ve klinikte önerilmediğini bildirmiştir. Pediyatri hastalarında bulantı ve kusmanın yönetiminde genellikle farmakolojik yaklaşımların ve diyet düzenlemesinin tercih edildği iletmiştir.

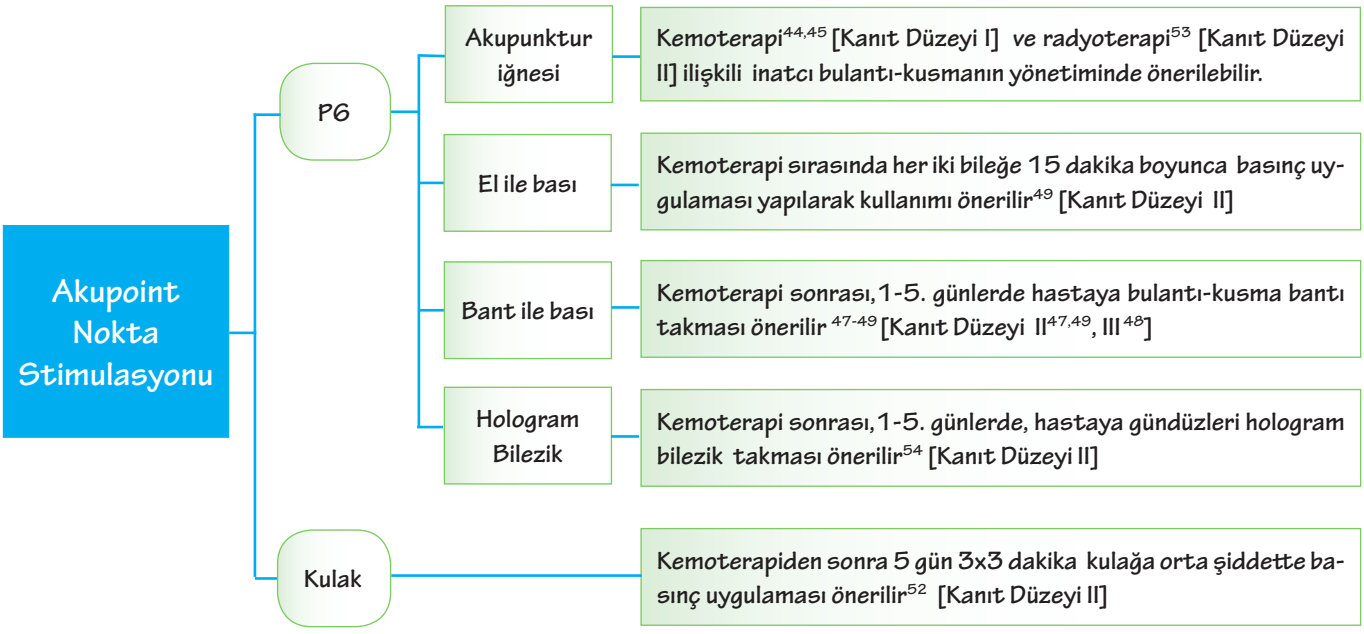
Ayrıca, bulantı-kusmanın yönetiminde özel eğitim gerektirdiğinden akupunkturun uygulanmasının mümkün olmadığı ve hemşirelerin akupunktur uygulamasını yapmaya yetkisinin olmadığı vurgulanmıştır.Ancak akupressüre uygulamasının hastaya hemşireler tarafından eğitim verilerek emetojenitesi düşük olan kemoterapi protokollerinde kullanılabileceği ifade edilmiştir.

2013 yılında, 11 randomize kontrollü çalışmanın dahil edilerek gerçekleştirildiği bir sistematik incelemede, bulantı kusmanın yönetiminde kemoterapi sonrası uygulanan elektroakupunkturun meme kanseri hastalarının katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada, kısa süreli fayda sağladığı, 8 çalışmada akupunktur uygulamasının etkili bir yaklaşım olmadığı bildirilmiştir (Kanıt Düzeyi I) [45]. Akciğer kanseri tanısı ile tedavi gören hastaların katılımı ile gerçekleştirilen farklı bir meta-analiz çalışmasında ise bulantı ve kusmanın yönetiminde iğne, band, basınç ve bitkisel içerikli enjeksiyon ile uygulanan akupoint stimülasyonunun bulantı ve kusmanın yöneti-

minde etkili yaklaşım olduğu gösterilmiştir (Kanıt Düzeyi I) [44]. Jinekolojik kanser tanılı hastaların katılımı ile gerçekleştirilen farklı bir çalışmada da manuel akupunktur uygulamasının kemoterapi ilişkili gecikmiş bulantı kusmanın önlenmesinde etkili yaklaşım olabileceği ifade edilmiştir (Kanıt Düzeyi II) [46]. Bulantı kusmanın yönetiminde akupressure uygulamasının etkinliğini değerlendiren çalışmalarda ise, bilek bandı ile yapılan bası uygulamasının bulantı kusmanın sıklığını ve şiddetini azaltmada etkili (Kanıt Düzeyi III) [47], (Kanıt Düzeyi VI)[48], el ile yapılan bası uygulamasının etkisiz yaklaşım olduğu bildirilmiştir (Kanıt Düzeyi II) [49,50].

Genç ve ark. (2013) meme, jinekolojik ve akciğer kanseri tanısı ile tedavi gören 120 hastanın katılımı ile gerçekleştirdikleri farklı bir çalışmada emetojenite düzeyi yüksek kemoterapi alan hastalarda akupressure uygulamasının bulantı-kusmanın önlenmesinde etkili bir yaklaşım olmadığını bildirmiştir. Bu çalışmada deney grubuna gerçek akupressure band (sea-band) uygulaması her iki bileğe, 5 gün boyunca yapılmıştır. Araştırmacılar hastalara bandı sadece ellerini yıkar iken, duş alırken ve gece yatarken çıkarabileceklerini, onun dışında mümkün olduğunca sürekli takmaları gerektiğini bildirmiştir. Kontrol grubuna uygulama, deney grubuna olduğu gibi aynı şekilde yapılmış, ancak gerçek bant yerine plasebo bant kullanılmıştır. Hastalara tedavi öncesi ve sonrası rutin antiemetik tedavi uygulanmıştır. Çalışma sonucunda yapılan değerlendirmede iki grup arasında istatiksel açıdan önemli bir fark bulunamamıştır (Kanıt Düzeyi II) [51].

Eghbali ve ark. (2016) meme kanserli hastalarda kemoterapiye bağlı bulantı kusmanın önlenmesinde kulağa uygulanan akupressure'ın etkisini incelemiştir. Çalışmaya ilk tedavi kürünü alan 48 hasta dâhil edilmiştir. Deney grubuna ilk kemoterapi uygulamasında antiemetik tedaviye ek olarak kulakta bulantı kusmayı engelleyici etkisi olan 5 noktaya bası uygulanması, en az günde 3 kez, 3 dk yapılmıştır. Birinci kür tedaviden 21 gün sonra gerçekleştirilen ikinci kür tedavide de ise sadece antiemetik uygula-



Şekil 3-4. Bulantı-Kusmanın Yönetiminde Akupoint Nokta Stimulasyonu

ması yapılmıştır. Kontrol grubuna ise birinci kürde antiemetik tedavisi uygulanmıştır. İkinci kürde antiemetik tedaviye ek olarak kulak bölgesindeki bulantı kusmayı engelleyici etkisi olan 5 noktaya bası uygulanması en az günde 3 kez 3 dk uygulanmıştır. Uygulama sonrasında 5 gün boyunca izlenen hastalarda kontrol grubuna kıyasla bulantı kusmanın sıklığı ve şiddetinin deney grubunda önemli derecede azaldığı saptanmıştır (Kanıt Düzeyi II)[52].

Araştırmalar akupoint stimülasyonu ile ilgili genel olarak etkili sonuçlar elde etse de bulantı ve kusma yönetiminde akupoint stimülasyonunun etkinliği sadece kemoterapiye bağlı bulantı kusma yönetiminde incelenmiştir. Çalışmalar ileri evre kanser hastalarını kapsamadığından kullanımına karar vermek mümkün değildir.

Akupoint Stimulasyonu 2017 Konsensus Kararı

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda katılımcılar:

Bulantı ve kusmanın yönetiminde akupoint stimülasyonunun kullanımına ilişkin net bir karara varamamıştır. Katılımcıların %45.9'u kullanımının uygun, %54,1'i ise özellikle akupunktur uygulamasını yapabilecek yetkin merkezler olmadığı için kullanımının uygun olmadığı kararını vermiştir.

Diğer Non-farmakolojik Yaklaşımlar

Literatürde, bulantı ve kusmanın yönetiminde hipnoz, dikkat dağıtma, pozisyon, progresif kas gevşeme egzersizleri, teröpotik dokunma, masaj, müzik terapi ve rehberli imgeleme gibi farklı non-farmakolojik yaklaşımlar da kullanılmıştır.

Hipnozun bulantı ve kusmaya etkisi, genellikle beklentisel bulantı kusmada, pediatrik hastaların katılımı ile değerlendirilmiştir [55-57].

Marchioro ve ark. (2000) hipnoz uygulamasının etkisini kemoterapi ilişkili bulantı ve kusmanın yönetiminde, yaş ortalaması 44 olan, 14 bayan ve 2 erkek hastanın katılımı ile değerlendirmiştir. Araştırmacılar, hastalara progresif kas gevşeme egzeresizlerinden sonra hipnoz uygulaması yapmış ve sonrasında kemoterapi protokolü başlatılmıştır. Yapılan değerlendirme sonucunda, meme ve over kanseri hastalarda elli beş hipnoz seansı uygulandıktan sonra hipnoterapi bulantı kusmanın yönetiminde etkili olabilmiştir. Akciğer kanseri hastalarından ise yanıt alınamamıştır. Bu çalışmada bulantı kusma yönetiminde hipnoterapinin etkili olabileceği ileri sürülmüştür [57] (Kanıt Düzeyi III).

Farklı çalışmalarda ise bulantı ve kusmanın kontrolünde solunum egzersizlerinin, tek başına ya da video eğitimi eşliğinde uygulanan progresif kas gevşeme egzersizlerinin de yararlı olabileceği bildirilmiştir [58,59,60] (Kanıt Düzeyi II), [61] (Kanıt Düzeyi III).

Carvalho ve ark. (2007) tarafından kemoterapi ilişkili bulantı kusmanın yönetiminde progresif kas egzersizlerinin de etkisi hematoloji servisinde tedavi gören hastaların katılımı ile değerlendirmiştir. Çalışmaya alınan hastalara progresif kas gevşeme egzersizleri germe ve serbest bırakma (tensing-releasing) tekniği kullanılarak müzik eşliğinde ve loş ışık ortamında 25 dakika boyunca uygulanmıştır. Yapılan değerlendirme sonucunda progresif kas egzersizlerinin bulantı-kusma duyarlılık seviyesini azaltmada ve bulantı kusma yönetimini sağlamada etkili yaklaşım olduğu belirlenmiştir (Kanıt Düzeyi III) [61].

Kemoterapi ilişkili bulantı kusmanın önlenmesinde vücut pozisyonunun etkisi ise, 79 hastanın katılımı ile Fathi ve ark. (2016) tarafından gerçekleştirilen randomize kontrollü bir çalışmada incelenmiştir. Yaklaşık 3-4 saatlik kemoterapi uygulaması deney grubuna semi-fowler pozisyonunda, kontrol grubuna ise supine pozisyonunda uygulanmıştır. Çalışmaya

katılan hastaların tedavi uygulaması aynı zaman diliminde (08.00-12.00) ve değerlendirme 24 saat boyunca, 3 saatte bir yapılmıştır. Çalışma sonucunda yapılan değerlendirmede semi-fawler pozisyonunun supine pozisyonuna kıyasla hastalarda bulantı kusma insidansını azaltmada etkili olduğu ve pozisyonun bulantı kusmayı rahatlatmada etkili yaklaşım olduğu görülmüştür [62] (Kanıt Düzeyi II).

Kemoterapi ilişkili bulantı-kusmanın yönetiminde terapötik dokunmanın etkisi iki çalışmada incelenmiştir. İki farklı dergide tek-kör randomize kontrollü çalışma olarak yayınlanan bu iki çalışma aynı araştırma grubu tarafından, aynı hasta grubunda gerçekleştirilmiştir (Kanıt Düzeyi II) [63,64]. Bu çalışmaya alınan 108 hasta test, plasebo ve kontrol olarak üç gruba randomize edilmiştir. Yaklaşık 20 dakika süren terapötik dokunma uygulaması test ve plasebo grubuna ilk kemoterapi uygulamasından önce yapılmıştır. Gastrointestinal sistemi etkileyen solar çakraya yapılan terapötik dokunmanın yararlı olabileceği düşünülerek, test ve plasebo grubuna terapötik dokunma uygulaması baştan aşağı solar çakraya odaklanan auraya (human energy field) yoğunlaşarak yapılmıştır. Plasebo grubuna, test grubu ile benzer şekilde yapılan terapötik dokunma uygulaması her iki grupta farklı mesafeden (test grubuna 12-15 cm uzaklıktan, plasebo grubuna 20 cm fazla bir uzaklıktan) yapılmıştır. Kontrol grubuna ise herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Takiben ilk 24 saat içinde gelişen akut bulantı kusmayı değerlendirmek üzere hastalara çizelge (chart) verilmiştir. Çalışma sonucunda yapılan değerlendirmede, kontrol grubuna kıyasla test ve plasebo grubunda istatiksel açıdan anlamlı farklar olmasına rağmen, test ve plasebo grubu arasında istatiksel açıdan bir fark olmadığı ve kemoterapi ilişkili akut kusmanın yönetiminde terapötik dokunmanın etkili bir yaklaşım olmadığı belirlenmiştir. Bu yaklaşımın etkinliğini belirlemek için daha fazla sayıda çalışmanın gerçekleştirilmesine ihtiyaç vardır [63,64] (Kanıt Düzeyi II).

Bulantı ve kusmanın yönetiminde masajın etkisi de iki çalışmada incelenmiştir [65,66]. İlk çalışmaya 4-18 yaşları arasında olan ve en az 3 günlük kemoterapi uygulaması için hastaneye yatan 70 çocuk hasta alınmıştır. Çalışmaya alınan hastalar deney ve kontrol olarak ikiye ayrılmıştır. Deney grubundaki 35 hastaya effleuraj, petrsaj, friksiyon ve taputman yaklaşımları kullanılarak isveç masajı, hafif ve orta şiddette basınç yapılarak uygulanmıştır. Masaj uygulaması tedavi uygulamasından 24 saat önce, yarım saat önce ve 24 saat sonra 20 dakika boyunca masaj uygulaması yapan terapist tarafından uygulanmıştır. Deney grubunda olduğu gibi tedaviden 24 saat önce, tedaviden yarım saat önce ve tedaviden 24 sonra kontrol grubu ile görüşen terapist herhangi bir uygulama yapmadan hasta grubuna sadece psikolojik destek vermiştir. Bu çalışmada masaj uygulamasının kusma sıklığını azaltmada etkili bir yaklaşım olmadığı bildirilmiş olsa da, bulantı insidansını, şiddetini ve sıklığı azalttığı ve yaşanan kusmanın şiddetini ve sayısını azaltmada etkili yaklaşım olduğu belirlenmiştir (Kanıt Düzeyi II) [65].

Billhut ve ark. (2005) tarafından gerçekleştiren diğer randomize kontrollü çalışmada kemoterapi sırasında 39 meme kanseri hastasına uygulanan masajın bulantı, anksiyete ve depresyona etkisi incelenmiştir. Kontrol grubuna (n=20) standart antiemetik tedavisi, deney grubuna (n=19) ise standart antiemetik tedaviye ek olarak 3. kürden 7. küre kadar, kemoterapi sırasında hastaların el ve ayaklarına, 5 kez, 20 dakika masaj uygulaması yapılmıştır. Masajın hangi bölgeye yapılacağı (el ya da ayak) hastanın tercihine göre karar verilmiştir. Masaj esnasında bitkisel yağ kullanılmış ve sonrasında havlu uygulaması yapılmıştır. Yapılan değerlendirme sonucunda, özellikle ayağına hafif masaj uygulanan hastalarda bulantının azaldığı gözlenmiş, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında masaj grubunda bulantı önemli derecede azalmıştır(p=0,025) (Kanıt Düzeyi II) [66].

Karagözlü ve ark.(2012) müzik terapisinin ve görsel imgelemenin kemoterapiye bağlı anksiyete ve

bulantı kusma üzerine etkisinin incelendiği deneysel ve ve kesitsel bir çalışma yapmışlardır. Pre-post test tasarımlı olan bu çalışmaya 40 hasta alınmıştır ve uygulama tek bir örneklem grubunda gerçekleştirilmiştir. Örneklem grubundaki bireyler hem kontrol hem de olgu grubunu oluşturmuşlardır. Kılavuzlanmış görsel imgeler için plaj, orman, göl ve dağ, çayır, gökyüzü ve bulut manzaralarını içeren beş doğa resmi (100*200 cm) kullanılmıştır. Araştırmacılar her tablo için her biri 60 dakikalık olan ve yumuşak, sükunetli enstrümantal Türk Müziğini içeren farklı bir müzik CD'si hazırlamışlardır. Çalışma sonunda müzik terapisi ve görsel imgelem kemoterapi kaynaklı mide bulantısı ve kusmanın şiddetini ve süresini önemli ölçüde azalttığı ($p<0,05$), üçüncü kür kemoterapi sonunda hastaların %40'ında beklenti bulantısı görülmediği ve %55'inde kusma görülmediği bildirilmiştir (Kanıt Düzeyi III) [67].

Farklı çalışmalarda müzik terapisi ve rehberli imgelemenin (Kanıt Düzeyi III) [67], gevşemenin (Kanıt Düzeyi IV) [68], Nevasic isimli özel müzik programının (Kanıt Düzeyi II) [69] etkisi incelenmiştir. Bu çalışmalarda hastanın gevşemesini sağlayan yaklaşımların bulantı-kusmayı azaltmanın yanı sıra antiemetik kullanımını da önemli derecede azalttığı saptanmıştır.

Farmakolojik Yaklaşımlar

Bulantı-kusmanın yönetiminde kullanılacak tıbbi yaklaşıma, bulantı ve kusmanın nedeni temel alınarak karar verilmektedir. Palyatif bakım hastalarında en sık kullanılan antiemetik ajanlar metoklopramid ve domperidondur. Kemoterapi ilişkili bulantı kusmanın yönetiminde, tedavi protokolünün ematojenite düzeyine uygun antiemetik tedavi başlanmaktadır [1,2,4,17,70]. Intrakranyal basınç artışı ile ilişkili bulantı ve kusmanın yönetiminde sıklıkla deksametazon, barsak obstrüksiyonu ile ilişkili kusmanın yönetiminde octreotide başlanmaktadır. Anksiyete ile ilişkili mide bulantısı ve kusmanın yönetiminde benzodiazepinler, kemoterapi ilişkili beklentisel bulantı ve kusmanın kontrolünde lorazepam kullanılabilmektedir [1,2,4,17,70].

KAYNAKLAR

1. Ang SK, Shoemaker LK, Davis MP. Nausea and vomiting in advanced cancer. Am J Hosp Palliat Care 2010;27(3):219-225.
2. Hamling K. The management of nausea and vomiting in advanced cancer. Int J Palliat Nurs 2011;17(7):321-327.
3. Yorkshire Cancer Network and North East Yorkshire and Humber Clinical Alliance. A Guıde To Symptom Management In Palliative Care Version 5.1, February 2014
4. Gordon P, Legrand SB, Walsh D. Nausea and vomiting in advance cancer. Eur J Pharm 722,2014;187-191.
5. Smith HS, Smith JM, Smith AR. An overview of nausea/vomiting in palliative medicine. Ann Palliat Med 2012;1(2):103-114.
6. Tipton JM, McDaniel RW, Barbour L, Johnston MP, Kayne M, LeRoy P, et al. Putting evidence ınto practice: evidence-based ınterventions to prevent, manage, and treat chemotherapy-ınduced nausea and vomiting. Clin J Oncol Nurs 2007;11(1):69-78.
7. Walsh D, Davis M, Ripamonti C, Bruera E, Davies A, Molassiotis A. 2016 Updated MAS- CC/ ESMO consensus recommendations: management of nausea and vomiting in advanced cancer. Support Care Cancer 2016;25:333-340.
8. NCCNN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Pallative Care Version I. 2016. NationalComprehensive Cancer Network https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/palliative.pdf (Access date: 05/11/2016).

9. Teunissen SCCM, Wesker W, Kruitwagen C, Haes HJCM, Voest EE, Graeff A. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. J Pain Symptom Manage 2007;34:94-104.

10. Reville B, Axelrod D, Maury R. Palliative care for the cancer patient. Prim Care Clin Office Pract 2009;36:781-810.

11. Baines MJ. ABC of palliative care nausea, vomiting, and intestinal obstruction. BMJ 1997;315:1148-1150.

12. Glare P, Miller J, Nikolova T, Tickoo R. Treating nausea and vomiting in palliative care: a review. Clin Interv Aging 2011;6:243-259.

13. Hawkins R, Grunberg S. Chemotherapy-ınduced nausea and vomiting: challenges and opportunities for ımproved patient outcomes. Clin J Oncol Nurs 2009;13(1):54-64.

14. Shih YT, Xu Y, Elting LS. Costs of uncontrolled chemotherapy-induced nausea and vomiting among working-age cancer patients receiving highly or moderately emetogenic chemotherapy. Cancer 2007;110(3):678-685.

15. Rao KV, Faso A. Chemotherapy-induced nausea and vomiting: optimizing prevention and management. Am Health Drug Benefits 2012;5(4):232-240.

16. Chung SK, Ahn MJ, Yoo JY, Choi M, Hyang N, Woo SR, et al. Implementation of best practice for chemotherapy-induced nausea and vomiting in an acute care setting. Int J Evid Based Healthc 2011;9:32-38.

17. NCCNN Clinical Practice Guidelines in Oncology.Antiemesis Version. II. 2017 National Comprehensive Cancer Network https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/antiemesis.pdf (Access date: 01.11.2017).

18. Common Terminology Criteria for Adverse Events v4.03: (CTCAE), June 14, 2010, https://evs.nci.nih.gov/ftp1/ CT- CAE/CTCAE_4.03_2010-06M 1 4 _ QuickReference_5x7.pdf (Access date: 16/12/2016)

19. Rhodes VA, Watson PM, Johnson MH. Development of reliable and valid measures of nausea and vomiting. Cancer Nurs 1984;7(1):33-41.

20. Peden J, Young SK, Bohn U, McDonald A. 99 Common Questions About Hospice Pallative Care.A Nurse's Handbook. 4.th Edition.

21. Rhodes VA, McDaniel RW. Nausea, vomiting, and retching: complex problems in palliative care. CA Cancer J Clin 2001;51:232-248.

22. Saxby C, Acroyd R, Callin S. How should we measure emesis in pallative care? Palliat Med 2007;21:369-383.

23. Wood JM. Chapman K. Eilers J. Tools for assessing nausea, vomiting and retching. Cancer Nurs 2011;34(1):E14-E24.

24. Gu L,Lil J. The assessment and management of chemotherapy induced nausea and vomiting among cancer patients in a chemotherapy ward: a best practice implementation Project. The Joanna Brıggs Institute,2016:233-246 DOI: 10.11124/JBISRIR-2016-2626.

25. MAT (Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) http://www.mascc.org/mat (Access date: 06/11/2017).

26. Mollaoglu M, Erdogan G. Effect on symptom control of structured information given to patients receiving chemotherapy. Eur J Oncol Nurs 2014;18:78-84.

27. Coolbrandt A, Wildiers H, Aertgeerts B, Van der Elst E, Laenen A, Dierckx de Casterle B, et al. Characteristics and effectiveness of com-

plex nursing interventions aimed at reducing symptom burden in adult patients treated with chemotherapy: a systematic review of randomized controlled trials. Int J Nurs Stud 2014;51(3):495-510.

28. Williams SA, Schreier AM. The effect of education in managing side effects in women receiving chemotherapy for treatment of breast cancer. Oncol Nurs Forum 2004;31(1):E16-E23.

29. Krishnasamy M, So WKW, Yates P, Calvo LEA, Annab R, Wisniewski T, et al. The Nurse's role in managing chemotherapy-ınduced nausea and vomiting. Cancer Nursing TM 2014;37(4):E27-E35.

30. Karimi S, Makhsosi BR, Seyedi-Andi SJ, Behzadi M, Moghofeh Y, Mohammadinasrabadi K, et al. Surveying the effect of a self-care education program on severity of nausea and emesis in colorectal cancer patients under chemotherapy. J Multidiscip Healthc 2017;10:301-307.

31. Maceira E, Lesar TS, Smith H. Medication related nausea and vomiting in palliative medicine. Ann Palliat Med 2012;1(2):161-176.

32. Calixto-Lima L, Martins de Andrade E, Gomes AP, Geller M, Siqueira-Batista R. Dietetic management in gastrointestinal complications from antimalignant chemotherapy. Nutr Hosp 2012;27(1):65-75.

33. Marx W, Kiss N, McCarthy A.L, McKavanagh D, Isenring L. Chemotherapy-induced nausea and vomiting: a narrative review to inform dietetics practice. J Acad Nutr Diet 2016;116(5):819-827.

34. Lou Y, Yates P, McCarthy A, Wang HM. Self-management of chemotherapy-related nausea and vomiting. Cancer Nurs 2014;37(2):126-138.

35. Ansari M, Porouhan P, Mohammadianpanah M, Omidvari S, Mosalaei A, Ahmadloo N, et al. Efficacy of ginger in control of chemotherapy induced nausea and vomiting in breast cancer patients receiving doxorubicin based chemotherapy. Asian Pac J Cancer Prev 2016;17(8):3877-3880.

36. Sanaati F, Najafi S, Kashaninia Z, Sadeghi M. Effect of ginger and chamomile on nausea and vomiting caused by chemotherapy in ıranian women with breast cancer. Asian Pac J Cancer Prev 2016;17(8):4125-4129.

37. Arslan M, Özdemir L.Oral intake of ginger for chemotherapy-induced nausea and vomiting among women with breast cancer. Clin J Oncol Nurs 2015;19(5):E92-E97.

38. Fahimi F, Khodadad K, Amini S, Naghibi F, Salamzadeh J, Haghgoo R. Evaluating the effect of zingiber officinalis on nausea and vomiting in patients receiving Cisplatin based regimens. Iran J Pharm Res 2011;10(2):379-384.

39. Ryan JL, Heckler CE, Roscoe JA, Dakhil SR, Kirshner J, Flynn PJ, et al.Ginger (Zingiber officinale) reduces acute chemotherapy-induced nausea: a URCC CCOP study of 576 patients. Support Care Cancer 2012;20(7):1479-1489.

40. Zick SM, Ruffin MT, Lee J, Normolle DP, Siden R, Alrawi S, et al.Phase II trial of encapsulated ginger as a treatment for chemotherapy-induced nausea and vomiting. Support Care Cancer 2009;17:563-572.

41. Pillai AK, Sharma KK, Gupta YK, Bakhshi S. Anti-emetic effect of ginger powder versus placebo as an add-on therapy in children and young adults receiving high emetogenic chemotherapy. Pediatr Blood Cancer 2011;56:234-238.

42. Panahi Y, Saadat A, Sahebkar A, Hashemian F, Taghikhani M, Abolhasani E. Effect of ginger on acute and delayed chemotherapy-induced nausea and vomiting: a pilot, randomized, open-label clinical trial. Integr Cancer Ther 2012; DOI: 10.1177/1534735411433201.

43. Lee J, Oh H. Ginger as an antiemetic modality for chemotherapy-ınduced nausea and vomiting: a systematic review and meta-analysis. Oncol Nurs Forum 2013;40(2):163-170.

44. Chen HY, Li SG, Cho W, Zhang Z. The role of acupoint stimulation as an adjunct therapy for lung cancer: a systematic review and metaanalysis. BMC Complement Altern Med 2013;13(362):1-14.

45. Garcia MK, McQuade J, Haddad R, Patel S, Lee R, Yang P, et al. Systematic review of acupuncture in cancer care: a synthesis of the evidence. J Clin Oncol 2013;31(7):952-960.

46. Rithirangsriroj K, Tarinee Manchana T, Akkayagorn L. Efficacy of acupuncture in prevention of delayed chemotherapy induced nausea and vomiting in gynecologic cancer patients. Gynecol Oncol 2015;136:82-86.

47. Genç F, Tan M. The effect of acupressure application on chemotherapy-induced nausea, vomiting, and anxiety in patients with breast cancer. Palliat Support Care 2015;13:275-284.

48. Taşpınar A, Şirin A. Effect of acupressure on chemotherapy-induced nausea and vomiting in gynecologic cancer patients in Turkey. Eur J Oncol Nurs 2010;14:49-54.

49. Avcı HS, Ovayolu N, Ovayolu Ö. Effect of acupressure on nausea-vomiting in patients with acute myeloblastic leukemia. Holist Nurs Pract 2016;30(5):257-262.

50. Roscoe JA, Matteson SE, Morrow GR, Hickok JT, Bushunow P, Griggs J, et al. Acustimulation wrist bands are not effective for the control of chemotherapy-induced nausea in women with breast cancer. J Pain Symptom Manage 2005;29(4):376-384.

51. Genç A, Can G, Aydıner A. The efficiency of the acupressure in prevention of the chemotherapy-induced nausea and vomiting. Support Care Cancer 2013;21:253-261.

52. Eghbali M, Yekaninejad MS, Jalalinia SF, Samimi MA, Sa'atchi K. The effect of auricular acupressure on nausea and vomiting caused by chemotherapy among breast cancer patients. Complement Ther Clin Pract 2016;24:189-194.

53. Enblom A, Johnsson A, Hammar M, Onelöv E, Steineck G, Börjeson S.Acupuncture compared with placebo acupuncture in radiotherapy-induced nausea—a randomized controlled study. Ann Oncol 2011;23(5):1353-1361.

54. Akhu-Zaheya LM, Khater WA, Lafi AY. The effectiveness of hologram bracelets in reducing chemotherapy-ınduced nausea and vomiting among adult patients with cancer. Cancer Nurs 2016;40(2):E17-E29.

55. Dupuis L.L, Robinson, P.D, Boodhan S, Holdsworth M, Portwine C, Gibson, P. et al. Guideline for the prevention and treatment of anticipatory nausea and vomiting due to chemotherapy in pediatric cancer patients. Pediatr Blood Cancer 2014;61(8):1506-1512.

56. Richardson J, Smith JE, Mccall G, Richardson A, Pilkington K, Kirsch I. Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: a systematic review of the research evidence. Eur J Cancer Care 2007;16:402-412.

57. Marchioroa G, Azzarello G, Viviani F, Barbato F, Pavanetto M, Rosetti F, et al. Hypnosis

in the treatment of anticipatory nausea and vomiting in patients receiving cancer chemotherapy. Oncol 2000;59:100-104.

58. Molassiotis A. A pilot study of the use of progressive muscle relaxation training in the management of post-chemotherapy nausea and vomiting. Eur J Cancer Care 2000;9:230-234.

59. Molassiotis A, Yung HP, Yam B, Chan F, Mok TSK. The effectiveness of progressive muscle relaxation training in managing chemotherapy-induced nausea and vomiting in Chinese breast cancer patients: a randomised controlled trial. Support Care Cancer 2002;10:237-246.

60. Yoo HJ, Ahn SH, Kim SB, Kim WK, Han OS. Efficacy of progressive muscle relaxation training and guided imagery in reducing chemotherapy side effects in patients with breast cancer and in improving their quality of life. Support Care Cancer 2005;13:826-833.

61. Carvalho EC, Martins FTM, Santos CB. A pilot study of a relaxation technique for management of nausea and vomiting in patients receiving cancer chemotherapy. Cancer Nurs TM 2007;30(2):163-167.

62. Fathi M, Nasrabadi AN, Valiee S. The effects of body position on chemotherapy-induced nausea and vomiting: a single-blind randomized controlled trial. Iran Red Crescent Med J 2014;16(6):1-6.

63. Vanaki Z, Matourypour P, Gholami R, Zare Z, Mehrzad V, Dehghan M. Therapeutic touch for nausea in breast cancer patients receiving chemotherapy: composing a treatment. Complement Ther Clin Pract 2016;22:64-68.

64. Matourypour P, Vanaki Z, Zare Z, Mehrzad M, Dehghan M, Ranjbaran M. Investigating the effect of therapeutic touch on the intensity of acute chemotherapy-induced vomiting in breast cancer women under chemotherapy. Iran J Nurs Midwifery Res 2016;21(3):255-260.

65. Mazlum S, Chaharsoughi NT, Banihashem A,Vashani HB. The effect of massage therapy on chemotherapy-induced nausea and vomiting in pediatric cancer. Iran J Nurs Midwifery Res 2013;18(4):280-284.

66. Billhult A, Bergbom I, Stener-Victorin E. Massage relieves nausea in women with breast cancer who are undergoing chemotherapy. J Altern Complement Med 2007;13(1):53-57.

67. Karagozoglu S, Tekyasar F, Yilmaz FA. Effects of music therapy and guided visual imagery on chemotherapy-induced anxiety and nausea vomiting. J Clin Nurs 2012; 22:39-50.

68. Sahler OJZ, Hunter BC, Liesveld JL. The effect of using music therapy with relaxation image¬ry in the management of patients undergoing bone marrow transplantation: a pilot feasibility study. Altern Ther 2003;9(6):70-74.

69. Moradian S, Walshe C, Shahidsales S, Nasiri MRG, Pilling M, Molassiotis A. Nevasic audio program for the prevention of chemotherapyinduced nausea and vomiting: a feasibility study using a randomized controlled trial design. Eur J Oncol Nurs 2015;19:282-291.

70. Collis E, Mather H.Nausea and vomiting in palliative care. BMJ 2015;351:1-11 doi: 10.1136/bmj.h6249 (Published 3 December 2015).

4

ANOREKSİ VE KAŞEKSİ SENDROMU

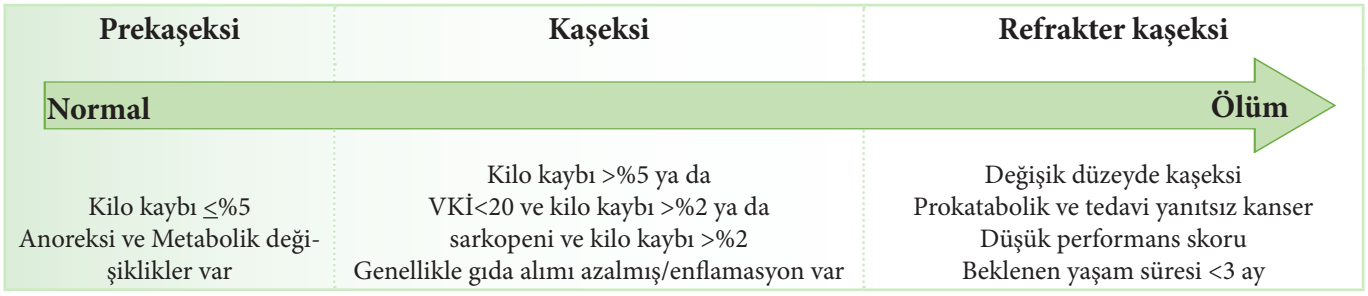
Kader Çalışkan, Nurten Özen, Sevil Özcan, Gülbeyaz Can, Şeref Kömürcü, Tayreez Mushani, Sabire Yurtsever, Manal Al-Zadjali, Tikva Meron, Fatma Betül Çakır

Anoreksi ve kaşeksi sendromu, ileri evre kanser hastalarında, ağrı, yorgunluk ve halsizlikten sonra dördüncü sırada sık görülen sorunlardan biridir [1,2].

Gelişimi anoreksi ile başlayan kaşeksi, konvansiyonel nütrisyonel destek ile düzelmemekte ve ilerleyici işlevsel bozukluğa neden olmaktadır. Yağ dokusu kaybı ile birlikte veya sadece iskelet kas kaybı ile karakterize multifaktöriyel ve kompleks bir metabolik sendrom olarak gelişmektedir [3,4]. Hastanın fiziksel fonksiyonlarının kısıtlanmasına [5], antikanser tedaviye toleransının azalmasına [6] ve yaşam süresinin kısalmasına neden olmaktadır [7].

İleri evre kanser hastalarında görülme sıklığının %50'den fazla olması, bu hastaların %10'unda başlıca ölüm nedeni olması nedeniyle kaşeksinin erken dönemde tanılanması daha da önem kazanmaktadır [8]. Özellikle gastrointestinal sistem ve baş-boyun kanseri tanısı ile tedavi gören hastalarda kaşeksinin insidansı %90'lara kadar ulaşabilmektedir [3,9]. Gelişimi hastalığa bağlı vücudun enerji gereksiniminin ve erken doygunluk hissinin artması ya da tedavi sürecine bağlı yoğun mukozitin, disfajinin, özofajitin, bulantı-kusmanın, kronik konstipasyonun, barsak obstrüksiyonunun ve depresyonun gelişimi ile ilişkili olabilir [4,10,11].

Hastayı etkileme düzeyine dayanarak anoreksi ve kaşeksi sendromu, prekaşeksi, kaşeksi ve refrakter kaşeksi olarak üç alt gruba ayrılmaktadır [3] (Şekil 4-1).



Şekil 4-1. Kaşeksiyi Sınıflandırma

Prekaşeksi evresinde hastada iştah kaybına bağlı klinik ve metabolik değişimler ve %5'in altında olan kilo kaybı mevcut iken, kaşeksinin ilerlemesi ile kilo kaybı daha da artmakta ve sarkopeni gelişmektedir. Kaşeksinin ciddiyeti kanserin tipine, evresine ve hastanın tedaviye verdiği yanıta bağlı olarak farklılık göstermektedir ve tedaviye olan yanıtı önemli derecede etkilemektedir [3]. Bu nedenle kaşeksi varlığını gösteren bulguların yakından izlenmesi ve değerlendirilmesi, özellikle ileri evre kanser hastalarında önemlidir [12].

Karmaşık bir sorun olduğundan kanser kaşeksisinin yönetim ve tedavisi zordur. Ayrıca, sağlık profesyonelleri arasında farkındalık eksikliği, erken evrede kaşeksi saptanmasında standartlaştırılmış tanı araçlarının yetersizliği nedeniyle kaşeksinin erken dönemde belirlenebilmesi gecikmektedir. Hastadan hastaya gelişimi farklılık gösterdiğinden, anoreksi/kaşeksi semptomunun etkin bir şekilde yönetilmesinde girişimlerin hastaya özgü planlanması önemlidir [4].

ANOREKSİ VE KAŞEKSİYİ TANILAMA

Kanser kaşeksisi, multifaktöriyel bir sorundur. İskelet kas kütlesinde kayıp (yağ kütlesi kaybı var veya yok) vardır ve bu durum konvansiyonel nütrisyonel destek tedavi ile düzeltilemeyerek ilerleyici fonksiyonel kayıplara yol açmaktadır. Anormal bir metabolizma ile karakterize negatif protein ve enerji dengesi mevcuttur [3,13].

Kanser hastalarında anoreksi ve kaşeksi tanılaması hastanın nütrisyonel durumunun tanımlanması ile başlar. Hastanın öyküsünde, belirgin kilo kaybının, fizik muayene ve laboratuvar bulgularının olması tanıyı koydurmada yeterlidir (Tablo 4-1). 2011 yılında gerçekleştirilen uluslararası konsensus toplantısında:

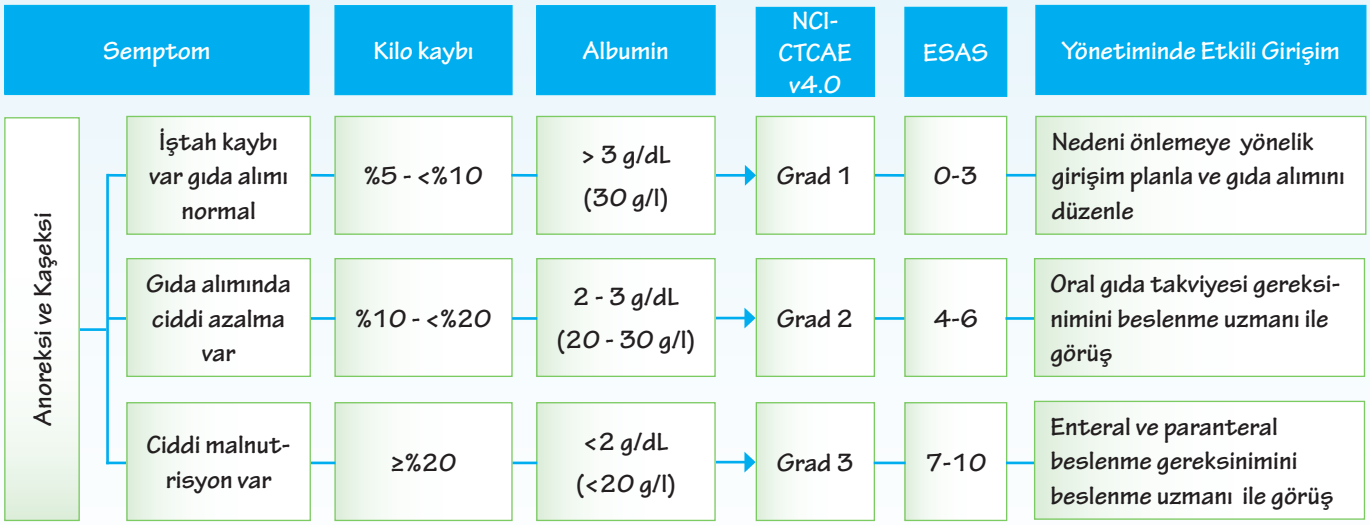
- Yetersiz beslenme olmaksızın son altı ayda >%5 kilo kaybı olması veya
- BKİ <20 kg/m^2 ve son bir ayda kilo kaybı >%2 olması veya

Tablo 4-1. Kaşeksi Tanı Kriterleri

European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC) 2011[3]	Society for Cachexia and Wasting Disorders (SCWD) 2008[14]	Kanser Kaşeksi Çalışma Grubu (CCSG) 2006[7]

Son altı ayda açlık olmaksızın %5'den fazla kilo kaybı
 	
ve/veya
%2'den fazla kilo kaybı ve BMI<20 kg/m^2
 	
ve/veya
%2'den fazla kilo kaybı ve sarkopeni varlığı
	Son 12 ayda %5'den fazla kilo kaybı ve altta yatan kronik hastalık
	veya
	BMI<20 kg/m^2
	ve aşağıdaki 5 kriterden en az üçünün varlığı
	• Anormal biyokimyasal parametreler
	  • CRP >5 mg/l
	  • Hb <12 g/dl
	  • Albumin<3.2 g/dl
	• Yorgunluk
	• Anoreksi
	• Azalmış kas gücü
	• Yağsız doku kitlesinde azalma
		En az ikisinin varlığı:
		• %10'dan fazla kilo kaybı
		• Günlük enerji alımı<1500 kcal
		• CRP>10 mg/l

BMI: Body Mass Index; CRP: C Reaktif Protein; Hb: Hemoglobin



Şekil 4-2. Anoreksi ve Kaşeksi Şiddetini Sınıflandırma

- Kas kitlesi kaybı ile uyumlu ekstremite iskelet kas indeksinin (erkeklerde <7.26 kg/m^2; kadınlarda <5.45 kg/m^2) azalmış olması kanser kaşeksinin tanı kriteri olarak kabul edilmiştir [3].

Klinik pratikte bu sorunun varlığı iştah ve beslenme durumunun (normal, azalma var, ciddi malnutrisyon), kilo kaybının (%), albumin düzeyinin takip edilmesi ile izlenmektedir. Sorunun şiddeti Amerika Ulusal Kanser Enstitüsünün Advers Olaylar için Ortak Terminoloji Kriterleri v4.03 (NCI-CTCAE v4.03) ve Edmonton Semptom Değerlendirme Skalası kullanılarak sınıflandırılmaktadır [14-15] (Şekil 4-2). Beslenme uzmanları ise Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA), Mini Nutritional Assessment (MNA), Malnutrition-Screening Tool (MST), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002) gibi farklı tarama testleri kullanarak hastayı daha kapsamlı değerlendirmektedir (Tablo 4-2) [9].

European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) tarafından nütrisyon durumunun değerlendirilmesinde genellikle MUST, NRS-2002 ya da MNA-SF testlerinin kullanımı

Tablo 4-2. Kaşeksiyi Tanılamada Kullanılan Malnutrisyon Tarama Testlerininin Bileşenleri

	PG-SGA	MNA	MST	MUST	NRS2002
Depoların tükenmesi	x	x	x	x	x
Kas kütlesi ve gücü	x	x			
Anoreksi ya da azalmış gıda alımı	x	x	x	x	x
Katabolik belirteçler	x[1]				
Fonksiyonel ve psikososyal etkiler	x	x			

[1] Ateş ve kortikosteroid

PG-SGA: Patient-Generated Subjective Global Assessment; MNA: Mini Nutritional Assessment; MST: Malnutrition Screening Tool; MUST: Malnutrition Universal Screening Tool; NRS-2002: Nutritional Risk Screening 2002

Anoreksi ve Kaşeksiyi Değerlendirme

Anoreksi ve kaşeksinin varlığını, hasta ile yapılan her görüşmede, hastaya "İştah kaybınız var mı?, Beslenmeniz etkilendi mi? Kilo kaybınız var mı?" soruları sorularak değerlendirilmelidir:

- ESAS (0= yok; 10=çok fazla)
- Hasta bildirimi: Yok, hafif, orta, şiddetli

İştahsızlık Düzeyi
- ESAS'a göre: 0-3
- Hasta bildirimi: Yok - hafif

→ Her vizitte iştah durumunu değerlendir ve izle

İştahsızlık Düzeyi
- ESAS'a göre: 4-10
- Hasta bildirimi: Orta - Şiddetli

→ Beslenme öyküsünü al ve nedenleri tanımlaya çalış

Anoreksi/Kaşeksi Öyküsünü Al

P
- Gıda alımının azalmasına neden olan etken ne?

Q
- Son 1 ay'da kilo kaybı var mı? Günlük aldığı gıda ve sıvı miktarında azalma var mı?

R
- GYA kısıtlama var mı? ve QoL olumsuz etkilenmiş mi?

S
- Etkilenme düzeyi ne? - NCI-CTCAE v4.03, ESAS

T
- Ne zaman başlamış? Herhangi bir girişim uygulanmış mı? Etkili olmuş mu?

Tedavi Edilebilir Neden/Etkileri Tanımla

Hastalığın tanısını ve evresini değerlendir
- İleri evre metastatik kanser hastalığı
- Baş-boyun kanserleri
- Mide kanseri
- Pankreas kanseri

Hastaya uygulanan tedavileri incele
- Ematojenite düzeyi yüksek kemoterapi
- Kemik iliği transplantasyonu
- RT ilişkili mukozit/özofajit

Anoreksi/kaşeksiyi tetikleyen semptomları tanımla
- İştahsızlık / erken doygunluk
- Barsak obstrüksiyonu
- Kronik konstipasyon
- Emosyonel Distres [Anksiyete, Depresyon]

Anoreksi/kaşeksinin hastaya etkisini tanımla
- Kilo/kalori dengesini değerlendir
- Yaşam kalitesini değerlendir

Şekil 4-3. Anoreksi-Kaşeksi Nedenlerini Tanılama ve Değerlendirme Algoritması

önerilmektedir. Ancak, literatürde bu tarama araçlarının daha çok yaşlı popülasyonun beslenme durumunun değerlendirmesi için uygun olduğu bildirilmiştir [16].

Klinikte Anoreksi-Kaşeksiyi Değerlendirme

Konsensus oylamasına katılan sağlık çalışanlarının %49,5'i (n=45) hastalarında anoreksi/kaşeksi tanılaması yaptığını ve %32.5'i (n=27) tanılama sırasında özel beslenme tarama aracı [NRS 2002 (%62; n=16) ve PG-SGA (%19; n=5) MNA (%15; n=4) ve MUST (%4; n=1)] kullandığını bildirmiştir.

Tartışmalar sırasında çocuk hastalar ile çalışanlar, çocuklarda beslenme durumunun tanılamasını, çocuğun ideal tartısını, BMI'nı, üst kol çevre uzunluğunu, triceps deri kıvrımının kalınlığını ölçerek değerlendirildiğini ifade etti.

Türkiye Sağlık Bakanlığı adına toplantıya katılan panelist 2014 yılı kasım ayında, Türkiye'nin Avrupa Birliği tarafından başlatılan ONCA projesine de dahil olduğunu ve bu proje kapsamında 30 hastanenin pilot uygulamaya dahil edildiğini belirtti. Şu an bu hastanelerde beslenme taramasının NRS 2002 aracılığıyla yapıldığını ve ESPEN'in önerisi doğrultusunda NRS 2002 formunun 2018 yılı itibariyle yatan hastalarda kullanımı zorunlu hale geleceğini belirtti.

Bauer ve ark (2002), 18-92 yaş arasında, lenfoma, meme, prostat, akciğer kanseri tanısı almış 71 kanser hastasının katılımı ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada, kanser hastalarının beslenme durumunun değerlendirilmesinde PG-SGA'nın kullanımının kolay ve hastaların malnutrisyon durumunu hızlıca saptamada etkili bir araç olduğunu ifade etmişlerdir 17]. Bir başka çalışmada MNA ve PG-SGA'nın kullanımı kolorektal, akciğer, özofagus, gastrik, pankreas kanseri tanısı ile adjuvan tedavi ya da palyatif bakım alan 157 kanser hastasında karşılaştırılmıştır. Çalışma sonunda PG-SGA'nın kanser hastalarında beslenme durumunun değerlendirilmesinde MNA'ya tercih edilmesi gerektiği belirtilmiştir [18]. Kanıta dayalı uygulama rehberinde de kanser kaşeksisinin tanılamasında PG-SGA'nın geçerli bir ölçüm yöntemi olduğu gösterilmiştir (Kanıt Düzeyi III) [19].

Anoreksi-Kaşeksiyi Değerlendirme 2017 Konsensus Kararı

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda:

1. Anoreksi-kaşeksiyi değerlendirmede katılımcıların %66'sı (n=57) NRS 2002'nin, %29'u (n=25) PG-SGA kullanımının daha uygun olacağına karar vermiştir.

ANOREKSİ VE KAŞEKSİNİN YÖNETİMİ

Kanser kaşeksisi, açlıktan farklı olduğu için sadece geleneksel beslenme rejiminin planlanması ile kilo artışının sağlaması mümkün değildir [19-21]. Ayrıca, bu sorunun önlenmesinde ve tedavi edilmesinde girişimler sınırlıdır. Kanıtlar, klinik uygulamada kullanılmak üzere sadece iki farmakolojik yaklaşımın [kortikosteroidlerin ve progestinlerin (megastrol asetat)] [12,22] ve tedaviye ek olarak kapsamlı beslenme danışmanlığının yanı sıra beslenme desteğinin de sunulmasının etkili olabileceğini göstermiştir [23].

Kortikosteroidlerin iştah kaybına etkisi, 49 kanser hastasının katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, yedi gün boyunca, günde iki kez kullanılan 16 mg'lık metilprednizolonun hastaların iştah kaybını azaltığı bildirilmiştir (Kanıt Düzeyi II) [24].

Kaşeksisi olan ileri evre kanser hastalarında megestrol asetatın kilo ve iştah artışı üzerine etkisinin değerlendirildiği bir meta analizde hem kilo hem de iştahta artış olduğu kanıtlanmıştır (Kanıt Düzeyi I) [25].

Megestrol asetat hastalarda tromboemboli, hiperglisemi, periferal ödem, hipertansiyon, Cushing Sendromu; kortikosteroidler ise hiperglisemi, immünosupresyon, osteopeni, osteonekroz, su ve sodyum retansiyonu, hipertansiyon, hipokalemi ve yara iyileşmesinde gecikmeye neden olabileceği için [26-29] hastaların bu yan etkilerin varlığı açısından takip edilmesi de oldukça önemlidir.

Anoreksi/kaşeksinin yönetiminde sadece farmakolojik yaklaşımların değil, "günlük tutma" "beslenme desteğinin yeterli düzeyde sunulması" "beslenme danışmanlığı ve eğitiminin sağlanması" ve "egzersiz" gibi farklı nonfarmakolojik yaklaşımların da yararlı olabileceği farklı çalışmalarda bildirilmiştir [23].

Beslenme Eğitimi

Yaşam kalitesinin iyileşmesi ve devamlılığının sağlanması için toplumun bilgilendirilerek yeme alışkanlıklarının düzenlenmesi ve doğru gıda seçimlerinin yapılması oldukça önemlidir [30-32].

Şaşırtıcı bir şekilde ileri evre kanser hastalarında bu konuda çok az bilgi ve uygulama mevcuttur. İleri evre kanser hastalarında, farmakolojik girişimlere ek olarak besin takviyesinin başlanmasının anoreksi ve kaşeksiye etkisinin incelendiği bir klinik çalışmada; hastaların aslında tükettikleri besinlerin kayıt altına alınmadığı görülmüştür [33]. Elli randomize kontrollü çalışmanın incelendiği farklı bir çalışmada ise: (1) hastaların diyet içeriklerinin göz ardı edildiği, (2) günlük alınan besinlerin, gün içinde alınan total kalori miktarının hesaplanması amacıyla kayıt edildiği görülmüştür [34-36].

İleri evre kanser hastalarında günlük alınan besinlerin kayıt edilmesi, hastalarda kilo kaybını takip etmemize ve beslenme ile ilişkili semptomların (bulantı, kusma, erken doygunluk, vb.) insidansını belirleyebilmemizi destekleyebilir [37]. Bu nedenle, onkoloji hemşiresinin hastayı yakından takip ederek değerlendirmesi, beslenme desteğine ve eğitime ihtiyacı olan hastaları zamanında belirleyip destek olmamızı sağlayabilir. Literatürde hasta ve aile eğitiminin anoreksi/kaşeksi yönetiminde önemli olduğu belirtilmektedir [30,38]. İlk kez KT uygulanan 213 kanser hastası ile yapılan bir randomize kontrollü çalışmada, hasta ve aile eğitiminin beslenmeye etkisi değerlendirilmiştir. Hasta ve aile eğitiminin beslenmeye etkisinin değerlendirildiği deney grubuna bir seans kemoterapiye geldiklerinde hemşire tarafından kemoterapinin yan etkilerine ilişkin bireysel eğitim verilmiş ve 3 kür boyunca bu eğitim tekrarlanmış. Kontrol grubunda ise, üçüncü kürde kemoterapi semptom değerlendirme ölçeği doldurulmuştur. Deney grubunda iştahta ve kiloda iyileşme, semptomların şiddetinde azalma görülmüştür (Kanıt Düzeyi II) [39].

Beslenmenin Yönetiminde Eğitimin Kullanımı

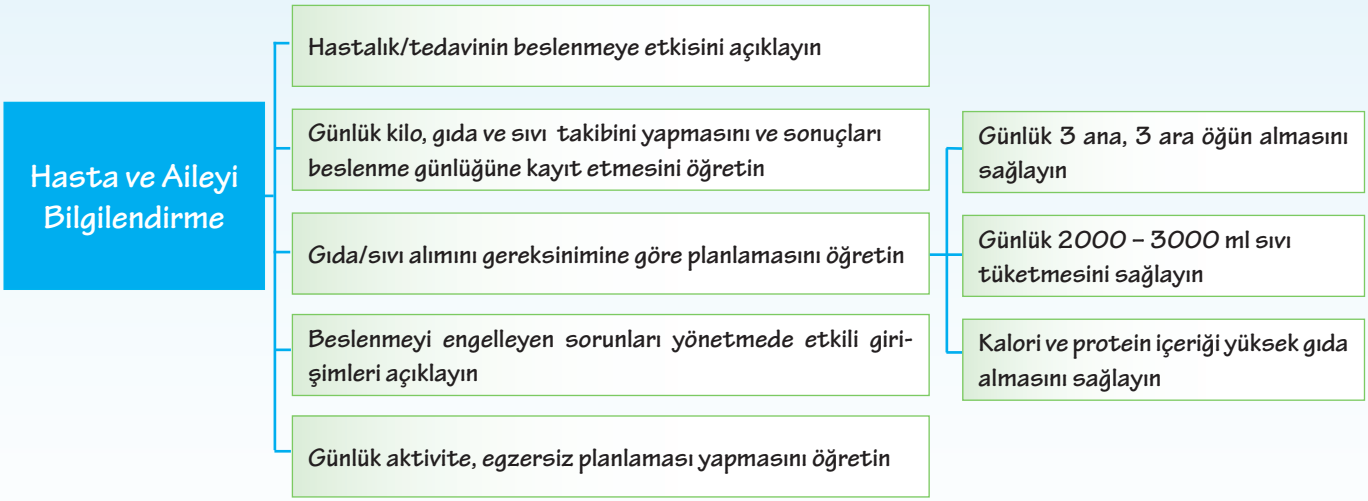
Toplantı sırasında yapılan değerlendirmede:

1. Katılımcıların %87.3'u (n=55) anoreksi/kaşeksi gelişme riski olan hastaya beslenme eğitimi verdiğini ifade etmiştir.
2. Beslenme eğitimi veren katılımcıların %50'si (n=23) beslenme eğitimini genel hasta eğitimi kapsamında, kalan %50'si (n=23) ise özel hasta eğitimi içinde verdiğini belirtmiştir.

Beslenmenin Yönetiminde Eğitim 2017 Konsensus kararı

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda:

1. Anoreksi/kaşeksi gelişme riski olan hastalarda beslenme eğitiminin %98.1 (n=103) katılımcının onayı ile düzenli olarak yapılmasına karar verilmiştir.



Şekil 4-4. Anoreksi ve Kaşeksiyi Önlemede Hasta ve Ailenin Bilgilendirilmesi

Günlük Tutma

Günlük alınan besinlerin doğru kaydedilmesi, yeterli beslenmenin sürdürülmesinde oldukça önemlidir [29,38]. Bruera ve ark. (1986), tarafından ileri evre kanser hastalarının katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada, 24 saat boyunca tüketilen gıdaların kayıt edilmesinin hastaların günlük alması gereken enerji ve protein miktarını yeterli almasını sağladığı gösterilmiştir [40]. Farklı çalışmalarda ise, alınan besinlerin uzun süreli kayıt edilmesi ile daha iyi sonuçlar elde edilebileceği, özellikle süre olarak üç günlük kayıtların yararlı olabileceği önerilmiştir [34-36].

Üç günlük beslenme günlüğünün tutulmasının beslenmeye etkisi, 151 kanser hastasının katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada incelenmiştir. Bu çalışmada, "üç ana ve üç ara öğün" düzenlenmesi yapılarak, hastalardan üç gün süresince aldıkları gıdaları kayıt etmeleri istenmiştir. Üç gün sonunda yapılan değerlendirmede, bu yaklaşımın hastaların kaçırdıkları öğün sayısını azalttığı görülmüştür [37]. Çalışma süresince gıda alımı yüksek olmasına rağmen, son 6 ayda kilo kaybı hikayesi olan hastalarda, kilo alımının istenilen düzeye ulaşamadığı belirlenmiştir (Kanıt Düzeyi VI) [37].

Beslenmenin Yönetiminde Günlük Kullanımı

Toplantı sırasında yapılan değerlendirmede:

1. Katılımcıların %94.4'u (n=84) anoreksi/kaşeksi gelişme riski olan hastaya beslenme beslenme günlüğü tutmasını önerdiğini ifade etmiştir.
2. Bazı katılımcılar hastalarından en az 3 gün boyunca yediklerini yazmasını istediklerini, çocuk hastaların annelerinin çoçuğun yediği gıdaları ve içtiği sıvıları kayıt ettiğini belirtmiştir.

Beslenmenin Yönetiminde Günlük Tutma: 2017 Konsensus kararı

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda:

1. Anoreksi/kaşeksi gelişme riski olan hastalarda, beslenmenin sürdürülmesinde beslenme günlüğünün kullanılmasına %92.5 (n=86) katılımcının onayı ile karar verilmiştir.

Beslenme Danışmanlığı

Beslenme danışmanlığı, sağ kalımı uzatması, kilo alımını arttırması ve yaşam kalitesini iyileştirmesi nedeniyle kanser hastalarının beslenmesini düzenlemede önemli bir yaklaşımdır [41,42]. Ayrıca hastalık tanısı konulduğu andan itibaren başlayan beslenme danışmanlığı, hastalığın tüm evrelerinde tedavi planının bir parçası olmalıdır [20].

Beslenme danışmanlığı sadece hastaya yönelik bir süreç değil; hasta yakınlarını da kapsayan multidisipliner bir yaklaşımdır. Özellikle açlık ile kaşeksi arasındaki farklılık konusunda hastanın ailesinin de bilinçlendirilmesi gerekmektedir [23].

Beslenmenin Yönetiminde Beslenme Danışmanlığı

Toplantı sırasında yapılan değerlendirmede:

1. Katılımcıların %67.4'ü (n=64) anoreksi/kaşeksi gelişme riski olan hastaya beslenme danışmanlığı yapıldığını bildirmiştir.
2. Tartışmalar sırasında bazı kliniklerde kanser hastalarına beslenme danışmanlığının diyetisyen ile birlikte beslenme hemşiresi tarafından verildiği, bazı kliniklerde ise diyetisyen olmadığı için sadece hemşireler tarafından verildiği ve iş yükü nedeniyle diyetisyenin hastayı haftada bir değerlendirdiği belirtilmiştir.

Langius ve ark. (2013) tarafından gerçekleştirilen bir sistematik incelemede, nütrisyonel girişimlerin etkisi radyoterapi ya da kemoradyoterapi uygulanan baş-boyun kanseri hastalarının beslenme durumuna, yaşam kalitesine ve mortaliteye etkisi incelenmiştir. Bu çalışmada, hastaların beslenme durumunun iyileştirilmesinde (1) standart beslenme önerileri, (2) beslenme danışmanlığı ve (3) bireyselleştirilmiş diyet danışmanlığı gibi üç yaklaşım kullanılmıştır. Çalışma sonucunda yapılan değerlendirmede, bu hasta grubunda diğer yaklaşımlara kıyasla bireyselleştirilmiş diyet danışmanlığının besin alımını, beslenme durumunu ve yaşam kalitesini iyileştirmede daha etkili bir yaklaşım olduğu gösterilmiştir (Kanıt Düzeyi I) [43].

Bireyselleştirilmiş beslenme danışmanlığının olumlu etkisi, Poulsen ve ark. (2014) tarafından gerçekleştirilen farklı bir çalışmada da gösterilmiştir. Bu çalışmada jinekolojik, gastrik ve/veya özofagus kanseri olan, radyoterapi ve/veya kemoterapi alan hastalarda yoğun, bireysel diyet danışmanlığının etkisi araştırılmıştır. Tüm hastalar başlangıçta, tedavi sırasında ve takip döneminde üç ay boyunca aynı diyetisyen tarafından haftada bir kez danışmanlık hizmeti almıştır. Çalışma sırasında tüm hastaların vücut ağırlığı ölçülmüş, 24 saatlik diyet geri bildirimi, mikro besin durumu ve yaşam kalitesi değerlendirilmiştir. Deney grubunda yer alan hastalara ek olarak haftada bir, bireysel olarak bir saatlik diyet danışmanlığı daha yoğun olarak uygulanmış ve eğer hasta kabul ederse, oral beslenme takviyesi başlanmıştır. Tüm hastaların yaşam kalitesi, araştırmanın başında, takip esnasında ve sonunda anket aracılığıyla değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda, bireysel olarak uygulanan yoğun beslenme danışmanlığının kilo kontrolünü ve yeterli miktarda protein ve enerji alımını sağlamada etkili bir yaklaşım olduğu bildirilmiştir. Tedavi süresi boyunca, kontrol grubuna kıyasla kilo kaybı olan hastaların oranının müdahale grubunda anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür (Kanıt Düzeyi II) [44].

Farklı çalışmalarda da beslenme danışmanlığının özellikle bazı kanser tiplerinde daha fazla yarar sağladığı bildirilmiştir [41]. Örneğin, Ravasco ve ark. (2005) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, kolorektal kanserli hastalara diyetisyen tarafından verilen diyet danışmanlığının, ağızdan beslenme takviyeleri olsun veya olmasın, radyoterapi sırasında ve sonrasında ve üçüncü ayda, prekaşektik hastalarda beslenme durumunun stabilize edilmesinde daha etkili olduğu gösterilmiştir (Kanıt Düzeyi II) [45].

Kanser kaşeksisi kas zayıflığı, kilo kaybı ve bağışıklığın bozulmasına neden olarak hastanın yaşam kalitesinin de bozulmasına sebep olmaktadır[21]. Bireysel beslenme danışmanlığı ile hastaların enerji ve protein alımının belirgin ve olumlu ölçüde iyileştiği gösterilmiş olsa da, başka bir çalışmada yaşam kalitesini iyileştirmede etkili olmadığı bildirilmiştir. Bu sonuç, beslenme durumu zaten bozulmuş olan kanser hastalarında, tek başına uygulanan beslenme tedavisinin etkisinin bazen sınırlı olabileceğini göstermektedir (Kanıt Düzeyi II) [46].

Literatürde beslenme danışmanlığı, vücut ağırlığını ve enerji alımını az da olsa olumlu yönde etkileyebileceğinden [47], kanser hastalarında beslenme danışmanlığına hastalık tanısının konması ile başlanması ve hastalık süreci boyunca devam edilmesi hastanın iyi bir hastalık süreci geçirmesi açısından önemlidir. Beslenme yönetimi ile ilgili yayınlanan uluslararası kılavuzlarda, yetersiz beslenen ya da beslenme riski altında olan hastaların beslenme konusunda bilgilendirilmesinin ve/veya hastanın gereksinimine göre bu hastalarda oral beslenme desteğinin başlanmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır [48]. Farklı çalışmalarda diyet danışmanlığının vücut ağırlığı ve enerji alımı üzerinde bir miktar da olsa etkisinin olabileceği gösterilmiştir [47].

İleri evre kanser hastalarında anoreksi ve kaşeksi sendromunun yönetiminde hastanın almak istediği gıda tercihi göz önünde bulundurulmalı, gıdanın tipine ve kalitesine dikkat edilmeli ve hastanın gıdayı zamanında alması sağlanmalıdır [30]. Beslenme danışmanlığının kemoterapi uygulanan hastalarda gıda alımını arttırdığı [49], radyoterapi uygulanan hastalarda yaşam kalitesini iyileştirdiği gösterilmiştir [45]. Beslenme danışmanlığı hasta yakınlarının hastalarının açlıktan öleceği düşüncesini de önlemiştir [50]. Bu nedenle, hastanın gereksinimleri temel alınarak planlanan beslenme danışmanlığı kapsamında özellikle: (1) Bulantı-kusma, diyare, mukozit ve depresyon gibi yemeye engel olan durumların saptanmasına, (2) az az sık sık ve küçük miktarlarda gıda alınmasının önerilmesine, (3) günlük kalori açığının en aza indirilmesine ve (4) gıda takviyelerinin alımının sağlanmasına odaklanılması önemlidir [51]. Beslenme danışmanlığının sürdürülmesinde onkoloji uzmanı, hemşire ve diyetisyenden oluşan profesyonel sağlık ekibine ihtiyaç vardır. Bu ekip hasta ve ailesinin beslenmeye ilişkin ihtiyaçlarını saptamalı ve eğitimin içeriğini bu ihtiyaçlar doğrultusunda geliştirmelidir. Ekip içerisinde yer alan hemşireler iştah kaybını arttıran bulantı, kusma, yorgunluk, diyare, ağrı, tat değişiklikleri gibi durumları minimalize etmeyi amaçlamalıdır [30].

Beslenmenin Yönetiminde Beslenme Danışmanlığı: 2017 Konsensus Kararı

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda:

1. %92.4 (n=121) katılımcının onayı ile anoreksi/kaşeksi gelişme riski olan hastalarda, beslenme danışmanlığının beslenme uzmanı (%59; n=72), beslenme hemşiresi (%32.8; n=40) ya da onkoloji hemşiresi (%8.2; n=10) tarafından yapılmasına karar verilmiştir.

Egzersiz

Egzersiz, kanser kaşeksisi olan hastalarda kas kütlesini, fiziksel fonksiyonu, yorgunluğu ve yaşam kalitesini iyileştirme potansiyeline sahip olduğundan kaşeksinin olumsuz etkilerini azaltmada yararlı olabileceği düşünülmektedir [52,53]. Bu nedenle, anoreksi ve kaşeksinin yönetiminde diyetisyenlerin yanı sıra fizyoterapistlerin de katkı vermesi önemlidir [4].

Beslenmenin Yönetiminde Egzersizin Kullanımı

Toplantı sırasında yapılan değerlendirmede:

1. Katılımcıların %45.6'sı (n=26) anoreksi/kaşeksi gelişme riski olan hastaların gıda alımını arttırmak için egzersiz yapmasını önerdiği belirlenmiştir.
2. Toplantı sırasında katılımcılar, hastanın kas kitlesini artırmada ve depresyonu azaltmada da önemli olan egzersiz uygulamalarını (germe, yürüyüş, vb.) hastanın genel durumunu ve kilosunu göz önünde tutarak yapmasını önerdiğini bildirdi

Literatürde egzersizin, kanser kaşeksisi bulunan hastalarda kas kütlesini, fiziksel fonksiyonu, yorgunluğu ve yaşam kalitesini iyileştirdiği farklı çalışmalarda belirtilmektedir. Kanser tedavisini tamamlanmış hastalarda, egzersizin kaşeksiye etkisi bir meta-analizde incelenmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda, bu çalışmada egzersiz uygulamasının BKİ'de ve vücut ağırlığında iyileşme sağladığı belirtilmiştir (Kanıt Düzeyi I) [54]. Ancak konuyla ilgili 2015 yılında yayınlanan bir sistematik derlemede, kanser kaşeksisi tanısı alan hastalarda egzersizin kaşeksiye etkisini inceleyen çalışmaların metodolojik olarak yetersiz olduğundan bu konuda bir sonuca varılamayacağı da ifade edilmiştir (Kanıt Düzeyi II) [53].

Beslenmenin Yönetiminde Egzersiz 2017 Konsensus kararı

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda:

1. %96.5 (n=109) katılımcının onayı ile, hastanın sağlığında bir engel yok ise, anoreksi/kaşeksinin yönetiminde egzersizin kullanılmasına karar verilmiştir.

Sonuç

Kanser hastalarının beslenme yönetimini ele alan uluslararası kılavuzlar, yetersiz beslenen ya da yetersiz beslenme riski altında olan hastaların beslenme konusunda bilgilendirilmesini ve/veya oral beslenme takviyelerinin başlanmasını tavsiye etmektedir [48].

Yapılan çalışmalar da, beslenme danışmanlığının vücut ağırlığı ve enerji alımı üzerinde bir miktar etkisinin olabileceğini göstermiştir [47]. Bunlara ek olarak, farklı çalışmalarda tedavi sürecinde beslenme yetersizliğine neden olan semptomların değerlendirilip yönetilmesi gıda alımının arttırılmasında ve fiziksel aktivitenin arttırılması kas kütlesinin artırılmasında yararlı olabileceği ileri sürülmüştür. Bu nedenle, palyatif bakım hastalarında gıda alımının erken dönemde değerlendirilmesi ve girişimlerin sorun ilerlemeden başlanması önemlidir. Beslenme desteği ve danışmanlığında amaç, kaşeksiyi stabilize etmek ve daha fazla ilerlemesini önlemek veya ertelemek olmalıdır [55]. Yapılan çalışmalarda sağ kalımı arttırmaya bir etkisi olmasa da, beslenme yetersizliği olan veya malnutrisyon riski taşıyan kanser hastalarında beslenme desteği tedavisinin başlanması vücut ağırlığını ve enerji alımını iyileştirdiği görülmüştür [48,56].

KAYNAKLAR

1. Laviano A, Meguid MM, Rossi-Fanelli F. Cancer anorexia: clinical implications, pathogenesis, and therapeutic strategies. Lancet Oncol 2003;4(11):686-694.
2. Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1000 patients. Support Care Cancer 2000;8(3):175-179.
3. Fearon K, Strasser F, Anker SD, Bosaeus E, Bruera E, Fainsinger RL, et al. Definition and classification of cancer cachexia:

an international consensus. Lancet Oncol 2011;12(5):489-495.

4. Del Fabro E. Overview of cancer cachexia. In: Del Fabro E, Fearon K, Strasser F, eds. Cancer Cachexia: Mechanisms and Progress in Treatment. 1 st ed. Netherlands: Elsevier B.V., 2016. p.1-5.

5. Moses AW, Slater C, Preston T, Barber MD, Fearon KC. Reduced total energy expenditure and physical activity in cachectic patients with pancreatic cancer can be modulated by an energy and protein dense oral supplement enriched with n-3 fatty acids. Br J Cancer 2004;90(5):996-1002.

6. Bachmann J, Heiligensetzer M, Krakowski-Roosen H, Büchler MW, Friess H, Martignoni ME. Cachexia worsens prognosis in patients with resectable pancreatic cancer. J Gastrointest Surg 2008;12(7):1193-1201.

7. Fearon KC, Voss AC, Hustead DS; Cancer Cachexia Study Group. Definition of cancer cachexia: effect of weight loss, reduced food intake and systemic inflammation on functional status and prognosis. Am J Clin Nutr 2006;83(6):1345-1350.

8. von Haeling S, Anker SD. Cachexia as a major underestimated and unmet medical need: facts and numbers. J Cachexia Sarcopenia Muscle 2010;1(1):1-5.

9. Blum D, Strasser F. Cachexia assessment tools. Curr Opin Support Palliat Care 2011;5(4):350-355.

10. Couch M, Lai V, Cannon T, Guttridge D, Zanation A, George J, Hayes DN, Zeisel S, Shores C. Cancer cachexia syndrome in head and neck cancer patients: part I. Diagnosis, impact on quality of life and survival, and treatment. Head Neck 2007;29(4):401-411.

11. MacDonald N, Easson AM, Mazurak VC, Dunn GP, Baracos VE. Understanding and managing cancer cachexia. J Am coll Surg 2003;197(1):143-161.

12. Dahlin C, Lynch M, Szmuilowicz E, Jackson V. Management of symptoms other than pain. Anesthesiol Clin North America 2006;24(1):39-60.

13. Aapro M, Arends J, Bozzetti F, Fearon K, Grunberg SM, Herrstedt J, et al. Early recognition of malnutrition and cachexia in the cancer patient: a position paper of a European School of Oncology Task Force. Annals of Oncology 2014;25(8):1492-1499.

14. Common Terminology Criteria for Adverse Events v4.03: (CTCAE), June 14, 2010, https://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE_4.03_2010-06 14_QuickReference_5x7.pdf (Access date: 12/16/2016).

15. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmser P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care 1991;7:6-9.

16. van Bokhorst-de van der Schueren MA, Guaitoli PR, Jansma EP, de Vet HC. Nutrition screening tools: Does one size fit all? A systematic review of screening tools for the hospital setting. Clin Nutr 2014;33(1):39-58.

17. Bauer J, Capra S, Ferguson M. Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. Eur J Clin Nutr 2002;56(8):779-785.

18. Read JA, Crockett N, Volker DH, MacLennan P, Choy SB, BealeP, et al. Nutritional assessment in cancer: comparing the mini-nutritional assessment (MNA) with the scored pa-

tient-generated subjective global assessment (PGSGA). Nutr Cancer 2005;53(1):51-56.

19. Bauer JD, Ash S, Davidson WL, Hill JM, Brown T, Isenring EA, Reeves M. Evidence based practice guidelines for the nutritional management of cancer cachexia. Nutr Diet 2006;63(Suppl.2):5-32.

20. Suzuki H, Asakawa A, Amitani H, Nakamura N, Inui A. Cancer cachexia-pathophysiology and management. J Gastroenterol 2013;48(5):574-594.

21. Kumar NB, Kazi A, Smith T, Crocker T, Yu D, Reich RR, et al. Cancer cachexia: traditional therapies and novel molecular mechanism-based approaches to treatment. Curr Treat Options Oncol 2010;11(3-4):107-117.

22. Giordano KF, Jatoi A. The cancer anorexia/weight loss syndrome: therapeutic challenges. Curr Oncol Rep 2005;7(4):271-276.

23. Couch ME, Dittus K, Toth MJ, Willis MS, Guttridge DC, George JR, et al. Cancer cachexia update in head and neck cancer: pathophysiology and treatment. Head Neck 2015;37(7):1057-1072.

24. Paulsen O, Klepstad P, Rosland JH, Aass N, Albert E, Fayers P. Efficiacy of methylprednisolone on pain, fatigue, and appetite loss in patients with advanced cancer using opioids: a randomized, placebo-controlled, double-blind trial. J Clin Oncol 2014;32(29):3221-3228.

25. Leśniak W, Bała M, Jaeschke R, Krzakowski M. Effects of megestrol acetate in patients with cancer anorexia-cachexia syndrome: a systematic review and meta-analysis. Pol Arch Med Wewn 2008;118(11):636-44.

26. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, at al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr 2016;36(1):11-48.

27. Mantovani G, Macciò A, Massa E, Madeddu C. Managing cancer-related anorexia/cachexia. Drugs 2001;61(4):499-514.

28. Kalender N. Analjezikler, Nonsteroid Anti-İnflamatuvar İlaçlar ve Kortikosteroidler. Romatoloji Hemşireliği ve Klinik Uygulamalar. Editörler: Çınar Fİ, Çınar M; Yılmaz S, Erdem H. Deomed Yayıncılık, İstanbul, 2016, s:173-179.

29. Alparslan G, Kapucu S. Steroidlerin kullanımında hemşirenin sorumlulukları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2008;15(2):77-84.

30. Inui A. Cancer anorexia-cachexia syndrome: current issues in research and management. CA Cancer J Clin 2002;52(2):72-91.

31. Feuz A, Rapin CH. An observational study of the role of pain control and food adaptation of elderly patients with terminal cancer. J Am Diet Assoc 1994;94(7):767-770.

32. Pettey C, Ferguson D, Langford MC. What's to eat? Cancer patients help decide. RN 1998;61(10):23-26.

33. Grosvenor M, Bulcavage L, Chlebowki RT. Symptoms potentially influencing weight loss in a cancer population. Correlations with primary site, nutritional status, and chemotherapy administration. Cancer 1989;63(2):330-334.

34. Moses AW, Slater C, Preston T, Barber MD, Fearon KC. Reduced total energy expenditure and physical activity in cachectic patients with pancreatic cancer can be modulated by an energy and protein dense oral supplement enriched with n_3 fatty acids. Br J Cancer 2004;90(5):996-1002.

35. Fearon KC, Von Meyenfeldt MF, Moses AG, Van Geenen R, Roy A, Gouma DJ, et al. Effect of a protein and energy dense n_3 fatty acid enriched oral supplement on loss of weight and lean tissue in cancer cachexia: a randomized double blind trial. Gut 2003;52(10):1479-1486.

36. Lundholm K, Daneryd P, Bosaeus I, Körner U, Lindholm E. Palliative nutritional intervention in addition to cyclooxygenase and erythropoietin treatment for patients with malignant disease: Effects on survival, metabolism and function. Cancer 2004;100(9):1967-1977.

37. Hutton JL, Martin L, Field CJ, Wismer WV, Bruera ED, Watanabe SM, et al. Dietary patterns in patients with advanced cancer: implications for anorexia-cachexia therapy. Am J Clin Nutr 2006;84(5):1163-1170.

38. Reid J. Psychosocial, educational and communicative interventions for patients with cachexia and their family carers. Curr Opin Support Palliat Care 2014;8(4):334-338.

39. Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A. Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;10(1):15-28.

40. Bruera E, Chadwick S, Cowan L, Drebit D, Hanson J, MacDonald N, et al. Caloric assessment of advanced cancer patients: comparison of three methods. Cancer Treat Rep 1986;70(8):981-983.

41. Hopkinson JB. The nursing contribution to nutritional care in cancer cachexia. Proc Nutr Soc 2015;74(04):413-418.

42. Hopkinson JB, Wright DN, Foster C. Management of weight loss and anorexia. Ann Oncol 2008;19(7):289-293.

43. Langius JA, Zandbergen MC, Eerenstein SE, van Tulder MW, Leemans CR, Kramer MH, Weijs PJ. Effect of nutritional interventions on nutritional status, quality of life and mortality in patients with head and neck cancer receiving (chemo) radiotherapy: a systematic review. Clin Nutr 2013;32(5):671-678.

44. Poulsen GM, Pedersen LL, Østerlind K, Bæksgaard L, Andersen JR. Randomized trial of the effects of individual nutritional counseling in cancer patients. Clinical Nutrition 2014;33(5):749-753.

45. Ravasco P, Monteiro-Grill I, Vidal PM, Camilo ME. Dietary counseling improves patient outcomes: a prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy. J Clin Oncol 2005;23(7):1431-1438.

46. Uster A, Ruefenacht U, Ruehlin M, Pless M, Siano M, Haefner M, et al. Influence of a nutritional intervention on dietary intake and quality of life in cancer patients: a randomized controlled trial. Nutr 2013;29:1342-1349.

47. Bozzetti F. Nutritional support of the oncology patient. Critical Reviews in Oncol Hematol 2013;87(2):172-200.

48. Baldwin C, Spiro A, Ahern R, Emery PW. Oral nutritional interventions in malnourished patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. J Natl Cancer Inst 2012;104(5):371-385.

49. Strasser F. Eating-related disorders in patients with advanced cancer. Support Care Cancer 2003;11(1):11-20.

50. Barber MD, Ross JA, Fearon KC. Cancer cachexia. Surg Oncol 1999;8(3):133-141.

51. Gill C. The Role of Nutritional Supplements in the Treatment of Cachexia in Cancer Patients—The Registered Dietician's Perspective. US Oncological Disease 2007;1(1):92-95.

52. Arends J, Bodoky G, Bozzetti F, Fearon K, Muscaritoli M, Selga, G, et al. ESPEN guidelines on enteral nutrition: non-surgical oncology. Clin Nutr 2006;25(2):245-259.

53. Grande AJ, Silva V, Maddocks M. Exercise for cancer cachexia in adults: executive summary of a Cochrane Collaboration systematic review.J Cachexia Sarcopenia Muscle 2015;6:208-211.

54. Fong DY, Ho JW, Hui Bp, Lee AM, Macfarlane DJ, Leung SS, et al. Physical activity for cancer survivors: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2012;344:e70.

55. Bosaeus I. Nutritional support in multimodal therapy for cancer cachexia. Support Care Cancer 2008;16(5):447-451.

56. Bourdel-Marchasson I, Blanc-Bisson C, Doussau A, Germain C, Blanc JF, Dauba J, et al Nutritional advice in older patients at risk of malnutrition during treatment for chemotherapy: a two-year randomized controlled trial. PloS One 2014;9(9):e108687.

5

DİYARE

Ferda Akyüz, Ülkü Saygılı, Gülbeyaz Can, Meryem Başıbüyük, İbtisam Ghrayeb, Tikva Meron, Kezban Özcan, Hülya Bingöl, Ükke Karabacak, Manal Al-Zadjali, Fatma Betül Çakır

Diyare bağırsakta sıvı içeriğinin artmasıyla birlikte, gaitanın miktar olarak 200 g/gün üzerine çıkması ve barsak hareketlerinin dakikada 3 ve üzerinde olması olarak tanımlanır [1]. Palyatif bakım hastalarında gelişen diyarenin pek çok nedeni vardır. Kemoterapide kullanılan ajanın yan etkisi olabilir, pelvik ve abdominal radyoterapiye [2], enteral beslenmeye, aşırı doz laksatif kullanımına, enfeksiyon ve diğer ilaç tedavilerine bağlı gelişebilir [2-4].

Hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bu sorun, etkili bir şekilde yönetilmez ise, dehidratasyon, elektrolit dengesizliği, yetersiz beslenmeye neden olarak hastaların hastaneye yatış sıklığının artmasına ve hatta yaşamını kaybetmesine neden olabilir [1,5] (Kanıt düzeyi VI).

Kemoterapi ilişkili diyare, bağırsakta aktif şekilde çoğalan mukoza hücrelerinin harabiyete uğraması ya da tamamen yok olması sonucunda gelişir. Mukoza hücrelerinin harabiyetiyle birlikte intestinal villusların sıvıyı absorbe etme işlevi bozulur ve sonuçta sıvı sekresyonu ve absorbsiyonu arasında dengesizlik gelişir. Gastrointestinal yol boyunca sıvı-elektrolit sekresyonunda ve barsak absorbsiyonunda bozulma olur [1]. Ayrıca literatürde, kemoterapiye ilişkili diyarenin, infalamasyon ve ülserasyonla seyreden, intestinal mukozada ve gastrointestinal sekresyonda değişikliklere yol açan mukozitler ile ilişkili olabileceği de bildirilmiştir [6] (Kanıt düzeyi VI).

Kemoterapi uygulaması sırasında hastaların %50-90'ında diyare önemli bir sorundur. Sıklığı ve şiddeti uygulanan ilacın türüne bağlı farklılık göstermektedir [3]. Bir çalışmada florourasil ve irinotekan bazlı tedavi alan hastalarda şiddetli diyare gelişme oranın %30 olduğu bildirilmiştir [7]. Diyarenin varlığı, hastaların tedavi dozunun azaltılmasını veya tedavinin kesilmesini gerektirebilir. Bu da tedavinin etkinliğini ve hastanın klinik seyrini olumsuz etkileyebilir [8]. Bu nedenle, özellikle riskli hastalarda diyarenin varlığının yakından takip edilmesi ve değerlendirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması önemlidir [5].

Günlük Pratikte Diyareyi Tanılama

DİYARESİ OLMAYAN HASTADA İZLEM

Konsensus oylaması sırasında sağlık çalışanlarının %93'ü hastaların günlük defekasyon sıklığını değerlendirmesi yaptığını, % 8'i yapmadığını bildirmiştir.

DİYAREYİ TANILAMA

Tanılamaya hasta hikâyesinin alınması ile başlamalı ve fiziksel muayene yapılarak diyarenin varlığını gösteren bulguların varlığının değerlendirilmesi ile tamamlanmalıdır (Şekil 5-1).

Öncellikle hastanın genel defekasyon alışkanlığı ve şu an dışkının yapısında var olan değişimler Bristol Dışkı Sakalası (Tablo 5-1) kullanılarak sorgulanmalıdır [9]. Takiben diyareyi tetikleyebilecek risk faktörlerinin varlığı araştırılmalıdır: Hastanın primer kanser tanısı, diyare gelişimi ile ilişkili komorbid sorunların varlığı, beslenme alışkanlığı sorgulanmalıdır. Son dönemde uygulanan tetkik ve tedavilerin türü araştırılmalı, seyahat ve bitkisel takviyelerin kullanımı sorgulanmalıdır [10] (Kanıt düzeyi VI). Vücut ısısında artış, baş dönmesi, halsizlik, bulantı ve kusma, şişkinlik, abdominal kramp, malnütrisyon ve dehidrasyon varlığı gibi diyarenin ciddiyetinin belirlenmesinde önemli belirti ve bulguların varlığı analiz edilmelidir [11]. Gerekli ise, hastanın lökosit, hemoglobin, hematokrit ve elektrolit değerlerindeki değişimler ve dışkı kültüründe enfeksiyon varlığı araştırılmalıdır [5,11] (Kanıt düzeyi VI).

Elde edilen bulgulara dayanarak diyarenin şiddeti Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü tarafından geliştirilen advers olaylar için ortak terminoloji kriterleri [National Cancer Institute - Common Terminology Criteria for Adverse Events (NCI-CTCAE v4.03)] kullanılarak sınıflandırılmalı (Tablo 5-2) ve yönetiminde etkili yaklaşımlar diyarenin şiddeti temel alınarak planlanmalıdır [12].

Günlük pratikte diyareyi tanılama

DİYARESİ OLAN HASTADA İZLEM

Konsensus sırasında yapılan oylamada sağlık çalışanların %19'u hastalarında diyare tanılamasında özel değerlendirme aracını kullandığını, %81'i özel araç kullanmadığını bildirmiştir. Herhangi bir değerlendirme aracı kullanmayan çalışanlar diyareyi "Var" ve " Yok" olarak değerlendirdiklerini ve günlük defekasyon sıklığını sorarak öğrendiklerini bildirmişlerdir.

Diyareyi Tanılama 2017 Konsensus Kararları

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda katılımcılar:

1. Diyare sorunu olsun ya da olmasın tüm palyatif bakım hastalarında diyarenin varlığının günlük olarak değerlendirilmesine,
2. Diyare tanılamasında kliniğin tercihine göre Bristol dışkı skalasının veya NCI-CTCAE v4.03 Toksisite Kriterlerinin kullanılmasına. Hastanın gereksinimine göre, sıvı elektrolit dengesinin değerlendirilmesine,
3. Diyare tanılamasının hasta ve yakınlarına öğreterek güvenli tedavi sürecine uyumunun arttırılmasına (örn. oral ilaç kullanımında, EGFR inhibitörleri ile ilişkili diyarede tedavi dozunda azaltılma ya da tedaviye ara verilmesi gerekebilir),
4. Diyaresi olan hastalarda hikayesi alındıktan sonra, kapsamlı fiziksel muayeneninyapılmasına ve laboratuvar sonuçlarının değerlendirilmesine ve fiziksel aktivite durumu, sıvı alımı, beslenme şekli sorgulanmasına karar verilmiştir.

DİYARE YÖNETİMİ

Palyatif bakım hastalarında diyare hastaların yaşam kalitesini etkileyen en önemli semptomlardan biridir [5]. İleri evre kanser hastalarında kullanılan antineoplastik ajanlar ile ilişkili diyare hastaların tedaviye uyumunu olumsuz etkileyebilir [13], radyoterapi ile ilişkili diyare tedavinin erken dönemde sonlandırılmasına neden olabilir [14]. Bu nedenle, hastaya uygulanması planlanan tedavi yaklaşımına bağlı diyare gelişme riski var ise, gerekli önlemlerin erken dönemde alınması ve uygulanması tedavinin etkinliğinin arttırılmasında önemlidir.

Diyareyi Değerlendirme

Hastalarda diyarenin varlığı hasta ile yapılan her görüşmede "Diyareniz var mı?" sorusu sorularak değerlendirilmelidir:

- Bristol Dışkı Skalası (Tip 4-7)
- Hasta bildirimi: Yok, hafif, orta, şiddetli

Diyarenin Şiddeti

- Bristol Dışkı Skalası: Tip 4
- Hasta bildirimi: Yok - hafif

→ Hastanın gıda / sıvı alımı düzenle

Diyarenin Şiddeti

- Bristol Dışkı Skalası: Tip 5-7
- Hasta bildirimi: Orta - Şiddetli

→ Diyare öyküsünü al ve nedenleri tanımlaya çalış

Diyare Öyküsünü Al

P
- Tetikleyen nedenler ya da rahatlatan yaklaşımlar neler?

Q
- Diyare şikayeti: sürekli mi? Aralıklı mı?

R
- Günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi etkilenmiş mi?

S
- Etkilenme düzeyi ne?

T
- Ne zaman başlamış? Ne sıklıkta oluyor? Ne kadar sürüyor? Herhangi bir girişim uygulanmış mı? Etkili olmuş mu?

Tedavi Edilebilir Neden/Etkileri Tanımla

Aldığı tedavi yan etkisini incele
- Kemoterapi (Capecitabine, Sorafenib)
- Pelvik ve Abdominal Radyoterapi
- Aşırı laksatif kullanımı
- Cerrahi
- Diğer ilaç tedavileri (Antibiotik)

Hastalığın durumunu ve eşlik eden diğer sağlık sorunlarını değerlendir
- Kolorektal tümör
- Jinekolojik tümör
- İnfeksiyon

Beslenme ve aktivite durumunu değerlendir
- Sıvı/gıda alımında azalma
- Lifli gıda alımında artma
- Fiziksel aktivitede azalma

Diyare ile birlikte görülen semptomları tanımla
- Dehidratasyon
- Bulantı-kusma
- Hipotansiyon
- Halsizlik- Yorgunluk
- Ağrı

Şekil 5-1. Diyarenin Nedenlerini Tanılama ve Değerlendirme Algoritması

Tablo 5-1. Bristol Dışkı Skalası [13]

Dışkı Şekli	Açıklama
	Tip 1: Keçi pisliği tarzında, topak topak ve parça parça sert dışkı
	Tip 2: Daha büyük ve birleşik topaklanma
	Tip 3: Daha az kalın, daha yumuşak kıvamlı, yüzeyinde derin olmayan çatlakların olduğu dışkı
	Tip 4: Yılan veya sosis gibi pürüzsüz, kaygan yüzeyli ve yumuşak kıvamlı dışkı
	Tip 5: Kenar verecek kıvamda parça parça dışkı
	Tip 6: Yumuşak kıvamlı, su içeriği daha fazla, parça parça dışkı
	Tip 7: Sert ya da yumuşak, katı içeriği hiç olmayan sulu dışkı

Tablo 5-2. Diyareyi Sınıflandırmada NCI-CTCAE v4.03[12]

	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Diyare	Günlük dışkı sayısı <4; başlangıca kıyasla ostomi çıkışında hafif artış mevcut	Günlük dışkı sayısı 4-6; başlangıca kıyasla ostomi çıkışında orta dereceli artış mevcut	Günlük dışkı sayısı≥7; inkontinas mevcut, hastaneye yatış gerekli; başlangıca kıyasla ostomi çıkışında ciddi artış mevcut; öz-bakım ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede zorlanıyor.	Yaşamı tehdit ediyor, acil müdahale gerektirir	Ölüm

Diyarenin önlenmesinde gıda alımının düzenlemesi yeterli olabilir. Ancak, yönetiminde gıda/sıvı alımının düzenlemesinin yanı sıra, hastanın sağlık kuruluşuna erken dönemde başvurmasını sağlayarak tedavi dozunun düzenlenmesi, tedaviye ara verilmesi ya da antidiyaretik tedavinin başlanması gerekebilir. Bir çalışmadan, bu hastalardan diyarenin başlangıcını, sıklığını ve süresini ve kullanılan baş etme girişimlerini içeren bir günlük tutmalarının istenmesinin diyarenin tanılamasında ve yönetiminde önemli olduğu vurgulanmıştır [11]. Bu nedenle, diyare gelişme riski olan onkoloji hastalarının diyarenin yönetimi konusunda bilgilendirilmesi önemlidir.

Hasta Eğitimi

Semptom yönetiminde hasta eğitimi önemli rol oynamaktadır. Diyarenin yönetimine yönelik eğitimin oluşturulmasında hastanın bireysel özellikleri, sağlık hikayesi, kullandığı ilaçlar ve aldığı tıbbı tedavi göz önünde bulundurulmalıdır. Eğitim hasta ve hasta yakınlarının katılımı ile bire bir, belirli bir eğitim programı takip edilerek (ortalama 20-30 dakika) diyare gelişmeden önce yapılmalıdır [15-19]. Eğitim sırasında, hastaya:

- Bistol Dışkı Skalası kullanılarak diyarenin varlığını ne sıklıkta değerlendireceği öğretilmeli,

- Diyarenin gıdalar ile ilişkisi açıklanarak, diyareyi arttıran ve azatan gıdalar konusunda bilgi ve önceden hazırlanmış liste verilmeli (Tablo 5-3) [11,20,21] ve yeterli sıvı alımının (24 saatte/ 8-10 bardak) önemi açıklanmalı [11,20,21],
- Diyare geliştiğinde hekim tarafından alması önerilen ilaçların, ne zaman ve ne sıklıkta alınacağı öğretilmeli [20],
- Sağlık kuruluşuna başvurması gereken durumlar açıklanmalı [20,21],
- Şiddetli diyare durumunda gelişebilecek komplikasyonlar konusunda bilgilendirilmelidir [11,20,21] (Kanıt düzeyi VI).

Diyarenin Yönetiminde Eğitimin Kullanımı

Günlük pratikte, katılımcıların %92'si diyare riski olan hastada eğitim yaptığını, %8'i yapmadığını bildirmiştir.

Hastalarını diyare konusunda bilgilendiren katılımcıların %71'i diyare gelişmeden önce, %29'u hastanın diyare şikayetini bildirdikten sonra yaptığını bildirmiştir.

Literatürde; kanser hastalarında görülen diyarenin yönetiminde eğitimin etkinliğinin değerlendirildiği çalışma sonuçları oldukça sınırlıdır.

Bir çalışmada, farklı evrelerde olan kanser hastalarının (n=120) katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada, kemoterapi ilişkili semptomların yönetiminde üç seansta sunulan 40-45 dakikalık eğitimin etkisi incelenmiştir. Bu çalışmada, eğitimin kemoterapi ilişkili semptomların azaltılmasında etkili bir yaklaşım olduğu belirtilmiştir [16] (Kanıt düzeyi II). Akçay ve Gözüm (2012) de meme kanserli hastalara verilen kemoterapi eğitiminin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmiş ve yapılan değerlendirme sonucunda eğitimin hasta bilgi düzeyini arttırmada etkili yaklaşım olduğunu bu çalışmada da belirlenmiştir [18] (Kanıt düzeyi II).

Molassiotis ve ark. (2009), hemşireler tarafından evde bakım programı kapsamında verilen eğitimin etkisini oral kemoterapi alan meme ve kolorektal kanserli 164 hastanın katılımı ile gerçekleştirdiği bir randomize kontrollü çalışmada incelemiştir. Çalışma sonucunda elde edilen veriler, eğitimin diyareyi iyileştirmede etkili yaklaşım olduğu belirlenmiştir [22] (Kanıt düzeyi II).

Diyarenin Yönetiminde Eğitim 2017 Konsensus Kararları

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda katılımcılar:

1. Çalışma sonuçları, belli bir program kapsamında uygulanan planmış hasta eğitiminin peryodik olarak tekrarlanmasının diyare şiddet ve sıklığında anlamlı azalma sağladığını göstermektedir.
2. Risk faktörlerini barındıran hastalarda diyare gelişmeden koruyucu önlem olarak eğitim verilmesi gerektiğine karar verilmiştir

Gıda Düzenlenmesi

Diyarenin yönetiminde uygulanan bir diğer yaklaşım da gıda düzenlemesidir [23]. Hastalara:

- Diyareyi tetiklen gıdaların neler olduğu konusunda bilgi verilmelidir (Tablo 5-3).
- Az ve sık miktarda (5-6 öğün) gıda tüketmesi önerilmelidir [21,23,24].
- Laktozdan zengin besinleri (süt ve süt ürünleri) ve kafeini kullanmaması tavsiye edilmelidir [21,23,24].
- Barsak hareketlerini hızlandırabilecek (laha-

Tablo 5-3. Diyare Gelişimini Arttıran Gıdalar[34]

Gıda Türü
Süt ve Süt Ürünleri
Narenciye ve Asidik İçecekler ❧ Portakal, erik, greyfurt, limon, limonata, ananas, domates
Lifli Gıdalar ❧ Çiğ meyve ve sebzeler, fındık, mısır, kuru fasulye, mercimek, bezelye, mısır, kuru erik, çilek, hurma, kuru meyve, incir, fasulye, bezelye, brüksel lahana, brokoli
Yağlı ve Baharatlı Yiyecekler ❧ Kızarmış gıdalar (kızarmış etler, balık ve kümes hayvanları) sosis, pizza ve soslar. Salata sosları, mayonez, tatlılar, hamur işleri, çörek ve patates cipsi
Kafein ❧ Kahve, çay, kola ve diğer kafeinli içecekler
Ekmekler ve Tahıllar ❧ Tam buğdaylı ve kepekli ürünler, üzüm çekirdeği, bulgur, arpa, buğday tohumu

na, brokoli, fasulye, bezelye, mercimek, elma, üzüm, karpuz, portakal) ya da irritasyona sebep olabilecek gıdaları (kızarmış, yağlı veya baharatlı gıdalar) tüketmemesi önerilmelidir [21,23,24].

❧ Dışkı şekilleninceye kadar buğday, mısır, pirinç, yulaf, şehriye, patates, muz ve tuzlu kraker tüketmesi önerilmelidir [21,23,24].

❧ Aşırı sıcak ve soğuk yiyecekleri tüketmekten kaçınması önerilmelidir [21,23,24].

Diyet düzenlemesinin diyareye etkisini incelendiği çalışmalar sınırlıdır.

Bir çalışmada intestinal geçirgenliği azalttığından, oksidatif stresi, inflamasyonu ve iyon geçişini düzenlediğinden diyette çinko tüketiminin arttırılmasının diyarenin yönetiminde kullanımı etkili bir yaklaşım olacağı bildirilmiştir. Fakat literatürde bu konuda yapılan çalışmalar yetersiz olup, diyerenin yönetiminde çinkonun kullanımına karar verebilmek için daha fazla sayıda iyi tasarlanmış çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır [25].

Farklı bir çalışmada, pelvik radyoterapi ilişkli diyarenin önlenmesinde glutaminin etkisi Kucuktulu ve ark (2012) tarafından gerçekleştirilen deneysel bir çalışmada incelenmiştir. Bu çalışmada deney grubuna, radyoterapiden 1 hafta önce başlayarak, radyoterapi sırasında ve bitiminden sonraki 1 hafta boyunca, günde 3 kez, 15 g glutamin desteği veril-

Tablo 5-4. Diyarenin Şiddetine Göre Gıda Önerileri [34]

Grad 0	Grad 1-2	Grad 3-4
• 10-12 bardak sıvı/gün • Az yağlı ve az lifli diyet • Baharat, çözülemeyen lif, sınırlandırılmalı • Az ve sık yem	• Laktoz içerkili besinler sınırlandırılmalı • Oral sıvı alımını 3- 4 lt çıkartılmalı • Yeterli sıvı alımı yoksa IV hidrasyon başlamalı • Elektrolit kaybı oral ve IV takviye edilmeli	• Total paranteral beslenme • Kaybolan sıvı ve elektrolitin geriye konması

miştir. Yapılan değerlendirme sonucunda glutaminin radyoterapi ilişkili diyarenin yönetiminde etkili yaklaşım olduğu görülmüştür. Çalışmada yer alan hasta sayısı az olduğundan, radyoterapi ilişkili diyarenin yönetiminde grutaminin kullanımını önerebilmek için daha fazla sayıda çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır [26] (Kanıt Düzeyi III).

Boukhettala ve ark (2010) tarafından, glutamin ve bazı proteinler eklenerek oluşturulan diyetin etkisi metotreksat ilişkili mukozitin yönetiminde fareler üzerinde değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, glutaminden zengin bu diyetin kemoterapiye bağlı intestinal hasarı azaltığı ve iyileştirmeyi hızlandırdığı bildirilmiştir [27] (Kanıt Düzeyi III).

Diyarenin Yönetiminde Beslenme 2017 Konsensus Kararları

Çalışma sonuçları ve yapılan tartışma sonrasında diyarenin yönetiminde bağırsak hareketlerini azaltan besinlerin önerilmesi, baharatlı, yağlı, laktozlu besin sınırlamasına gidirilmesinin ve liste ile sunulmasına karar verilmiştir

Probiyotikler

Probiyotikler, barsak fonksiyonlarının düzenlenmesine destek olan yararlı bakterilerdir [28-34]. Probiyotik olarak kullanılan başlıca mikroorganizmalar Lactobacillus sp., Bifidobacterium sp., Streptococcus thermophilus ve Saccharomyces boulardii'dir [33].

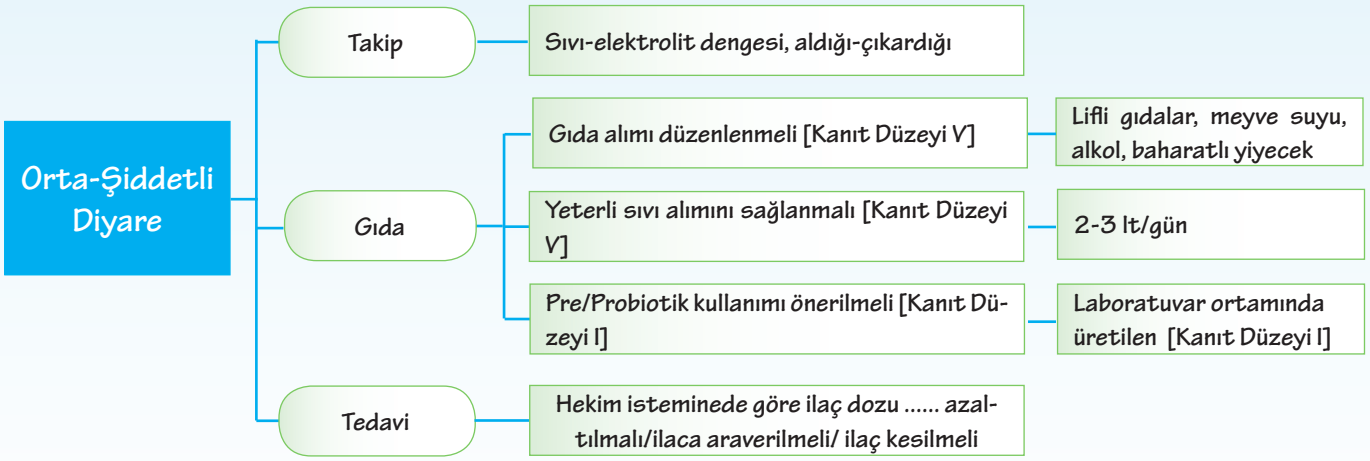
Demers ve ark (2013) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, probiyotiklerin diyareye etkisi pelvik radyoterapi alan 246 hastanın katılımı ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmada yer alan hastalar plasebo, standart doz ya da yüksek doz çift probiyotik (Lactobacillus ve Bifidobakterium) alan 3 gruba ayrılmıştır. Yapılan değerlendirme sonucunda, radyoterapi tedavisinden önce alınan standart doz çift prebiyotik desteğinin grad 2, 3 ve 4 diyareyi azaltmada etkili, yüksek doz probiyotik kullanımının etkisiz yaklaşım olduğu bildirilmiştir. Kullanımının güvenli olduğu ifade edilen yüksek doz probiyotik kullanımının olumlu etkisinin tedavinin sonunda ya da tedavi bitiminden 2 hafta sonra ortaya çıktığı ifade edilmiştir [35] (Kanıt düzeyi II).

Abdominal ve pelvik kanserli hastalarda probiyotik kullanımının kemoterapi ilişkili diyareye etkisi 9'u randomize kontrollü çalışma olan 20 çalışmanın sonuçlarının değerlendirildiği bir meta-analiz çalışmasında değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirmede, kemoterapi ilişkili diyarenin önlenmesinde probiyotiklerin kullanımının etkili yaklaşım olduğu bildirilmiştir. Araştırmacılar, ayrıca probiyotiklerin özellikle grade 2 ve üstünde diyaresi olan hastalarda daha da etkili olduğunu ve nadir de olsa kullanımının bakteriyemi, enfeksiyon, sepsise neden olabileceğini ifade etmişlerdir. Bu nedenle nötropenik hastalarda kullanımı sakıncalı olabilir [36] (Kanıt Düzeyi I).

Farklı bir randomize kontrollü çalışmada Motoori ve ark (2017), ileri evre özefagus kanseri tanısı ile neoadjuvant tedavi alan 61 hastada, birlikte verilen prebiyotik ve probiyotiklerin sinbiyotik etkisini incelemiştir. Çalışmaya alınan 30 hasta sinbiyotik grubuna, 31 hasta konrol grubuna alınmıştır. Sinbiyotik grubuna hem probiyotik hem de prebiyotik desteği

Diyarenin Yönetiminde Probitotik 2017 Konsensus Kararları

1. Probiyotikler günlük barsak hareketlerinin ortalama sıklığını ve antiishal ilaç tedavisine olan ihtiyacı azaltabilir, ancak kanıtlar klinik olarak ikna edici değildir ve sepsisin bir nedeni olabilirler.
2. Nötropenik kanserli hastalar için güncel diyet tavsiyesi bilimsel kanıtlardan ziyade, bakteriyemi vaka raporlarına ve üretici önerilerine dayanan probiyotikler içeren ürünlerden kaçınılmalıdır.



Şekil 5-2. Orta ve Şiddetli Diyarenin Yönetimi

uygulanmıştır. Çalışma sonucunda, kontrol grubuna kıyasla prebiyotiklerin ve probiyotiklerin sinbiyoik kullanımının diyarenin şiddetinin şiddetini azaltmada etkili yaklaşım olduğu bildirilmiştir [37] (Kanıt düzeyi II).

Hidrasyonun Sağlanması

Diyareye bağlı dehidratasyonun önlenmesinde sıvı alımının arttırılması önemlidir. Farklı çalışmalarda, diyarenin yönetiminde oral rehidrasyonun sağlanması ucuz ve etkili bir yaklaşım olduğu bildirilmiştir [38]. Hastalara, günde en az 8-12 bardak sıvı alması önerilmeli [21] Hastaların sıvı alımının arttırması, dehidratasyonu ve sıvı elektrolitlerin kaybını önleyerek mortalite ve mobidite oranlarını düşürmede etkili olduğu belirtilmiştir [39] Oral rehidrasyon sıvısı, 5 su bardağı suya bir silme çay kaşığı tuz, 8 silme çay kaşığı şeker ilave edilerek evde de hazırlanabilir [40].

İlaç Dozunu Azaltma / İlacı Kesme

İrinotekan alan kanser hastalarının % 25'inde yaşamı tehdit eden diyare görülür. Hastalardaki diyare kemoterapi kaynaklı ise, doz azaltma, kemoterapinin sonraki dozunu geciktirmeli veya tedavi sonlandırılmalıdır [41] (Kanıt düzeyi I). Corwn ve ark (2008) yaptığı 11 çalışmanın incelendiği çalışmada; Lapatinibe bağlı diyare geliştiği ve diyarenin azaltılması ve önlenmesi için tedavi dozunun azaltılması ya da tedvinin sonlandırılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır [42] (Kanıt düzeyi II).

KAYNAKÇA

1. Can G. Onkoloji hemşireliği. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri 2012; İstanbul.
2. Teo MTW, Sebag-Montefiore D, Donnellan, CF. Prevention and management of radiation-induced late gastrointestinal toxicity. Clin Oncol 2015; 27(11):656-667.
3. Stein A, Voigt W, Jordan, K. Chemothe¬rapy-induced diarrhea: pathophysiology, frequency and guideline-based management. Ther Adv Med Oncol 2010; 2(1) ; 51-63.
4. Oncology Nursing Society https://www.ons. org/ (Access date: 09/03/2018)
5. Colleen S, Loryn T. Treatment-related diarrhea in patients with cancer. Clin J Oncol Nurs 2012; 16(4): 413.
6. Stringer AM. Chemotherapy-induced mucositis: the role of gastrointestinal microflora and mucins in the luminal environment.. 2009; (Doctoral dissertation).

7. Arnold RJ, Gabrail N, Raut M, Kim R., Sung JC, Zhou Y. Clinical implications of chemot-herapy-induced diarrhea in patients with cancer. J Support Oncol 2005; 3(3):227-232.

8. Muehlbauer P M, Arlene D, Rawlings BL, Kiker E. Putting evidence into practice: evidence-based interventions to prevent, manage, and treat chemotherapy-and radiot¬herapy-induced diarrhea. Clin J Oncol Nurs 2009; 13(3):336.

9. Bisanz A, Tucker AM, Amin DM, Patel D, Calderon BB, Joseph MM, Curry III EA. Summary of the causative and treatment factors of diarrhea and the use of a diarrhea assessment and treatment tool to improve patient outcomes. Gastroenterol Nurs. 2010;33(4):268-281.

10. Itano JK, Brant J, Conde F, Saria M. Core Curriculum for Oncology Nursing-E-Book. Elsevier Health Sciences 2015.

11. O'brien BE, Kaklamani VG, Benson, AB. The assessment and management of cancer treatment–related diarrhea. Clin Colorectal Cancer 2005; 4(6): 375-381.

12. Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) version 5.0. http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE_4.03_2017-06-14_QuickReference_5x7.pdf (accessed March 08, 2018).

13. Yarbro CH, Wujcik D, Gobel BH. Cancer nursing. Jones & Bartlett Publishers 2016.

14. McQuade RM, Stojanovska V, Abalo R, Bornstein JC, Nurgali K. Chemotherapy-induced constipation and diarrhea: pathophysiology, current and emerging treatments. Front Pharmacol 2016; 7: 414.

15. Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadıoğulları N, Koçak N, Oğuz G. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. 2015.

16. Mollaoğlu M, Erdoğan, G. Effect on symptom control of structured information given to patients receiving chemotherapy. Eur J Oncol Nurs 2014;18(1):78-84.

17. Ayaz S, Hisar F. The efficacy of education programme for preventing constipation in womenInt J Nurs Pract 2014;20(3):275-282.

18. Akçay D, Gözüm S. Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda, kemoterapinin yan etkilerine ilişkin verilen eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. J Breast Health 2012;8(4).

19. Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarına Verilen Eğitimin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi. CÜ Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10;15-28.

20. Andreyev J, Ross P, Donnellan C, Lennan E, Leonard P, Waters C, et al. Guidance on the management of diarrhoea during cancer chemotherapy. Lancet Oncol 2014;15(10): 447-460.

21. NCI, https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/diarrhea (accessed March 08, 2018).

22. Molassiotis A, Brearley S, Saunders, M, Craven O, Wardley A, Farrell, C, et al. Effectiveness of a home care nursing program in the symptom management of patients with colorectal and breast cancer receiving oral chemotherapy: a randomized, controlled trial. J Clin Oncol 2009;27(36):6191-6198.

23. Calixto-Lima L, Martins de Andrade E, Gomes AP, Geller M, Siqueira-Batista R. Dietetic management in gastrointestinal complications from antimalignant chemotherapy. Nutr Hosp 2012;27(1).

24. Silvestre-Donat FJ, Puente Sandoval A. Efectos adversos del tratamiento del cáncer oral. Av Odontoestomatol 2008;24(1):111-121.

25. Canani RB, Buccigrossi V, Passariello, A. Mechanisms of action of zinc in acute diarrhea. Curr Opin Gastroenterol 2011;27(1):8-12.

26. Kucuktulu E, Guner A, Kahraman I, Topbas M, Kucuktulu U. The protective effects of glutamine on radiation-induced diarrhea. Support Care Cancer 2013;21(4):1071-1075.

27. Boukhettala N, Ibrahim A, Claeyssens S, Faure M, Le Pessot F, Vuichoud, J, et al. A diet containing whey protein, glutamine, and TGFβ modulates gut protein metabolism during chemotherapy-induced mucositis in rats. Dig Dis Sci 2010;55(8):2172-2181.

28. Serban DE. Gastrointestinal cancers: influence of gut microbiota, probiotics and prebiotics. Cancer letters 2014;345(2): 258-270.

29. Raman, M, Ambalam P, Kondepudi KK, Pithva S, Kothari C, Patel AT, et al. Potential of probiotics, prebiotics and synbiotics for management of colorectal cancer. Gut microbes 2013;4(3):181-192.

30. Packey CD, Ciorba MA. Microbial influences on the small intestinal response to radiation injury. Curr Opin Gastroenterol 2010;26(2):88.

31. Touchefeu Y, Montassier E, Nieman K, Gastinne T, Potel G, Bruley des Varannes S, et al. Systematic review: the role of the gut microbiota in chemotherapy-or radiation-induced gastrointestinal mucositis–current evidence and potential clinical applications. Aliment Pharmacol Ther 2014; 40(5):409-421.

32. Ciorba MA, Stenson WF. Probiotic Therapy in Radiation-Induced Intestinal Injury and Repair. Ann N Y Acad Sci 2009;1165(1):190-194.

33. Coşkun T. Probiyotikler, Genel Özellikleri ve Etki Mekanizmaları. Turkiye Klinikleri J Pediatr Sci 2012; 8(3):1-11.

34. Uymaz B. Probiyotikler ve kullanım alanları. Pamukkale Üniversitesi J Engineering Sci 2010;16(1):95-104.

35. Demers M, Dagnault A, Desjardins J. A randomized double-blind controlled trial: impact of probiotics on diarrhea in patients treated with pelvic radiation. Clin Nutr 2014;33(5):761-767.

36. Wang YH, Yao N, Wei KK, Jiang L, Hanif S, Wang ZX, et al. The efficacy and safety of probiotics for prevention of chemoradiotherapy-induced diarrhea in people with abdominal and pelvic cancer: a systematic review and meta-analysis. Eur J Clin Nutr 2016;70(11):1246.

37. Motoori M, Yano M, Miyata H, Sugimura K, Saito T, Omori T, et al. Randomized study of the effect of synbiotics during neoadjuvant chemotherapy on adverse events in esophageal cancer patients. Clin Nutr 2017;36(1):93-99.

38. Li Z, Vaziri H. Treatment of chronic diarrhoea. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2012;26(5):677-687.

39. Atia AN, Buchman AL. Oral rehydration solutions in non-cholera diarrhea: a review. Am J Gastroenterol 2009;104(10):2596.

40. Farthing M, Salam MA, Lindberg G, Dite P, Khalif I, Salazar-Lindo E, et al.Acute diarrhea in adults and children: a global perspective. J Clin Gastroenterol 2013;47(1):12-20.

41. Hu ZY, Yu Q, Zhao YS. Dose-dependent association between UGT1A1 28 polymorphism and irinotecan-induced diarrhoea: a meta-analysis. Eur J Cancer 2010;46(10):1856-1865.

42. Crown JP, Burris HA, Boyle F, Jones S, Koehler M, Newstat BO, et al. Pooled analysis of diarrhea events in patients with cancer treated with lapatinib. Breast Cancer Res Treat 2008;112(2)317-325.

6

KONSTİPASYON

Ülkü Saygılı, Derya Bıçak, Gülbeyaz Can, Meryem Başıbüyük, İbtisam Ghrayeb, Tikva Meron, Kezban Özcan, Hülya Bingöl, Ükke Karabacak, Manal Al-Zadjali, Fatma Betül Çakır

Barsak hareketlerinde azalma, kramp, karında şişkinlik hissi ya da defekasyon sonrası eksik boşaltma hissi olarak tanımlanan konstipasyon, fizyolojik olduğu kadar fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutları olan günlük yaşamı etkileyen önemli bir sorundur [1,2]. Literatürde prevelansının %2-10 [3], ülkemizde 3214 bireyin katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada ise %8,9 olduğu bildirilmiştir. Bu oran 55 yaş üstü bireylerde %12,5 iken, 75 yaş ve üzeri olanlarda %16,3 [1,4], palyatif bakım hastalarında ise %30-90'dır [5].

Yaşamı tehdit eden bir durum olmamasına rağmen konstipasyon, ileri evre kanser hastalarını fiziksel, psikolojik ve ekonomik açıdan olumsuz etkileyerek hem hastanın hem de ailenin yaşam kalitesi olumsuz etkileyen başlıca sorunlardan biridir [6,7]. Palyatif bakım hastalarında, konstipasyon gelişimini tetikleyen pek çok neden vardır: Tümörün bağırsak lümenini tıkaması sonucunda gelişebilir [8,9] ya da tedavide opioid analjeziklerin [10-16], kemoterapide kullanılan antineoplastik ajanların (vinka alkoloidleri) [12,17,18] antidepresan, antasit [8] ve antiemetiklerin (özellikle serotonin 5-HT3 reseptör antagonistlere) [8,9] kullanımına bağlı olabilir. Fiziksel aktivitenin azalması da konstipasyonun gelişimini tetikleyebilir [9].

Bu nedenle palyatif bakım yönetiminde konstipasyon yakından takip edilmesi ve yönetilmesi önemlidir. Bu sorunların tanımlanmasında onkoloji hemşireleri önemli rol oynamaktadır [9].

KONSTİPASYONU TANIMLAMA

Konstipasyonun varlığını yakından izlemek ve hastanın etkilenme düzeyini belirlemek, sorunun çözümünde önemli rol oynamaktadır [4]. Konstipasyonun yönetiminde etkili girişimlerin erken dönemde planlanması ise hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesinde ve konstipasyonun gelişiminin önlenmesinde önemlidir. Uzmanlar konstipasyonun tanılamasında hasta hikâyesinin alınmasının ve günlük fiziksel muayene yapılarak konstipasyon varlığını gösteren bulguların değerlendirilmesinin başlıca yaklaşımlar olduğunu bildirmiştir [3,19].

Anamnez sırasında, opiod ilaç [13,15,20,16,63], kemoterapötik ajan, antidepresan, antiasit ve antiemetik ilaç kullanımı, diyette yetersiz lif ve sıvı alımı, fiziksel hareket kısıtlığı gibi hastada konstipasyon gelişme riskini arttıran risk faktörlerin varlığı sorgulanmalıdır [12-24]. Genel barsak alışkanlığına göre; dışkılama sıklığında azalma, sert dışkı, rektal ağrı,

Konstipasyonu Değerlendirme

- Hastalarda konstipasyon varlığı gün içinde defekasyon yaptınız mı? Sorusu sorularak varlığı değerlendirilmelidir.
- Hastalarda konstipasyon varlığı gün içinde defekasyon yaptınız mı? Sorusu sorularak varlığı değerlendirilmelidir.
  - NCI-CTCAE v4.03 (0=yok 4=hayatı tehdit ediyor)
  - Bristol Skalası: Tip 1-3
  - Hasta bildirimi: yok, hafif, orta, şiddetli

- NCI-CTCAE'e göre: Grad 0
- Bristol Skalasına göre: Tip 4
- Hasta bildirimi: Yok - hafif

→ Hastanın gıda / sıvı alımı düzenle

- NCI-CTCAE'e göre: Grad 1-2
- Bristol Skalasına göre: Tip 1-3
- Hasta bildirimi: Orta - Şiddetli

→ Konstipasyon öyküsünü al ve nedenleri tanımlaya çalış

Konstipasyon Öyküsünü Al

P
- Tetikleyen nedenler ya da rahatlatan yaklaşımlar neler?

Q
- Konstipasyon şikayeti: sürekli mi? Aralıklı mı?

R
- Günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi etkilenmiş mi?

S
- Etkilenme düzeyi ne?

T
- Ne zaman başlamış? Ne sıklıkta oluyor? Ne kadar sürüyor? Herhangi bir girişim uygulanmış mı? Etkili olmuş mu?

Tedavi Edilebilir Neden/Etkileri Tanımla

Kullandığı ilaçların yan etkisini incele
- Kemoterapi
- Opioid ilaç kullanımı
- Antiemetik ilaç kullanımı
- Antiasit ilaç kullanımı

Hastalığın durumunu ve eşlik eden diğer sağlık sorunlarını değerlendir
- Kolorektal tümör
- Jinekolojik tümör
- Yaşlı ve Yatağa bağımlı hasta
- İleus

Beslenme ve aktivite durumunu değerlendir
- Sıvı alımında yetersizlik
- Besin alımında azalma
- Lifli gıda alımında azalma
- Fiziksel aktivitede azalma

Konstipasyon ile eşzamanlı semptomları tanımla
- Bulantı-kusma
- Abdominal distansiyon
- Makatta dolgunluk hissi
- Ağrı

Şekil 6-1. Konstipasyonun Nedenlerini Tanılama ve Değerlendirme Algoritması

Günlük Pratikte Konstipasyonu Tanılama

Konsensus oylaması sırasında sağlık çalışanlarının %90'ı hastaların günlük defekasyon sıklığını değerlendirmesi yaptığını, % 10'u yapmadığını bildirmiştir.

bağırsak hareketi ile birlikte abdominal kramp varlığı araştırılmalıdır [3,8]. Fiziksel muayenede karında distansiyon, barsak seslerinde azalma ve abdominal hassasiyetin varlığı değerlendirilmelidir [3].

Kanser tedavisi ile ilişkili konstipasyonun sınıflandırılmasında ise, genellikle National Cancer Institute (NCI) tarafından oluşturulan Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v4.03 (Tablo 6-1) değerlendirme kriterleri ve Bristol dışkılama skalası (Tablo 6-2) kullanılmaktadır [25]. Bu değerlendirme araçlarından NCI-CTCAE v4.03 genellikle hastalarda konstipasyona bağlı etkilenme düzeyini [25], Bristol Dışkılama Skalası ise dışkı biçiminin tanımlanmasında kullanılmaktadır. Bristol Dışkılama Skalasında düşük skorlar (1 ve 2) konstipasyonu, 3 ve 4 ideal dışkıyı, yüksek skorlar (5, 6 ve 7) diyareyi gösterir. Gıdaların yaklaşık kolonik geçiş

Tablo 6-1. Konstipasyon Sınıflandırmada NCI-CTCAE v4.03[25]

	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Konstipasyon	Semptomlar aralıklı, Yumuşatıcı kullanımı ya da diyet değişiklikleri gerekir	Semptomlar süreklidir, Yumuşatıcı ve düzenli laksatif kullanımını gerektirir	Günlük yaşam aktivitesini kısıtlayan semptomlar var, Katılaşmış dışkının elle çıkartılması veya lavman gerekir	Yaşamı tehdit eden, tıkanma veyatoksik megakolon var	Ölüm

Tablo 6-2. Bristol Dışkı Skalası [19]

Dışkı Şekli	Açıklama
	Tip 1: Keçi pisliği tarzında, topak topak ve parça parça sert dışkı
	Tip 2: Daha büyük ve birleşik topaklanma
	Tip 3: Daha az kalın, daha yumuşak kıvamlı, yüzeyinde derin olmayan çatlakların olduğu dışkı
	Tip 4: Yılan veya sosis gibi pürüzsüz, kaygan yüzeyli ve yumuşak kıvamlı dışkı
	Tip 5: Kenar verecek kıvamda parça parça dışkı
	Tip 6: Yumuşak kıvamlı, su içeriği daha fazla, parça parça dışkı
	Tip 7: Sert ya da yumuşak, katı içeriği hiç olmayan sulu dışkı

Konstipasyonu Olan Hastada Tanılama

Konsensus sırasında yapılan oylamada sağlık çalışanların %81'i konstipasyon tanılamasında özel değerlendirme aracını kullandığını, %19'u ise kullanmadığını bildirmiştir.

Konstipasyon değerlendirme aracı kullanan katılımcıların %47'si konstipasyonun değerlendirmesini Bristol Dışkı Skalasını, %29'u NCI-CTCAE v4.03 kriterlerini, %12'si Roma kriterlerini, %12'si ESAS'ı kullanarak yaptığını ifade etmişlerdir. Herhangi bir değerlendirme aracı kullanmadığını bildiren katılımcılar ise, konstipasyonun varlığını "Var" ya da "Yok" olarak değerlendirdiklerini ve günlük defekasyon sıklığını sorarak öğrendiklerini bildirmişlerdir.

Türkiye'den bir katılımcı çoğu hastanın tedavi protokolünde vinca alkoloidlerinin yer aldığını ve bu ilaçların hastalarda sıklıkla konstipasyona sebep olduğunu gözlemlediklerini, bu nedenle ilk kemoterapi protokolü uygulanan hastaya sadece hastane sürecinde değil, evde de konstipasyonu nasıl tanılaması gerektiğini öğretilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Tanılama sürecinde hekime başvurması gereken durumların da anlatılması gerektiğini bildirmiştir.

Türkiye'den farklı bir katılımcıda palyatif bakım servisinde genellikle onkoloji hastalarının yattığını ve konstipasyonla sık karşılaştıkları, ancak bu sorunun değerlendirmesinde özel bir aracı kullanmadıklarını bildirmiştir. Genellikle hastadan ayrıntılı hikâye (bağırsak alışkanlıkları, dışkılama yaparken ağrı durumu, ilaçla ilişkili faktörleri) aldıklarını, fiziksel muayene (distansiyon, bağırsak sesleri dinleme) yaptığını ve uzun süreli konstipasyonda radyolojik tetkiklerin de yapıldığını belirtmiştir.

Filistin'den katılan panelist, dışkının tipini ve sıklığını hastanın hikayesini değerlendirerek öğrendiklerini, bu tanılama sırasında herhangi bir aracı kullanmadıklarını, konstipasyonun yönetimini de genellikle hekimin önerisi ile yürüttüklerini bildirmiştir.

İsrail'den katılan panelist, Bristol dışkı skalasının günlük dışkı değerlendirmesinde kullanılabilir bir araç olduğunu bildirdi ve özellikle bazı hastalarda defekasyonun küçük miktarlarda olabileceği için dışkının sertliğinin de değerlendirilmesinde kullanılması gerektiğini ifade etti. Buna ek olarak konstipasyonda temel sorunun ne olduğunun (diyet, alışkanlıklar, ilaç kullanımının) belirlenmesinin önemli olduğunu vurguladı.

zamanı Tip 7'de 10 saat, Tip 1'de ise 100 saati bulmaktadır [19].

Pek çok çalışmada hastalarda konstipasyon değerlendirilmesinde, Bristol Dışkı Skalası (Bristol Stool Scale) [7,27,28], Roma III kriterleri (Rome III Criteria) [5,19,26,28,29,30] (Tablo 6-3), Konstipasyon Tanımlama Aracı (Constipation Identification Tool-CAS) [3,7,31] ve Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü tarafından geliştirilen advers olaylar için ortak terminoloji kriterleri [National Cancer Institute - Common Terminology Criteria for Adverse Events (NCI-CTCAE v4.03)][25,31] gibi farklı değerlendirme araçları kullanılmıştır. Bu değerlendirme araçlarının farklı dillerde geçerlilik çalışmaları yapılmış ve çoğu aracın konstipasyonun değerlendirilmesinde kullanımı uygun değerlendirme araçları olduğu bildirilmiştir [5,7]. Fakat bazı çalışmalarda Roma III kriterlerinin dışkı tipini ayırmada sınırlılıklar gösterdiği, Bristol skalasının dışkı türünün derecelendirilmesinde kullanıldığında mükemmel güvenirliğe sahip olduğu ancak, Roma III kriterleri ile kullanıldığında Bristol skalasının geçerlilik ve güvenilirliğinin azaldığı belirtilmektedir [28]. Uzmanlar bu değerlendirme araçlarının genellikle konstipasyonun değerlendirildiği klinik araştırmalarda kullanıldığı ve birbirleri ile kıyaslandığında herhangi bir aracın diğeri üzerine direk üstün olmadığı, hangi ölçeğin kullanılacağına hastadaki sürece, pratikte kolay doldurulabilir olmasına ve geçerlik-güvenirliği yapılmış olması gerektiğini bildirmişlerdir [7,28].

KONSTİPASYONUN YÖNETİMİ

Palyatif bakım hastalarında konstipasyon, hastaların yaşam kalitesini etkileyen önemli bir sağlık sorunlarından biridir [4]. Konstipasyona neden olan çok çeşitli risk faktörleri olmasından dolayı hastanın tedavi şekli ve hastanın tedaviye verdiği yanıt bireyseldir. Dolayısıyla, konstipasyon yönetiminin etkili yolunun belirlenmiş bir kuralı yoktur [3]. En önemli strateji ise mümkün olabildiğince konstipasyonun önlenmesi-

Tablo 6-3. Konstipasyonun Sınıflandırımasında Roma II ve Roma III Kriterleri [26]

	Dışkılama Şekli
Roma II	Başlangıcı ≥1 yıl olan, en az 12 hafta süren, aşağıdaki 3 özellikten en az 2'sinin eşlik ettiği (aralıklı veya sürekli) abdominal rahatsızlık veya ağrı; • Defekasyonla rahatlama • Dışkılama sıklığında değişiklikle ilişkili • Dışkı şeklindeki değişiklikle ilişkili
Roma III	Başlangıcı ≥6 ay olan, en az 3ay süren, aşağıdaki 3 özellikten en az 2'sinin (aralıklı veya sürekli) eşlik ettiği abdominal rahatsızlık veya ağrı; • Defekasyonla rahatlama • Dışkılama sıklığı ile ilişkili • Dışkı şeklindeki değişiklikle ilişkili

Konstipasyonu Tanılama 2017 Konsensus Kararları

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda katılımcıların:

1. Konstipasyon sorunu olsun ya da olmasın tüm palyatif bakım hastalarında günlük değerlendirilmesi yapılmalıdır.
2. Klinikte çok maddeli ölçekler uzun zaman aldığı için tek boyutlu ve görsel içerikli ölçüm araçların kullanımı tercih edilmelidir.
3. Konstipasyon tanılamasında kliniğin tercihine göre Bristol dışkı skalası (%98) veya NCI-CTCAE Değerlendirme Kriterleri (%2) kullanılabilir.
4. Konstipasyon tanılaması hastaya öğretilerek evde hastanın kontrol mekanizması geliştirilmelidir.
5. Konstipasyon tanılamasında ayrıntılı hasta hikayesi, fiziksel muayene, barsak alışkanlıkları, fiziksel aktivite durumu, sıvı alımı, beslenme şekli ve besin miktarı da değerlendirilmelidir.
6. Tanılama sırasında mekanik obstrüksiyonun (ileus, kolon tümörü) neden olduğu defekasyon zorluğu ve konstipasyon tedavinin yan etkisi olan konstipasyondan ayırt edilmelidir.

dir. Bağırsak, yumurtalık veya rahim kanseri gibi pelvik tümörleri olan veya kolona bası yapan metastatik tümörleri bulunan hastalarda konstipasyon yönetimi güçleşmektedir [4]. Bu duruma ek olarak; karara varılan bir tanımlama sisteminin bulunmaması, araştırma girişimleri ve sonuçlarını konstipasyonu olan bireylerde uygulama becerisini sınırlamaktadır [4,5].

Çalışmalar palyatif bakım servisindeki hastaların %40-80'inde konstipasyon geliştiği bu oranın opioid kullanımı ile birlikte %90'a çıktığını bildirmektedir [12,16,32,63] (Kanıt düzeyi V). Hastayla en uzun zamanı geçiren hemşireler, hastanın risk faktörlerini en iyi gören ve değerlendiren sağlık profesyonelleridir. Bu yüzden meslek üyeleri konsti-

pasyon riski yüksek olan ilaçları ve hastalık sürecini anlamalı, iyi bağırsak yönetimi sağlamalıdırlar [3].

Hasta Eğitimi

Literatürde konstipasyonun yönetiminde farmakolojik yaklaşımların [22] yanı sıra doğru bağırsak alışkanlıklarını kazandırmaya yönelik hasta eğitiminin yapılmasının önemli olduğu bildirilmektedir [8]. Eğitimde hastanın bireysel özellikleri, sağlık hikayesi, kullandığı ilaçlar ve aldığı tıbbı tedavi göz önünde bulundurularak, mümkün olduğunca bire bir, belirli bir eğitim programını takip ederek (ortalama 20-30 dakika) ve soruna odaklanarak yapıldığında etkili olduğu bildirilmiştir [10,12,31,43,45].

Eğitim sırasında konstipasyon ile baş etmede etkili yaklaşımların hastaların bireysel özellikleri dikkate alınarak hastanın anlayabileceği dilde açıklanmasının önemli olduğu vurgulanmıştır. Verilen eğitim ile hastalarda;

- Gün içerisinde normal bağırsak fonksiyonlarını sürdürmesi sağlanmalıdır [3,8].
- Her gün aynı saatte barsak boşaltımı için tuvalet alışkanlığı kazandırılmalıdır [3,8].
- Yeterli ve dengeli beslenmesi sağlanmalıdır [10-16].
- Diyetinde yüksek lif içeren gıdaların tüketimi sağlanmalıdır (25-35 gr/24 saat) [33,34]
- Yeterli sıvı alımı sağlanmalıdır (8-10 bardak /24 saat) [33,34]
- Egzersiz toleransı değerlendirilerek egzersiz yapması desteklenmelidir (ileri evre kanser hastası, kemik metastazı, ve diğer kontraendikasyonu yok ise) [23,24,35,42].
- Abdominal kas tonusunü artırmak için abdominal masaj öğretilmelidir [31,36-40] (ileus, ileri evre kanser, pelvik tümörü veya kolona bası yapan metastatik tümör gibi kontraendike bir durum yok ise) [31,36-40].
- Sağlık kuruluşuna başvurması gereken durumlar konusunda bilgilendirilmelidir [41,42].

Konstipasyonun Yönetiminde Eğitimin Kullanımı

Günlük pratikte, katılımcıların %94'ükonstipasyon gelişme riski olan hastada eğitim yaptığını, %6'sı yapmadığını bildirmiştir.

Konstipasyon eğitimi veren katılımcıların %73'ü eğitimi genellikle konstipasyon gelişmeden önce, %27'si ise hasta konstipasyon şikayeti olduğunu bildirdikten sonra yaptığını bildirmiştir.

Çalışmalarda; kanser hastalarında eğitimin genel semptomlar üzerine etkisi araştırılmış olup eğitimin kanser hastalarında konstipasyonun etkinliğinin değerlendirildiği çalışma sonuçları oldukça sınırlıdır.

Farklı evrelerde olan kanser hastalarının (n=120) katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada 3 seansta sunulan 40-45 dakikalık eğitimin kemoterapinin genel semptomlarına etkisi incelenmiştir. Eğitimin, kemoterapinin öncesinde verilmeye başlamasının, hastanın ihtiyacına göre kemoterapi süresince tekrarlanmasının ve eğitim sonrasında kitapçıklar ile desteklenmesinin, konstipasyonun sıklığı ve şiddetini azaltmada etkili olduğu saptanmıştır [43] (Kanıt düzeyi II).

Molassiotis ve ark.'ları da meme veya kolorektal kanseri tanısı ile oral kemoterapi alan hastalar ile gerçekleştirdiği bir çalışmada, hemşireler tarafından evde bakım programı kapsamında verilen eğitimin hastalarda konstipasyon sorununu iyileştirdiğini saptanmıştır [44] (Kanıt düzeyi II).

Farklı bir çalışmada, en az üç ay konstipasyon şikayeti olan bireylerde, on iki hafta boyunca, iki haftada bir yapılan bir saatlik eğitimin konstipasyona etkisi araştırılmıştır. Eğitim sırasında sebze / meyve ve sıvı tüketiminin artırılması, haftada 3 gün 30-60 dakikalık düzenli yürüyüş ve dışkılama alışkanlığının benimsetilmesi üzerinde durulmuştur. Eğitim sonrasında yapılan değerlendirmede, hastaların konstipasyon şiddet puan ortalamalarının anlamlı derecede azaldığı belirlenmiştir ($p<0.05$)[45] (Kanıt düzeyi III).

Konstipasyonda Eğitim 2017 Konsensus Kararı

Çalışma sonuçları, belli bir program kapsamında uygulanan planmış hasta eğitiminin peryodik olarak tekrarlanmasının konstipasyon şiddet ve sıklığında anlamlı azalma sağladığını göstermektedir. Bu nedenle konstipasyon gelişme riski olan hastalarda konstipasyon gelişmeden koruyucu önlem olarak eğitim verilmesi gerektiğine karar verilmiştir

Konstipasyonun Yönetiminde Gıda ve Sıvının Kullanımı

Günlük pratikte, katılımcıların %94'ükonstipasyon gelişme riski olan hastada eğitim yaptığını, %6'sı yapmadığını bildirmiştir.

Konstipasyon eğitimi veren katılımcıların %73'ü eğitimi genellikle konstipasyon gelişmeden önce, %27'si ise hasta konstipasyon şikayeti olduğunu bildirdikten sonra yaptığını bildirmiştir.

Gıda ve Sıvı Alımının Düzenlenmesi

Literatürde, hastanın yeterli ve dengeli beslenmesi gerektiği üzerine vurgu yapılmaktadır. Konstipasyonu olan veya riski bulunan hastada lif tüketimi ise önemli bir yere sahiptir. Bitki ve bitki kökenli besinlerden vücudumuzun sindiremediği ve kan dolaşımına emilimini yapamadığı kompleks karbonhidratlara lif denir. Suda çözünmeyen lifler suyu tutarak kendileri sindirilmeden atık maddelerin bağırsak içerisinde hareketini sağlarlar. Su tutma özellikleri nedeni ile dışkının yumuşak ve hacimli olmasına yardımcıdırlar. Bu şekilde kalın barsak içerisindeki materyalin barsak boyunca hareketine yardımcı olur ve düzenli dışkılamayı sağlarlar. Literatürde alınması gerek lif miktarı farklılık göstermektedir [45-53].

Lif kullanımının konstipasyona etkisi, genellikle kronik konstipasyonu olan hastaların katılımı ile gerçekleştirilen çalışmalarda incelenmiştir. Kanser hastalarının katılımı ile yapılan çalışmaların sayısı oldukça sınırlıdır. Genel popülasyonun katılımı ile gerçekleştirilen çalışma sonuçları, lifli gıda, su, magnezyum alımının arttırılmasının konstipasyon görülme sıklığının [52] (Kanıt düzeyi VI) ve kabızlık belirtilerin azaltılmasında [33] (Kanıt düzeyi III) etkili bir yaklaşım olduğunu göstermiştir. Literatürde günlük tüketimi önerilen su miktarı 1500-3000 ml [7,8,45,48,50]] (Kanıt düzeyi VI), lif miktarı 15-35 gr arasındadır (Tablo 6-4) [7,45-47,49,51] (Kanıt düzeyi I). 3327 kadının katılımı ile günlük 20 gram ve 7 gram lif alımının karşılaştırıldığı bir kohort çalışmada, yüksek lif tüketen kadınlarda konstipasyon şikayetinin azaldığı bildirilmiştir [33] (Kanıt düzeyi IV). Tabakalı rastgele örnekleme yöntemiyle belirlenen 2776 yaşlı bireyle yapılan bir çalışmada günlük tüketilen lifli besin miktarı ile konstipasyon arasında negatif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir [67]. Pelvik taban rahatsızlıkları olan kadınlarda yüksek lifli diyetin konstipasyon üzerine etkisini inceleyen prospektif kohortta (n=41), katılımcıların günlük lif alımı ilk hafta günde bir çeyrek fincan (7 g) tahıl ile başlayarak hedef günde 28 g'lık bir optimal lif alımı olacak şekilde 4 hafta boyunca günde bir bardağa kademeli olarak arttırıldı. Katılımcılar kafein alımını azaltmaları ve su alımını günde 60 ons'a (1.7-1.8 mlt) yükseltmeleri için teşvik edildi. 42 günlük çalış-

ma periyodunda katılımcıların uyumu için 14 günde bir telefon görüşmeleri yapıldı. Çalışma sonucunda lif alımının kademeli olarak artırılması konstipasyon semptomlarını azaldığına değinilmiştir [68]. Özellikle, diyette lif olarak pysillium (Karnıyarık Otu tohumlarının kurutulmuş olgun hali olarak bilinen pysillium diyetlerde kullanılan çözünebilir doğal bir liftir. Suda şişer ve dışkının kolay atılımını sağlar. Sindirim sisteminden yumuşak şekilde geçmesi için bol miktarda su ile alınması tavsiye edilir) kullanımının arttırılmasının konstipasyonun yönetiminde etkili bir yaklaşım olduğu da ifade edilmiştir [47] (Kanıt Düzeyi I) (Tablo 6-5).

Konstipasyonda Beslenme 2017 Konsensus Kararları

Çalışma sonuçları, konstipasyon riskinin azaltılmasında günlük 20-35 gr lif kullanımının, 8-10 bardak su içmenin, sebze/meyve ağırlıklı yeterli ve dengeli beslenmenin etkili olduğunu bildirmektedir. Bu nedenle, %94 katılımcının onayı ile konstipasyon gelişme riski olan/gelişen palyatif bakım hastalarında diyet alışkanlıklarının sorgulanıp, beslenme alışkanlıklarında gerekli değişikliklerin yapılmasına uygun olacağına karar verilmiştir.

Aktivite Planlama

Fiziksel aktivite, enerji harcanmasına neden olan ve iskelet kaslarının kontraksiyonu ile oluşturulan vücut hareketi olarak tanımlanır. Fiziksel aktivite yaşam boyu yapılan, kardiyo respiratuar dayanıklılığın korunması ve iyileştirilmesini sağlayan, obezite ve ilişkili hastalıkları azaltan, daha uzun yaşam süresi ile sonuçlanan karmaşık bir davranıştır. Son yıllarda yapılan birçok çalışmada onkolojik kanser tanısı ile tedavi edilen hastalarda düşük-orta yoğunluktaki bir egzersiz programının hastadaki birçok belirti ve bulgu üzerine olan olumlu etkileri gösterilmiştir [35,54,55]. İlk deneyim Almanya'dan Schule ve arkadaşları tarafından meme kanserli hastalar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Tedavinin bir parçası olarak uygulanan egzersizin hastada pozitif fiziksel ve psikolojik etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Bu sonuç diğer çalışmalarla da desteklenmiş ve egzersiz, onkolojik tedavi yaklaşımlarının bir parçası haline gelmeye başlamıştır [35,54].

Farklı evrelerde olan kanser hastalarının (ileri evre kanser dahil) dahil edildiği 16 araştırma makalesinin incelendiği bir sistematik derlemede yoga, yürüyüş, bisiklet, yüzme gibi farklı yoğunlukla olan egzersiz programlarının konstipasyonun azaltılmasında

Tablo 6-4. Çalışmalarda Günlük Alınması Önerilen Sıvı ve Lif Miktarı

	Önerilen sıvı miktarı	Önerilen lif miktarı
Ayaz ve Hisar, 2014[45]	1500-2000 ml/gün	20-35 g/gün
Fox et al, 2017[48]	1600-2000 ml/gün	
Franklin et al, 2012[46]	-	25-35 g/gün
Holroyd et al, 2015[50]	1500-2000 ml/gün	
Itano et al, 2016[8]	3000 ml/gün	20-35 g/gün
Larkin et al, 2008[7]	1500-2000 ml/gün	-
Christodoulides et al, 2016[47]	-	15 g/gün
Thomson et al, 2016[49]	-	25-35 g/gün

Tablo 6-5. Lif İçeriği Yüksek Gıdalar[46]

Miktar	Önerilen sıvı miktarı
0-3 gr.	Elma suyu (1 bardak) Taze kayısı (3 adet) Kuşkonmaz (7 adet) Simit (yarım) Kahve (1 bardak) Üzüm (10 adet) Makarna, pişmiş (1 kase) Şeftali (kabuğu ile) (1 adet) Domates orta boy (1 adet)
3-5 gr.	Elma, kabuklu (1 adet) Kuru kayısı (½ kase) Brüksel lahanası (7 - 8 adet) Buğday ekmeği (1 dilim) Bezelye, pişmiş (½ su bardağı) Yeşil fasulye (½ su bardağı) Armut, kabuğu ile (1 adet)
5-10 gr.	Brokoli haşlama (1 su bardağı) Havuç (1 kase) İncir kurutulmuş (5 adet) Mercimek, haşlanmış (1 su bardağı) Kuru erik (½ su bardağı) Domates salçası (½ su bardağı)
>10 gr.	Hurma kıyılmış (1 su bardağı) Şeftali, kurutulmuş (10 adet) Armut, kurutulmuş (10 adet)

Konstipasyonun Yönetiminde Aktivite Kullanımı

Günlük pratikte, katılımcıların %95'i konstipasyonun yönetiminde aktivite planlamasını önerdiğini, %5'i ise öneride bulunmadığını bildirmiştir.

Bu yaklaşımın kullanımını öneren katılımcıların %53'ü aktivite planlamasının etkili, %43'ü bazı hastalarda etkili, % 4'ü ise etkinliğini değerlendirmediğini bildirmiştir.

Türkiye'den katılan panelist ve katılımcılar özellikle yeni tanı aldıkları dönemde, hastaların kendilerini korumak maksadıyla kendini izole ettiği için; ileri evre terminal dönem hastaların kendilerini aşırı yorgun hissettiğinden enerji kısıtlamasını sağlamak amacı ile fizik tedavi uzmanının önerisi ile aktivite sınırlaması yapıldığı için konstipasyonun yönetiminde aktivite planması yaklaşımını kullanamadığını ifade etmiştir. İsrail'den katılan panelist konstipasyon yönetiminde fiziksel aktivitenin yararlı olduğunu, ancak aktiviteyi planlarken hastanın fiziksel engelinin ve rehabilitasyon sürecinin göz önünde bulundurması gerektiğini belirtmiştir. Konsensus başkanı, özellikle kemik metastazına bağlı omurga tutulumu olan ileri evre kanser hastalarında aktivite sınırlamasının gerekli olabileceğinin, bu nedenle aktivite planlamasının hekimin önerisi doğrultusunda planlanmasının önemli olduğunu vurgulamıştır.

etkili yaklaşımlar olduğu bildirilmiştir [23] (Kanıt düzeyi V). Kemoterapi sırasında antiemetik tedavi (5HT3 reseptör antagonisti) alan meme kanserli hastaların (n=30) katılımı gerçekleşen bir çalışmada, antiemetik tedavi aldığı günlerde, hastaların yapılması 5-6 dakika süren karın egzersizlerini günde 10 kez yapması konstipasyon şiddetini azalmada etkili yaklaşım olduğu gösterilmiştir [31] (Kanıt Düzeyi II).

Günlük olarak yapılan orta yoğunlukta egzersiz kronik konstipasyonu %44 oranında azaltmada etkili bir yaklaşım [33] (Kanıt düzeyi VI). Fiziksel olarak günlük aktif olan ve günde yaklaşık 20 gr lif alan kadınların, nadiren egzersiz yapan ve günlük yaklaşık 7 gr lif alan kadınlara kıyasla konstipasyon prevalansının 3 kat daha düşük olduğu tespit edilmiştir [69]. Bu nedenle, konstipasyonu olan bireylerin tedavi planına fiziksel aktivite ve egzersiz programları dahil edilebilir [24] (Kanıt düzeyi VI). Ancak özellikle kemik metastazına bağlı omurga tutulumu olan ileri evre kanser hastalarda bu tür aktivitelerin planlanması hastanın sağlık durumu açısından sakıncalı olabilir, bu nedenle aktivite planlaması sırasında hastayı tedavi eden hekim ile görüşülerek hastanın sağlık durumuna özgü aktivite planının oluşturulması gerektiği unutulmamalıdır.

Konstipasyonda Aktivite 2017 Konsensus Kararları

1. Konsensus sırasında yapılan tartışmalar sonucunda, %92 katılımcının onayı ile konstipasyonun yönetiminde aktivite planlanmasının, palyatif bakım hastanın genel sağlık durumu göz önünde bulundurularak kullanılabileceğine karar verilmiştir.
2. Kemik metastazı, omurga tutulumu, aşırı ağrı ve yorgunluğu olan ileri evre kanser hastalarda egzersiz planlaması hastayı tedavi eden hekim ile planlanmasına karar verilmiştir.

Konstipasyonun Yönetiminde Karın Masajının Kullanımı

Konsensus sırasında yapılan oylamada, katılımcıların %80'i konstipasyonu yönetiminde abdominal masaj uygulamasını önerdiğini, %20'si ise böyle bir öneride bulunmadığını bildirmiştir.

Hastalarına abdominal masaj uygulamasını öneren katılımcıların %13'ü bu yaklaşımın kullanımının etkili, %74'ü bazı hastalarda etkili, % 13'ü ise etkinliğini değerlendirmediğini bildirmiştir.

Türkiye'den katılan bir katılımcı pediatrik hastalarda, konstipasyon yönetiminde abdominal masaj uygulamasını sık kullanıldığını ve olumlu sonuçlar aldıklarını ifade etti. Filistin'den gelen katılımcı da, abdominal masajın çok etkin ve kolay uygulanabilir olduğunu pediatrik hastalarda da duygusal bir algı oluşturduğunu vurguladı. İsrail'den katılan katılımcı, uygulamaya mani olacak herhangi bir durum (ileus vb.) yok ise, doğru manipülasyon teknikleriyle ve çok nazik bir şekilde uygulandığında, abdominal masaj uygulamasının konstipasyonun yönetiminde kullanılabilir bir yaklaşım olabileceğini bildirmiştir.

Abdominal Masaj [Karın masajı]

Abdominal masaj, karın içi basıncı değiştirir ve rektuma baskı uygulayarak bağırsaklar üzerinde mekanik ve refleks etki oluşturmaktadır. Bu etki perisaltizmi uyarmakta ve besinlerin gastrointestinal sistemden geçişini hızlandırmaktadır. Bu nedenle, bazı durumlarda abdominal masaj uygulaması somatootonomik refkeksini uyaran rektal dalgalar üretebileceği ve konstipasyonu azaltmada etkili yaklaşım olabileceği ileri sürülmüştür [36,37,62].

Kemoterapi sırasında antiemetik tedavi (5HT3 reseptör antagonisti) ile ilişkili konstipasyonun yönetiminde abdominal masaj uygulamasının etkili bir yaklaşım olduğu bildirilmiştir [31] (Kanıt düzeyi II). Bu çalışmaya, kemoterapi sırasında antiemetik tedavi (5HT3 reseptör antagonisti) alan ve konstipasyon skoru NCI-CTCAE v4.0 göre grade <2 olan ve ECOG performans skoru 0 ve 1 puan olan meme kanseri hastalar (n=30) dahil edilmiştir. Çalışma sonucunda antiemetik aldığı günlerde hastaların abdominal masaj uygulaması yapması konstipasyonu azaltmada etkili yaklaşım olduğu belirlenmiştir.

Kanser hastalarında abdominal masajın konstipasyon üzerine etkisini inceleyen çalışma sayısı oldukça yetersizdir. Bakım merkezlerinde konstipasyon sorunu olan hastalarla yapılan farklı bir çalışmada, klasik müzik eşliğinde uygulanan abdominal masajın konstipasyonun yönetimindeki etkinliği değerlendirilmiştir. Bu çalışmada da abdominal masaj uygulamasının konstipasyon ve konstipasyon ile ilişkili semptomları azaltmada ve bağırsak hareketlerini arttırmada etkili yaklaşım olduğu belirlenmiştir [38] (Kanıt düzeyi II).

Çalışmalarda konstipasyonun yönetiminde masaj uygulaması farklılık göstermektedir. Parkinsonlu hastalar (D n=16, K n=16) ile yapılan bir çalışmada abdominal masaj dairesel hareketler yaptırılarak öğretilmiş, uygulamanın dahi iyi öğrenilebilmesi için DVD izletilerek ve 10 hafta süresince, günde 1 kez uygulanmıştır [56] (Kanıt düzeyi II). Multiple Sklerozlu (Dn=15, Kn=15) hastalarda yapılan başka bir çalışmada; efloraj, vibration, kneading, stroking manevraları ile karın masajının 8 hafta süresince

Konstipasyonda Karın Masajı 2017 Konsensus Kararları

Çalışma sonuçları abdominal masaj uygulamasının konstipasyonun şiddetini ve sıklığını azalttığını göstermektedir. Konsensus sırasında yapılan tartışmalar sonucunda, %95 katılımcının onayı ile palyatif bakım hastalarında ileus, obstrüksiyon, pelvis tümör gibi abdominal masaj uygulamasına engel olacak herhangi bir sağlık sorunu olmadıkça konstipasyonun yönetiminde hastanın durumu göz önünde bulundurularak abdominal masaj uygulamasının önerilebileceğine karar verilmiştir.

günde 1 defa 15 dakika yapılması daha etkili bulunmuştur [39] (Kanıt düzeyi II). Lamas ve ark. (2009) masaj boyunca hastalara klasik müzik dinleterek onların rahatlamasını sağlarken, [38] (Kanıt düzeyi II), Lai ve arkadaşları konstipasyonu olan ileri evre kanser hastalarında masaj uygulamalarında aromaterapiden faydalanmanın yararlı olduğunu bildirmişlerdir [21] (Kanıt düzeyi II). (Tablo 6-6).

Tıbbi Tedavi

Palyatif bakım hastalarında kanser ve tedavisine bağlı gelişen konstipasyonun yönetiminde genellikle günde 2-3 kez, 10 ila 15 mg bisakodilin kullanımı önerilmektedir [21]. Sertlik hissedildiğinde gliserin süpozituvarların kullanımı, konstipasyonun uzadığı durumlarda ise, günde bir kez rektal bisakaodil ya da oral polietilen glikol, laktüloz, magnezyum hidroksit veya magnezyum sitrat gibi

Konstipasyonda Tedavi 2017 Konsensus Kararları

Konsensus sırasında yapılan tartışma ve değerlendirme sonucunda hemşirelerin özellikle diyabetik hastalarda uyarı notu bulundurmaları (ozmotik laksatiflerin kan şekerini yükselmesi sebebi ile), laksatif gerektiren durumları, laksatiflerin etkilerini ve yan etkilerini bilerek hastaya tedavi uygulamaları gerektiği kararı alınmıştır.

farklı müshil ilaçların kullanımı da tavsiye edilmektedir [22] (Tablo 6-7). Laksatif maddelerden hangisinin bir diğerinden daha üstün olduğuna dair kanıtlar oldukça sınırlıdır [70]. Opioid kaynaklı konstipasyon olan kişilerle yapılan randomize kontrollü bir çalışmada (n=57) ozmotik laksatif polietilen glikol elektrolit çözeltisi ve laktüloz arasında hiçbir fark bulunamamıştır ve her ikisinin de

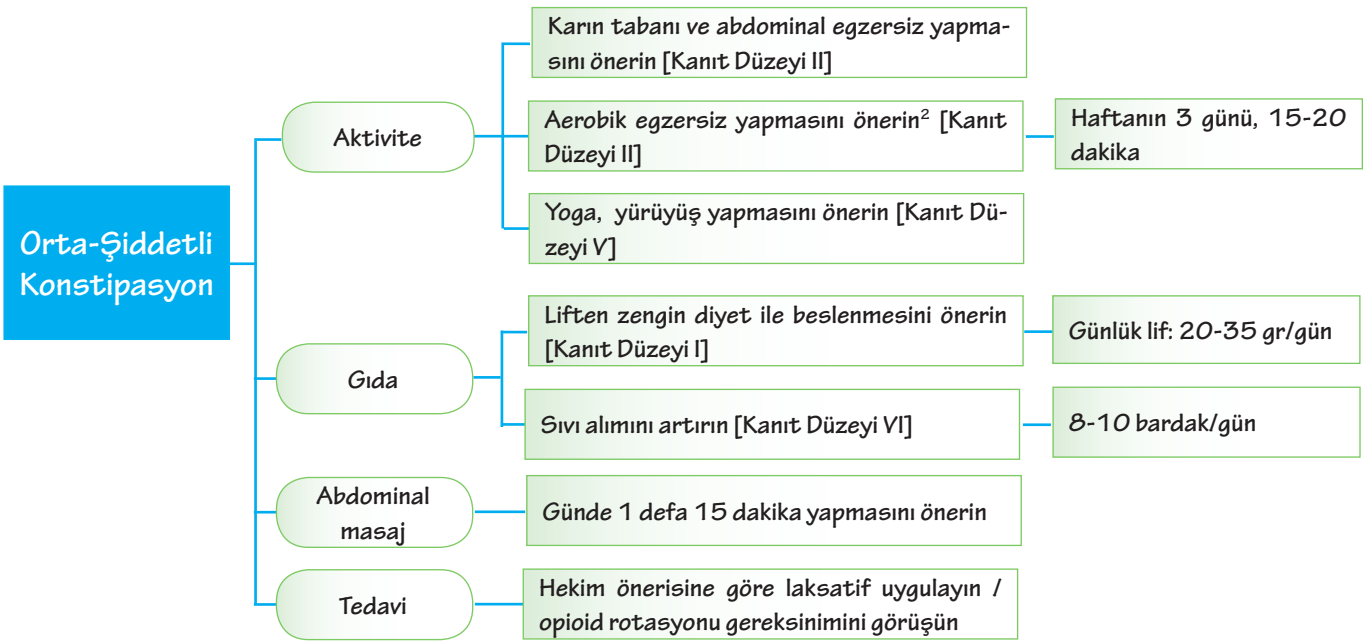
Tablo 6-6. Konstipasyonun Yönetiminde Abdominal Masaj Uygulamaları[31,38]

Çalışma	Hasta grubu[1], n	Abdominal Masaj Uygulaması	Çalışma sonucu
Hanai et al, 2016[31]	• Meme Kanseri • Dn=15, Kn=15	• Kolon üzerine, 2-3 parmak kullanılarak, saat yönünde hafif dairesel hareketler ile 1'er dakikalık masaj uygulaması, günde 10 kez yapılmıştır.	Masaj grubundaki bireylerde konstipasyon şiddetinde, depresyon belirtilerinde azalma belirlenmiştir
Lamas et al, 2009[38]	• Konstipasyonu olan bireyler • Dn=30, Kn=30	• Kolon üzerinde dairesel hareketler yapılarak, haftada 5 gün 15'er dakikalık masaj uygulaması, 8 hafta boyunca uygulanmıştır.	Masaj grubundaki bireylerin konstipasyon şikayetinde belirgin şekilde azalma ve bağırsak hareketlerinde artma belirlenmiştir.

[1]D - Deney, K- Kontrol

Tablo 6-7. Konstipasyonun Yönetiminde Farmakolojik Yaklaşımlar[19,46-59,61]

Kullanılan Yaklaşım	Etki Mekanizması	Ajan	Sık Görülen Yan Etkiler
Hacim Artırıcı Laksatifler	Doğal, sentetik polisakkaritler ve suyu emici, dışkı kütlesini arttırıcı selüloz türevleridir	• Metilselüloz • Psyllium tohumları • Polikarbofil • Buğday tozu	• Gaz oluşumu nedeniyle karın ağrısı ve şişkinlik • Warfarin, digital, potasyum tutucu diüretikler, salisilatlar ve antibiyotiklerle birlikte alındıklarında bu ilaçların etkinliğini azaltabilir.
Osmotik/Salin Laksatifler	Dışkılama sıklığını arttırılır ve emici olmayan veya az emilen şekerler ve salin laksatif ajan nedeniyle bağırsakta su salgılanmasına neden olurlar	• Magnezyum hidroksit/ Sitrat • Sorbitol • Gliserin • Laktuloz • Salin Enema	• Aşırı distansiyon
Uyarıcı Laksatifler	Bağırsak mukozası elektrolit dengesini değiştirerek bağırsak motor aktivitesini arttırır	• Bisakodil • Senna	• Uzun süre kullanıldıklarında laksatif bağımlılığı oluşturma potansiyeli



Şekil 6-2 Orta ve Şiddetli Konstipasyonun Yönetimi



etkisi plasebodan anlamlı ölçüde daha iyi bulunmuştur [71].

FDA tarafından ileri evre palyatif bakım hastalarında opioid kaynaklı konstipasyon tedavisinde naloxegol ve deri altı enjeksiyon olarak uygulanan metilnaltreksonnun kullanımı lisanslanmıştır [70]. Opioid kaynaklı kabızlıkta laksatiflerin etkinliği hakkında sınırlı ve çoğunlukla düşük kaliteli kanıtlar vardır, özellikle kanser hastalarında daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Opioid Rotasyonu

Ağrı, kanserin yaygın bir özelliği olup ve hastalığın ve tedavinin en korkulan sonuçlarındandır. Ağrı prevalansı hastalığın ilerlemesi ile birlikte artmakta; erken evre kanser hastalarında %30-40, ileri evre kanser hastalarında % 70-90' a kadar yükselmektedir [65]. Palyatif bakım alan hastaların neredeyse üçte ikisi şiddetli ağrı yaşamakta ve palyatif hastaların yarısından fazlası hastalığın terminal evresi boyunca opioid kullanmaktadır [15,16]. Çalışmalar palyatif bakım servisindeki hastaların %40-80'inde konstipasyon geliştiği bu oranın opioid kullanımı ile birlikte %90'a çıktığı bildirilmektedir [16,20]. Opioid tedavisine başlandıktan sonra bağırsak alışkanlığındaki değişiklikleri gösteren, boşaltım sıklığının azalması, distansiyon gelişmesi veya kötüleşmesi, eksik rektal boşaltma hissi veya sert dışkı gibi belirtiler görüldüğünde opioid kaynaklı konstipasyon düşünülmelidir [70].

Opioid kullanan hastalarda, tedavinin faydaları opioid yan etkilerine oranla çok daha fazla olmalıdır. Yan etkilerin oluşmasında opioid reseptörlerinin farmakodinamikleri ve oluşan toksik metabolitler rol oynamaktadır. Yan etkiler opioid tedavinin başlangıcında birçok hasta tarafından sıklıkla rapor edilmektedir ve bu yan etkiler doz titrasyon oranlarını ve doz limitlerini sınırlamaktadır [66]. Toksisite için opioid rotasyonu yeni bir kavram değildir ve literatürde birçok vaka serisi ve retrospektif inceleme mevcuttur. Alternatif opioidlerin rotasyonu genellikle nörotoksik yan etkilerin giderilmesine yardımcı olur ve analjezik dozda bir azalma sağlayabilir. İleri evredeki dört kanser hastasının yer aldığı olgu raporlarının sunulduğu bir araştırmada, metadon opioid rotasyonunun konstipasyonda dramatik düzelme sağladığı ve laksatiflere olan ihtiyacı azalttığı bildirilmiştir. Ayrıca çalışmada metadon rotasyonunun, opioid kaynaklı nörotoksisite riskini azaltarak gelişmiş ağrı kontrolü için de yararlı olabileceğine değinilmiştir [72]. Opioid ilişkili konstipasyonun yönetiminde genel yaklaşım; beslenmenin düzenlenmesi, semptomatik tedavi ya da tedavide kullanılan opioid türünün değiştirilmesidir [60]. Bu yaklaşımların kullanımı ise sadece bazı hasta gruplarında etkili olabilir [13].

KAYNAKLAR

1. Dedeli Ö, Pakyüz S. Bowel movement: the sixth vital sign? Clinical and Experimental Health Sciences 2016; 6(3):135-139.
2. Oncology Nursing Society https://www.ons.org/ (Access date: 12/10/2016)
3. Economou D. Bowel Management: Constipation, diarrhea, obstruction, and ascites ,Ferrell BR, editör. Oxford Textbook of Palliative Nursing 2010;269-289.
4. Dedeli Ö, Turan İ, Fadıloğlu Ç, Bor S. Konstipasyon yaşam kalitesi ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. MN Dahili Tıp Bilimleri 2007;2:36-43.
5. Clark K, Currow DC. Constipation in palliative care: what do we use as definitions and outcome measures? J Pain Symptom Manage 2013; 45(4):753-762.
6. Ünsar ST. Diyare ve Konstipasyon. Can G, editör. Onkoloji Hemşireliği. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2014, p.185-406.
7. Larkin PJ, Sykes NP, Centeno C, Ellershaw JE, Elsner F, Gootjes JRG. The management of constipation in palliative care: clinical practice recommendations. Palliative Medicine 2008; 22:796–807.

8. ItanoJ, Brant, J, Conde F, Saria M. ONS, Core Curriculum for Oncology Nursing, Symptom management, Part 4, Alterations in GIS Function, Chapter 28, 5nd ed 2016; 351-362.

9. Fajardo N, Cremonini F, Talley NJ. Management of constipation in patients with cancer, Am J Cancer 2006; 5(5):319- 330.

10. Uysal N. Şenel G, Karaca Ş, Kadıoğullar N, Koçak N, Oğuz G. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. Ağrı 2015;27(2):104-110.

11. Dhingra L, Shuk E, Grossman B, Strada A, Wald E, Portenoy A, Knotkova H, Portenoy R. A qualitative study to explore psychological distress and illness burden associated with opioid-induced constipation in cancer patients with advanced disease. Palliat Med 2013; 27:447-456.

12. Smith S. Evidence-based management of constipation in the oncology patient. European Journal of Oncology Nursing 2001;5 (1):8-25

13. Pergolizzi JV, Raffa RB. Oxymorphone and opioid rotation. American Academy Of Pain Medicine 2009; 10(1) 39-48.

14. Gatti A, Sabato A. Management of Opioid-Induced Constipation in Cancer Patient. Clin Drug Investig 2012; 32 (5): 293-301.

15. Prichard D, Norton C, Bharucha A. Management of opioid-induced constipation. British Journal of Nursing 2016; 25(10) :4-11.

16. Prichard D, Bharucha A. Management of opioid-induced constipation for people in palliative care. International Journal of Palliative Nursing 2015; 21(6): 272-280.

17. Can G. Antineoplastik ilaçların yan etkileri ve hemşirelik yaklaşımları. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2005; 2(2): 8-15.

18. Ünsar ST, Şensus A, Karadokovan A, Aydıner A. Diyare ve Konstipasyon. Can G, editör. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2015, p.159-169.

19. Bengi G, Yalçın M, Akpınar H. Kronik konstipasyona güncel yaklaşım. Güncel Gastroenteroloji 2014;18(1):72-88.

20. Smith HS, Peppin JF. Toward A. Systematic approach to opioid rotation. Journal of Pain Research 2014 ;7:589–608.

21. TKT Lai, MC Cheung, CK Lo, Kl Ng, YH Fung, M Tong, CC Yau. Effectiveness of aroma massage on advanced cancer patients with constipation=a pilot study. Complementary Therapies in Clinical Practice 2011;17:37-43.

22. Candy B, Jones L, Larkin PJ, Vickerstaff V, Tookman A, Stone P. Laxatives for the management of constipation in people receiving palliative care, cochrane database SystRev 2015; 5:1-39.

23. Albrecht TA, Taylor AG. Physical activity in patients with advanced-stage cancer: a systematic review of the literature, Clinical Journal of Oncology Nursing 2012; 6(3):293-300.

24. Orhan C, Akbayrak T, Kaya S, Kav T, Günel M. Fiziksel aktivite seviyesi ile konstipasyon şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi. Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation 2015; 2(2): 66-73.

25. CommonTerminologyCriteriaforAdverseEvent sv4.03:(CTCAE), June 14, 2010, https://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE_4.03_2010-06-14_QuickReference_5x7.pdf (Access date: 10/10/2016)

26. Çetinkaya H, Aydınlı O. İrritabl bağırsak sendromuyla inflamtuvar bağırsak hastalıkları arasındaki ilişki, Güncel Gastroenteroloji 2007;11(4):190-198.

27. Coyne K, Poon JL, Thompson C, Hu Y, Datto JC, Sostek M. Translating clinical findings into the patient's perspective: post-hoc pooled analysis of bowel movement changes as a predictor of ımprovement in patients' opioid-induced constipation symptoms and outcomes. Clinical Therapeutics 2017;39(1):75-88.

28. BP Chumpıtazı, MM. Self, DI Czyzewskı, S Cejka, PR Swank, RJ Shulman. Bristol Stool Form Scale reliability and agreement decreases when determining Rome III stool form designations. Neurogastroenterol Motil 2016; 28:443–448.

29. Cudmore S, Doolan A, Lacey S, Shanahan F. A randomised, double-blind, placebo-controlled clinical study: the effects of a synbiotic, lepicol, in adults with chronic, functional constipation. International Journal of Food Sciences and Nutrition 2017; 68(3):365-377.

30. Rhondali W, Nguyen L, Palmer L, Kang DH, Hui D, Bruera E. Self-Reported constipation in patients with advanced cancer: A preliminary report, Journal of Pain and Symptom Management 2013; 45(1):23-32

31. Hanai A, Ishiguro H, Sozu T, Tsuda M, Arai H, Mitani A, et al. Effects of a self-management program on antiemetic-induced constipation during chemotherapy among breast cancer patients:a randomized controlled clinical trial. Breast Cancer ResTreat 2016; 155:99-107.

32. Moore A, McQuay HJ. Prevalence of opioid adverse events in chronic non-malignant pain=systematic review of randomised trials of oral opioids. Arthritis Research & Therapy 2005;7(5):1016-1051.

33. Dukas L, Willett WC, Giovannucci EL. Association between physical activity, fiber intake, and other lifestyle variables and constipation in a study of women. The Amerıcan Journal Of Gastroenterology 2003; 98:1790-1796.

34. Rao SS. Constipation=Evaluation and treatment of colonic and anorectal motility disorders. Gastrointestinal Clin N Am 2009;19:117-139.

35. Kim HS, Park DH, Kim JW, Jee MG, Baik SK, Kwon SO. Effectiveness Of Walking Exercise As a Bowel Preparation For Colonoscopy: A Randomized Controlled Trial. Am JGastroenterol 2005;100(9):1964-1969.

36. Preece J. Introducing abdominal massage in palliative care for there relief of constipation. Complement Ther Nurs Midwifery 2002;8(2):101-105.

37. Turan N, Aşti TA. Konstipasyon yönetiminde abdominal masajın önemi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2015; 18(2):148-154

38. Lamas K, Lindholm L, Stenlund H, Engstrom B,Jacobsson C. Effects of abdominal massage in management of constipation-A randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies 2009; 46(6):759-767.

39. McClurg D, Hagen S, Hawkins S, Strong A. Abdominal massage for the alleviation of constipation symptoms in people with multiple sclerosis: A randomized controlled feasibility study. Multiple Sclerosis Journal 2011;17(2): 223-233.

40. Ernst E. Abdominal massage therapy for chronic constipation=a systematic review of controlled clinical trials. Forsch Komplementarmed 1999;6(3):149-151.

41. Akçay D. Gözüm S. Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda, kemoterapinin yan etkilerine ilişkin verilen eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. The Journal of Breast Health 2012; 8(4); 191-199.

42. Courneya KS, Sellar CM, Stevinson C, McNeely ML, Peddle CJ, Friedenreic CM, Tankel K, Basi S, Chua N, Mazurek A, Reiman T. Moderator effects in a randomized controlled trial of exercise training in lymphoma patients. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2009; 18: 2600-2607.

43. Mollaoğlu M, Erdoğan G. Effect on symptom control of structured information given to patients receiving chemotherapy. European Journal of Oncology Nursing 2014; 18:78-84.

44. Molassiotis A, Brearley S, Saunders M, Craven O, Wardley A, Farrell C, Swindell R, Todd C, Luker K. Effectiveness of a Home CareNursing Program in the Symptom Management of Patients With Colorectal and Breast Cancer Receiving Oral Chemotherapy: A Randomized, Controlled Trial, J ClınOncol 2009; 27(36) :6191-6198.

45. Ayaz S, Hisar F. The efficacy of education programme for preventing constipation in women. International Journal of Nursing Practice 2014;20: 275–282

46. Franklin LE, Spain MP, Endlund BJ. Pharmacological management of chronic constipation in older adults. Journal of Gerontological Nursing 2012; 38(4):9-15.

47. Christodoulides S, Dimidi E, Fragkos KC, Farmer AD, Whelan K, Scott SM. Systematic review with meta-analysis: Effect of fibre supplementation on chronic idiopathic constipation in adults. Alimentary Pharmacology and Therapeutics 2016; 44: 103–116

48. Fox P, Darley A, Furlong E, Miaskowski C, Patiraki E, Armes J, et. al. The assessment and management of chemotherapy-related toxicities in patients with breast cancer, colorectal cancer, and Hodgkin's and non Hodgkin's lymphomas: A scoping review. European Journal of Oncology Nursing 2017;2 6:63-82.

49. Thomson CA, Crane TE, Miller A, Garcia DO, Engquist KB, Alberts DS. A randomized trial of diet and physical activity in women treatedfor stage II—IV ovarian cancer: Rationale and design of thelifestyle ınterventıon for ovarian cancer enhanced survival, Contemp Clin Trials. 2016 July ;49: 181–189.

50. Holroyd S. How can community nurses manage chronic constipation? JCN 2015;29(5):74-82.

51. Yang J, Wang HP, Zhou L, Xu JF. Effect of dietary fber on constipation=A meta analysis, World J Gastroenterol 2012;18(48): 7378-7383.

52. Murakami K, Sasaki S, Okubo H, Takahashi Y, Hosoi Y, Itabashi M.Association Between Dietary Fiber, Water And Magnesium İntake And Functional Constipation Among Young Japanese Women, Eur J Clin Nutr. 2007;61(5):616-622.

53. Choi SC, Kim BJ, Rhee PL, Chang DK, Son HJ, Kim JJ. probiotic fermented milk containing dietary fiber has additive effects in IBS with constipation compared to plain probiotic fermented milk. Gut Liver 2011; 5(1):22–28.

54. Bilgin A. Kanser ilişkili halsizlik ve fiziksel egzersiz. Genel Tıp Dergisi, 2014;24:38-44.

55. M. Sinclair. The use of abdominal massage to treat chronic constipation, Journal of Bodywork & Movement Therapies 2011; 15: 436-445.

56. McClurg D, Hagen S, Jamieson K, Dickinson L. Paul L. Abdominal massage for the alleviation of symptoms of constipation in people with Parkinson's: a randomised controlled pilot study. Age and Ageing 2016; 45: 299–303.

57. Savaş MC. Konstipasyon. Türkiye Tıp Dergisi 2004;11(4): 204-216.

58. Kara H. Laksatif ve pürgatifler, Güncel Gastroenteroloji 2015;19(1):30-33.

59. Gelinas P. Preventing constipation: a review of the laxative potential of food ingredients. International Journal of Food Science and Technology 2013;48:445–467.

60. Christo PJ, Mazloomdoost D. Cancer pain and analgesia. New York Academy of Sciences. 2008; 1138:278-298.

61. Fajardo N, Cremonini F, Talley N. Management of constipation in patients with cancer. Am J Cancer 2006; 5(5):319-330.

62. Connor M, Hunt C, Lindley A, Adams J. Using abdominal massage in bowel management,. Nursing Standard 2014; 28(45): 37-42.

63. Chokhavatia S, John ES, Bridgeman M, Dixit D. Constipation in elderly patients with noncancer pain= focus on opioid-ınduced constipation. Drugs Aging 2016; 33: 557–574.

64. Uyar M, Eyigör C. Kanser Ağrısında Medikal Tedavi-II: Opioid toleransının mekanizması ve tedavisi, opioid hiperaljezisi, opioid tedavisinde bariyerler, opioid değişimi, opioid yan etkilerinin yönetimi. Turkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation Special Topics 2012;5(2): 36-47.

65. Zeppetella G. Breakthrough pain in cancer patients. Clin Oncol 2011;23(6):393–398.

66. Eyigör C. Opioidlerin kullanım ilkeleri, yan etki yönetimi ve yeni opioidler. Ağrı 2015:1;1-6.

67. Yang XJ, Zhang M, Zhu HM, Tang Z, Zhao DD, Li BY, Gabriel A. Epidemiological study: Correlation between diet habits and constipation among elderly in Beijing region. World journal of gastroenterology 2016; 22(39): 8806-8811.

68. Shariati A, Maceda, JS, Hale DS. High-fiber diet for treatment of constipation in women with pelvic floor disorders. Obstetrics & Gynecology 2008; 111(4); 908-913.

69. Dukas L, Willett WC, Giovannucci EL. Association between physical activity, fiber intake, and other lifestyle variables and constipation in a study of women. The American journal of gastroenterology 2003; 98(8): 1790-1796.

70. Boland JW, Boland EG. Pharmacological therapies for opioid induced constipation in adults with cancer. BMJ: British Medical Journal (Online) 2017; 358 doi: 10.1136/bmj.j3313

71. Freedman MD. Schwartz HJ, Roby R, Fleisher S. Tolerance and efficacy of polyethylene glycol 3350/electrolyte solution versus lactulose in relieving opiate induced constipation: a double-blinded placebo-controlled trial. The Journal of Clinical Pharmacology 1997; 37(10): 904-907.

72. Daeninck PJ, Eduardo B. Reduction in constipation and laxative requirements following opioid rotation to methadone: a report of four cases." Journal of pain and symptom management 1999; 18.4: 303-309.

7

YORGUNLUK

Dilek Baykal, Gülbeyaz Can, Rejin Kebudi, Ayfer Aydın, Nidal Al Jebrini, Aysel Tekeli, Dhamani Khairunnisa, Rehana Punjwani

Yorgunluk, bireyin fiziksel, duygusal ve bilişsel olarak etkileyen ve günlük yaşam aktivitelerinin sürdürmesini engelleyen multifaktoriyel bir sorundur [1]. Sağlıklı bireylerde yoğun fiziksel aktiviteye bağlı gelişen ve bireyin istirahat etmesi ile geçen bu sorun, kanser hastalarında fiziksel aktivitelerinden bağımsız olarak gelişir ve istirahat ile geçmez [2].

Yorgunluk, kanser hastaları tarafından %14-96 ile sık ifade edilen bir sorundur [3]. Genellikle kemoterapi ve radyoterapi ile ilişkili olduğu kabul edilse de [4], hastalığa bağlı gelişen anksiyete, depresyon, ağrı ve malnütrisyona [5], hastada var olan eşzamanlı komorbiditelere [6], tümör yüküne [7], uyku sorunlarına [8], hastanın psikolojik durumuna [9] ya da fizyolojik parametrelerdeki değişimlere de bağlı olabilir [10,11].

Hangi nedenden dolayı ortaya çıkarsa çıksın yorgunluk, bireyin günlük yaşamını sürdürmesini engelleyen, uykusuzluğa ve psikososyal sorunlara neden olan önemli bir sorundur. Kanser tedavisinin tamamlanmasından yıllar sonra bile yorgunluk hissi hastaların %17-82'sinde yaşanmaya devam edebilir [3,12,13]. İleri evre kanser hastalarında, özellikle kemik metastazı söz konusu olduğunda, %75 ile hastalar tarafından sık bildirilen sorunlardan biridir [14]. Hastaların büyük bir kısmı yorgunluk ile baş etmede yapılabilecek bir şey olmadığını düşünerek, bu sorunun varlığını sağlık uzmanı ile paylaşmayı gereksiz bulmaktadır [15]. Subjektif bir semptom olduğundan, hasta tarafından bildirilmedikçe yorgunluğun saptanması zordur. Bu nedenle, palyatif bakım hastalarında yorgunluğun varlığının yakından takip edilmesi ve yönetilmesi önemlidir [16].

YORGUNLUĞU TANILAMA

Pek çok hasta yorgunluğu halsizlik, güçsüzlük, enerji eksikliği, bitkinlik, letarji, depresyon, konsantrasyon bozukluğu, kırıklık, kuvvetsizlik ve motivasyon eksikliği gibi farklı ifadeler kullanılarak tanımlamaktadır. Bu nedenle, doğrudan sorgulanmaz ise, sağlık ekibi tarafından farkında olmadan göz ardı edilebilir. Literatürde yorgunluğun, hastanede yatan hastalarda günlük, ayaktan takip edilen hastalarda ise hasta ile gerçekleştirilen her görüşmede değerlendirilmesinin ve bu sorunun gelişimine katkıda bulunan tedavi edilebilir nedenlerin belirlenerek yönetilmesinin önemli olduğu bildirilmektedir (Şekil 7-1) [17,18].

Yorgunluğu Değerlendirme

Hastalarda yorgunluğun varlığı hasta ile yapılan her görüşmede Halsizliğiniz/Yorgunluğunuz var mı? sorusu sorularak değerlendirilmelidir:

- 0-10 VAS (0= yok; 10=çok fazla)
- Hasta bildirimi: Yok, hafif, orta, şiddetli

Yorgunluk Düzeyi
- VAS'a göre: 0-3
- Hasta bildirimi: Yok - hafif

→ Her vizitte yorgunluğun varlığını değerlendir ve izle

Yorgunluk Düzeyi
- VAS'a göre: 4-10
- Hasta bildirimi: Orta - Şiddetli

→ Yorgunluk öyküsünü al ve nedenlerini tanımla

Yorgunluk Öyküsünü Al

P
- Yorgunluğa neden olan etken/-ler neler?
- Yorgunluğu azaltan/kötüleştiren neden/-ler neler?

Q
- Yorgunluk şikayeti: Sürekli mi? Aralıklı mı?

R
- GYA / QoL olumsuz etkilenmiş mi?
- Hastanın sosyal yaşamı ve insanlar ile ilişkileri etkilenmiş mi?

S
- Etkilenme düzeyi ne? - Hafif, orta, ciddi
- Aktiviteleri azalmış mı?

T
- Ne zaman başlamış?
- Herhangi bir tedavi/girişim uygulanmış mı? Etkili olmuş mu?

Tedavi Edilebilir Nedenleri Tanımla

Kullandığı ilaçların yan etkisini incele ve yorgunluk etksini araştır

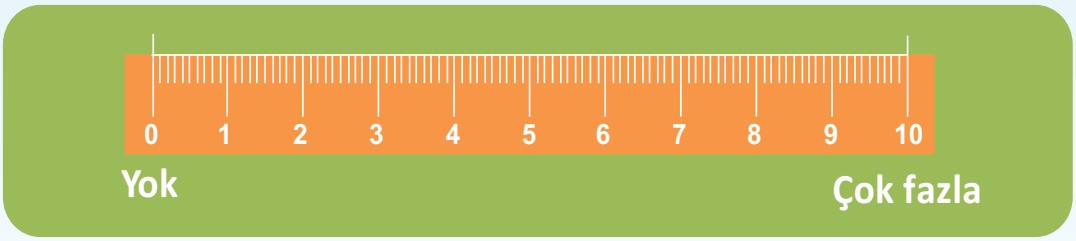
Hastalığın genel sağlık durumunu değerlendir
- İleri evre / metastatik kanser hastalığı
- Kardyo-vasküler sorunlar
- Solunum sistemi sorunları
- Böbrek/karaciğer fonksiyonlarında bozulma
- Nörolojik sorunlar
- Enfeksiyon

Hipotiroidzm, hipogonadizm, adrenal yetmezlik

Yorgunluğu tetikleyen semptomları tanımla
- Ağrı
- Anemi
- Febril nötropeni
- Uyku bozuklukları
- Emosyonel Distres [Anksiyete, Depresyon]

Beslenme durumunu tanımla
- Kilo/kalori dengesini değerlendir
- Sıvı elektrolit dengesizliklerini tanımla: sodyum, potasyum, kalsiyum, magnezyum

Şekil 7-1. Yorgunluğun Nedenlerini Tanılama ve Değerlendirme Algoritması



Şekil 7-2. Vizüel Analog Skala

Yorgunluğun tanılanmasına genellikle hastaya halsizliğiniz var mı? Yorgun musunuz? gibi basit sorular sorularak başlanmalıdır. Yorgunluk yaşadığını ifade eden hastalarda 0-10 Vizüel Analog Skala (VAS) (Şekil 7-2) kullanılarak hastadan son bir hafta içinde hissettiği yorgunluğun şiddetini puanlaması veya "yok", "hafif", "orta", "çok fazla" gibi farklı ifadeler kullanarak tanımlaması istenmelidir[19].

Klinik Pratikte Yorgunluk Değerlendirmesi

YORGUNLUK ŞİKAYETİ OLMAYAN HASTADA İZLEM

Konsensus oylaması sırasında sağlık çalışanlarının %72'si [%82'si her gün, %18'i ise bazen] yorgunluğu olmayan hastalarda yorgunluk değerlendirmesi yaptığını, %28'si ise yapmadığını bildirmiştir.

Yorgunluk tanılaması yapan katılımcılar ayrıca, tanılama sıklığının kliniğin standartlarına, hastanın özelliklerine ve klinikte çalışan hemşirelerin sayısına dayanarak farklılık gösterdiğini, bazı kliniklerde oturmuş bir takip sistemi olmadığından hastalarında günlük yorgunluk değerlendirmesi yapmadıklarını ifade etmişlerdir.

Pakistan'dan katılan panelist ülkesinde bu konuda yeni farkındalık oluşmaya başladığını, Türkiye'den katılan panelist özellikle kemoterapi uygulanan hastalarda, hasta yorgunluk yaşadığını ifade ettiğinde yorgunluk değerlendirmesi yaptıklarını, Filistin'den katılan panelist ise, yorgunluk değerlendirmesinin NCCN rehberlerinde yapılması gerekliliğinin vurgulandığını bilmelerine rağmen ülkelerinde yorgunluğun genelde araştırmalarda değerlendirildiğini ifade etmiştir.

Halsizlik/yorgunluk düzeyi 1-3 arasında olan hastalarda, yaşanılan yorgunluk hafif olduğundan herhangi bir girişimin planlanmasına gerek yoktur. Hasta ile yapılan her görüşmede yorgunluğun izlemine devam edilmesi yeterlidir. Halsizlik/yorgunluk düzeyi orta (4-6) ya da şiddetli (7-10)] olan hastalarda ise, kapsamlı yorgunluk tanımlanması yapılmalıdır. Tanılama sırasında, PQRST kuralını kullanarak hastanın yorgunluk hikayesi alınmalı, hastanın fiziksel muayenesi yapılarak ve laboratuvar sonuçları incelenerek yorgunluğun tedavi edilebilir nedenleri belirlenmelidir [20]. Yorgunluk gelişimi ile ilişkili olabileceği için, hastalarda anemi, elektrolit (Ca+, Mg+, Fosfat), hormon [Tiroid Stimulan Hormon (TSH), T3, T4, ACTH, Kortizol] ve vitamin [B1, B6, B12] düzeyindeki değişimler, depresyon, anksiyete, ağrı, dehidratasyon, beslenme yetersizliği (protein, kalori, vitamin), sedatif kullanımı (opiodler, benzodiazepinler), enfeksiyon, ateş, uyku bozuklukları ve hareketsizlik gibi hastalık ve tedavi sürecine bağlı meydana gelen semptomların varlığı da incelenmelidir [4,21-24].

Birçok ilaç (antiemetik, analjezik, antihipertansif) yorgunluğa neden olduğundan hastaların ilaç anamnezi dikkatli alınmalıdır [25]. Reçete edilmiş veya reçetesiz aldığı tüm ilaçlar, tamamlayıcı tıp yaklaşımları, vitamin, kafein ve alkol kullanımı da değerlendirilmelidir [26].

Ayrıca ısı, gürültü gibi çevresel faktörlerin etkisinin de araştırılması göz ardı edilmemelidir [19]. Hastaların yorgunluğa bağlı etkilenme düzeyi, fonk-

siyonel yeterliliği ve GYA'ni gerçekleştirme düzeyi saptanmalı, hastaların yorgunluğa atfettiği anlam da araştırılmalıdır [19,27].

Pek çok çalışmada, hastaların yorgunluğa bağlı yaşam kalitesinin etkilenme düzeyinin belirlenmesinde, Kısa Yorgunluk Envanteri (Brief Fatigue Scale, BFI) [28], Kronik Hastalık Tedavisinin İşlevsel Değerlendirmesi -Yorgunluk [The Functional Assesment of Cancer Therapy – Fatigue (FACT-F)] [29], Schwartz Kanser Yorgunluk Ölçeği (Schwartz Cancer Fatigue Scale) [30], Yorgunluk Semptom Ölçeği (Fatigue Symptom Inventory) [16], Çok Boyutlu Yorgunluk Envanteri (Multidimensional Fatigue Inventory) [31], Bireysel Gücü Değerlendirme Listesi - Yorgunluk Alt Boyutu [Checklist Individual Streght Fatigue Subscale (CIS-Fat)] [32] gibi farklı çok boyutlu değerlendirme araçlarının da kullanılabileceği ileri sürülmüştür [33-35]. Bu değerlendirme araçlarının farklı ülkelerde dil geçerlilik çalışmaları yapılmış ve çoğu aracın yorgunluğun değerlendirilmesinde kullanımı uygun araçlar olduğu bildirilmiştir [16, 28-35]. Kısa Yorgunluk Formu [36], Yorgunluk Şiddet Skalası [37], Çok Boyutlu Yorgunluk Envanteri [38], Checklist Individual Streght Fatigue Subscale [39] Türkçe uyarlaması mevcut olan araçlardır.

Genellikle yorgunluğu inceleyen klinik araştırmalarda kullanımı uygun olan bu araçların seçiminde hastada değerlendirilmesi istenilen parametreler göz önüne alınarak karar verilmelidir. Her araç, yorgunluğa bağlı etkilenme düzeyini sorgulasa da kapsamı ve değerlendirdiği alt parametreler farklıdır [40].

Klinik Pratikte Yorgunluk Değerlendirmesi

YORGUNLUK ŞİKAYETİ OLAN HASTADA DEĞERLENDİRME

Günlük pratikte, sağlık çalışanlarının %77'si hastalarında yorgunluk tanılaması [%58'i her gün, %31'i hasta yorgunluk şikayeti bildirdiğinde, %11'i bazen] yaptığını, %23'ü ise yapmadığını bildirerek, tanılama yapanların %22'si değerlendirme sırasında yorgunluğa özel değerlendirme aracı kullandığını, %78'i ise kullanmadığını oylamıştır.

Tartışmalar sırasında panelistler, kanser ile ilişkili yorgunluğun, fiziksel egzersize ve depresyona bağlı gelişen yorgunluktan ayrılması gerektiği ifade ederek, yorgunluğun tanılanmasının ve nedeninin araştırılmasının önemli olduğunu vurgulamıştır. Ayrıca, hastalar yorgunluğun varlığını tanımlarken farklı ifadeler kullanabileceğini de ifade etmiştir. Türkiye'den katılan panelist ülkemizde yorgunluğun sorgulanması sırasında sağlık uzmanlarının klinikte daha çok "halsizlik ve genel düşkünlük" kelimelerini kullanıldığını, türk hastaların ise yorgunluğunu tanımlamada "güçsüzlük, enerji azalması, yorgunluk", gibi farklı ifadeler kullanarak bildirdiğini açıklamıştır. Tanzanya'lı panelist ise, hastaların "güçsüzlük" kelimesini kullanarak yorgunluğunu tanımladığını belirtmiştir. Üniversite hastanesi çocuk bölümünde çalışan Pakistan'lı panelist çocuklarda yorgunluğun daha ayrıntılı tanımlanması gerektiğini belirtmiştir. Çocukların yorgunluk kelimesini anlamadıklarını "şekerleme yapma ihtiyacı duyuyor musun" şeklinde sorularla sorgulanmasını önermiştir. Ayrıca sadece çocuğun cevaplayabileceği değil ebeveynlerin cevaplayabileceği ölçeklerin kullanımının da yorgunluğun saptanmasında yararlı olacağı belirtilmiştir.

Türkiye'den katılan panelist, aynı zamanda değerlendirme araçlarının seçiminde hasta yoğunluğunun önemli olduğunu bildirerek devlet hastanelerinde çalışan hemşire sayısının az olduğundan tek boyutlu değerlendirme aracının kullanımın daha uygun olduğunu ve çalıştığı klinikte yaygınlaşması için hemşirelere ESAS'ın kullanımına ilişkin eğitim verdiklerini bildirmiştir. Yine aynı panelist özel hastanelerde hemşire/hasta oranının 1/3 olduğundan isteniliyorsa çok boyutlu değerlendirme araçlarının yorgunluğun tanılamasında bu kliniklerde kullanılabileceğini eklemiştir.

İsrail'den katılan panelist önemli olan hastadaki yorgunluğun belirlenmesinin olduğunu bundan dolayı tek parametreyle hastanın değerlendirilmesinin yeterli olduğunu savunmuştur. Türkiye'den katılan izleyiciler de klinikte çok maddeli ölçeklerin kullanımının uygun olmadığını, klinik araştırmalarda kullanımının daha uygun olduğunu belirterek aynı görüşü savunmuşlardır.

Palyatif Bakım Hastasında Yorgunluğu Değerlendirme Konsensus 2017 Kararları

1. Yorgunluk sorunu olsun ya da olmasın, tüm palyatif bakım hastalarında günlük yorgunluk değerlendirmesi yapılmalı (%94). Genelde servislerde hastaların daha önemli problemlerine odaklanmaları gerektiği için katılımcıların %6'sı palyatif bakım hastalarında günlük yorgunluk değerlendirmesi yapılması gerektiği kararına katılmadığını açıklamıştır.
2. Klinikte çok maddeli ölçeklerin kullanımının uygun olmadığından günlük yorgunluk değerlendirmesinde tek boyutlu araçlar kullanılmalı, çok boyutlu ölçeklerin kullanımı klinik araştırmalarda tercih edilmelidir.
3. Yorgunluk tanılamasında, kliniğin tercihine bağlı olarak 0-10 VAS (%48) ya da ESAS (%52) kullanılabilir.
4. Toplumun ya da kliniğe başvuran hastaların kültürel özelliklerine dayanarak, yorgunluğun tanılanmasında ortak terminoloji oluşturulmalıdır.
5. Yorgunluk tanılaması hastanın yaşı temel alınarak yapılmalıdır.
6. Tanılama sırasında kanser ile ilişkili yorgunluk, fiziksel egzersize ve depresyona bağlı gelişen yorgunluktan ayırt edilmesi için ek tanılama yapılmalıdır.

YORGUNLUĞUN YÖNETİMİ

Palyatif bakım hastalarında yorgunluk, hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli sağlık sorunlarından biridir ve hasta terminal döneme yaklaştıkça bu sorunun şiddeti daha da artmaktadır. Pek çok hasta yaşadığı yorgunluğun hastalığın ilerlemesi ya da tedavinin cevap vermemesi ile ilgili olabileceğini düşünmekte ve endişe yaşamaktadır [19]. Bu nedenle, hasta ve ailesinin yorgunluğun gelişim süreci ve baş etme stratejileri hakkında bilgilendirilmesi, yorgunluğa ilişkin endişelerin giderilmesinde ve algılanan yorgunluk düzeyini azaltmada önemli bir yaklaşımdır [41,42].

Hasta ve Ailenin Bilgilendirilmesi

Hasta ve ailenin yorgunluk hakkında bilgilendirilmesi önemlidir. Farklı çalışmalarda, yorgunluk eğitiminin hastanın bireysel özellikleri, sağlık durumu ve kullandığı ilaçlar dikkate alınarak bire bir ya da grup içinde, belli bir eğitim programını takip ederek [en az 30 dakika] ve yorgunluğa odaklanarak sunulduğunda etkili olduğu saptanmıştır [42].

Yorgunluğun Yönetiminde Eğitimin Kullanımı

Günlük pratikte, katılımcıların %76'sı yorgunluk gelişen hastaları yorgunluğun gelişim süreci ile ilgili bilgilendirdiğini, %24'ü ise bilgilendirmediğini bildirmiştir.

Hastalarını yorgunluk konusunda bilgilendiren katılımcıların %15'i bilgilendirmenin yorgunluğu azaltmada etkili, %67'si bazı hastalarda etkili, bazılarında ise etkili olmadığını ve %6'sı etkili olmadığını ifade etmişlerdir.

Katılımcıların %12'si ise yorgunlukla beş etmede eğitimin etkinliğini değerlendirmediğini ifade etmiştir.

Bu nedenle, yorgunluk eğitiminin hastanın bireysel özellikleri dikkate alınarak planlanması ve hastanın anlayabileceği dilde açıklanması önemlidir [43].

Verilen eğitimin kapsamı hastaların:

- Gün içinde aktif olması sağlanmalıdır.
- Düzenli uyuması sağlanmalıdır.
- Yeterli ve dengeli beslenmesi sağlanmalıdır.

- Gevşeme teknikleri öğretilerek stres ve olumsuz duygular ile baş etmesi öğretilmelidir.
- Sosyal ilişkilerini sürdürmesi ve farklı aktivitelere katılması desteklenmelidir.
- Baş etmede zorlanan hastalarda diğer sağlık uzmanlarından destek istenmelidir [44].

Kanser hastalarında eğitimin yorgunluğa etkisini değerlendirilen iki çalışmaya ulaşılmıştır.

Farklı hastalık evresinde olan 261 kanser hastasının katılımı ile gerçekleştirilen ilk çalışmada, 90 dakikalık yorgunluk eğitimi hastalara 6 seansta sunulmuştur. Eğitim öncesi hastaların deneyimlerini paylaşılması istenmiş ve takiben yorgunluğa neden olan faktörleri, zaman ve enerji yönetimini, sağlıklı uykuyu ve yaşamdan keyif almayı, duygular ile başa çıkmayı, günlük deneyimleri paylaşmayı içeren eğitim programı sunulmuştur. Çalışmanın bitiminde, yapılan değerlendirmede eğitime katılan hastaların yorgunluk konusunda bilgi düzeylerinin arttığı ve uygulanan girişimlerin yorgunluk düzeyini azalttığı saptanmıştır [45] [Kanıt Düzeyi II].

Baş-boyun kanseri tanısı ile tedavi gören 205 hastanın katılımı ile gerçekleştirilen ikinci çalışmada, hemşireler tarafından yönetilen psiko-sosyal girişimlerin yaşam kalitesine etkisi, uzun vadede takip edilmiştir. Girişim grubuna (n=103) katılan hastalara, bir yıl boyunca, alanında uzman hemşireler tarafından, 2 ayda bir tekrarlı eğitimler yapılmıştır. Eğitim sırasında hastalara, hastalığın fiziksel, psikososyal, sosyal etkileri açıklanmış, emosyonel destek sağlamış ve davranışsal eğitim verilmiştir. Çalışma boyunca toplam 6 seans eğitim uygulamasına katılan hastaların her bir eğitim seansı yaklaşık 45-60 dakika sürmüştür. Çalışma sonucunda girişim grubunda yer alan hastaların yorgunluğunun 12. ayda azalmaya başladığı ve verilen eğitimin yorgunluk düzeyinde özellikle 24. ayda anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür [46] [Kanıt Düzeyi II].

Yorgunluğun Yönetiminde Eğitim 2017 Konsensus Kararları

Çalışma sonuçları, belli bir program çerçevesinde uygulanan, planlanmış hasta eğitiminin, uzun süreli ve tekrarlı uygulandığında yorgunluk düzeyini azaltmada anlamlı azalma sağladığını saptamıştır. Bu nedenle palyatif bakım hastalarında gelişen yorgunluğun yönetiminde, hasta eğitiminin belli bir program çerçevesinde uzun süreli uygulanarak kullanılmasına %98 katılımcının onayı ile karar verilmiştir.

Aktivite ve İstirahat Dengesi

Uzmanlar, yorgunluğu olan hastalarının sürekli ya da uzun süreli yatakta istirahat etmesinin yorgunluk düzeyini arttırdığını, bu nedenle yorgunluk ile baş etmede hastaların aktivite ve istirahat arasındaki dengesinin sağlanmasının önemli olduğunu bildirmiştir [47,48]. Yorgunluğu olan hastalara, gün içinde dinlenmeye ya da şekerleme yapmaya daha kısa zaman (<30 dakika) ayırması ve günlük yaşama aktif olarak katılması bu sorun ile baş etmede önemli olduğu açıklanmalıdır. Uzun süreli istirahat enerji düzeyini düşürmekte ve hastanın gece sağlıklı uyumasını engellemektedir [49]. Düzenli olarak egzersiz yapmak ise, hastaların kalp, solunum ve endokrin sistem fonksiyonlarını olumlu etkileyerek hastanın kendisini dinç hissetmesini sağlamaktadır [50].

Egzersiz yapmak aynı zamanda:

- *İştahı arttırır*
- *İyi uyumayı sağlar*
- *Kasları güçlendirir*
- *Kendimizi iyi hissetmemizi sağlar*

Yorgunluğun Yönetiminde Egzersizin Kullanımı

Günlük pratikte, katılımcıların %73'ü yorgunluk yaşadığını bildiren hastalara, egzersizin kullanımını önerdiğini, %27'si ise önermediğini bildirmiştir.

Yorgunluk ile başetmede hastalarına egzersiz kullanımını öneren katılımcıların %30'u yorgunluk düzeyinin azaltılmasında egzersizin etkili, %49'u bazı hastalarda etkili, bazılarında ise etkili olmadığını ve %2'si etkili olmadığını ifade etmişlerdir.

Katılımcıların %19'u ise yorgunlukla beş etmede egzersizin etkinliğini değerlendirmediğini ifade etmiştir.

Yorgunluğun Yönetiminde Aktivitenin Kullanımı

Yorgunluğu olan hastaların aktivitelerini düzenleyip düzenlemedikleri sorulduğunda %73'ü evet, %27'si hayır yanıtını vermişlerdir. Evet yanıtını veren katılımcılardan biri, özellikle çocukların x-box tarzında cihazlarla oyun odasında daha aktif hale geldiklerini ve bu uygulamanın 3-12 yaş grubundaki hastalarda etkili olduğunu gözlemlediklerini belirtmişlerdir. Aktivitelerin düzenlenmesinin yorgunluğun azaltılmasına etkisine dair görüşleri sorulduğunda %64'ü bazı hastalarda etkili, bazılarında değil; %27'si evet, etkili; %5'i etkinliğini değerlendirmediğini; %4'ü ise hayır etkili değil diye bildirmişlerdir.

Yorgunluk ile başetmede, egzersiz sık önerilen yaklaşımlardan biridir. Son yıllarda, fiziksel egzersizin yorgunluğa etkisini inceleyen çok sayıda meta-analiz [34, 42, 58-64] (Kanıt Düzeyi I) ve derleme [17,24,33,40,61,62,65,67,94,97] yayınlanmıştır. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar tartışmalı olsa da, meta-analiz sonuçları yorgunluğun yönetiminde egzersiz uygulamasının genel olarak etkili bir yaklaşım olduğu göstermiştir [51-57].

Egzersizin yorgunluğa etkisi, bu çalışmalarda genellikle erken evre hastaların katılımı ile ya da ileri evre hastaların da yer aldığı kanser hastalarının katılımı ile değerlendirilmiştir. Sadece ileri evre hastaların katılımı ile gerçekleştirilen çalışmaların sayısı azdır [53]. Bu çalışmalarda hastalara yürüyüş, aerobik egzersizler, kas güçlendirme egzersizleri gibi farklı tipte ve yoğunlukta egzersiz uygulamaları hastanede ve/veya evde yaptırılmıştır.

Hastanede yatan kanser hastalarının katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada, hastalar tarafından, taburculuk öncesi, haftada 3-6 kez, 30 dakika boyunca uygulanan aerobik ve gevşeme egzersizlerinin yorgunluğu azaltmada (p=0.001), fiziksel aktivite düzeyini arttırmada (p=0.001) etkili yaklaşım olduğunu saptamıştır [51].

Orta-ciddi düzeyde yorgunluğu olan kanser hastalarının katılımı ile gerçekleştirilen farklı bir çalışmada ise, adım sayar yardımı ile gerçekleştirilen yürüyüşün yorgunluğu azaltmada etkili olduğu ifade edilmiştir [52].

Evre IV karaciğer ve kolorektal kanserli (n=56) hastaların katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada, iki fizyoterapistin desteği ile 8 hafta boyunca evde gerçekleştirilen egzersiz programının yorgunluğa etkisi değerlendirilmiş. REST (Rapid-Easy-Strength-Training) yaklaşımı kullanarak gerçekleştirilen bu çalışmada, 5 farklı renkte egzersiz bandı ve adımsayar kullanmışlardır. 2 setlik, 5 tekrardan oluşan egzersiz programında alt ve üst ekstremitelerin çalışması hedeflenmiştir. Haftada >4 uygulanan egzersiz programı sırasında hastalar ile aylık telefon görüşmeleri yapılmıştır. Kontrol grubuna ise herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Çalışma sonunda girişim uygulanan grupta yorgunluk düzeyinin azaldığı ve mobilizasyonun arttığı saptanmıştır [53].

Kalter ve ark. (2015) 209 kanser hastasının katılımı ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada moderatörler tarafından yürütülen grup bazlı egzersiz programının yorgunluğa etkisini incelemiştir. 12 hafta boyunca çalışmaya alınan hastalardan birinci grup fiziksel egzersiz (n=71), ikinci grup fiziksel egzersiz

ve bilişsel davranışsal terapi (n=76), üçüncü grup (n=62) bekleme listesi olarak tanımlanmıştır. Fiziksel egzersiz grubuna haftada iki kere, 8-12 kişiden oluşan gruplarla aerobik egzersiz (20-30 dk), kas güçlendirme egzersizleri (20-30 dk) ve grup sporları (60 dk) yaptırılmıştır. Bilişsel davranışsal terapiyi ise problem çözme yaklaşımlarını içeren ikişer saatlik grup seansından oluşturmuşlardır. Çalışma sonucunda bilişsel davranışsal terapi uygulansın ya da uygulanmasın egzersizin yorgunluğu azaltmada orta düzeyde etkili olduğu bildirilmiştir [54].

Kampshoff ve ark'ları (2015) 277 kanser hastasının katılımı ile gerçekleştirilen farklı bir çalışmada, yüksek ve düşük yoğunlukta egzersiz programının yorgunluk düzeyini azaltma etkisi de incelemiştir. Yüksek yoğunlukta egzersiz programına katılan 1. grup hastanın egzersiz yoğunluğu ilk hafta %70'ten başlatılıp dereceli olarak %85'e kadar arttırılmıştır. Düşük yoğunlukta egzersiz programına katılan 2. grup hastanın egzersiz yoğunluğu ise ilk hafta %40'tan başlatılıp dereceli olarak %55'e kadar arttırılmıştır. 3. grupta yer alan hastalara ise herhangi bir uygulama yapılmamış, bu hastalar kontrol grubunu (wait-list) oluşturmuştur. Geniş kas gruplarını hedef alan egzersiz programı 6 kez uygulanmıştır. Çalışma sonucunda araştırmacılar, ister düşük, ister yüksek yoğunlukta olsun egzersiz uygulamasının yorgunluğu azaltmada etkili yaklaşım olduğunu bildirmişlerdir [55].

Farklı yoğunlukta egzersiz programlarının etkisi, ileri evre meme kanserli hastalarının (n=230) da dahil edildiği farklı bir randomize kontrollü çalışmada incelenmiştir. Bu çalışmaya dahil edilen hastalar üç gruba ayrılmıştır. Birinci grup hastaya düşük seviyede olan 30 dakikalık egzersiz uygulaması, 5 gün boyunca evde, hemşire yönetiminde yaptırılmıştır. İkinci grup hastaya, haftada 2 seans, 8 tekrardan oluşan, %80 yoğunluk seviyesinde, orta-yüksek yoğunlukta olan 20 dakikalık egzersiz programı bu konuda uzmanlaşmış bireyler tarafından yaptırılmıştır. Üçüncü grup olan kontrol grubuna ise herhangi bir girişim uygulanmayıp rutin prosedürle devam edilmiştir. Çalışma sonucunda, orta yüksek düzeyde egzersiz uygulanan hastaların fiziksel ve genel yorgunluk düzeyinin daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür [56].

Egzersizin yorgunluğa etkisi yaşlı hastalarda da incelenmiştir. Yeni kanser tanısı almış 408 yaşlı hastanın (65-79 yaş ve ≥80 yaş gruplarında) katılımı ile gerçekleştirilen bu çalışmada, hastalara kemoterapi ve/veya radyoterapi sırasında yorgunlukla başedebilmek için egzersiz yapması önerilmiştir. Çalışma sonucunda, tedavi sırasında egzersize devam eden hastalarının sağlık algılarının daha iyi olduğu ve özellikle ≥80 yaş üzerinde olan hastalarda egzersize bağlı yorgunluk düzeyinin anlamlı derecede azaldığı ve bilişsel fonksiyonlarda artış olduğu saptanmıştır [57].

Egzersizin yorgunluğa etkisi farklı meta-analiz çalışmalarında da değerlendirilmiştir [42, 58-64].

Adjuvant tedavi alan meme kanserli hastaların katılımı ile gerçekleştirilen 5 çalışmanın (n=708) incelendiği ilk meta-analizde 13 haftadan 6 aya kadar sürdürülen egzersiz programlarının genel (ES:-0.22, %95 CI -0.38;-0.05) ve fiziksel (ES:−0.35, %95 CI−0.49;−0.21) yorgunluk düzeyini azaltmada etkili, bilişsel ve duygusal yorgunluk düzeyini azaltmada etkili bir yaklaşım olmadığı bildirilmiştir [58]. Yine kanserli hastaların dahil edildiği çalışmaları inceleyen ikinci metaanalizde, bir bütün olarak değerlendirildiğinde egzersiz uygulamalarının meme (I^2=%44.2, p=0.01) ve prostat kanserli hastaların (I^2=35.9, p=0.02) yorgunluğun azaltılmasında etkili, tek başına incelendiklerinde etkisiz yaklaşım olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada, meme kanserli hastalarda ev bazlı egzersizlerin (I^2= %0, p=0.57), gözetim altında uygulanan direnç egzersizlerinin (heterojenite değerlendirilememiş, p=0.44), gözetim altında uygulanan aerobik ve direnç egzersizlerinin (I^2=%44.2, p=0.01); prostat kanserli hastalarda ev bazlı (heterojenite değerlendirilememiş,

p=0.18) ya da gözetim altında uygulanan aerobik (I^2=%79.1, p=0.21) veya direnç (I^2=%0, p=0.15) egzersizlerinin yorgunluğu azaltmada etkili yaklaşım olmadığı belirtilmiştir [42]. Kırk dört randomize kontrollü çalışmanın (n=3254) ele alındığı farklı bir meta-analizde ise egzersiz uygulamasının meme, prostat, kolorektal ve lösemili hastalarda yorgunluğun azaltılmasında etkili (p<0.001), özellikle orta-yüksek yoğunluktaki egzersizin düşük yoğunluktaki egzersizden daha etkili olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda egzersizin gençlere kıyasla yaşlılarda daha etkili (p=0.04) olduğu da açıklanmaktadır [59]. Kanserli çocuklar ve adölesanların ele alındığı meta-analizde ise aerobik, masaj ve egzersizin genel yorgunluk (%100, p=0.0118) düzeyini azaltmada etkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır [60].

Egzersizin uzun süreli etkisinin incelendiği bir meta-analizde 12 haftalık sürede egzersizin yorgunluğun azaltılmasında etkili (%95CI:-1.50 -0.14) ve etkisini 12 haftadan 6 aya kadar da göstermeye devam ettiği (%95CI: -0.83 -0.02) ancak 6 aydan sonra etkisinin (%58, %95CI: -0.51 0.40) olmadığı belirtilmektedir. Aynı zamanda meme kanserli hastalarda uygulanan tedavinin (%95CI:-0.77 0.20), genel kanserli hastalarda da uygulanan egzersizin (%95CI: -3.12 0.19) ne olduğundan bağımsız olarak yorgunluğun azaltılmasında etkili olduğu açıklanmaktadır [61]. Kemoterapi tedavisi gören meme kanserli hastalarda aerobik egzersiz özellikle Asya toplumunda beyaz ırka göre yorgunluğu azaltmada daha etkilidir [62].

Fiziksel aktivitenin arttırılmasına yönelik uygulan girişimlerin yorgunluğa etkisi, 70 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde incelenmiştir. Tedavi süresince ya da tedaviyi takiben egzersiz programları, farklı yoğunlukta uygulansa da kanser ilişkili yorgunluğu azalttığı saptanmıştır. Egzersizin palyatif etkileri tedavi süresince ve sonrasında da iyileştirici özellik göstermektedir. Aynı zamanda da tedaviye bağlı toksik etkilerin vücuttan uzaklaştırılmasına da yardımcı olmaktadır [63].

Egzersiz programlarının düzenlenmesinde dikkat edilmesi gereken birtakım noktalar vardır. Örneğin egzersiz programlarının yoğunluğunun, frekansının ve süresinin aynı anda arttırılması kişinin egzersiz uyumunu azaltmaktadır [64]. Egzersiz uyumunun arttırılmasında kişinin yapılacak olan egzersize ilgisi ve egzersizin yorgunluğu azaltmadaki önemi hakkındaki düşünceleri de gözardı edilmemelidir [65].

Yorgunluğun Yönetiminde Aktivite 2017 Konsensus Kararları

Tartışmaların sonucunda %99 evet, %1 hayır ile hastaların yorgunluğun yönetiminde aktivitelerin düzenlemesi yaklaşımının önerilebileceğine karar verilmiştir.

Konsensüs başkanı hasta aktivitelerinin düzenlenmesiyle ilgili palyatif bakım dönemindeki hastalara ait literatür bilgisine ulaşılamadığını bu nedenle genel kanser grubu hastalarda yapılmış çalışmalara ulaşıldığını belirtmiş olup, oturum başkanı ise bu durumun araştırılmasına ihtiyaç duyulduğuna dikkat çekmişlerdir.

Dans, Yoga ve Reiki

Yorgunluğunun yönetiminde yoga [67], dans [11, 69] ve reiki (68) de kullanılmıştır. Kanser hastalarında dans/hareket terapi, sadece fiziksel hareketi sağlamak için değil, aynı zamanda hastaların düşünce ve hislerinin de görünür kılınmasını sağlamak için önemli bir yaklaşımdır. Bu nedenle bu yaklaşımlar hastayı sadece fiziksel olarak değil, aynı zamanda emosyonel ve psikolojik olarak da destek olmaktadır [66].

Yoga

Yağlı ve ark.'ları (2015) tarafından meme kanserli hastaların (n=52) katılımı ile gerçekleştirilen bir

çalışmada, aerobik egzersiz ve yoga uygulamasının fonksiyonel kapasiteye, yorgunluğa, periferal kas güçlendirmeye ve yaşam kalitesine etkisi değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, ilk hasta grubundan aerobik egzersiz (n=28), ikinci hasta grubundan yoga ve aerobik egzersiz (n=24) yapması istenmiştir. Egzersiz grubunda yer alan hastalar 6 hafta boyunca, haftada 3 gün, günlük 30 dakika egzersiz (ısınma-ana egzersiz-soğuma) yapmıştır. Yoga ve aerobik egzersiz grubunda yer alan hastalar ise, egzersizin yapıldığı günde egzersize ek olarak haftada 3 seans yoga da yapmışlardır. Yoga uygulaması, solunum egzersizleri, farkındalık meditasyonu ve canlandırma yardımıyla relaksasyon teknikleri uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda, girişim sonrası her iki grubun yorgunluk düzeyinde ve yorgunluk algısında azalma olduğu ancak yorgunluk düzeyindeki azalmanın yoga ve aerobik egzersiz grubunda daha fazla olduğu ve yorgunluğun yönetiminde yoga uygulamasının önemli bir yaklaşım olduğu belirlenmiştir [67].

Reiki

Tsang ve ark.'ları (2007) tarafından, çoğu kolorektal kanser tanılı hastaların katılımı ile gerçekleştirilen bir pilot çalışmada kanser ile ilişkili yorgunluğun yönetiminde reiki ile dinlenmenin etkisi araştırılmıştır. Kemoterapi uygulamasını tamamlanmış olan hastalar reiki grubuna ya da dinlenme grubuna alınmıştır. Reiki grubunda yer alan hastalara (n=8) her seansı 45 dakika süren, toplam 7 reiki seansı uygulamıştır. Dinlenme grubunda yer alan hastalara (n=8) ise, 5 gün boyunca, her gün 45 dakika dinlenmesi önerilmiştir. Girişim öncesinde ve sonrasında hastaların yorgunluk, ağrı ve anksiyete düzeyleri değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda, reiki uygulamasının yorgunluğu azaltmada etkili yaklaşım olduğu saptanmıştır [68].

Dans

Strum ve ark.'ları (2014) kanserli hastaların (n=40) katılımı ile dans terapisinin yorgunluğu azaltma ve yaşam kalitesini iyileştirme etkisini değerlendirmiştir. Bu çalışmada yer alan hastalar, randomizasyon olmaksızın iki gruba ayırmışlardır. Dans terapi grubunda olan hastalara profesyonel dansçının desteği ile, 6 hafta boyunca, haftada iki kez, 60 dk'lık ısınma, solunum ve dengeye odaklanma, boşlukta hareket eder hissetme ve koreografik soğuma gibi dört bölümden oluşan ve koreografik düzende gerçekleştirilmiş bir girişim uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise, herhangi bir girişim uygulanmamış, ancak çalışma sonunda hastalara dans terapisine katılmaları teklif edilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda girişim grubundaki hastaların yorgunluk düzeyinin anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır [69].

Dans terapinin yorgunluğa etkisi Ho ve ark'ları (2016) tarafından meme kanserli hastaların (n=139) katılımı ile gerçekleştirilen farklı bir randomize kontrollü çalışmada da değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, radyoterapi süresince ve sonrasında 6 kez uygulanan, 1.5 saatlik dans terapisinin yorgunluğu azaltma etkisi değerlendirilmiştir. Esneme, gevşeme, hareketli oyunlar ve üst ekstremitelerle ritmik vücut hareketleri, pozitif duyguları keşfetme hareketlerini içeren dans programı, hastaların ihtiyaçları doğrultusunda, haftada iki seans uygulanmıştır. Çalışma sırasında, hastalarda radyoterapi ve kemoterapi ilişkili semptomların yükünü arttırması nedeniyle uygulanan dans terapi programının bu grup hastada yorgunluğu azaltmada etkili bir yaklaşım olmadığı saptanmıştır [11].

İki çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde de, 6 seanstan oluşan, 90-180 dakikalık dans/hareket terapilerinin meme kanserli hastaların (n=170) yorgunluğunu azaltmada etkili bir yaklaşım olmadığı bildirilmiştir (I^2=%80, p=0.44) [66].

Enerji Tasarrufu ve Aktivite Yönetimi

Enerji tasarrufu ve aktivite yönetimi (Energy conversation and activity management/ECAM) yaklaşımı kanser hastalarında en az ele alınan konulardan biridir. Konuyla ilgili Barsevick ve ark.'nın (2004) kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada girişim (n=200) ve kontrol (n=196) grubu oluşturmuşlardır. Girişim grubuna onkoloji hemşiresi tarafından 3 seanslık ECAM girişimi uygulamışlardır. Bu girişimler telefonla 10-15 dakika süren görüşmeler şeklinde gerçekleştirilmiştir. 1. görüşme esnasında bireysel bilgilendirme, başa çıkma stratejileri, enerji koruma yetenekleri öğretilmiştir. 2. görüşmede enerjinin korunması ve aktivite yönetimi hakkında, 3. görüşmede ise uygulanan yaklaşımların etkinliği değerlendirilmiş ve gerekli görülen hastalarda revize edilmiştir. Seanslar arasında günlükler tutmaları istenmiş, 1 haftalık yorgunluk, uyku, dinlenme periyotları takip edilmiştir. Kontrol grubuna ise sadece sağlıklı beslenme ile ilgili eğitim verilmiştir. 1. görüşmede sağlıklı diyetin içeriği hakkında bilgi verilmiş ve 24 saatlik diyet günlüğü tutmaları istenmiştir. 2. görüşmede diyet günlükleri değerlendirilerek vitaminler hakkında bilgi verilmiş 3. görüşmede ise verilen bilgilerden yararlanma durumu ve vitaminler hakkında konuşulmuştur. ECAM girişiminin kansere bağlı yorgunluğu azaltmada etkili olduğu sonucuna varmışlardır [70].

Yeterli ve Dengeli Beslenme

Gıda ve multivitamin takviyeleriyle ilgili literatüre bakıldığında özellikle Asya kıtasında yapılmış çalışmalara daha fazla rastlanmıştır. Ancak tamamı burada ele alınmamış sadece ülkemizde var olan ve kanserli hastaların da ulaşabileceği takviyeler incelenmiştir.

Kafein alımının egzersiz kapasitesine etkisi prostat kanserli hastalarda, Cornish ve ark.'ları (2014) tarafından gerçekleştilen bir randomize kontrollü çalışmada incelenmiştir. Bu çalışmada, egzersiz uygulamalarından 1 saat önce, girişim grubuna opak kapsül içinde 6.04±0.16 mg/kg kuru kafein ve kontrol grubuna ise kalsiyum sülfat verilmiştir. Kafein alan grubun egzersiz kapasitelerinin arttığı gözlemlenmiştir [71].

deSouza Fede ve ark.'ları (2007) radyoterapi alan 40 meme kanserli hastaların katılımı ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada, multivitamin kullanımının yorgunluğa etksini incelemiştir. Bu çalışmada, radyoterapi başlangıcında, ortasında ve sonunda multivitamin alan hastaların yorgunluk düzeyleri ölçülmüştür. Çalışma sonunda multivitamin alan grupta yorgunluk düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür [72].

Lesser ve ark. (2013) tarafından gerçekleştirilen çift kör plasebo kontrollü bir çalışmada, yeni tanı almış meme kanserli hastalara tedavi ilişkili yorgunluğun yönetiminde Koenzim Q10'in etkisi değerlendirilmiştir. Girişim grubuna (n=122) günlük 3'e bölünerek 300 mg Koenzim Q10 ve 300 IU E vitamini verilmiştir. Placebo grubuna (n=114) ise sadece 300 IU E vitamini verilmiştir. Yirmidört hafta sürdüren çalışmanın sonuçları incelendiğinde yorgunluğun azaltılmasında Koenzim Q10'in etkili bir yaklaşım olmadığı görülmüştür. Üstelik ciddi olmasa da ilaç ilişkili toksisitelerin meydana geldiği bildirilmiştir [73].

Ginseng kullanımının yorgunluğa etkisi Barton ve ark.'nın (2013) 364 kanser hastasının katılımı ile gerçekleştirilen çift kör randomize çalışmada değerlendirilmiştir. Girişim grubuna 2000 mg/günde Amerikan ginseng verilmiş ve 4. ve 8. haftada hastaların yorgunluk düzeyi değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda, plasebo grubuna kıyasla girişim grubunda yer alan kanser hastalarının aktif tedavi sürecinde yorgunluk düzeyinin anlamlı derecede azaldığı saptanmıştır [74].

Carr ve ark.'ları (2014) palyatif bakım dönem ile ilişkili yorgunluğun yönetiminde C vitamini uygulanmasının kanser ve kemoterapi ilişkili yorgun-

luğu ve uykusuzluğu azaltmada etkili bir yaklaşım olabileceğini vurgulamıştır [75]. Faz I klinik araştırmalarda yüksek doz C vitamini kullanımının güvenli ve hastanın kemoterapi ilaçlarıyla da iyi tolere edilen yaklaşım olduğu bildirilmiştir [76].

Gıda ve multivitamin takviyelerinin kanser ilişkili yorgunluğun azaltılmasında etkili olduğu farklı çalışmalarda bildirilmiştir. Ancak, bu tür desteklerin kulllanımına hastanın tolerasyonu dikkate alınarak, hekimi tarafından kullanımı onaylandığında karar verilmelidir.

Zihin-Beden Uygulamaları (ZBU)

Zihin-beden uygulamaları, bireylerin yaşamında yaşadığı güçlükler ile baş etmesini kolaylaştırmak için probleme odaklı, davranışsal ve psikolojik kuramlara dayalı bir sistemdir [77,78]. Bu terapide öncelikle bireyde sorun olan düşüncelerin tanımlanması sonrasında da hasta tarafından algılanması ve ifade edilmesini gerektirmektedir [79].

Kanser ile ilişkili yorgunluğun yönetiminde gevşeme egzersizleri ve doğa odaklı canlandırma, psikolojik-sosyal destek, sanat terapi, eurothymy terapi (özel bir beyin-vücut koordinasyonuna dayalı egzersiz) ve stresle başa çıkma yaklaşımları sık kullanılan zihin-beden uygulamalarıdır [80-84].

Yorgunluğun Yönetiminde Zihin-Beden Uygulamalarının Kullanımı

Yorgunluğu olan hastalarınıza zihin-beden uygulamalarının kullanımını öneriyor musunuz sorusuna %77'si evet, %23'ü hayır yanıtını vermişlerdir. Zihin-beden uygulamaları yorgunluğun azaltılmasında etkili mi sorusuna ise %64'ü bazı hastalarda etkili, bazılarında değil; %20'si evet, etkili, %16'sı etkinliğini değerlendirmedim şeklinde yanıt vermişlerdir.

Goedendorp ve ark.'ları (2014) ciddi yorgunluk şikayeti olan (CIS≥35) kanser hastalarının katılımı ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada, zihin-beden uygulamalarının algılanan bilişsel yetersizliğe ve nöropsikolojik test performansına etkisini araştırmışlardır. Literatüre dayanarak araştırmacılar girişim grubuna (n=50) kanser deneyimiyle yetersiz baş etme, hastalığın yeniden tekrarlayacağı korkusu, yorgunlukla ilgili etkili olmayan inanışlar, düzensiz aktivite, düşük sosyal destek ve olumsuz sosyal ilişkiler gibi konularına odaklanan 6 bölümlük bir bilişsel davranışsal girişim uygulaması yapmışlardır. Yaklaşık 1 saat süren seansların sayısı (SD=12.5±4.7) hastanın ihtiyacı temel alınarak planlanmıştır. Kontrol grubuna ise herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Yapılan değerlendirme sonucunda kanser hastalarında uygulanan zihin-beden uygulamasının yorgunluğu azaltmada etkili yaklaşım olduğu sonucuna varılmıştır [80].

Kwekkeboom ve ark.'nin (2012) ileri evre (metastatik ve tekrarlayan) kanser hastalarının katılımı ile gerçekleştirdikleri çalışmada ağrı, yorgunluk ve uyku bozukluklarının yönetiminde zihin-beden uygulamalarının etkisini incelemişlerdir. Çalışmaya başlamadan önce tüm hastalara bire bir eğitim uygulanmıştır. Girişim grubu (n=36) semptoma odaklı canlandırma, doğaya odaklı canlandırma, gevşeme egzersizleri ve doğa sesleri yardımıyla gevşeme gibi 4 kategoriye ayrılmış, 12 zihin-beden yaklaşımı uygulamıştır. 2 hafta boyunca her gün uygulanan bu zihin-beden yaklaşımın kansere bağlı ağrı, yorgunluk ve uyku bozukluklarını azaltmada etkili yaklaşımlar olduğu belirlenmiştir [81].

Zimmermann ve ark. (2014) ileri evre kanser hastalarında (n=301), yorgunluğun da dahil olduğu semptom yönetiminde erken dönemde başlatılan palyatif bakım uygulamalarının etkisini incelemiştir. Hastaların yaşam beklentisi kısa olduğundan çalışma 3-4 ay olarak planlamışlardır. Palyatif bakım grubunda yer alan hastalara, her ay semptom yönetimi, psikolojik stres, sosyal ve ev desteği ile

ilgili 60-90 dakikalık konsültasyon yapılmıştır. Aylık izlemleri ekip tarafından yapılan hastalar için 24 saat, sürekli olarak ulaşabileceği bir sistem de kurmuşlardır. Standart bakım grubuna ise herhangi bir müdahale edilmeyip sadece hastaların yardım istemesi durumunda belirli protokol dahilinde olmaksızın yardım edilmiştir. 3 aylık sonuçlarda ileri evre kanser hastalarında başlatılan erken palyatif bakım uygulamalarının semptom yönetiminde etkili olmadığı, ancak 4. ay izleminden sonra yorgunluğun da içinde olduğu semptom yükünü azalttığını saptamıştır [82].

Kröz ve ark. (2012) ise, meme kanserli hastalarda, kronik yorgunluğun yönetiminde multimodal terapinin ve aerobik egzersizlerin etkisini araştırmıştır. Hastalar multimodal (n=21) ve aerobik egzersiz grubu (n=10) olmak üzere 2 girişim grubuna ayrılmıştır. Multimodal terapi grubuna haftada bir psiko-eğitim, uyku eğitimi, eurothymy terapi (özel bir beyin-vücut koordinasyonuna dayalı egzersiz) ve sanat terapisi gibi toplam 4 modülden oluşan ve toplam 225 dk süren multimodal terapi uygulanmıştır. Aerobik egzersiz grubunda ise, eğitimci kontrolünde haftada 3-5 kez, ev bazlı aerobik uygulanmıştır. Sonuç olarak multimodal terapinin kanserli hastalarda yorgunluk ve uyku kalitesi üzerine olumlu etkileri olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca uyguladıkları aerobik egzersiz programının meme kanserli hastalarda yorgunluğu azaltmakta etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır [83].

Spahn ve ark.'nin (2013) meme kanserli hastaların katılımı ile gerçekleştirdikleri çalışmada, tümör ilişkili kronik yorgunluğun yönetiminde multimodal mind-body programının (MMBP) fiziksel aktivitenin arttırılmasına etkisini araştırmışlardır. Girişim grubuna (n=30) MMBP ve yürüme egzersizleri ve kontrol grubuna (n=25) ise ev bazlı yürüme programı (haftada 3 kere, 30 dk) uygulamışlardır. MMBP programı Kabat-Zinn ve ark.nin bilişsel teknikleri, gevşeme, stres yönetimi, bilişsel yeniden yapılandırma, beslenme, yoga sosyal içerikli ve hastalıkla başa çıkma tekniklerini içermektedir. Uygulama 10 hafta boyunca, 6 saat olacak şekilde 10-20 kişilik gruplar halinde sürdürülmüştür. Girişimler hastaların kliniğe gelecekleri günlere göre planlanmıştır. Her iki grupta 10 hafta sonunda yorgunluklarının azaldığı saptanmıştır. Ancak çalışmada 3 aylık izlemde MMBP katılımcılarının yorgunluk düzeyi az da olsa azalmaya devam ederken egzersiz grubundakilerin yorgunluklarının artmaya başladığı gözlemlenmiştir [84].

Müzik

Müzik, hastaların özellikle psikolojik olarak güçlenmesini ve gevşemesini sağlamak amacı ile kanser ile ilişkili pek çok semptomun yönetiminde kullanılan bir yaklaşımdır.

Fredenburg ve ark.'ları (2014) müzik terapisinin etkisini kemik iliği ünitesinde yatan hastalarda değerlendirmiştir. Paralel, miks metot olarak planlanan bu çalışmada hastalar iki gruba randomize edilmiştir. Hastaneye yatmadan ve taburcu olmadan önce hastaların yorgunluk düzeyi ölçülmüş ve 4 açık uçlu soru kullanılarak görüşme yapılmıştır. Girişim grubunda (n=7) yer alan hastaların, haftanın her günü, 30-45 dakika boyunca hastanın tercihine göre, gitar ile canlı müzik dinlemesi sağlanmıştır. Uygulamaya hastanın yatışı ile başlanıp hastalar hastaneden taburcu olana kadar devam edilmiş, günle ilgili standardizasyon sağlanmamıştır. Yapılan değerlendirme sonucunda müzik terapisinin girişim grubunda yorgunluğu hem objektif hem de subjektif olarak azalttığı sonucuna varmışlardır [85].

Yates ve ark.'ları (2015) cerrahi girişim sonrası onkoloji ünitesinde kanser hastalarında tek seanslık müzik terapisinin etkisini değerlendirmiştir. Girişim grubunda yer alan hastaların tercih ettiği canlı müziği haftada bir gün, 20-30 dakika boyunca dinlemesini sağlamışlardır. Yapılan değerlendirmede, girişim grubunda yorgunluğun azaldığı saptanmıştır [86].

O'Callaghan ve ark.'ları (2013) müzik terapisinin etkisini çocuk hastaların katılımı ile gerçekleştirilen bir kalitatif çalışmada incelemiştir. Çalışma, Avustralya Melborne'da yer alan 3 hastanede gerçekleştirilmiştir. Görüşme formu kullanılarak, çocukların müzik geçmişleri, kanser ile ilişkili deneyimleri, müzik terapisine katılımının onları ne şekilde etkilediği, kanser tanısından önce ve sonra müzik tercihlerinde bir değişiklik olup olmadığı incelenmiştir. Çalışma sonunda müzik terapisti, bazı küçük çocukların odalarına elinde gitarı ile girdiğinde hemen gülümsemeye başladığını gözlemiş, aileler "Bugün ilk defa gülümsediğini gördüm" diyerek memnuniyetlerini belirtmişlerdir. Çocukların müzikle ilgili uyumlarının yüksek, katılmaya istekli oldukları saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada, müzik bekleme salonunda ya da işlem uygulanırken dinlendiğinde dikkat dağıtmada etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Tanı almadan önce dinledikleri şarkıları, hastanedeyken dinlediklerinde çocukların tekrar sağlıklı günlerini hatırladıkları, kendilerini evlerinde hissettikleri belirtilmiştir [87].

Tsai ve ark.'ları (2014), 21 çalışma dahil edildiği bir meta-analizde müziğin kanser ile ilişkili anksiyeteye, depresyona, ağrıya ve yorgunluğa etkisini incelemiştir. Bu çalışmada 1633'den fazla hastanın sonucu değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda, müziğin özellikle erişkin hastalarda yorgunluğu azaltmada etkili yaklaşım olduğu bildirilmiştir [88].

Jia ve ark.'ları (2016) 986 hastanın yer aldığı 10 çalışmanın dahil edildiği bir derlemede kanser ile ilişkili semptomların azaltmasında müziğin etkili bir yaklaşım olduğunu, ancak kullanılan müzik girişiminin hastanın veya uygulayan kişinin tercihine göre şekillendiğinden, müzik ile ilgili herhangi bir standardizasyon olmadığını vurgulamıştır [89].

Müzik dinlemek her ortamda uygulanabilen, kişiye veya çevresine rahatsızlık vermeyen bir uygulamadır. Müzik, bireyi o müziği dinlediği ana götüren, bulundukları ortamdan ve durumdan uzaklaştıran, sosyal etkinliklere katılarak kendilerini daha aktif hissetmelerini sağlayan bir girişim olduğundan, kanserli hastalarda kullanımı önerilecek bir girişim düşünülmektedir.

Yorgunluğun Yönetiminde ZBU 2017 Konsensus Kararları

Yorgunluğun yönetiminde ZBU kullanımının önerilmesiyle ilgili kararda ise %95'i evet, %5'i hayır yanıtını vererek ZBU kullanılabileceği konusunda oy çokluğuyla karara varılmıştır. Tanzanya'dan katılan panelist (müzik kullanımında hasta tercihinin önemli olduğunu vurgularken, Türkiye'den katılan panelist ise ney müziğinin ölümü ve camiyi hatırlattığı için tercih edilmediğini, klasik ya da doğa seslerinden oluşan müziğin hastalar tarafından tercih edildiği üzerinde durmuşlardır. Bu nedenle de tamamen hasta tercihine bırakılmasının doğru olmadığı vurgulanmıştır. Pakistan'dan katılan panelist müzik tercihinde sosyo-kültürel farklılıkların da önemli olduğunu bunun da gözönünde bulundurulması gerektiğini belirtmiştir. Konsensüs başkanı ise dakikada 80 db'in üzerindeki müziklerin aktiviteyi arttırırken altındaki müziklerin ise anksiyeteyi azaltmak için kullanıldığını vurgulamıştır.

İstinye devlet evde sağlık hizmetlerinden katılımcı, Rahmi Oruç'un (Güvenç RO. Türklerde ve Dünyada Müzikle Ruhi Tedavinin Tarihçesi ve Günümüzdeki Durumu. (1985). İstanbul Üniversitesi, basılmamış doktora tezi. İstanbul) yaptığı çalışmaya atıfta bulunarak Haşimi'nin de her tınının elektrofizyolojik olarak insan vücudunda etkisi olduğundan bahsetmiştir. Psikiyatri alanında doktor olan katılımcı yüksek lisans öğrencisiyle yaptığı çalışmada farklı müzik türlerinin rat yavruları üzerindeki etkilerinde rock müzik dinlettirildiğinde depresyon ve anksiyetede azalma olurken dikkat-konsantrasyon bozukluklarında artış olduğunu belirtmiştir. Oysa klasik ve tasavvuf müziği dinlettirildiğinde tam tersi bir durum geliştiğini gözlemlediklerini ifade etmiştir.

Genel olarak konsensüs sonucunda ZBU'nun kanserli hastaların yorgunluğun azaltılmasında kullanılabileceği anlaşılmaktadır. Aynı zamanda müzikle ilgili kısmen hasta tercihine bırakılabileceği, kültürel farklılıkların da göz önünde bulundurulması gerektiği konularında fikir birliğine varıldığı görülmektedir.

Masaj, terapötik dokunma, aromaterapi

Kanser hastalarında yorgunluk ile baş etmede masaj, terapötik dokunma ve aromaterapinin kullanımına ilişkin bazı çalışma sonuçları olsa da, çalışmalarda yorgunlukla başetmede sık kullanılan bir yaklaşım değildir.

Yorgunluğun Yönetiminde Masajın Kullanımı

Yorgunluğu olan hastalarınıza masaj kullanımını öneriyor musunuz sorusuna katılımcıların %85'i evet, %15'i hayır. Masaj yorgunluğun azaltılmasında etkili mi sorusuna ise %58'i bazı hastalarda etkili, bazılarında değil; %35'i evet, etkili; %4'ü değerlendirmedim, %2'si hayır yanıtını vermişlerdir. Yorgunluğun yönetiminde masaj kullanımının önerilmesiyle ilgili kararda ise %96'sı evet, %4'ü hayır yanıtını vererek masaj kullanımının önerilmesiyle ilgili karara varılmıştır.

Karagözoğlu ve ark.'ları (2013) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, kemoterapi ilişkili yorgunluğun ve anksiyetenin yönetiminde sırt masajının etkisi incelenmiştir. Kemoterapi uygulamasının 3. ve 4. küründe, kokusuz vazelin kullanarak, girişim grubuna (n=20) öfleraj, petrisaj ve friksiyon teknikleriyle belden başlayarak boyna kadar devam edecek şekilde sırt masajı uygulaması yapılmıştır. Masaj uygulamasına kemoterapiden 15 dakika önce başlatılıp, 20-25 dakika aralar verilerek kemoterapi sonrası 15. dakikaya kadar devam edilmiştir. Kontrol grubuna ise hiçbir girişim uygulanmamıştır. Hastaların yorgunluk düzeyi kemoterapiden önce, kemoterapiden hemen sonra ve 1 gün sonra değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda, girişim grubunun yorgunluk düzeylerinin ve akut yorgunluk belirtilerinin azaldığı sonucuna varılmıştır [90].

Khiewhern ve ark.'nın (2013) kolorektal kanserli hastaların katılımı ile aromaterapili hafif thai masajının etkisini değerlendirmiştir. Hafif thai masajı grubuna (n=33) 7-10 günlük kemoterapi uygulaması sırasında, haftada 3 kez, aynı terapist tarafından 0.5 ml zencefil yağı içeren hindistan cevizi yağı ile baş, boyun, yüz, sırt, omuz, kol, el, diz altı bacak ve ayaklarına masaj uygulaması 45 dk. boyunca yapılmıştır. Kontrol grubuna (n=33) ise herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Çalışma sonucunda, kontrol grubuna kıyasla masaj uygulaması yapılan grubun yorgunluk düzeylerinin azaldığı saptanmıştır [91].

Listing ve ark.'ları (2009) yorgunluğun yönetiminde masaj terapisinin etkisini meme kanserli hastaların katılımı ile yaptıkları çalışmada incelemiştir. Girişim grubuna masaj uygulaması, isveç tekniğiyle (öfleraj, petrisaj,vibrasyon, friksiyon ve tapotman) baş, boyun ve sırt bölgelerine haftada iki kere, 30 dakika boyunca uygulanmıştır. Masaj sırasında gül ve aynısafa (Calendula) çiçeği yağları kullanılmıştır. Kontrol grubuna ise, herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Masaj uygulanan grupta yorgunluk düzeyinin ilk 5 haftalık süreçte hızla azaldığı sonraki 6 haftalık izlem sırasında da azalmaya devam ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışma sonucunda masajın meme kanserli kadınlarda yorgunluğu azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir [92].

Pan ve ark.'ları (2014) masajın yorgunluğa etkisini, meme kanserli hastaları (n=3889) içeren 18 randomize kontrollü çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde değerlendirmiştir. Meta-analize alınan 5 randomize kontrollü çalışmada (n=667), gevşeme egzersizleri ve isveç masaj terapisi, 10-60 dakika, 2 hafta ile 6 ay boyunca uygulanmıştır. Bu meta-analiz çalışmasında, meme kanseri ile ilişkili yorgunluğun azaltılmasında masaj uygulamalarının etkili yaklaşım olduğu sonucuna varılmıştır [93].

Masaj sırasında, kanser hastalarında kokusuz ya da hastayı rahatsız etmeyecek hafif çiçek kokuları içeren yağların kullanılmasına özen gösterilmesi önemlidir. Hastalar kokulara karşı hassas olduğunda bazı kokular hastayı rahatsız edebilir. Özellikle, ke-

mik metastazı olan hastalarda masaj uygulamadan önce herhangi bir komplikasyona yol açmamak için hastayı tedavi eden hekime danışılması da önemlidir.

Hipnoz

Kanserli hastalarda hipnoz uygulamalarıyla ilgili çalışmaların oldukça az olduğu görülmektedir. Literatürde aynı yazarın 4 yıl ara ile yayınladığı iki çalışmaya rastlanmıştır.

Yorgunlukla başetmede, zihin-beden uygulamalarına ek olarak uygulanan hipnozun etkisi radyoterapi alan meme kanserli hastalarda Montgomery ve ark.'ları (2014) tarafından incelenmiştir. Bu çalışmada, 200 meme kanserli hastada yorgunluk düzeyi radyoterapi öncesi ve sonrası toplam 4 kez değerlendirilmiştir. Girişim grubuna zihin-beden uygulamalarına ek olarak hipnoz (n=91), kontrol grubuna ise dikkat kontrolü (n=90) uygulamaları yapılmıştır. Çalışma sonucunda yapılan değerlendirmede, radyoterapiden hemen sonra, 4. haftada ve 6. ayda hastaların yorgunluk düzeylerinin azaldığı gözlemlenmiştir [94]. Aynı yazarın (2010) yine meme kanserli 200 hastanın katılımı ile gerçekleştirdiği farklı bir çalışmada, cerrahi girişim öncesi ve sonrasında uygulanan 15'er dakikalık hipnozun cerrahi operasyon gerçekleştirilen hastalarda yorgunluğun azaltılmasında etkili bir girişim olduğu saptanmıştır[95]. Yorgunluğun yönetiminde hipnoz olumlu etkisini gösteren birkaç çalışma sonucu olsa da, bu yaklaşımın kullanımını destekleyecek daha fazla sayıda çalışmanın yapılmasına ihtiyaç vardır.

Tıbbi Tedavi

Ciddi yorgunluğun yönetiminde psikostimülanların (Metilfenidat ve dexmetilfenidat) ve modafinilin kullanımının yararlı olabileceği bildirilmiştir [96].

KAYNAKLAR

1. Cancer-Related Fatigue. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines). Version 1.2016. https://www.nccn.org/store/login/login.aspx?ReturnURL=https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/fatigue.pdf (Access date: 10/17/2016).
2. What is Cancer-related Fatigue? Last Revised: 05/24/2016 http://www.cancer.org/treatment/treatmentsandsideeffects/physicalsideeffects/fatigue/feeling-tired-vs-cancer-related-fatigue (Access date:10/17/2016).
3. Mustian KM, Peppone LJ, Palesh OG, Mohile SG, Purnell JQ, Darling TV. Exercise and Cancer-related Fatigue. NIH Public Access. 2009; 5(2):20-23.
4. Curt GA, Breitbart W, Cella D, Groopman JE, Horning SJ, Itri LM, Johnson DH, Miakowski C, Scherr SL, Portenoy RK, Vogelzang NJ. Impact of Cancer-Related Fatigue on the Lives of Patients:New Findings from the Fatigue Coalition. The Oncologist 2000; 5:353-360.
5. Managing Side Effects. https://www.lls.org/treatment/managing-side-effects/cancer related fatigue. (Access date: 10/17/2016).
6. Mock V, Atkinson A, Barsevick A, Cella D, Cimprich B, Cleeland C, Donnelly J, Eisenberg MA, Escalante C, Hinds P, Jacobsen PB, Kaldor P, Knight SJ, Peterman A, Piper BF, Rugo H, Sabbatini P, Stahl C. NCNN Practice Guidelines for Cancer-related Fatigue 2000; 14 (11A):151-161.
7. Yellen SB, Cella DF, Webster K, Blendowski C, Kaplan E. Measuring Fatigue and other Anemia-related Symptoms with the Functional Assestment of Cancer Therapy (FACT) Measurement System. Journal of Pain and Symptom Management 1997;(13): 63-74.

8. Roscoe JA, Kaufman ME, Matteson-Rusby SE, Palesh OG, Ryan JL, Kohli S, Perlis ML, Morrow GR. Cancer-related Fatigue and Sleep Disorders. Oncologist 2007;12(1):35-42.

9. Burnham TR, Wilcox A. Effects of Exercise on Physiological and Psychological Variables in Cancer Survivors. Medicine and Science in Sports and Exercise 2002; (34)12:1863–7

10. O'Brien L, Loughnan A, Purcell A, Haines T. Education for Cancer-related Fatigue: Could Talking About it Make People More Likely to Report it? Support Care Cancer 2014; 22:209-215.

11. Ho RT, Lo PH, Luk MY. A Good Time to Dance? A Mixed-methods Approach of the Effects of Dance Movement Therapy for Breast Cancer Patients During and After Radiotherapy. Cancer Nurs.2016;(39)1:32-41.

12. Jones JM, Olson K, Catton P, Catton CN, Fleshner NE, Krzyzanowska MK, et al. Cancer-related Fatigue and Associated Disability in Post Treatment Cancer Survivors. J Cancer Surviv. 2015; 101:1-11.

13. Orre IJ, Fossa SD, Murison R, Bremnes R, Dahl O, Klepp O, Loge JH, Wist E, Dahl AA. Chronic Cancer-related Fatigue in Long Term Survivors of Testicular Cancer. J Psychosam Res. 2008;64(4): 363-71.

14. Iwase S, Kawaguchi T, Tokoro A, Yamada K, Kanai Y, Matsuda Y, Kashiwaya Y, Okuma K, Inada S, Ariyoshi K, Miyaji T, Azuma K, Ishiki H, Unezaki S, Yamaguchi T. Assestment of Cancer-related Fatigue, Pain, and Quality of Life in Cancer Patients at Palliative Care Team Referral: A Multicenter Observational Study (JORTC PAL-09). Fatigue in Cancer Patients in Palliative Care Plos One 2015;1-11.

15. Willems RA, Mesters I, Bolman CAW, Kanera I, Beaulen AAJM, Lechner L. Information and Support Needs Among a Diverse Sample of Adult Cancer Survivors in the First Year After Completion of Their Primary Treatment. Open Universiteit. 2013.

16. Hann DM, Jacobsen PB, Azzarello LM, Martin SC, Curran SL, Fields KK, et al. Measurement of Fatigue in Cancer Patients: Development and Validation of the Fatigue Symptom Inventory. Quality of Life Research. 2006; (7)4:301–310.

17. Barnes EA, Bruera E. Fatigue in Patients with Advanced Cancer: A review. Int J. Gynecol Cancer 2002; 12:424-428.

18. Ahlberg K, Ekman T, Gaston-Johansson F, Mock V. Assestment and Management of Cancer-related Fatigue in Adults. The Lancet 2003; 23(362)9384:640-50.

19. Belle SV, Paridaens R, Evers G, Kerger G, Bron D, Foubert J, Ponnet G, Steichel DV, Heremans C, Rosillon D. Comparison of Proposed Diagnostic Criteria with FACT-F and VAS for Cancer-related Fatigue: Proposal for use as a Screening Tool. Supportive Care in Cancer 2005; (13)4:246-254.

20. WHO Definition of Palliative Care. http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ (Access date: 10/17/2016).

21. Alexander S, Minton O, Andrews P, Stone P. A Comparison of the Characterics of Disease-free Breast Cancer Survivors with or without Cancer-related Fatigue Syndrome. European Journal of Cancer 2009; 45:384-392.

22. Theobald DE. Cancer Pain, Fatigue, Distress, and Insomnia in Cancer Patients. Clinical Cornerstone 2004; (6)1:15-21.

23. Brown DJF, McMillian DC, Milroy R. The Correlation between Fatigue, Physical Function, the Systemic Inflammatory Response, and Psychological Distress in Patients with Advanced Lung Cancer. Cancer 2004;103(2):377-382.

24. Wang XS, Giralt SA, Mendoza TR, Engstrom MC, Johnson BA, Peterson N, Broemeling LD, Cleeland CS. Clinical Factors Associated with Cancer-related Fatigue in Patients being Treated for Leukemia and Non-hodgkin's Lymphoma. Journal of Clinical Oncology 2002; 5:1319-1328.

25. Weis J. Cancer-related Fatigue: Prevalence, Assestment and Treatment Strategies. Expert review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research 2011; (11) 4.

26. Newton S, Smith LD. Cancer-related Fatigue: How Nurses can Help Combat this Most Common Symptom. American Journal of Nursing 2001; 101:31-34.

27. Bower JE, Lamkin DM. Inflammation and Cancer-related Fatigue: Mechanisms, Contributing Factors, and Treatment Implications. Brain, Behavior, and Immunity 2013;30:48-57.

28. Azak A, Çınar S. Lenfomalı (Hodgkin ve Non-Hodgkin) Hastalarda Yorgunluk Sendromu ve Etkileyen Faktörler. Türk Hematoloji-Onkoloji Dergisi 2005; 15:78-85.

29. Cella D, Eton DT, Lai JS, Peterman AH, Merkel DE. Combining Anchor and Distribution-based Methods to Derive Minimal Clinically Important Differences on the Functional Assestment of Cancer Therapy (FACT) Anemia and Fatigue Scales. J Pain Symptom Manage 2002; 24:547-561.

30. Schwartz AL. The Schwartz Cancer Fatigue Scale: Testing Reliability and Validity. Oncol Nurs Forum 1998;25(4):711-7.

31. Smets EMA, Garssen B, Bonk B, de Haes JCJM. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) Psychometric Qualities of an Instrument to Assess Fatigue. J Psychosom Research 1995;39: 315-325.

32. Vercoulen JHMM, Swanink CMA, Fennis JFM, Galama JMD, vander Meer JWM, Bleijenberg G. Dimensional Assestment of Chronic Fatigue Syndrome. J Psychosom Res. 1994; 38:383-392.

33. Crandall K, Maguire R, Campbell A, Kearney N. Exercise Intervention for Patients Surgically Treated for Non-small Lung Cancer (NSCLC): a Systematic Review. Surgical Oncol. 2014;23(1):17-30.

34. Tomlinson D, Diorio C, Beyene J, Sung L. Effect of Exercise on Cancer-related Fatigue: a Meta-analysis. Am J. Phys. Med. Rehabil. 2014;(93)8:675-86.

35. Neefjes ECW, Van Der Vorst MJDL, Blauwhoff-Buskermolen S, Verheul HMW. Aimimg for a Better Understanding and Management of Cancer-related Fatigue. Symptom Management and Supportive Care. 2013; 18:1135-1143.

36. Çınar S, Sezerli M, Sarsmaz N. Menteş AÖ. Hemodiyaliz Akut Yorgunluk Sendromuna Neden Olabilir mi? Hemşirelik Forumu Dergisi 2000;3 (2): 28-33.

37. Armutlu K, Çetişli Korkmaz N, Keser I, Sümbüloğlu V, İrem Akbıyık D, Güney Z, Karabudak R. The Validity and Reability of the Fatigue Severity Scale in Turkish MS Patients. International Journal of Rehabilitation Research 2007;30(1):81-85.

38. Yıldırım Y, Ergin G. A Validity and Reability Study of the Turkish Multidimensional Assestment of Fatigue (MAF) Scale in Chronic Muscoloskelet Rehabil 2013;26:307-16.

39. Ergin G, Yıldırım Y. A Validity and Reliability Study of the Turkish Checklist Indıvidual Strenght (CIS) Questionnaire in Musculoskeletal Physical Therapy Patients. An International Journal of Physical Therapy 2012;28(8):624-632.

40. Whitehead L. The Measurement of Fatigue in Chronic Illness: a Systematic Review of Unidimensional and Multidimensional Fatigue Measures. Journal of Pain and Symptom Management 2009;37(1):107-128.

41. Howell D, Keller-Olaman S, Oliver TK, Hack TF, Broadfield L, Biggs K, Chung J. et al. A Pan-Canadian Practice Guideline and Algorithm: Screening, Assesment, and Supportive Care of Adults with Cancer-related Fatigue. Current Oncology. 2013;(20)3: 233-246.

42. Velthuis MJ, Agasi-Idenburg SC, Aufdemkampe G, Wittink HM. The Effect of Physical Exercise on Cancer-related Fatigue During Cancer Treatment: a Meta-analysis of Randomised Controlled Trials. Clinical Oncology. 2010; 22:208-221.

43. Schjolberg TKr, Dodd M, Henriksen N, Asplund K, Smastuen MC, Rustoen T. Effects of an Educational Intervention for Managing Fatigue in Women with Early Stage Breast Cancer. European Journal of Oncology Nursing 2014; 18:286-294.

44. Can G. Kanser Hastasında Yorgunluk. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2006;(3)2:10-17.

45. Reif K, de Vries U, Petermann F, Görres S. A Patient Education Program is Effective in Reducing Cancer-related Fatigue: A Multi-centre Randomised Two-group Waiting-list Controlled Intervention Trial. European Journal of Oncology Nursing 2013; 17:204-213.

46. Van der Meulen IC, May AM, de Leeuw JRJ, Koole R, Oosterom M, Hordijk G-J, Ros WJG. Long-term Effect of a Nurse-led Psychosocial Intervention on Health-related Quality of Life in Patients with Head and Neck Cancer: A Randomised Controlled Trial. British Journal of Cancer 2014; 110:593-601.

47. Mormont MC, Waterhouse J, Bleuzen P, Giacchetti S, Jami A, Bogdan A, Lellouch J, Misset JL, Touitou Y, Levi F. Marked 24-h Rest/activity Rhytms are Associated with Better Quality of Life, Better Response, and Longer Survival in Patients with Metastatic Colorectal Cancer and good Performance Status. Clinical Cancer Research 2000;6(8): 3038-3045.

48. Berger AM. Patterns of Fatigue and Activity and Rest During Adjuvant Breast Cancer Chemotherapy. Oncology Nursing Forum 25. 1998;1:51-62.

49. Madden J, Newton S. Why am I so tired all the time? Understanding Cancer Related Fatigue. Clinical Journal of Oncology Nursing 2006;10(5):659-661.

50. Lucia A, Earnest C, Margarita P. Cancer-related Fatigue: Can Exercise Physiology Assist Oncologists? Lancet Oncology 2003; 4:616-25.

51. Kummer F, Catuogno S, Perseus JM, Bloch W, Baumann FT. Relationship Between Cancer-related Fatigue and Physical Activity in Inpatient Cancer Rehabilitation. Anticancer Research 2013; 33:3415-3422.

52. Mayo NE, Moriello C, Scott SC, Dawes D, Auais M, Chasen M. Pedometer-facilitated Walking Intervention Shows Promising Effectiveness for Reducing Cancer Fatigue: A Pilot Randomized Trial. Clinical Rehabilitation. 2014;28(12):1198-1209.

53. Cheville AL, Kollasch J, Vanderberg J, Shen T, Grothey A, Gamble G, Basford JR. A Home-based Exercise Program to Improve Function, Fatigue, and Sleep Quality in Patients with Stage IV Lung and Colorectal Cancer: A Randomized Controlled Trial. Journal of Pain and Symptom Management 2013; 45:811-821.

54. Kalter J, Buffart LM, Korstjens I, van Weert E, Brug J, Verdonck-de Leeuw IM, Mesters I, van den Borne B, Hoekstra-Webers JEHM. et al. Moderators of the Effects of Group-based Physical Exercise on Cancer Survivors' Quality of Life. Support Care Cancer. 2015; 23:2623-2631.

55. Kampshoff CS, Chinapaw MJM, Brug J, Twisk JWR, Schep G, Nijziel MR, et al. Randomized Controlled Trial of the Effects of High İntensity an Low-to-Moderate Intensity Exercise on Physical Fitness and Fatigue in Cancer Survivors: Results of the Resistance and Endurance Exercise After ChemoTherapy (REACT) Study. BMC Medicine 2015; 13:275.

56. Van Maart H, Stuiver MM, Van Harten WH, Geleijn E, Kieffer JM, Buffart LM, et al. Effect of Low-intensity Physical Exercise During Adjuvant Chemotherapy on Physical Fitness, Fatigue, and Chemotherapy Completion Rates: Results of the PACES Randomized Clinical Trial. Journal of Clinical Oncology 2015;33(17):1918-1929.

57. Sprod LK, Mohile SG, Demark-Wahnefried W, Janelsins MC, Peppone LJ, Morrow GR, et al. Exercise and Cancer Treatment Symptoms in 408 Newly Diagnosed Older Cancer Patients. Journal of Geriatric Oncology 2012; 3:90-97.

58. Van Vulpen JK, Peeters PHM, Velthius MJ, van der Wall E, May AM. Effects of Physical Exercise During Exercise During Adjuvant Breast Cancer Treatment on Physical and Psychosocial Dimensions of Cancer-Related Fatigue: A Meta-analysis. Maturitas 2016; 85:104-111.

59. Brown JC, Huedo-Medina TB, Pescatello LS, Pescatello SM, Ferrer RA, Johnson BT. Efficacy of Exercise Interventions in Modulating Cancer-related Fatigue Among Adult Cancer Survivors: A Meta-analysis. Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention 2011; (20)1:123-133.

60. Chang CW, Mu PF, Jou ST, Wong TT, Chen YC. Systematic Review and Meta-analysis of Nonpharmacological Interventions for Fatigue in Children and Adolescents with Cancer. Worldviews on Evidence-based Nursing 2013;10(4):208-217.

61. Mishra SI, Scherer RW, Geigle PM, Berlanstein DR, Topaloglu O, Gotay CC, Snyder C. Exercise Interventions on Health-related Quality of Life for Cancer Survivors (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012. Issue 8. Art. No:CD007566.

62. Zou LY, Yang L, He XL, Sun M, Xu JJ. Effects of Aerobic Exercise on Cancer-related Fatigue in Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy: A Meta-analysis. Tumor Biol. 2014; 35:5659-5667.

63. Puetz TW, Herring MP. Differential Effects of Exercise on Cancer-related Fatigue during and Following Treatment: a Meta-Analysis. American Journal of Preventive Medicine 2012;(43) 2:e1-e24.

64. Maddocks M, Mockett S, Wilcock A. Is Exercise an Acceptable and Practical Therapy for People with or Cured of Cancer? A Systematic Review. Cancer Treatment Reviews 2009; 35:383-390.

65. Huang HP, Wen FH, Tsai JC, Lin YC, Shun SC, Chang HK, Wang JS, Jane SW, Chen MC, Chen ML. Adherence to Prescribed Exercise Time and Intensity Declines as the Exercise Program Proceeds: Findins from Women Under Treatment for Breast Cancer. Support Care Cancer 2015; 23:2061-2071.

66. Bradt J, Shim M, Goodil SW. Dance/movement Therapy for Improving Psychological and Physical Outcomes in Cancer Patients (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015; Issue 1.Art no:CD007103.

67. Yağlı NV, Şener G, Arıkan H, Sağlam M, İnce Dİ, Savcı S, et al. Do Yoga and Aerobic Exercise Training Have Impact on Functional Capacity, Fatigue, Peripheral Muscle Strenght, and Quality of Life in Breast Cancer Survivors? Integrative Cancer Therapies. 2015;14(2):125-132.

68. Tsang KL, Carlson LE, Olson K. Pilot Crossover Trial of Reiki Versus Rest for Treating Cancer-related Fatigue. Integrative Cancer Therapies. 2007;6(1):25-35.

69. Strum I, Baak J, Storek B, Traore A, Thuss-Patience P. Effect of Dance on Cancer-related Fatigue and Quality of Life. Support Care Cancer. 2014; 22:2241-2249.

70. Barsevick AM, Dudley W, Beck S, Sweeney C, Whitmer K, et al. A Randomized Clinical Trial of Energy Conservation for Patients with Cancer-related Fatigue. Cancer 2014; 100:1302–1310.

71. Cornish RS, Bolam KA, Skinner TL. Effect of Caffeine on Exercise Capacity and Function in Prostate Cancer Survivors. Medicine&Science in Sports&Exercise. 2014; 468-475.

72. de Souza Fede AB, Bensi CG, Trufelli DC, de Oliveira Campos MP, et al. Multivitamins do not Improve Radiation Therapy-related Fatigue: Results of a Double-blind Randomized Crossover Trial. American Journal of Clinical Oncology. 2007;30: 432–436.

73. Lesser GJ, Case D, Stark N, Williford S, Giguere J, Garino LA, et al. A Randomized Double-blind, Placebo-controlled Study of Oral Coenzyme Q10 to Relieve self-reported Treatment Related Fatigue in Newly Diagnosed Patients with Breast Cancer. J Support Oncol. 2013;11(1):31-42.

74. Barton DL, Liu H, Dakhil SR, Linquist B, Sloan JA, Nichols CR. Wisconsin Ginseng (panax quinquefolius) to Improve Cancer-related Fatigue: A Randomized, Double-blind Trial, N07C2. J Natl Cancer Inst. 2013; 105:1230–1238.

75. Carr CA, Vissers MCM, Cook JS. The Effect of Intravenous Vitamin C on Cancer-and chemotherapy-related Fatigue and Quality of Life. Frontiers in Oncology. 2014;4 (283):1-7.

76. Stephenson CM, Levin RD, Spector T, Lis CG. Phase I Clinical Trial to Evaluate the Safety, Tolerability, and Pharmacokinetic so High-dose Intravenous Ascorbic Acid in Patients with Advanced Cancer. Cancer Chemother Pharmacol. 2013;72(1):139–46.

77. Bannink FP. Are you Ready for Positive Cognitive Behavioral Therapy? The Journal of Happiness&Well-being 2013;1(2):65-73.

78. Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel-Davranışçı Terapi Teknikleri ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulaması. Anatolian Journal of Psychiatry 2007; 8:132-139.

79. Dedeli Ö, Karadeniz G. Kanser Ağrısının Kontrolü ile Psikososyal-spiritüel Modelin Birleştirilmesi. Ağrı 2009;21(2):45-53.

80. Goedendorp MM, Gielissen MFM, Verhagen CAHHVM, Bleijenberg G. Development of Fatigue in Cancer Survivors: A Prospective Follow-up Study from Diagnosis Into the Year After Treatment. Journal of Pain and Symptom Management. 2013; 45:213-222.

81. Kwekkeboom KL, Abbott-Anderson K, Cherwin C, Roiland R, Serlin RC, Ward SE. Pilot Randomized Controlled Trial of a Patient-controlled Cognitive-behavioral Intervention for the Pain, Fatigue, and Sleep Disturbance Symptom Cluster in Cancer. Journal of Pain and Symptom Management. 2012; 44:810-822.

82. Zimmermann C, Swami N, Krzyanowska M, Hannon B, Leighl N, Oza A, Moore M, et al. Early Palliative Care for Patients with Advanced Cancer: A Cluster-randomised Controlled Trial. Lancet 2014; 383:1721-30.

83. Kröz M, Fink M, Reif M, Grobbecker S, Zerm R, Quetz M, et al. Multimodal Therapy Concept and Aerobic Training in Breast Cancer Patients with Chronic Cancer-related Fatigue. Integrative Cancer Therapies. 2012;(12) 4:301-311.

84. Spahn G, Choi KE, Kennemann C, Lüdtke R, Franken U, Langhorst J, et al. Can a Multimodal Mind-Body Program Enhance the Treatment Effects of Physical Activity in Breast Cancer Survivors with Chronic Tumor-associated Fatigue? A Randomized Controlled Trial. Integrative Cancer Therapies. 2013; (12)4:291-300.

85. Fredenburg AH, Silverman MJ. Effects of Cognitive-behavioral Music Therapy on Fatigue in Patients in a Blood and Marrow Transplantation Unit:A Mixed-method Pilot Study. The Arts in Psychotherapy. 2014; 41:433-444.

86. Yates GJ, Silverman MJ. Immediate Effects of Single-session Music Therapy on Affective State in Patients on a Post-surgical Oncology Unit: A Randomized Effectiveness Study. The Arts in Psychotherapy. 2015; 44:57-61.

87. O'Callaghan C, Dun B, Baron A, Barry P. Music's Relevance for Children with Cancer: Music Therapists' Qualitative Clinical Data-mining Research. Social Work in Health Care. 2013; 52:125-143.

88. Tsai HF, Chen YR, Chung MH, Liao YM, Chi MJ, Chang CC, Chou KR. Effectiveness of Music Intervention in Ameliorating Cancer Patients' Anxiety, Depression, Pain, and Fatigue. Cancer Nursing 2014.37.6: E35-E50.

89. Jia L, Chen J, Ho THR, Yu J, Guo L, Li L. Music Intervention can Improve Emotion in Cancer Patients during Disease Progression. Archives of Depression and Anxiety. 2016; (2)1:007-009.

90. Karagözoğlu Ş, Kahve E. Effect of Back Massage on Chemotherapy-related Fatigue and Anxiety: Supportive Care and Therapeutic Touch in Cancer Nursing. Applied Nursing Research. 2013; 26:210-217.

91. Khiewkhern S, Promthet S, Sukprasert A, Eunhpinitpong W, Bradshaw P. Effectiveness of Aromatherapy with Light Thai Massage for Cellular Immunity Improvement in Colorectal Cancer Patients Receiving Chemotherapy. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2013;(14) 6:3903-3907.

92. Listing M, Reibhauer A, Krohn M, Voigt B, Tjahono G, Becker J, et al. Massage Therapy Reduces Physical Discomfort and Improves Mood Disturbances in Women with Breast Cancer. Psycho-Oncology. 2009; 18:1290-1299.

93. Pan YQ, Yang KH, Wang YL, Zhang LP and Liang HQ. Massage Interventions and Treatment Related Side Effects of Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. International Journal of Clinical Oncology. 2014;(19) 5:829-41.

94. Montgomery GH, David D, Kangas M, Green S, Sucala M, Bovbjerg DH, et al. Randomized Controlled Trial of a Cognitive-behavioral Therapy Plus Hypnosis Intervention to Control Fatigue in Patients Undergoing Radiotherapy for Breast Cancer. Journal of Clinical Oncology. 2014; 32:557-563.

95. Montgomery HG, Hallquist NM, Schnur JB, David D, et al. Mediators of a Brief Hypnosis Intervention to Control Side Effects in Breast Surgery Patients: Response Expectancies and Emotional Distress. Consult Clin Psychol. 2010;78(1): 80–88.

96. Campos MPO, Hassan BJ, Riechelmann R, del Giglio A. Cancer-related Fatigue: A Practical Review. Annals of Oncology 2011.

8

UYKU SORUNLARI

Dilek Baykal, Gülbeyaz Can, Rejin Kebudi, Ayfer Aydın, Nidal Al Jebrini, Aysel Tekeli, Dhamani Khairunnisa, Rehana Punjwani

Uykuya dalmada güçlük, gece sık sık uyanma, sabah erken uyanma, kâbus görme ve yataktan kalkmada zorlanma olarak tanımlanan uykusuzluk, kanser hastaları tarafında sık bildirilen sorunlardan biridir [1-4]. Bu sorunun gelişimini, hastalığa bağlı şikayetler, uygulanan tedavi türü, çevresel etkenler ve hastanın psikolojik durumu gibi pek çok neden tetikleyebilir [5]. Hastalık süreci ile ilişkili ağrı, ateş ve dispneye bağlı olabilir [6], cerrahi girişim sonrası yaşanan ağrı, kemoterapi sırasında uygulanan kortikosteroid kullanımı [7] ile ilişkili gelişebilir. Prostat ve meme kanseri tanısı ile hormon tedavisi kullanan hastalarda gelişen sıcak basması, gece terlemesi başlıca nedeni olabilir [8,9]. Hospitalize edilen hastalarda ünitedeki ses, ışık ve ortam ısısı gibi çevresel faktörlerin etkisi ile gelişebilir [10]. Ayrıca kişide daha önceden var olan ya da hastalığın doğası gereği ortaya çıkan anksiyete ve depresyon ile de tetiklenebilir [11]. Adjuvant tedavi sürecini 2-5 yıl öncesi tamamlamış olan hastalarda bile bir sorun olarak karşımıza çıkabilir [12].

Bu sorun, klinik olarak tespit edildiğinde, genellikle hastada tanımladığı andan çok daha uzun süre önce başlamıştır [2]. Özellikle palyatif bakım hastalarında ağrı, yetersiz beslenme, yorgunluk ve daha pek çok sorunun varlığı bazen uykusuzluğun hasta ve sağlık çalışanı tarafından göz ardı edilmesine neden olabilir [13]. Uykusuzluğun göz ardı edilmesi ve etkin bir şekilde yönetilmemesi hastalarda anksiyete, depresyon ve erken ölüm riskinin artmasına neden olabileceği unutulmamalıdır [14,15].

Uykusuzluk, bireyin problem çözme yeteneğini etkileyerek, olumlu başa çıkma stratejileri geliştirilmesini engelleyebilir ve yeni duruma adapte olmasını zorlaştırabilir [16]. Bu nedenle, kanser hastalarında uykusuzluğun, hasta ile yapılan her görüşmede değerlendirilmesi sorunun erken dönemde tanımlanması ve etkin bir şekilde yönetilmesi açısından önemlidir [17].

UYKUSUZLUĞU TANILAMA

Kanser hastasında, uykuya dalmada zorlanma, gece sık sık uyanma, erken saatlerde yatma, günlük uyku süresinin azalması gibi farklı uyku sorunları gelişebilir. Hastalık öncesi var olan bir sorun ya da yeni kanser tanısının konması gelişen anksiyete ile ilişkili olabilir [18]. Uyku sorunlarının, hastanede yatan hastalarda günlük, kontrole gelen hastalarda ise her sağlık kontrolünde takip edilmesi, hastada var olan uyku problemlerinin erken dönemde tanımlanıp, etkin bir şekilde yönetilmesini sağlayabilir [17].

Klinikte Uykusuzluğu Tanılama

Konsensüs sırasında yapılan oylamada sağlık çalışanlarının: %81.3'u (n=91) hastalarda uyku sorunlarının varlığını sorguladığını, %18.8'i (n=21) ise sorgulamadığını bildirmiştir.

Sorgulama yapanların %85.5"i (n=57) her gün, %14.9'u (n=10) hasta uykusuzluk şikayetini bildirdiğinde uyku sorunlarının varlığını sorguladığını ifade etmiştir.

Tanılama yapanların %6.4'ü (n=5) uykusuzluğun şiddetinin tanılamasında özel bir değerlendirme aracı kullandığını, %93.6'sı (n=73) ise kullanmadığını oylamıştır.

- Ayrıca tartışma sırasında katılımcılar, sürekli uyuyan pek çok hastanın birtakım şeylerdenkaçmak için uyuduğunu ya da uyuyamayan hastaların ölümden korktuğu için uyuyamadığını ifade ederek, uykusuzluğun varlığının tanılamasında hastaların anksiyete düzeyinin de tanımlanmasının önemli olduğunu ve göz önünde bulundurulması gerektiğini belirtmişlerdir.

Uykusuzluk tanılamasına, "Gece iyi uyudunuz mu? Hastalığa/tedaviye bağlı uyku düzeniniz etkilendi mi? Kendinizi uykusuz hissediyor musunuz?" gibi basit sorular sorularak başlanması önemlidir. Gece iyi uyumadığını ya da son dönemde hastalık/tedavi sürecine bağlı uyku düzeninin bozulduğunu ifade eden hastalarda ayrıntılı anamnez alınması önemlidir. Anamnez sırasında bireyin uykuya dalmada güçlük, gece sık sık uyanma, sabah çok erken kalkma, yataktan kalkmada zorlanma sorunu olup olmadığı araştırılmalı [3,4], gece uykusunun süresi ve uyku kalitesi kapsamlı bir şekilde değerlendirilmelidir. Uykusuzlukşikayeti olan hastalarda sorunun süresi, sıklığı ve şiddeti de araştırılmalıdır [19].

Şiddetinin tanımlanmasında hastadan 0-10 Vizüel Analog Skala kullanarak, şiddetini 10 puan üzerinden belirlemesi ya da "hafif", "orta", "çok fazla" gibi farklı ifadeler kullanarak tanımlaması istenmelidir. VAS puanı 1-3 olanlarda uykusuzluk şikâyeti hafif, 4-6 olanlarda orta, 7-10 olanlarda ise şiddetli olarak kabul edilmektedir. Uykusuzluk şikâyeti orta ve şiddetli düzeyde olan hastalarda ayrıntılı uykusuzluk tanılaması yapılmalı ve tanılama esnasında, uykusuzluğun tedavi edilebilir nedenlerini belirlemek amacı ile PQRST kuralı kullanılarak öncelikle hastanın ayrıntılı uykusuzluk hikayesi alınmalı, hastanın fiziksel bulguları ve laboratuvar tetkikleri değerlendirilmelidir [20,21]. Farklı çalışmalarda, özellikle genç yaşta, eğitimli kesimin uykusuzluk sorununu daha fazla dile getirdiği saptanmıştır [22-24]. Bu nedenle, nedeninin tanılanmasında sadece hastalık ve tedavi sürecinin değil, çevresel ve psikolojik faktörlerin, yaş ve sosyo-kültürel özelliklerin de tanımlanması önemlidir. Uykusuzluğa bağlı kişilik değişikliklerinin, sinirlilik, unutkanlık, güçsüzlük, yorgunluk, iş ve sosyal hayatı sürdürmede zorlanmanın da araştırılması göz ardı edilmemelidir. Var olan hastalıkları, kullandığı ilaçlar, bağımlılıkları da öğrenilmelidir [25,26] Kanser hastalarında anksiyete, bulantı-kusma, diyare, ağrı, dispne, öksürük, ateş, kortikosteroid kullanımı, uyku-apne sendromu ve huzursuz ayak sendromu gibi pek çok nedenin varlığı da değerlendirilmelidir [10-15, 27-32] (Şekil 8-1).

Literatürde yer alan klinik çalışmalarda uykusuzluk düzeyinin ve hastanın uykusuzluğa bağlı etkilenme düzeyinin değerlendirilmesinde sıklıkla Uykusuzluk Şiddet İndeksi (Insomnia Severity Index/ISI), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (Pittsburgh Sleep Quality Index/PSQI) ve Edmonton Semptom Skalası kullanılmıştır. Bu ölçeklerin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır [33-35]. Uykusuzluğun tanılamasında kullanılacak ölçeğin türüne hastanın durumu ve kullanım amacı dikkate alınarak karar verilmelidir [36].

UYKUSUZLUĞUN YÖNETİMİ

İleri evre kanser hastalarında hastalığın doğası gereği pek çok semptom görülebilmektedir. Bu semptomlardan biri olan uykusuzluk, var olan diğer semptomların şiddetini arttırabilmekte ve bireyin

Uyku Sorunlarını Değerlendirme

Hastaların uyku alışkanlığı hasta ile yapılan her görüşmede "Gece iyi uyudunuz mu?" sorusu sorularak değerlendirilmelidir:

- VAS (0= yok; 10=çok fazla)
- Hasta bildirimi: Yok, hafif, orta, şiddetli

Uyku Sorunlarına Bağlı Etkilenme
- VAS'a göre: 0-3
- Hasta bildirimi: Yok - hafif

→ Hastanın uyku saatlerini düzenle ve izle

Uyku Sorunlarına Bağlı Etkilenme
- VAS'a göre: 4-10
- Hasta bildirimi: Orta - Şiddetli

→ Uyku öyküsünü al ve nedenlerini nedenlerini çalış

Uyku Öyküsünü Al

P — Uykuya dalmasını engelleyen, gece aralıklı ya da sabah erken uyanmasına neden olan etkenler neler? Uykusuzluk ile baş etmesini zorlaştıran etkenler nelerdir?

Q
- Uykusuzluk şikayeti sürekli mi yoksa aralıklı mı?
- Yataktan çıkmak için çaba sarf ediyor mu?

R
- GYA, sosyal yaşamı, çevre ile lişkileri olumsuz etkilenmiş mi?
- Halsizlik ve odaklanma problemleri yaşıyor mu?

S
- Etkilenme düzeyi ne? - NCI-CTCAE v4.03, ESAS, PUKİ, Insomnia severity index

T
- Uyku problemleri ne zaman başlamış?
- Herhangi bir girişim uygulanmış mı? Eğer uygulandıysa etkili olmuş mu?

Tedavi Edilebilir Neden/-leri Tanımla

- Anksiyete
- Bulantı-kusma
- Diyare
- Ağrı
- Dispne
- Öksürük
- Ateş
- Kortikosteroid ilaç kullanımı
- Uyku-apne sendromu
- Huzursuz ayak sendromu

Sekil 8-1. Uyku Sorunlarını Tanılama ve Değerlendirme Algoritması

Uykusuzluğu Tanılama 2017 Konsensus Kararları

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda katılımcıların:

1. %97.7'si (n=126) uykusuzluk sorunu olsun ya da olmasın tüm palyatif bakım hastalarında uyku düzeninin günlük olarak tanımlanmasına,
2. Uykusuzluğun tanılamasında, çok boyutlu değerlendirme araçların kullanımının araştırmalarda tercih edilmesi, günlük uykusuzluk tanılamasında tek boyutlu değerlendirme araçlarının [VAS (%56.1; n=55) ya da ESAS (%43.9; n=43)] kullanılmasına,
3. Uykuyla ilgili problem yaşayan bireylerin farklı nedenlerden (var olan durumdan kaçma, anksiyete gibi) dolayı bu sorunu yaşayabileceği göz önünde bulundurularak, uykusuzluk nedenlerinin kapsamlı bir şekilde sorgulanmasına,
4. Tanılama esnasında hastalığa bağlı ortaya çıkabilen psikolojik sorunların göz ardı edilmemesine ve ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesine karar verilmiştir.

yaşam kalitesini de olumsuz etkileyebilmektedir [21,37]. Uykusuzluğun yönetimine yönelik tanılama ve tedavi standartları net olarak tanımlanmadığından, yönetimini de zorlaştırmaktadır [38]. Bu nedenle hasta/ailesinin uykusuzluğun gelişim süreci ve başa çıkma stratejileri hakkında bilgilendirilmesi bu sorunun yönetiminde önemli bir yaklaşımdır [39].

Hasta ve Ailenin Bilgilendirilmesi

Hasta ile yapılan ilk görüşmede, hastalığın veya uygulanan tedavilerin uyku düzenine etkisinin ve yönetiminde uygulanabilecek girişimlerin açıklanması bu sorunun önlenmesinde ve erken dönemde tedavi edilmesinde önemli yaklaşımdır [40,41].

Uykusuzluğun Yönetiminde Eğitimin Kullanımı

Konsensus toplantısı sırasında, katılımcıların %69'u hasta eğitimi sırasında, uykusuzluk sorunu ile baş etmede hastalarını uyku düzenini planlaması ve egzersiz zamanlarını düzenlemesi konusunda bilgilendirdiğini, %31'i ise bilgilendirmediğini bildirmiştir.

Katılımcıların %66'sı, ayrıca uykusuzlukla baş etmede hastalarına, eğitim sırasında süt, rezene gibi farklı gıda takviyeleri de önerdiğini ifade etmiştir.

İleri evre kanser hastalarının (n=500) ve ailesinin (n=234) dahil edildiği bir çalışmada, uykusuzluğun etkileri hastanın ve ailesinin hastalıkla ilgili bilgi alabileceği telefon bazlı yardım ağı kullanılarak değerlendirilmiştir. Telefonla yardım ağına başvuran hastaların %59.4'ü, hasta yakınlarının ise %62.9'u uykusuzluk şikayeti olduğunu ifade etmiştir. Çalışma sonucunda orta-ciddi düzeyde uykusuzluk ifade edenlerin %27'si hasta, %30'unun ise hasta yakını olduğu saptanmıştır [42]. Bu nedenle, uykusuzluk eğitimi sadece hastaya değil, hastanın ailesini de dahil edecek şekilde planlanmalıdır. Bilgilendirme sırasında:

- Hastalığın veya uygulanan tedavilerin uyku düzenine etkisi açıklanmalı [40,41]
- Uyku sorunlarının önlenmesinde uyku hijyenin sürdürülmesinin önemi açıklanmalı [20],
- Uykusuzluğa neden olabilen ağrı, dispne, bulantı – kusma, diyare gibi semptomların yönetiminin önemli olduğu konusunda bilgilendirilmeli,
- Uykusuzluk ile baş etmede etkili zihin-beden uygulamalarının, masajın, refleksolojinin, müzik terapinin, sanat terapinin, progresif kas gevşeme egzersizlerinin, yoganın, ayaklara ılık su banyosunun ve uyumaya yardımcı araçların kullanımı önerilmeli [29,30],



- Hastanın ve ailenin hangi durumlarda sağlık uzmanlarına başvurması gerektiği açıklanmalıdır.

İleri evre kanser hastalarının (n=352) da dahil edildiği bir randomize kontrollü çalışmada, web tabanlı altı haftalık hasta eğitim programının uykusuzluğa etkisi incelenmiştir. Bu çalışmada, kronik hastaların kendi başına sağlıklarını sürdürmesi için hazırlanan eğitim programı (sağlıklı beslenme, kanser tedavileri sonrası yan etkileri yönetme, uyku, yeniden toparlanma) temel alınarak kanser hastaları için de web tabanlı sağlıklı davranış geliştirme programı oluşturmuştur. Çalışmaya katılan hastalardan, bir hafta boyunca bu programı içeren 30-35 web sayfasını okuması ve uygulaması istenmiştir. Altı ay sonunda hastaların sağlıklı davranışları kazanma hedefine ulaşabilme durumları değerlendirildiğinde, girişim uygulanan grupta uykusuzluk (p=0.03) skorlarında azalma olduğu belirlenmiştir [43].

Sağlıklı uykunun sürdürülmesinde, uyku hijyeni, zihin-beden uygulamaları, masaj, refleksoloji, müzik terapi, sanat terapi, progresif kas gevşeme egzersizleri, yoga, ayaklara ılık su banyosu uygulama ve uyumaya yardımcı araçlar gibi pek çok nonfarmakolojik yaklaşım kullanılabilir [29,30].

Uyku Hijyeninin Sürdürülmesi

Uyku, yaşamımızın üçte birini geçirdiğimiz, beynin dinlenmeye geçtiği ve düşünce karmaşasından arındığı bir süreçtir. Dünya sağlık örgütü bir insanın günlük uyku ihtiyacının 8 saat olduğunu bildirmiştir, ancak her kişinin ihtiyacı olan uyku süresi onun dinlenmesi için yeterli olan saat kadardır. Kimilerine 4-5 saat uyku yeterken, kimilerine 8 saat uyumak bile az gelebilmektedir. Cinsiyete, yaşa, kiloya bağlı olarak insanların uyku süresi farklılık gösterebilir. Uykumuz bölünmeden, ihtiyacımız olan uykuyu alabilmek ve dinlenmiş uyanmak sağlıklı yaşamın sürdürülmesinde çok önemlidir [40].

Sağlıklı Bir Uyku İçin

- Gece geç yatmış olsanız bile sabahları aynı vakitte kalkarak günlük yaşamınıza devam ediniz ve sabah geç saate kadar uyumayınız!
- Gün içinde ve özellikle akşam saatlerinde çay, kahve, alkol ve sigara gibi uyarıcı etkisi olan maddeleri tüketmeyiniz!
- Akşam yemeğinde ağır yemek yemekten kaçınınız ve yatma saatine yakın yemek yemeyiniz, sıvı tüketmeyiniz!
- Haftada en az üç kez yarım saat yürüyüş ve egzersiz (aerobik, plates, yoga gibi) yapınız! Gece yatmadan en az dört saat öncesine kadar yorucu egzersiz yapmaktan kaçınınız!
- Gece yatağa yatmadan 30 dakika önce 1 bardak ılık süt içiniz ya da 1 kase yoğurt yiyiniz!
- Oda ısısını ve ışığını kendi tercihinize uygun ayarlayınız!
- Kısa süreli uyku problemlerinde ilaç kullanmayınız!
- Günlük yaşamınızı etkileyen uyku sorununuz var ise bir sağlıkuzmanına başvurunuz! [44]

Günümüzde uykusuzluk, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir sorundur. Literatürde iyi bir uykunun düzeninin sağlanmasında, uyku hijyeninin sürdürülmesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Uyku hijyeni, sağlıklı bir uyku için bireyin davranışlarının ve çevresel koşullarının düzenlenmesini içerir [45].

Literatürde kanser hastalarında sağlıklı uykunun sağlanmasında uyku hijyeni etkisini incelen iki çalışmaya ulaşılmıştır [46,47].

Uyku Düzeninde Uyku Hijyeninin Kullanımı

Konsensus toplantısı sırasında, sağlık çalışanlarının hastalarında uyku hijyenini sağlamaya yönelik uyguladığı girişimleri değerlendirdiğimizde:

Katılımcıların %69.2'si (n=63) sağlıklı uykunun sürdürülmesinde hastalarını uyku düzenini ne şekilde planlaması gerektiği, %68.9'u (n=42) iiyi bir uyku için hangi zamanlarda/ nasıl egzersiz yapması gerektiği ve %65.8'i (n=48) uykuya dalmayı kolaylaştıran gıda/ içeceklerin (yoğurt, süt, rezene gibi) neler olduğu konusunda bilgilendirdiğini bildirmiştir.

%36.7'si (n=29) bu önerilerin hastanın uyku düzeninin sağlanmasında etkili, %54.4'ü (n=43) bazı hastalarda etkili, bazılarında değil ve %8.9'u (n=7) etkinliğini değerlendirmediğini bildirmiştir.

İleri evre meme kanserli hastaların da dahil edildiği ilk çalışmada, anksiyete, yorgunluk ve uyku sorunları ile baş etmede etkili egzersiz ve gevşemeyi içeren, müzik eşliğinde profesyonel kadın seslendiriciler tarafından seslendirilerek hazırlanmış 20 dakikalık eğitimin etkisi incelenmiştir. Girişim grubunda (n=38) yer alan hastalara, çalışma öncesinde hazırlanan ses kaydı verilerek, ses kaydını tedaviden 12-24 saat öncesinde ve sonrasında da istedikleri zaman dinleyebileceği açıklanmıştır. Kontrol grubuna (n=33) herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Çalışma sonrası yapılan değerlendirmelerde, deney grubuna kıyasla kontrol grubunda uykusuzluk şikayetlerinin daha fazla olduğu saptanmış olsa da iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanamamıştır [46] (Kanıt düzeyi II).

İkinci çalışmada, yorgunluğun ve uyku sorunlarının yönetiminde "enerji ve uykuyu güçlendirme" yaklaşımlarının etkisi incelenmiştir. Bu çalışmada, kemoterapi uygulanan 153 hasta enerji ve uykuyu güçlendirme grubuna, 139 hasta kontrol grubuna alınmıştır. İlk grup hasta ile onkoloji hemşiresi tarafından enerji koruma stratejilerini, uyku yönetimini ve semptomlar ile baş etmeyi destekleyen 3 telefon görüşmesi yapılmıştır. Ayrıca çalışma sırasında hastalar ile üç görüşme yapılmıştır: ilk kemoterapi uygulamasından önce, kemoterapinin 4. gününde ve hastanın tedavi kürleri arasındaki süreye dayanarak tedavinin 43-46. ya da 57-60. günlerinde. İlk görüşmede hastalara semptomlar ile başetmeyi sağlayan eğitim kitapçığı verilmiş ve evde uyku paternleri ve yaşadıkları endişeler hakkında günlük tutmaları istenmiştir. İkinci görüşmede tuttukları günlükler incelenmiş, enerji yönetimi ve uyku bozukluklarına yönelik girişimler planlanmıştır. En son safhada ise uygulanan planlar gözden geçirilmiştir. Kontrol grubunda (n=139) ise sağlıklı beslenme konusuna odaklanılmıştır. İlk görüşmede hastalara gıda piramidi ve sağlıklı yiyeceklerle ilgili bilgi verilmiş ve 24 saatlik bir diyet günlüğü tutmaları istenmiştir. 2. görüşmede beslenme gereksinimleri ve vitaminler hakkında tartışılmıştır. 3.görüşmede ise lif alımı, mineraller gibi sağlıklı beslenme tavsiyelerinde bulunulmuştur. Çalışma sonucunda yapılan değerlendirmede her iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür [47] (Kanıt düzeyi II).

Uyku Düzeninde Uyku Hijyeni 2017 Konsensus Kararı

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda katılımcıların: %98'i (n=99) uykusuzluk ile başetmede uyku hijyeninin sürdürülmesine karar verildi.

İçinde uyku hijyeni eğitiminin de yer aldığı bir meta-analizde, 2 çalışma (n=328) kapsamında ele alınan uyku hijyeni eğitiminin ortalama etki büyüklüğü d=0.23 olarak bildirilmiştir. Bu sonuç uyku düzenin sağlanmasında uyku hijyeninin etkili yaklaşım olduğunu göstermiştir [41] (Kanıt düzeyi I).

Literatürde, sağlıklı uykunun sağlanmasında uyku hijyeni yaklaşımının kullanımının önemli olduğu bildirilse de, elde edilen sonuçlar sağlıklı uyku düzeninin sağlanmasında bu yaklaşımın tek başına kullanımının katkısı olmadığını, zihin-beden uygulamaları kapsamında uyku sorunlarının yönetiminde kullanıldığında yararlı olabileceği belirtilmiştir.

Zihin-Beden Uygulamaları

Uyku sorunlarının yönetiminde, pek çok sağlık uzmanı hastaya uykusu geldiğinde yatağa gitmesini, yatak odasında uykuyu engelleyecek uyaranları azaltılmasını, olumsuz düşüncelerden uzaklaşmasını ve düzenli uyku paterninin yeniden yapılandırılmasını önermektedir [48-50] (Kanıt düzeyi V). Çok bileşenli zihin-beden uygulamaları (ZBU) kapsamında ele alınan bu yaklaşımların etkinliği farklı çalışmalarda değerlendirilmiş ve uyku sorunlarının yönetimindeki etkinliğine ilişkin olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan çalışmalarda zihin-beden uygulamaları ister internet bazlı [51] (Kanıt düzeyi II), video bazlı [52] (Kanıt düzeyi II) ya da birebir uzman psikolog tarafından yönlendirilerek uygulansın [53] (Kanıt düzeyi II) her üç uygulama şeklinin de uyku sorunlarının yönetiminde etkili olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, video bazlı yaklaşıma kıyasla, birebir uygulanan terapinin daha etkili bir yaklaşım olduğu da ifade edilmiştir [52] (Kanıt düzeyi II). Bu yaklaşımların etkinliğinin de 3 aylık takipte devam ettiği gösterilmiştir [54,55] (Kanıt düzeyi II). Gerçekleştirilen bir meta-analizde de bilişsel davranışsal terapilerin uyku kalitesinin (ES: 0.85) ve uyku etkinliğinin (ES:1.13) arttırılmasında etkili olduğu ifade edilmiştir [56] (Kanıt düzeyi I). Meditasyon ve yoga teknikleriyle karşılaştırıldığında, zihin-beden yaklaşımlarının uygulandığı grupta uykuya dalma süresinde ve toplam uyku zamanında artış olduğu saptanmıştır [53] (Kanıt düzeyi II). Sonuç olarak ZBU'lar ne şekilde uygulanırsa uygulansın, kanser hastalarında var olan uykusuzluğun yönetiminde etkili yaklaşım olduğu bildirilmiştir.

Uykusuzluğun Yönetiminde ZBU 2017 Konsensus Kararları

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda katılımcıların:

1. Elde edilen çalışma sonuçları, uyku düzenin sağlanmasında uyku hijyeni uygulamalarının tek başına kullanımının etkisiz, zihin-beden uygulamaları kapsamında kullanıldığında ise etkili yaklaşım olduğunu göstermiştir. Uyku düzenini sağlamada uyku hijyeni yaklaşımının etkinliğini bildiren çalışmaların sonuçları olumsuz olsa da konsensüs karar oylamasına katılan sağlık çalışanlarının %98'i zihin-beden uygulamaları ile kullanıldığında etkinliğine dair olumlu sonuçlar elde edildiğinden hasta açısından sakıncası olmadıkça tüm palyatif bakım hastalarına uyku düzeninin sağlanmasında kullanımının önerilebileceğine karar vermiştir. Ayrıca uyku düzenini sağlanmasında, bu yaklaşımın etkinliğini ifade edebilmek için, iyi planlanmış daha fazla sayıda çalışma yapılmasına ihtiyaç olduğunu vurgulamışlardır.
2. Ayrıca konsensüs karar oylaması sırasında sağlık çalışanlarının %95'i zihin-beden uygulamalarının uyku sorunlarının yönetiminde etkili olduğundan kullanımının önerilebileceğini oylamıştır.

Zihin-Beden Uygulamaları hastaların duygu ve düşüncelerini, hastanın sağlığını olumlu ya da olumsuz etkileyebilir [57]. Zihin-beden uygulamalarını inceleyen çalışmada, kronik stres ve depresyonun kanser gelişimi ve hastalığın prognozuyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. [58]. Bu nedenle, hastanın gevşemesini sağlayan zihin-beden uygulamaları özellikle stres ile ilişkili uykusuzluğun yönetiminde kullanılmaktadır. Gevşeme/meditasyon, zihin-beden uygulamaları, müzik, dans, hayal kurma (canlandırma), dua etme/dini uygulamalar ve hipnoz kanser ile ilişkili semptomların yönetiminde sık kullanılan zihin-beden uygulamalarıdır [57]. Lite-

ratürde, uykusuzluğun yönetiminde müzik terapinin [59-61], sanat terapinin [62] ve progresif kas gevşeme egzersizlerinin [63-66] etkisi farklı çalışmalarda incelenmiştir.

Müzik Terapi

Müzik, bireyin psikolojik (anksiyete ve stresi azaltma), fizyolojik (nabız ve kan basıncını düzenleme) durumunu dengede tutan önemli bir sanat dalıdır [59] (Kanıt düzeyi V). Kanser hastalarında, uyku kalitesini arttırmada etkili bir yaklaşımdır [60] (Kanıt düzeyi V). Evre III-IV, meme kanserli hastaların katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada, 7 gün boyunca, 21.00-01.00 saatleri arasında, Hicaz ve Zirefkend makamlarında dinlenen müziğin uykusuzluğun yönetiminde etkili bir yaklaşım olduğu saptanmıştır [61] (Kanıt düzeyi II).

Sanat Terapi

Sanat terapisinin uykusuzluğa etkisi dolaylı olarak incelenmiştir. Kanser hastalarının katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada, hastanın tercihine göre 4 ay, 1 saat boyunca kart, boya ve yapıştırıcı kullanılarak gerçekleştirilen sanat terapinin anksiyete ve depresyonu azaltmada, hastaların genel iyilik halinin arttırılmasında etkili yaklaşım olduğu görülmüştür [62] (Kanıt düzeyi III).

Progresif Kas Gevşeme Egzersizleri

Progresif kas gevşeme egzersizlerinin uykusuzluğa etkisi üç çalışmada değerlendirilmiştir. Kemoterapi uygulanan meme kanserli hastaların katılımı ile gerçekleştirilen ilk çalışmada, altı hafta boyunca, günde en az bir kez uygulanan, progresif gevşeme egzersizlerinin hastaların uyku kalitesini, latensini ve süresini uzatmada etkili bir yaklaşım olduğu görülmüştür [63] (Kanıt düzeyi II). Derin solunum egzersizleri ile birlikte kullanıldığında progresif kas gevşeme egzersizlerinin olumlu etkisi ikinci bir çalışmada saptanmıştır. İleri evre kanser hastalarının katılımı ile gerçekleştirilen bu çalışmaya, 60 yaş ve üzerinde olan kanser hastaları dahil edilmiştir. Çalışmada, progresif kas gevşeme egzersizleri, haftanın 7 günü, günde 25 dakika olacak şekilde uygulanmıştır ve uygulamanın 8. gününde hastaların uyku kalitesinin arttığı belirlenmiştir [64] (Kanıt düzeyi II). Üçüncü çalışmada aerobik-güçlendirme egzersizlerinin uykusuzluğa etkisi, meme kanserli hastaların katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada incelenmiştir. Çalışma sonucunda, 3 ay boyunca uygulanan egzersiz programının, uyku kalitesini ve latensini arttırdığı bildirilmiştir [65] (Kanıt düzeyi II). Başka bir çalışmada ise, 8 hafta boyunca, haftanın 4 günü evde yürüme egzersizi yapan evre IV akciğer ve kolorektal kanserli hastaların aktivite düzeyinin ($p=0.01$) ve uyku kalitesinin ($p=0.05$) arttığı saptanmıştır [66] (Kanıt düzeyi II).

Manipulatif Yaklaşımlar

Literatürde, uykusuzluk ile baş etmede kullanılan manipulatif yaklaşımlar yoga, masaj ve refleksolojidir [67].

Uykusuzluğun Yönetiminde Manipulatif Yaklaşımların Kullanımı

Konsensüs oylaması sırasında sağlık çalışanlarının %73'ü uyku sorunlarının yönetiminde hastalarına manipulatif yaklaşımların kullanımını önerdiğini ifade ederek %9'u bu yaklaşımların uyku sorunlarının yönetiminde etkili, %74'ü bazı hastalarda etkili bazılarında ise etkili olmadığını, %5'i etkili olmadığını ve %12'si öneride bulunduğunu ancak bu önerilerin etkinliğini değerlendirmediğini bildirmiştir.

Yoga

Kanser hastalarında yoganın uykusuzluğa etkisi iki çalışmada incelenmiştir [3,68]. Yapılan değerlendirmeler sonucunda, 4 hafta boyunca, haftada iki kez, 75 dakikalık yoga seanslarının yetişkin kanser hastalarının genel uyku kalitesini iyileştirmede etkili [3] (Kanıt düzeyi II), 6 haftalık yoga programı uygulayan adölesan ve çocuklarda etkisiz olduğu bildirilmiştir [68] (Kanıt düzeyi II).

Masaj

Masaj, uyku dengesini, uygulama esnasında salgılanan kimyasalların otonom ve santral sinir sistemini uyarması ile gerçekleşmektedir. Bu kimyasallar; hastanın gevşemesini, sakinleşmesini ve iyi hissetmesini sağlayarak rahat uyumayı destekler [69] (Kanıt düzeyi V).

Masajın etkisi, adölesan dönemde olan kanser hastalarına 20-30 dk, 2 gün boyunca uygulanan İsveç masajının kullanımı ile değerlendirilmiştir. Anlamlı olmasa da, masajın uykuda geçirilen süreyi ve latensi arttırdığı saptamışlardır [70] (Kanıt düzeyi II). Lavanta ve bitkisel yağlar kullanılarak bir ay boyunca, haftada 1 kez, 2 saat uygulanan masajın uyku kalitesini arttırmada etkili, yoğun ve derin dokulara uygulanmadığı sürece kullanımı güvenli yaklaşım olduğu bildirilmiştir [71] (Kanıt düzeyi II).

İleri evre kanserli hastaların olduğu palyatif bakım evinde 2 haftalık yumuşak doku masajı (ayak, el) uygulamışlardır. İki hafta boyunca sürdürülen masajda ilk hafta 4 gün, ikinci hafta ise 5 gün uygulama yapmışlardır. Niteliksel çalışmada uygulama sonrası hastaların görüşleri alındığında "Masaj sırasında neredeyse uyuyakalıyordum. Havada olup uzaklaştığımı hissettim (76 y, E)." ve "Masaj gevşememe yardım etti, ağrımı azalttı, uyumama yardım etti ve anksiyetemi azalttı. Masajı mümkünse her akşam kullanmayı düşünüyorum (41y, E)." şeklinde masajdan memnun olduklarını bildirmişlerdir [72] (Kanıt düzeyi VI).

Refleksoloji

Refleksoloji, ayak, el ve kulakların belli bölgelerine, masaj ve baskı uygulaması yapılarak, vücudun işleyişini düzenleyen bir yaklaşımdır ve bireyin kendisini fiziksel, duygusal ve ruhsal olarak iyi hissetmesini sağlamaktadır [73] (Kanıt düzeyi V). Kanser hastalarında, uykusuzluğun yönetiminde refleksolojinin etkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak içinde kanser hastalarının da olduğu sistematik derleme ve metaanalizde uykusuzluğun azaltılmasında etkili ($p<0.001$) görülse de homojeniteleri oldukça düşük ($Q=115.96$, $I2=85.34$) olduğundan önerilebilmesi oldukça güçtür [74] (Kanıt düzeyi I). Bu konunun netlik kazanması için daha fazla sayıda, iyi planlanmış çalışmanın yapılmasına ihtiyaç vardır.

Sıcak Ayak Banyosu

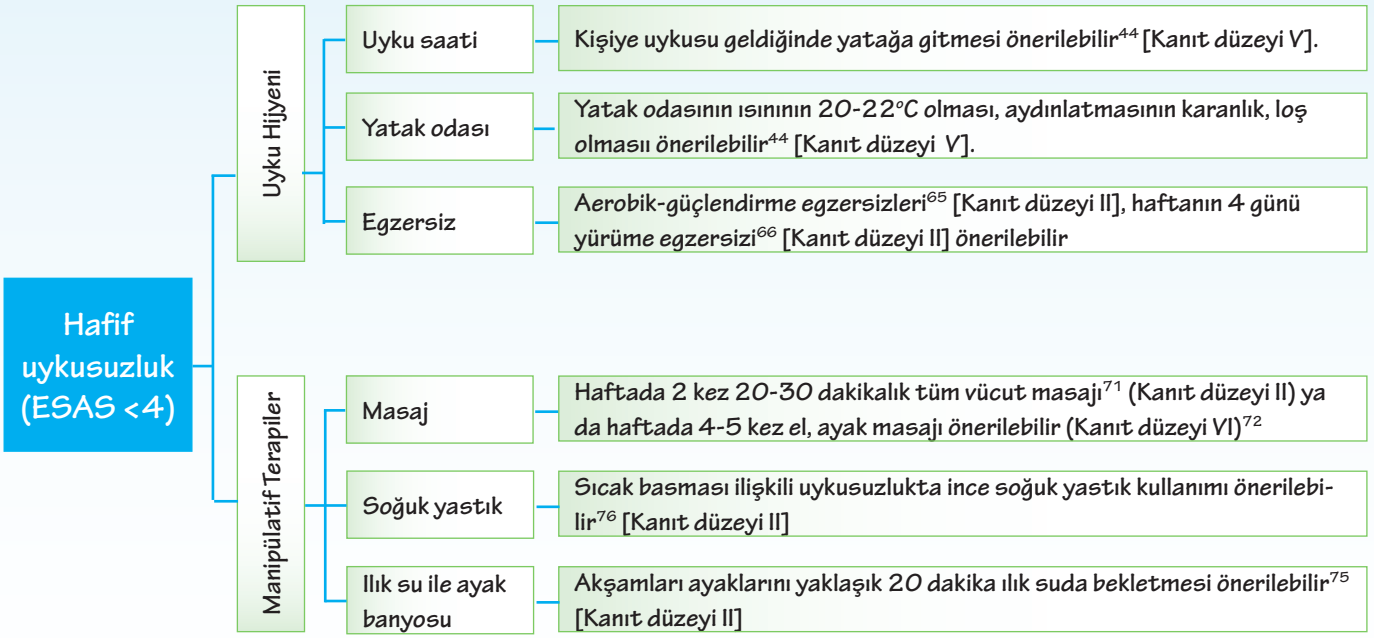
Uykusuzluğun yönetiminde, jinekolojik kanserli hastalarda, sıcak ayak banyosunun etkisi de incelenmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda 15 gün, akşam 20 dakika uygulanan ayak banyosunun uyku kalitesini arttırmada etkili yaklaşım olduğu bildirilmiştir [75] (Kanıt düzeyi II).

Yardımcı Araç Kullanımı

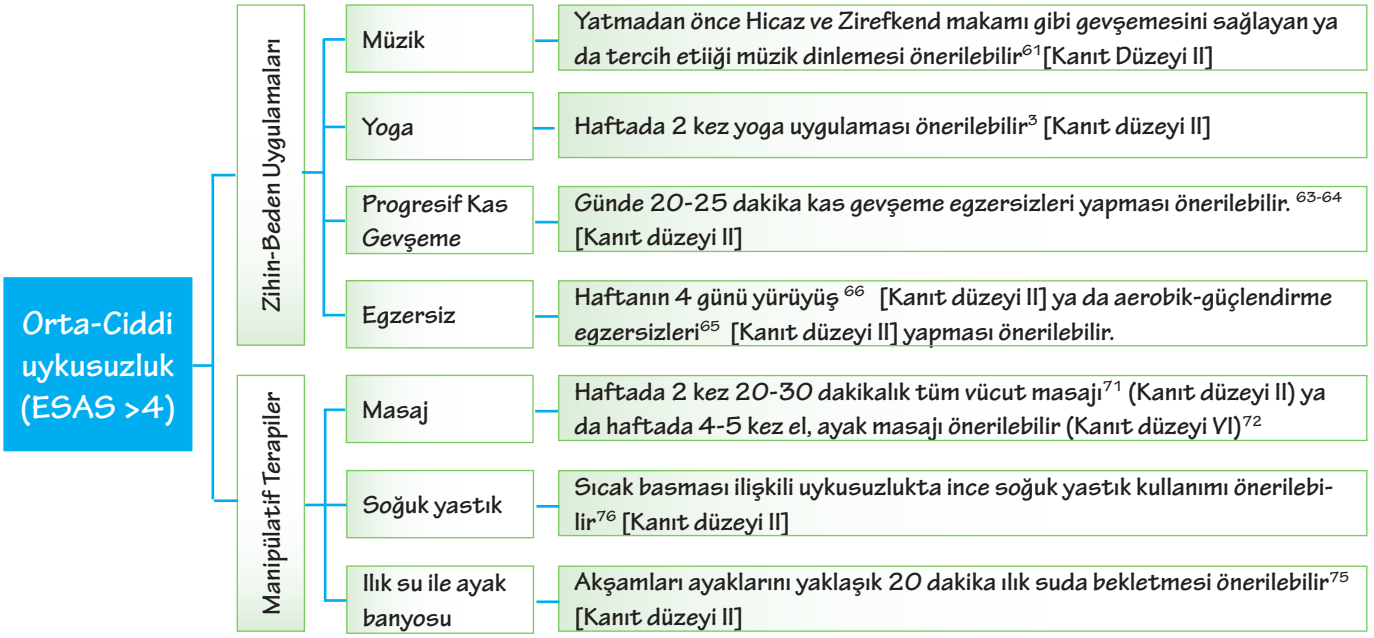
Meme kanserli hastalarda 6 hafta boyunca, uyumaya yardımcı araç olarak soğuk ince yastığın kullanımının da uyku kalitesini arttırmada etkili yaklaşım olduğu saptanmıştır [76] (Kanıt düzeyi II).

Gıda ve Gıda Destekleri

Gıda ve gıda desteklerinin de uykusuzluk sorununun yönetiminde kullanıldığı görülmektedir. Ancak kanser hastalarında ya da palyatif dönem hastalarında bu konuda yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır. Literatüre bakıldığında üniversite öğrencilerinin



Şekil 8-2. Hafif Uykusuzluğun Yönetiminde Zihin-Beden Uygulamaları ve Manipulatif Yaklaşımlar



Şekil 8-3. Orta-Ciddi Uykusuzluğun Yönetiminde Zihin-Beden Uygulamaları ve Manipulatif Yaklaşımlar

Manipulatif Yaklaşımlar 2017 Konsensus Kararları

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda katılımcıların:

1. %99'u uyku sorunlarının yönetiminde manipulatif yaklaşımların kullanımının önerilebileceğine karar vermiştir.

öğünlerinde B6 ve triptofan alımlarına baktıklarında erkeklerde B6 alımının insomnia (p=0.029) ve uyku kalitesinde (p=0.018) etkili ancak kadınlarda sadece insomniada (p=0.0006) etkili olurken uyku kalitesini (p=0.075) arttırmada etkili olmadığı saptanmıştır [77] (Kanıt düzeyi VI). Yine üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmada triptofan alımının insomnia da (p=0.029), niacin alımının ise uyku kalitesinde (p=0.045) etkili olduğu saptanmıştır. Ancak toplam uyku zamanı üzerine etkileri bulunamamıştır [78] (Kanıt düzeyi VI). Triptofandan zengin kahvaltı ve gündüz değişik derecelerde ışığa maruz kalmanın tükürükteki melatonin salgı düzeyini arttırmasına rağmen uyku kalitesine etkisi olmadığını belirtmişlerdir [79] (Kanıt düzeyi II). Görüldüğü üzere sağlıklı bireylerde yapılan çalışmalar olması, kanser hastalarında kullanımının araştırılmamış olması nedeniyle hastalara önerilmesinin doğru olmadığı düşünülmektedir.

Farmakolojik Yaklaşımlar

Literatürde uykusuzluğun yönetiminde genellikle antihistaminikler, valerian, benzodiazepinler ve melatonin gibi farklı farmakolojik ajanların kullanımı önerilmektedir [56, 80-83]. Bu farmakolojik yaklaşımlardan biri olan antihistaminikler uyuşukluk, idrar retansiyonu, ağızda kuruluk gibi farklı yan etkilere neden olduğundan kullanımı çok fazla tercih edilmemektedir [81]. Valerian, objektif uyku kalitesini arttırmada etkisiz girişim olduğu bir çalışmada bildirilmiştir [83]. Benzodiazepinlerin uykuya geçiş süresini kısaltmada, uyanma sayısını azaltmada etkili olduğu, ancak kısa sürede doz artırımını gerektiğinden ve bağımlılık yaptığından kullanımı sakıncalı olabileceği ifade edilmiştir [56, 80]. Melatoninin ise uyku latensini arttırdığı saptanmıştır [82].

Sonuç olarak, kanser hastalarında uykusuzluğun yönetiminde farklı yaklaşımların etkinliği incelenmiş olsa da günümüzde etkinliği tanımlanmış standart bir yaklaşım olmadığı anlaşılmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Davis MP, Khoshknabi D, Walsh D, Lagman R, Platt A. Insomnia patients with advanced cancer. American journal of hospice&Palliative Medicine 2014; 31(4):365-373
2. Savard J, Morin CM. Insomnia in the context of cancer: A review of a neglected problem. Journal of Clinical Oncology 2001; 19(3): 895-908. Doi:10.1200/JCO.2001.19.3.895
3. Mustian KM, Sprod LK, Janelsins M, Peppone LJ, Palesh OG, Chandwani K, et al. Multicenter, Randomized Controlled Trial of Yoga for Sleep Quality Among Cancer Survivors. Journal of Clinical Oncology 2013;31:3233-3241.
4. Sela RA, Watanabe S, Nekolaichuk CL. Sleep disturbances in palliative cancer patients attending a pain and symptom control clinic. Palliative Support Care 2005;3:23-31
5. Trill MD. Anxiety and sleep disorders in cancer patients. EJC Suppl. 2013;11(2):216-224.
6. Vena C, Parker K, Cunningham M. Sleep-wake disturbances in people with cancer part I:an overview of sleep, sleep regulation and effects of disease and treatment. Oncol Nurs Forum 2004;31:735-746.
7. Barbera J, Shapiro C. Benefit-risk assestment of zaleplon in the treatment of insomnia. Drug Saf. 2005;28:301-318.

8. Savard J, Hervouet S, Ivers H. Prostate cancer treatments and their side effects are associated with increased insomnia. Psycho-Oncology 2012; 22(6):1381-1388.

9. Savard J, Ivers H, Savard MH, Morin CM. Cancer treatments and their side effects are associated with aggravation of insomnia: Results of a longitudinal study. Cancer 2015;121 (10):1529-1719.

10. Boonstra L, Harden K, Jarvis S. Sleep disturbance in hospitalized recipients of stem cell transplantation. Clin J Oncol Nurs. 2011;15:271-276.

11. Palesh OG, Roscoe JA, Mustian KM. prevalance, demographics, and psychological associations of sleep disruption in patients with cancer. University of Rochester Cancer Center-Community Clinical Oncology Program. J Clin Oncol.2010;28:292-298.

12. Lindley C, Vasa S, Sawyer WT, Winer EP. Quality of life and preferences for treatment following systemic adjuvant therapy for early-stage breast cancer. J Clin Oncol 1998; 16(4):1380-7.

13. Graci G. Pathogenesis and management of cancer-related insomnia. The journal of supportive oncology 2005;3(5):349-359.

14. Innominato PF, Spiegel D, Ulusakarya A, Giacchetti S, Bjarnason GA, Lévi F, Palesh O. Subjective sleep and overall survival in chemotherapy-naïve patients with metastatic colorectal cancer. Sleep medicine 2015;16(3):391- 398.

15. Onitilo AA, Nietert PJ, Egede LE. Effect of depression on all-cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. Gen. Hosp. Psychiatry 2006; 28: 396–402.

16. O'Kearney R, Pech M. General and sleep-specific worry in insomnia. Sleep and biological rhytms 2014;12:212- 215

17. Malone M, Harris AL, Luscombe DK. assestment of the impact of cancer on work, recreation, home management and sleep using a general health status measure. JR Soc. Med. 1994; 87: 386-389.

18. Riemann D, The hyperarousal model of insomnia: A review of the concept and its evidence. Sleep Medicine Reviews 2010;14:19-31

19. Macedo PJOM, Neves GSML, Poyares DLR, Gomes MM. Insomnia current diagnosis:an appraisal. Rev Bras Neurol 2015;51(3):62-8.

20. Savard J, Simard S, Blanchet J, Ivers H, Morin CM. Prevalence, clinical characteristics, and risk factors for insomnia in the context of breast cancer. Sleep 2001; 24(5): 583-590.

21. Lis CG, Gupta D, Grutsch JF. The relationship between insomnia and patient satisfaction with quality of life in cancer. Supportive care in cancer 2008;16:(3);261-266.

22. Mao JJ, Armstrong K, Bowman MA, Xie SX, Kadakia R, Farrar JT. Symptom burden among cancer survivors: Impact of age and comorbidity. JABFM 2007;20(5):434-443.

23. Davis MP, Goforth HW. Long-term and short-term effects of insomnia in cancer and effective interventions. Cancer J.2014; 20(5):330-44.

24. Berger AM. Update on the state of the science: Sleep-wake disturbances in adult patients with cancer. Oncol Nurs Forum 2009;36(4): E165-E177.

25. Pinto LR, Alves RC, Caixeta E, Fontenelle JA, Bacellar A, Poyares D, Aloe F, Rizzo G, Minhoto G, Bittencourt LR, Jr. Ataide L, Assis M, Pradella-Hallinan M, Pinto MCR, Rodrigues RND, Hasan R, Fonseca R, Tavares S. New guidelines for diagnosis and treatment of insomnia. Arq Neuropsiquiatr. 2010;68(4):666-75.

26. Cunnington D, Junge MF, Fernando AT. Insomnia: prevalence, consequences and effective treatment. Med J Aust.2013;199(8):36-40.

27. Riemann D, Nissen C, Palagini L, Otte A, Perlis ML, Spiegelhalder K. The neurobiology, investigation, and treatment of chronic insomnia. Lancet Neurol. 2015;14(5):547-58

28. Davidson JR, Feldman-Stewart D, Brennenstuhl S, Ram S. How to provide insomnia interventions to people with cancer: insights from patients. Psychooncology 2007;16:1028-1038.

29. Roth T. Insomnia: Definition, prevalence, etiology, and consequences. J Clin Sleep Med. 2007;3 (5 Suppl): S7- S10.

30. Blaes AH, Kreitzer MJ, Torkelson C, Haddad T. Nonpharmacologic complementary therapies in symptom management for breast cancer survivors. Semin Oncol 2011;38(3):394-402.

31. Nofzinger EA, Buysse DJ, Germain A, Price JC, Miewald JM, Kupfer DJ. Functional neuroimaging evidence for hyper arousal in insomnia. Am J Psychiatry 2014;161:2126-8.

32. Savard J, Ivers H, Villa J, Caplette-Gingras A, Morin CM. Natural course of insomnia comorbid with cancer: An 18-month longitudinal study. J Clin Oncol 2011; 29:3580-3586.

33. Boysan M, Güleç M, Beşiroğlu L, Kalafat T. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi'nin Türk Örneklemindeki psikometrik özellikleri. Anatolian Journal of Psychiatry 2010;11:248- 252.

34. Ağargün MY, Kara H, Anlar O. Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliği ve güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 1996;7(2):107-115.

35. Yeşilbalkan ÖU, Özkütük N, Karadakovan A, Turgut T, Kazgan B. Validity and Reliability of the Edmonton Sympton Assestment Scale in Turkish Cancer Patients. Turkish Journal of Cancer 2008;38 (2):62-67.

36. Smith MT, Wegener ST. Measures of Sleep. The Insomnia Severity İndex, Medical Outcomes Study (MOS) Sleep Scale, Pittsburgh Sleep Diary (PSD), and Pittsburgh Sleep Quality İndex (PSQI). Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research) 2003;49:184-196.

37. Peoples AR, Heckler CE, Kamen CS, Janelsins MC, Peppone LJ, Mustian KM, Morrow GR, Roscoe JA. Influence of cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) on quality of life (QOL) in cancer survivors. Journal of Clinical Oncology 2015;33:15. Doi:10.1200/jco.2015.33.15.

38. Induru RR, Walsh D. Cancer-related Insomnia. American Journal of Hospice and Palliative Medicine 2013; 31(7): 777-785.

39. Bouma G, Admiraal JM, de Vries EGE, Schröder CP, AME Walenkamp, Reyners AKL. Internet-based support programs to alleviate psychosocial and physical symptoms in cancer patients: A literature analysis. Critical reviews in oncology/hematology 2015; 95(1):26-37.

40. Fiorentino L, McQuaid JR, Liu L, Natarajan L, He F, Cornejo M, Lawton S, Parker BA, Sadler GR, Ancoli-Israel S. Individual cognitive behavioral therapy for insomnia in breast cancer survivors: A randomized controlled crossover pilot study. Nat Sci Sleep 2010;1-8.

41. Langford DJ, Lee K, Miaskowski C. Sleep disturbance interventions in oncology patients and family caregivers: A comprehensive review and meta-analysis. Sleep Medicine Reviews 2012;397-414.

42. Morris BA, Thorndike FP, Ritterband LM, Glozier N, Dunn J, Chambers SK. Sleep disturbance in cancer patients and caregivers who contact telephone-based help services. Support Care Cancer 2015; 23:1113-1120.

43. Bantum EO, Allbright CL, White KK, Berenberg JL, Layi G, Ritter PL, Laurent D, Plant K, Lorig K. Surviving and thriving with cancer using a web-based health behavior change intervention: Randomized controlled trial. Journal of Medical Internet Research 2014;16(2):e54.

44. Can G. Uykusuzluk ile baş etmede tamamlayıcı yaklaşımların kullanımı. Sağlıkla dergisi 2015; 23:48-49

45. Stepanski EJ, Wyatt JK. Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. Sleep Medicine Reviews 2003;7(3):215-225.

46. Williams SA, Schreier AM. The role of education in managing fatigue, anxiety, and sleep disorders in women undergoing chemotherapy for breast cancer. Applied Nursing Research 2005;18:138-147.

47. Barsevick A, Stewart K, Beck SL, Dudley WN, Wong B, Berger AM, Whitmer K, Newhall T, Brown S. Efficacy of an intervention for fatigue and sleep disturbance during cancer chemotherapy. J Pain Symptom Manage 2010;40(2):200-216.

48. Buysse DJ. Sleep Health: Can we define it? Does it matter? Sleep 2014;37(1):9-17.

49. Carskadon MA, Dement WC. Monitoring and staging human sleep. In Kryger MH, Roth T, Dement WC. (Eds.) Principles and practice of sleep medicine, 5th edition. (pp 16-26).St. Louis: Elsevier Saunders.

50. NIH State-of-the-Science Conference Statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults. NIH Consensus and State-of-the-Science Statements. 2005; (22)2:1-36.

51. Ritterband LM, Bailey ET, Thorndike FP, Lord HR, Farrel-Camahan L, Baum LD. Initial evaluation of an Internet intervention to improve the sleep of cancer survivors with insomnia. Psycho-Oncology 2012;21:695-705.

52. Savard J, Ivers H, Savard MH, Morin CM. Long-Term Effects of Two Formats of Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Comorbid with Breast Cancer. Sleep 2016;39(4):813-823.

53. Garland SNG, Carlson LE, Stephens AJ, Antle MC, Samuels C, Campbell TS. Mindfulness-Based Stress Reduction Compared With Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Insomnia Comorbid With Cancer: A Randomized, Partially Blinded, Noninferiority Trial. Journal of Clinical Oncology 2014;32:1-9.

54. Roscoe JA, Garland SN, Heckler CE, Perlis ML, Peoples AR, Shayne M, et al. Randomized Placebo-Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy and Armodafinil for Insomnia After Cancer Treatment. Journal of Clinical Oncology 2015; 22(2):165-172.

55. Matthews EE, Berger AM, Schmiege SJ, Cook PF, McCarthy MS, Moore CM, et al. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Outcomes in Women After Primary Breast Cancer Treatment: A Randomized, Controlled Trial. Oncology Nursing Forum 2014; 41(3): 241-253.

56. Koffel EA, Koffel JB, Gehrman PR. A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia. Sleep Medicine Reviews 2015;19:6-16.

57. Başgöl Ş, Aslan E. Jinekolojik kanserlerin tedavisinde tamamlayıcı ve alternatif tedavi: Kanıta dayalı yaklaşım. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi 2014;(2)3:51-62.

58. Reiche EMV, Nunes SOV, Morimoto HK. Stress, depression, the immune system, and cancer. The Lancet Oncology 2004;5(10):617-625.

59. Jespersen KV, Koenig J, Jennum P, Vuust P. Music for insomnia in adults (review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2015; Issue 8. Art. No:CD010459.

60. Smith M, Casey L, Darlene J, Gwede C, Riggin OZ. Music as a therapeutic intervention for anxiety in patients receiving radiation therapy. Oncology Nursing Forum 2001; (28)5:855-862.

61. Lafçı D. Müziğin Kanser Hastalarının Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi. Yükseklisans Tezi. Danışman: Doç. Dr. Gürsel Öztunç. T.C. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Adana 2009.

62. Nainis N, Paice JA, Ratner J, Wirth JH, Lai J, Shott S. Relieving symptoms in cancer: Innovative use of art therapy. Journal of pain and symptom management 2006;31: 2.

63. Nazik E, Öztunç G, Şahin B. Kemoterapi Alan Meme Kanserli Hastalarda Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Uyku Kalitesi ve Ağrıya Etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;17(3): 171-178.

64. Neeru, DC, Khakha ,S, Satapathy, Dey AB. Impact of Jacobson Progressive Muscle Relaxation (JPMR) and Deep Breathing Exercises on Anxiety, Psychological Distress and Quality of Sleep of Hospitalized Older Adults. Journal of Psychosocial Research. 2015;10(2):211-223.

65. Roger LQ, Fogleman A, Trammell R, Hopkins-Price P, Spenner A, Vicari S, et al. Inflammation and psychosocial factors mediate exercise effects on sleep quality in breast cancer survivors: Pilot randomized controlled trial. Psychooncology 2015;24(3):302-310.

66. Cheville AL, Kollasch J, Vandenberg J, Shen T, Grothey A, Gamble G, Basford JR. A home-based exercise program to improve function, fatigue, and sleep quality in patients with satge IV lung and colorectal trial. Journal of pain and symptom management 2013;45:811-82.

67. Can G. Meme kanserinde tamamlayıcı yaklaşımlar: Non-farmakolojik yaklaşımlar. Sağlıkla 2013; 54-55.

68. Hooke MC, Gilchrist L, Foster L, Langevin M, Lee J. Yoga for Children and Adolescents After Completing Cancer Treatment. Journal of Pediatric Oncology Nursing. 2016; 33(1):64-73.

69. Hachul H, Oliveira DS, Bittencourt LRA, Andersen ML, Tufik S. The beneficial effects of massage therapy for insomnia in postmenopausal women. Sleep science 2014;7:114-116.

70. Jacobs S, Mowbray C, Cates LM, Baylor A, Gable C, Skora E, et al. Pilot Study of Massage to Improve Sleep and Fatigue in Hospitalized Adolescents with Cancer. Pediatr Blood Cancer. 2016; 63:880-886.

71. Soden K, Vincent K, Craske S, Lucas C, Ashley S. A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. Palliat Med. 2004;18: 87-92.

72. Cronfalk BS, Strang P, Ternestedt BM, Friedrichsen M. The existential experiences of receiving soft tissue massage in pallative home care-an intervention. Support Care Center 2009;17(9):1203-11.

73. Kurt S, Can G. Refleksoloji ve kullanım alanları. Sağlıkla hemşirelik dergisi 2013; 3: 54-55.

74. Jeongsoon L, Misook H, Younghae C, Jinsun K, Jungsook C. Effects of foot reflexology on fatigue, sleep and pain: A systematic review and meta-analysis. J Korean Acad Nurs. 2011;41(6):821-833.

75. Yang HL, Chen XP, Lee KC, Fang FF, Chao YF. The effects of warm-water footbath on relieving fatigue and insomnia of the gynecologic cancer patients on chemotherapy. Cancer Nurs. 2010;33(6):454-60.

76. Marshall-McKenna R, Morrison A, Stirling L, Hutchison C, Rice AM, Hewitt C, Paul L, Rodger M, Macpherson IR, McCartney E. A randomised trial of the cool pad pillow topper versus standard care for sleep disturbance and hot flushes in women on endocrine therapy for breast cancer. Support Care Cancer 2016; 24:1821–1829 DOI 10.1007/s00520-015-2967-3.

77. Peters L, Fernstrand AM, Garssen J, Verster JC. The effect of dietary intake of vitamin B6 on sleep quality and insomnia. European Neuropsychopharmacology 2015. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0924-977X(15)30930-5.

78. Verster J, Fernstrand A, Bury D, Roth T, Garssen J. the association of sleep quality and insomnia with dietary intake of tryptophan and niacin. Sleep Medicine 2015;16:105.

79. Fukushige H, Fukuda Y, Tanaka M, Inami K, Wada K, Tsumura Y, Kondo M, Harada T, Wakamura T, Morita T. Effects of tryptophan-rich breakfast and light exposure during the daytime on melatonin secretion at night. Journal of physiological anthtopology 2014;33:33.

80. Yılmaz H, Tuncel D.(Eds). Uyku bozukluklarında tedavi rehberi. http://www.noroloji.org.tr/TNDData/Uploads/ files/uyku%20bozukluklar%C4%B1%20 2014.pdf Erişim tarihi: 17.12.2016.

81. Morin CM, Benca R. Chronic Insomnia. Lancet 2012; 379:1129-41.

82. Neubauer DV. The evolution and development of insomnia pharmacotherapies. Journal of clinical sleep medicine 2007;(3):5;11-15.

83. Fernandez-San-Martin I, Masa-Font R, Palacios-Soler L, Sancho-Gomez P, Calbo-Caldentey C, Flores-Mateo G. Effectiveness of valerian on insomnia: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. Sleep Medicine 2010;(11): 505-511.

9

DELİRYUM

Özge Sükut, Leyla Küçük, Rukiye Pınar, Maryam Rassouli, Ayşe Okanlı, Rana Obeidat, Perihan Güner, İsmet Kırpınar

Beyin fonksiyon bozukluğu, akut konfüzyonel durum, geri dönüşümlü psikoz olarak da adlandırılan deliryum, dikkat ve bilişte aniden bozulmaya sebebiyet vermesi açısından acil müdahale edilmesi gereken bir durumdur [1, 2].

Palyatif dönemde, terminal hastada birçok alanda bozulmalar olmasından dolayı, deliryumun gözlenme oranı yüksektir [1, 2]. Deliryum bilişsel alanda ve sirkadiyen ritim alanında değişkenlerin yanı sıra, motor aktivitelerde ve uyku uyanıklık döngüsünde belirgin bir bozulmaya sebep olmaktadır [3] (Kanıt Düzeyi VI). Deliryum, acil müdahale edildiğinde geri dönüşümü olan ve önlenebilen bir durum olmasına rağmen, %64-84 oranında kliniklerde gözden kaçmaktadır [4]. Kliniklerde tanılama/değerlendirme araçlarının standardize olmaması ve atlanan bir bozukluk olmasından dolayı bu konudaki epidemiyolojik veriler sınırlı olsa da yapılan bazı çalışmalarda deliryumun yaşlı hastalarda prevelansının %38 civarında olduğu görülmektedir [5] (Kanıt Düzeyi I). Palyatif bakım ünitesinde geçirilen süre dikkate alındığında, bu oranın ortalama iki kat yükseldiği bildirilmektedir [6, 7]. Palyatif bakım sürecine yönelik yapılan çalışmalarda ileri evre kanser hastalarında oranın %45'lerden %80'lere ulaştığı da görülmektedir [6, 8,-10] (Kanıt Düzeyi V).

DELİRYUMDA RİSK DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışanlar tarafından risk faktörlerinin bilinmesine rağmen, deliryumun tanılanması ve değerlendirilmesinde, hatta yönetiminde yetersizlikler olduğu görülmektedir [4, 10-16]. Deliryumun yaygınlığı göz önüne alındığında ileri dönem kanser hastalarının kliniğe başvuru ve sonraki süreçte düzenli olarak deliryum açısından değerlendirilmesi gereklidir [17] (Kanıt Düzeyi VI).

Palyatif dönemde deliryum riski açısından bakıldığında; çoklu ilaç kullanımı, genel anestezi altında yapılan cerrahi operasyon, ağrı, enfeksiyon, dehidratasyon, anemi, beslenmede azalma, vitamin eksikliği, hipervolemi, hipo-/hipernatremi gibi farmakolojik ve fiziksel etkenlerin yanı sıra ileri yaş, stres, yeni ve değişen ortam, izolasyon, fiziksel kısıtlamalar, kateter kullanımı, hareketsizlik, hastanın zamanın farkında olmaması, okuma gözlüğünün olmaması gibi hastaya ve ortama özgü faktörler sayılabilir [2, 7, 18-21]. Bu nedenle, hastadaki bilişsel bozulma, hastalığın şiddeti, görme bozuklukları ve dehidratasyon gibi durumlar öncellikli olarak takip edilmelidir [22].

Deliryumun başlangıcında; hastada huzursuzluk, dikkat dağınıklığı, uyku sürecinde bozulma,

yorgunluk, baş ağrısı gibi belirtiler gözlenmekte ancak, bu belirtiler hastalıkla ilişkili olduğu gerekçesiyle sıklıkla gözden kaçmaktadır. Ajitasyon, huzursuzluk, öfke, aşırı tetikte olma, hızlı ya da artmış konuşma, distiraktibilite, hızlı motor cevaplar, sanrı, halüsinasyon, yönelim bozukluğu gibi hiperaktif belirtileri olan hasta daha kolay fark edilebilirken; depresif, katatonik, laterji, uyanıklık düzeyinde azalma, konfüze, yorgun, yavaşlamış, sessiz, apati gibi hipoaktif belirtileri olan hasta sakin olduğu için deliryum tablosu atlanabilmektedir. Bunun yanı sıra, mikst tip deliryumda iki türde de görülen belirtiler karşımıza çıkabilmektedir. Deliryum risk ve gözlem takibinde hastada konsantrasyonda azalma, konfüzyon, duyusal ve görsel bozulma, psikomotor retardasyon, ajitasyon, azalmış beslenme ve uyku bozuklukları, iletişim zorlukları, duygu durum değişiklikleri, kooperasyonda bozulma gibi durumlar dikkate alınmalı ve gerekli müdahaleler yapılmalıdır [7, 8, 18, 23, 24].

Klinikte Deliryum Riskini Tanılama

Konsensus sırasında, sağlık çalışanlarının (n=84) deliryum risk faktörlerinin değerlendirme durumu incelendiğinde; %57'si risk faktörlerini değerlendirmediğini, %43'ü risk faktörü değerlendirmesi yaptığını bildirmiştir. Risk değerlendirmesi yapan sağlık çalışanlarının (n=47)" ne sıklıkla değerlendirme yaptığı" sorgulandığında; %49'u risk faktörlerine göre değerlendirdiğini, %28'i nadir değerlendirdiğini, %17'si her vardiya değerlendirdiğini, %6'sı ise günde bir kez değerlendirdiğini belirtmişlerdir.

Deliryumda erken tanı ve teşhis morbidite oranını azaltmaktadır. İleri dönem kanser hastaları hem kliniğe başvuruda hem de daha sonrasında düzenli olarak deliryum açısından değerlendirilmelidir. Acil müdahale edildiğinde geri dönüşümü olan ve önlenen bir durum olduğundan günde en az bir kez deliryum risk faktörleri değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir [4, 17, 25].

Deliryum Riskini Tanılamada 2017 Konsensus Kararı

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda:

1. Klinikte risk faktörlerinin her vardiya değerlendirilmesine %88 (n=78) katılımcının onayı ile karar verilmiştir.

Ayrıca katılımcılar deliryum sendromunun ani başlangıçlı olması, ne zaman ortaya çıkacağının bilinmemesi ve önceki vardiyada olan hastanın aniden semptom göstermesi açısından her vardiya değerlendirilmesi gerektiği savunulmuştur. Bunun yanı sıra her vardiya değerlendirme yapmaya gerek olmadığını düşünen diğer katılımcılara nedeni sorulduğunda; her vardiya yapılsa da 5 dakika sonra hastanın değişebileceği, bunun ön görülemez bir durum olduğu ve hastaya değişik sorular sorulduğunda hastanın daha fazla konfüze olabileceğini belirtmişlerdir. Her vardiya ya da her saat riskli olan hastaların yakından izlenmesi gerektiği ya da hasta yakınına değişikliklerin sorulması gerektiği öneri olarak getirilmiştir.

DELİRYUM TANILAMASI

Deliryumun, geri dönülmez beyin hasarı oluşturabileceği göz önüne alındığında tanılanması ve şiddetine yönelik araçların kliniklerde kullanılması gereklidir [1, 2]. Deliryumda; genel görünüm, davranış, konuşma, ilişki kurma, duygulanımda bozulmaların yanı sıra; bilinç, yönelim, dikkat, algı, bellek, soyut düşünme ve yargılamada bozulmalar nedeniyle her alana yönelik çoklu müdahalelerin yapılması deliryumun yönetimini kolaylaştıracaktır [26].

Deliryumun tanılanması ve değerlendirilmesi amacıyla kliniklerde birçok ölçme aracı kullanılmaktadır, ancak atlanmasının en büyük nedeni fark edilmemesi ve tanılamada kullanılan ölçme araçların uzun ve karmaşık olmasıdır [27].

Tanılamada Değerlendirme Aracı Kullanma

Konsensus sırasında, sağlık çalışanlarının (n=70) deliryum değerlendirmesinde özel bir değerlendirme ya da gözlem aracı kullanma durumu incelendiğinde; %90'ı herhangi bir değerlendirme aracı kullanmadığını, %10'u ise kullandığını bildirilmiştir.

Katılımcılara kullandıkları ölçek ya da gözlem araçları sorulduğunda; palyatif bakım ünitelerinde CAM'ın daha çok tercih edildiği, ekipten ekibe değişiklik gösterebildiği, devlet ya da üniversite hastanelerinde ise herhangi bir araç kullanılmadığı belirtilmiştir. Yoğun bakım ünitelerinde daha çok Glaskow Koma Skalasının dikkate alındığı öğrenilmiştir. Tartışma sırasında genel görüş olarak Deliryum hakkında bilginin yetersiz olduğu ve spesifik bir ölçme aracı ile değerlendirilmediği görülmüştür.

Deliryum değerlendirilmesinde oldukça çeşitli kullanılan gözlem ölçekleri ve değerlendirme araçları kullanılmaktadır. Kullanılan ölçeklerin karşılaştırılmasına dair çalışmalar yapılmıştır [28-35].

CAM-ICU (The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit) ve ICDSC'nin (Intensive Care Delirium Screening Checklist) karşılaştırıldığı bir çalışmada CAM-ICU'un yoğun bakım hastalarında yüksek duyarlılığa sahip olduğu bulunmuştur [28]. Deliryumun değerlendirilmesinde NuDESC'in (The Nursing Delirium Screening Scale) alternatif olarak kullanılabileceği, DDS'in (Delirium Detection Score) yeterli olmadığı için kullanılmaması gerektiği savunulmaktadır [29]. NEECHAM (The Neecham Confusion Scale) ile CAM-ICU skalası karşılaştırılmasında iki ölçeğinde de deliryum tanılanmasında eş değer tanılamaya sahip olduğu görülmektedir [30]. Başka bir değerlendirme aracı olan Ricmond Ajitasyon Skalası; acil serviste 406 hastada Deliryum'u değerlendirmek için kullanılması sonucu skalanın ≥%82 duyarlılık ve ≥%85 özgüllük gösterdiği görülmektedir [31]. Kullanılan diğer tanılama araçlarına bakıldığında; Konfüzyon Derecelendirme Skalası - Confusing Rating Scale için daha fazla doğrulanma gerektirdiği düşünülmektedir. Gözleme dayalı değerlendirilen DOCS (Delirium Observational Checklist), palyatif bakımdaki hasta grubunda geçerliliği olan bir ölçek gibi görünmesine rağmen daha çok çalışma yapılması gerektiği belirtilmektedir [32, 33] (Kanıt Düzeyi VI). CAM; hemşireler, medikal araştırmacılar ve eğitilmiş klinik ekip tarafından kullanılan bir araç olup, diğer klinik alanlarda ve dillerde yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Ancak CAM deliryumun şiddetini değerlendirme açısından sınırlı olup, bu bağlamda DRS ve MDDS önerilen ölçeklerdir [34] (Kanıt Düzeyi VI).

Kanserli hastaların semptomlarını değerlendirmede kullanılan Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği içinde yer alan Mini Mental Durum Değerlendirme Testi hastayı deliryum açısından değerlendirmede doğrulayıcı bir test olarak önerilmemekte, ancak ön değerlendirme açısından kullanılabilmektedir. Testin deliryum çalışmalarında duyarlılığı %84.1 ve özgüllüğü %73'tür [8, 35] (Kanıt Düzeyi I).

Palyatif bakımda ileri dönem kanser hastalarında CAM-ICU, Memorial Deliryum Değerlendirme Skalası (MDDS) ve Delirium Derecelendirme Skalası (DDS) palyatif bakım ve terminal dönem kanser hastalarında kullanılması önerilen ölçeklerdir. DDS ve MDS 10 soru olup 24 saatte bir;NuDESC 5 soru olup, her vardiya; CAM ise 9 soru olup değerlendirme zamanına ilişkin herhangi bir öneri getirilmemiştir (Tablo 9-1). CAM'ın 4 soruluk kısa formu ve yoğun bakım formu da mevcuttur. CAM-ICU ölçeği değerlendirildikten sonra ajitasyonu değerlendirmek için Ricmond Ajitasyon Skalasının da kullanılması gerekmektedir [6,34] (Kanıt Düzeyi I[6],VI[34]).

Bu doğrultuda palyatif bakımda kullanılan deliryumu değerlendirme ölçekleri tanılama kriterleri, duyarlılık, özgünlük, şiddeti ölçme durumu ve değerlendirme süresi açısından Tablo 9-2'de belirtilmiştir [6,34] (Kanıt Düzeyi I[6],VI[34]).

Tablo 9-1. Deliryumu Tanılamada Kullanılan Ölçeklerin İçeriklerinin Karşılaştırılması

Deliryum Derecelendirme Skalası	Memorial Deliryum Değerlendirme Ölçeği	NuDESC	CAM
10 soru, 24 saatte bir	10 soru, 24 saatte bir	5 soru, Her vardiyada	9 Soru
• Psikomotor etkinlik • Yönelim • Dikkat • Bellek • Algılama • Düşünce süreci • Düşünce İçeriği • Uyku-uyanıklık döngüsünde bozulma • Gün içi değişkenlik/dalgalanma • Duygudurumda dalgalanma	• Bilinçlilik • Yönelim • Yakın bellek • Rakam sayma • Dikkati sürdürme ve yönlendirme • Dağınık düşünce • Algısal • Sanrılar • Azalmış ya da artmış psikomotor etkinlik • Uyku-uyanıklık döngüsünde bozulma	• Oryantasyon bozukluğu • Uygunsuz davranış • Uygunsuz iletişim • İllüzyon-halüsinasyon • Psikomotor yavaşlama	• Akut başlangıçlı ve dalgalı seyir • Dikkatsizlik/ Dalgalı • Düşünce sürecinde bozulma • Bilinç düzeyinde değişiklikler • Oryantasyonda bozulma • Bellekte bozulma • Algıda bozulma • Psikomotor ajitasyon • Psikomotor retardasyon • Uyku-uyanıklık döngüsünde bozulma

Tablo 9-2. Kanser hastalarında kullanılan Deliryum Değerlendirme Ölçeklerinin Karşılaştırılması

Ölçekler	Duyarlılık, %	Özgünlük, %	Şiddeti Ölçme	Değerlendirme
• Deliryum Derecelendirme Ölçeği	61- 98	80 - 98	Evet	~10 dakika
• Memorial Deliryum Değerlendirme Ölçeği	93 - 95	68 - 97	Evet	~10 dakika
• Konfüzyon Değerlendirme Skalası (CAM)	96 -100	88 - 100	Hayır	>5 dakika
• Hemşire Deliryum Tarama Ölçeği (Nu-DESC)	86 - 96	79 - 87	Evet	1-2 dakika

Kanserli hastalarda en sık kullanılan iki ölçek yoğun bakımlarda CAM-ICU ve MDDS'dır. MDDS yoğun bakımında yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahip ve terminal dönem kanser hastalarında geçerliliği olan bir ölçektir [9, 36-38]. DSM-IV kriterleri doğrultusunda hazırlanan, biliş, nöropsikiyatrik semptomlar ve deliryumun şiddetini de ölçen MDDS kullanılması palyatif dönemdeki hastalarda uygundur. Literatür taraması doğrultusunda Memorial Değerlendirme Ölçeğinin geçerlilik güvenirlik çalışması ülkemizde yayınlanmamış bir tez çalışmasında yapılmış olup, klinik uygulamada kullanılmaktadır. Kesme puanı 13 olup, daha düşük kesme puanı (7) ile de değerlendirilebilmektedir [36]. CAM diğer ölçekler ile karşılaştırıldığında; özgünlük ve duyarlılık açısından da diğer ölçeklere göre en üstün ölçek olduğu görülmektedir [6] (Kanıt Düzeyi I). Tanılama araçları ile deliryum açısından değerlendirilen hastalar deliryumun varlığı saptandığında, konsültasyon liyezon psikiyatri ekibi tarafından kesin tanı için değerlendirilmelidir.

Deliryumu Tanılama 2017 Konsensus Kararı

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda:

1. Klinikte değerlendirme aracı olarak birinci sırada CAM Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği (n=45;%52), ikinci sırada Hemşire Deliryum Tarama Skalası (NuDESC) (n=27; %31) kullanılmasına karar verilmiştir.

Katılımcıların konu ile ilgili görüşü alındığında; CAM'in tanı için uygun bir ölçek olduğu, tüm dünya da ve yoğun bakımda sık kullanıldığı belirtilmiştir. Deliryum riski açısından semptom değerlendirilmesinde en göze çarpan semptom olan yönelim bozukluğunun gözlenmesi üzerinde durulmuştur. Semptomlara yönelik klinisyenin de tanılama yapması gerektiği bildirilmiştir.

DELİRYUMUN YÖNETİMİ

Çok bileşenli (Multi-component) Yaklaşımlar

Çok bileşenli yaklaşımlar, deliryum yönetiminde kullanılan çok boyutlu müdahalelerdir. Bu bileşenler; ekibin eğitimini, oryantasyon protokolünü, algısal bozulmalardan kaçınmayı, çok ekipli çalışmayı, uyku protokolünü, erken mobilizasyonu, hidrasyonu, beslenmeyi, oksijen alınımını, ağrı kontrolünü ve gerekli olmayan ilaçların azaltılmasını içerir [39] (Kanıt Düzeyi I). Farklı çalışmalarda araştırmacıların bu bileşenlerden bazılarını ele alarak kendi çoklu bileşenlerini oluşturdukları görülmüştür[39-43]. Çok bileşenli yaklaşımlar, palyatif dönemde olmayan yaşlı hasta grubunda da kullanılmış ve deliryumun prevelansını azalttığı görülmüştür [44-47].

Hastalarda değiştirilebilir risk faktörleri olan dehidratasyon, ağrı, beslenme, hareketlilik gibi etiyolojik nedenlere odaklanan ve deliryum üzerindeki etkisini azaltmayı amaçlayan çok bileşenli yaklaşımların, deliryumu önlemede etkili olduğu ve maliyetinin de düşük olduğu belirtilmektedir [40,41,48-51] (Kanıt Düzeyi I[40,51], II[41], V[48]). Palyatif dönemdeki hastalarda deliryumu önleme ve tedavisine yönelik non-farmakolojik çalışmalar kısıtlı olup, literatürde bu tarz çalışmalara ihtiyaç vardır.

Deliryumu Önlemede Oryantasyonun Sağlanması

Deliryumun yönetiminde çoklu bileşenlerin biri olan oryantasyonun sağlanması; sağlık çalışanları tarafından kabul edilen, konfüzyonu azaltan ve hastalarla iletişimi arttıran bir yöntemdir. Oryantasyonun sağlanmasında hastanın "şimdi ve burada" ya odaklaması sağlanmalı, ancak hem hasta yakını zorlanmamalıdır [52].

Deliryum Önlenmesinde Oryantasyonun Kullanımı

Konsensus sırasında, sağlık çalışanlarının deliryum önlenmesinde oryantasyon sağlamaya yönelik aktivitelerini belirlemede sorulan sorular doğrultusunda; %59'u (n=87) klinikte takvim, saat, radyo gibi materyalleri bulundurduğunu, sağlık çalışanlarının (n=90) hastanın oryantasyonunu sağlamada %96'sı çevreyi/ortamı tanıttığını, %96'sı (n=76) kişiye oryantasyonu sağlamak için kendini ve diğer ekip üyelerini tanıttığını, %48'i ise (n=30) deliryum riski olan hastada aile ziyaret saatini fazlalaştırdığını bildirmiştir.

Katılımcıların oryantasyon yönetimine yönelik görüşleri alındığında; hemşire olarak ziyaret saatlerinin uzatılması gerektiğini ancak bu konuda yetkili olmadıklarını ifade ettikleri görülmüştür.

Oryantasyon ile ilişkili olarak mümkünse hastayla sürekli aynı hemşirenin ilgilenmesi sağlanmalıdır [23]. Hemşire her gün, günlük çalışma zamanının başlangıcında hastayı oryante etmek için kendini tanıtmalıdır [43,53] (Kanıt Düzeyi I[53], III[43]).

Klinikte takvim, saat, cep telefonları, radyo, gözlük ve işitme cihazı sağlanmalı [41-43] (Kanıt Düzeyi II[41], III[42,43]), her vardiyada tekrar oryante edilmeli, endişeleri hakkında konuşmak için günlük vizit yapılmalı [42] (Kanıt Düzeyi III) ve vital bulguları rutin olarak takip edilmelidir.

Deliryumun önlemesine yönelik yapılabilecek düzenlemeler Şekil 9-1'de özetlenmiştir.

Deliryumu Önlenmede Oryantasyon 2017 Konsensus kararı

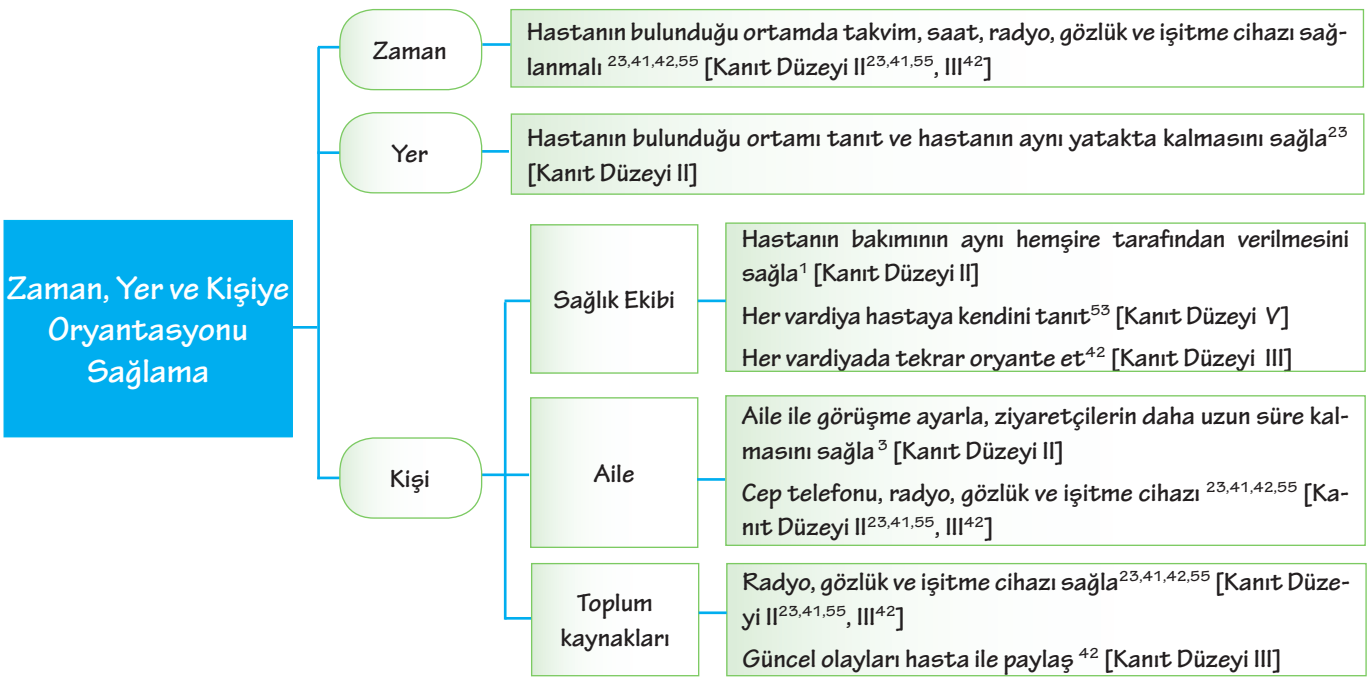
Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda %95 (n=99) katılımcı onayı ile deliryumun önlenmesinde oryantasyonu sağlamaya yönelik algoritmanın (Şekil 9-1) kullanılabileceğine karar verilmiştir.

Deliryumu Önlemede Çevresel Düzenlemeler

Deliryumun yönetiminde çoklu bileşenlerin bir boyutu olan çevresel düzenlemeler; ısı, ışık, ses ve tedavi saatlerinin düzenlenmesine yönelik girişimleri içermektedir.

Çevresel düzenlemelerde; oda ısına yönelik herhangi bir çalışmaya rastlamamıştır. Literatürde kliniklerde oda sıcaklığının 21-26°C±3°C ve nemin %30-60 olması gerektiği vurgulanmaktadır [54] (Kanıt Düzeyi VII).

Hastaya ait görme ve işitme cihazları gibi duyusal cihazların hastanın yakınında tutulması [23,41,55] (Kanıt Düzeyi II), uyku düzenine yönelik ışığın gündüz doğal olması, akşam daha aza indirilmesi ve sesin azaltılması, uykuya dalarken varsa göz bandı, kulak tıkacı takılması [23,42,55] (Kanıt Düzeyi II[23,55], III[42]), tedavilerin gece en aza indirgenmesi [23,42] (Kanıt Düzeyi II[23], III[42]), beslenme düzenine yönelik tepsinin düzenlemesi, gıdaların ambalajını hastanın açmasının sağlanması, menü içeriğinin se-



Şekil 9-1. Deliryumun Önlenmesinde Oryantasyonun Sağlanması

Deliryum Önlenmesinde Çevresel Düzenlemelerin Kullanımı

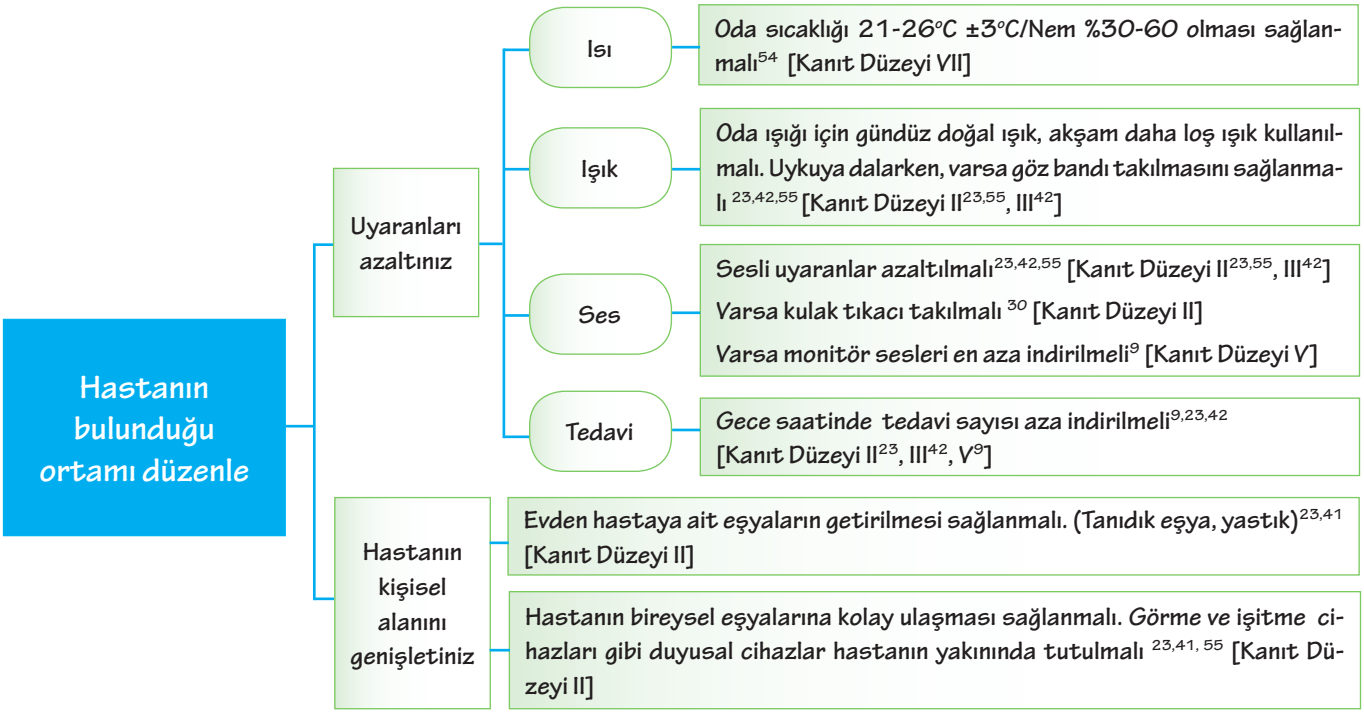
Konsensus sırasında, sağlık çalışanlarının deliryumun önlenmesindeki çevresel düzenlemelerine bakıldığında; deliryum riski olan hastada %80'i (n=53) çevre düzenlemesi yaptığını, %76'sı (n=47) gündüz klinikte doğal ışık, gece de loş ışık sağladığını, %84'ü (n=48) sesli uyaranları azalttığını, %43'ü (n=26) gece vardiyalarında tedaviyi en aza indirdiğini, %85'i (n=52) hastanın evden sevdiği eşyalarını getirmesine izin verdiğini ve %89'u (n=47) hastanın görme ve işitme cihazlarını hastanın yakınında bulundurduğunu bildirmiştir.

Katılımcıların konuyla ilgili görüşleri alındığında yapılan uygulamaların hem ülkemizde hem de yurt dışında yapıldığı, ama bu uygulamaların deliryumu önleme amaçlı değil, klinik rutinler uygulandığı belirtilmiştir. Deliryum bilgisinin ve farkındalığının yetersiz olması üzerinde durulmuştur.

çilmesine yardım etmesinin sağlanması, dehidratasyona yönelik sıvı alımı için cesaretlendirilmesi, sıvı kullanımında hastanın aktif tutulması [42] (Kanıt Düzeyi III), evden tanıdık eşya ve yastığın getirilmesi [23, 41] (Kanıt Düzeyi II), ziyaretçilerin daha uzun kalmasının sağlanması (5 saat) [41] (Kanıt Düzeyi II) gibi müdahalelerin deliryum prevelansını azalttığı belirtilmektedir. Bu doğrultuda yapılan çalışmalar sonucu Şekil 9-2'de hastanın bulunduğu ortama yönelik düzenlemeler verilmiştir.

Deliryumu Önlenmede Çevresel Düzenleme 2017 Konsensus Kararı

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda %96 (n=102) katılımcı onayı ile deliryumun önlenmesinde çevresel düzenlemelere yönelik algoritmanın (Şekil 9-2) kullanılabileceğine karar verilmiştir.



Şekil 9-2. Deliryumun Önlenmesinde Çevresel Düzenlemeler

Deliryumun Önlenmesinde Beslenme ve Sıvı Alımının Takibi

Deliryumun risk faktörlerine bakıldığında; dehidratasyon, anemi, beslenmede azalma, vitamin eksikliği, hipervolemi, hipo-hipernatremi gibi etkenler görülmektedir. Bu doğrultuda dehidratasyon ve beslenme sürecine yönelik takiplerin yapılması gerekmektedir. Palyatif dönemdeki hastalarda, deliryumun önlenmesinde ve yönetilmesinde beslenme ile ilgili çalışmalara literatürde rastlanmamıştır. Çok bileşenli yaklaşımlarda, hastanın kendi kendine beslenmesi ve aldığı-çıkardığı sıvı takibine göre sıvı dengesine bağlı olarak sıvı almasına yönelik uygulamalar mevcuttur.

Deliryum Önlenmesinde Beslenme ve Sıvı Takibinin Kullanımı

Konsensus sırasında, hemşirelerin beslenme ve sıvı takibine yönelik önleme uygulamaları incelendiğinde; %89'u (n=65) hastayı kendi kendine beslenmesi için teşvik ettiğini, %48'i (n=31) deliryum riski olan hastada sıvı takibi yaptığını bildirmiştir.

Konu tartışmaya açıldığında; deliryum sendromu gelişen hastanın ne kadar sıvı aldığını ifade etmesinde zorluk yaşanacağı için hemşirelerin ve hasta yakınlarının hastalarının sıvı takibinde sorumluluk alması gerektiği üzerinde durulmuştur.

Beslenme ve sıvı alımına yönelik çalışmalar incelendiğinde; deliryumu önlemede dehidratasyon yönetimine yönelik 2 deneysel çalışmaya ulaşılmıştır.

Lokal metastazı olan ileri evre kanser hastalarında günde 1 defa 1000 mL sıvı alımı, günde 1 defa 100 mL ile karşılaştırıldığında yüksek volüm sıvı alan grupta 4. ve 7. günlerde oryantasyonda daha az bozulma olduğu belirtilmiştir [56], Kanıt Düzeyi III.

Palyatif dönem hastaları ile yapılan başka bir çalışmada da ileri evre kanser hastalarında yüksek volüm sıvı alan hastalarda düşük volüm sıvı alan hastalara göre ajitasyon skorunun ve hiperaktif deliryum prevalansının daha az olduğu bulunmuştur [57], Kanıt Düzeyi III.

Bu bağlamda hemşire olarak hastaların dehidratasyon açısından kliniklerde sıvı takibinin yapılması ve sıvı volümü düşük olan hastaların hekime bildirilerek sıvı desteği alması sağlanmalıdır.

Deliryumun risk faktörleri açısından dehidratasyonun önemi açıktır. Fakat bu alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde; dehidratasyon ve beslenmeye yönelik sınırlı sayıda araştırmaya ulaşılmıştır. Çok bileşenli yaklaşımları içeren çalışmaların içeriğinde; beslenme ve sıvı alımına teşvik amaçlı yöntemler kullanılmaktadır. Çalışmalardan elde edilen sonuçlar doğrultusunda Şekil 9-3'de hastanın beslenme ve sıvı alımına yönelik bileşenler sunulmuştur.

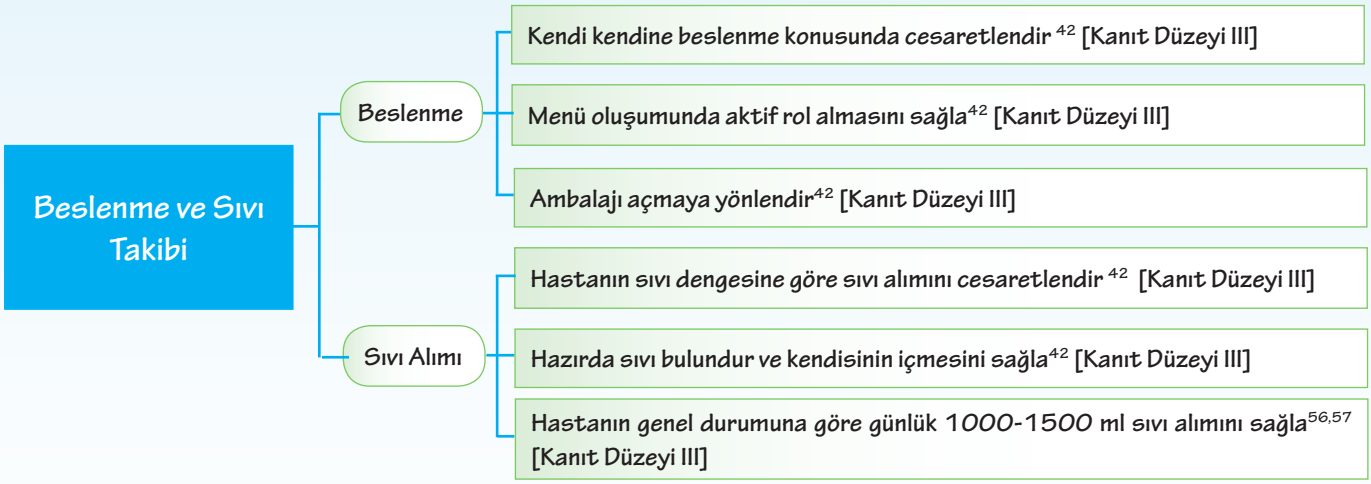
Beslenme ve Sıvı Takibi 2017 Konsensus Kararı

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda %93 (n=69) katılımcı onayı ile: Deliryumun önlenmesinde sıvı ve beslenme takibine yönelik algoritmanın (Şekil 9-3) kullanılabileceğine karar verilmiştir.

Duyguların İfadesi ve Kognitif Aktiviteler

Deliryum tablosunda bozulan alanlardan biri de bilişitir. Çoklu bileşenli yaklaşımlarda yapılan uygulamalarda amaç hastayı aktif tutmak ve bilişsel süreçte gerilemeyi önlemektir. Bu yöntemlerle hastanın hem oryantasyonu sağlanmış hem de duygularını ifade etmesi kolaylaştırılmış olacaktır [42,58] (Kanıt Düzeyi II[58], III[42])

Bilişsel gerilemeyi önlemek için terapotik aktiviteler, bilişsel uyarıcı oyunlar, hatırlatmalar kullanılmalı, gazete okuma ve güncel olaylar hakkında



Şekil 9-3. Deliryum Önlenmesinde Beslenme ve Sıvı Takibi

konuşma yapılmalı, vital bulgu takibi [42] Kanıt Düzeyi III) ve hastaya uygunsa günlük tutturma önerilmelidir (Şekil 9-4) [58] (Kanıt Düzeyi II).

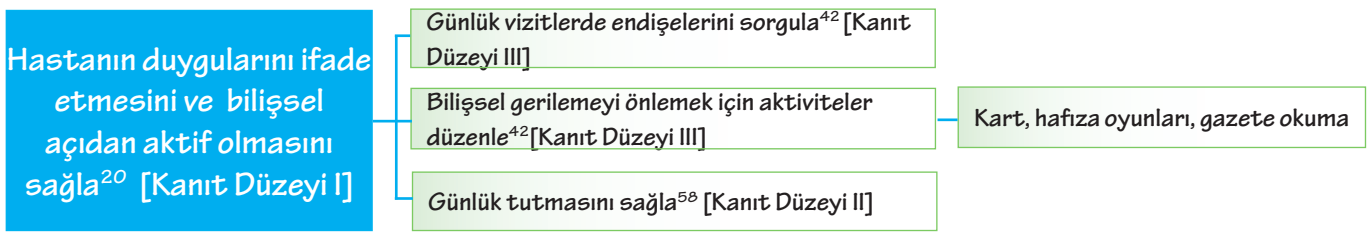
Çalışmalardan elde edilen sonuçlar doğrultusunda Şekil 9-4'te hastanın duygularını ifade etmesi ve kognitif aktiviteler yönelik bileşenler sunulmuştur.

Deliryum Önlenmesinde Duyguların İfadesi ve Kognitif Aktivitelerin Kullanımı

Konsensus sırasında, duyguların ifadesine ve kognitif aktivitelere yönelik uygulamalar incelendiğinde; %57'si (n=27) hastaların duygularını ifade edeceği aktiviteler yaptığını, %31'i (n=16) kart oyunları, gazete okuma, hafıza oyunları, günlük tutma gibi aktiviteler yaptığını bildirmiştir.

Duygularını ifade etmesi ve kognitif aktiviteler 2017 Konsensus Kararı

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda %93 (n=64) katılımcı onayı ile Deliryumun önlenmesinde duygularını ifade etmesi ve kognitif aktiviteler yönelik algoritmanın (Şekil 9-4) kullanılabileceğine karar verilmiştir.



Şekil 9-4. Deliryum Önlenmesinde Duyguların İfadesi ve Kognitif Aktiviteler

Hastaya ve Hasta Yakınına Yönelik Eğitim

Kanser hastalarında palyatif dönemde deliryum esnasında yaşanan psikomotor ajitasyon, geçici ya da kalıcı oryantasyon bozukluğu, delüzyonlar, halüsinasyonlar sadece hastaya değil, hasta yakınına da distres yaratan klinik bir tablo olduğu için dikkatle değerlendirilmesi gerekir [53, 56, 59, 60](Kanıt Düzeyi I[53] ,III[56], VI[59,60]). Bu tarz bir klinik tablo ile karşılaşıldığında ailenin duygusunu ifade etmesine yönelik görüşmeler, deliryumun semptomları, nedenleri, tedavisi, deliryum ile baş etme gibi alanlara yönelik psiko-eğitimlerin düzenlenmesi hasta yakınlarının yararına faaliyetlerdir [61] (Kanıt Düzeyi III).

Deliryum Önlenmesinde Hasta/Hasta Yakının ve Sağlık Çalışanlarının Eğitimi

Konsensus sırasında, hasta/hasta yakınına ve sağlık çalışanına yönelik eğitim değerlendirmesi incelendiğinde; %38'i eğitim vermediğini, %99'u ise sağlık çalışanlarına eğitim verilmesi gerektiğini bildirmiştir.

Eğitim içeriği, hasta ve yakınına verilmek üzere akut konfüzyonel sendromların etkileri, klinik özellikler ve prognoz konusundaki temel bilgileri içermelidir. Eğitimler 10 dakikalık kısa eğitimler şeklinde olmalıdır [41] (Kanıt Düzeyi II). NCCN'in (2016) palyatif bakım rehberinde de deliryum geliştikten sonra hastanın deliryumua yönelik aldığı farmakolojik girişimlerden sonra tekrar değerlendirilmesinde hastanın ve ailenin distresinin azaltılması önemlidir [21] (Kanıt Düzeyi I).

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Eğitim

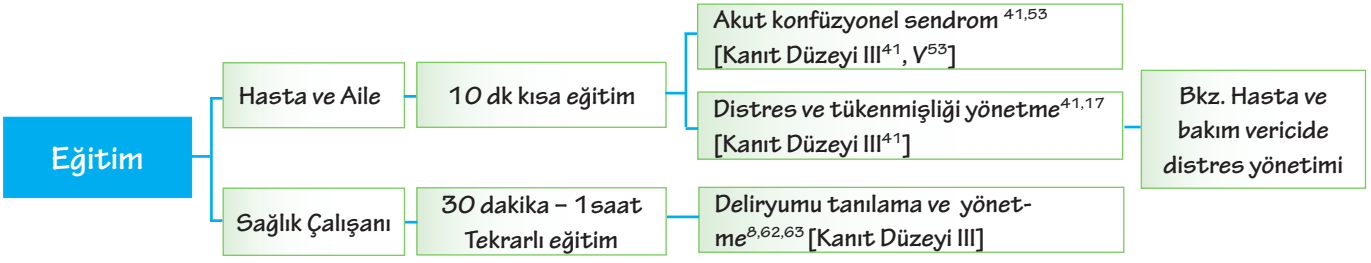
Deliryum risk faktörlerinin bilinmesine rağmen, tanılanması ve değerlendirilmesinde hatta yönetiminde yetersizlikler olduğu görülmektedir [4, 11-16]. Deliryumun risk faktörlerine, önlemeye, değerlendirmeye ve yönetmeye yönelik eğitimlerde hemşirelerin farkındalığının olduğu görülmektedir [62].

Sağlık çalışanlarına yönelik yapılan çalışmalarda, deliryumu tanımaya ve yönetmeye yönelik eğitimlerin 30 dakika ile1 saat aralığında yapılan tekrarlı eğitimlerle deliryuma yönelik bilginin arttığı ve yönetiminin kolaylaştığı belirtilmiştir [9, 62, 63].

Çalışmalardan elde edilen sonuçlar doğrultusunda Şekil 9-5'de hastanın/hasta yakının ve sağlık çalışanın eğitimine yönelik bileşenler sunulmuştur.

Deliryumu önlemeye yönelik eğitim 2017 Konsensus Kararı

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda %95 (n=80) katılımcı onayı ile deliryumun önlenmesinde eğitime yönelik algoritmanın (Şekil 9-5) kullanılabileceğine karar verilmiştir.



Şekil 9-5. Deliryum Önlenmesinde Eğitim

Çok Bileşenli Yaklaşımlarda Araştırmalar

Çok bileşenli deliryum önleme programlarının uygulanmasının herhangi bir zararı ya da yan etkisi olmadığı bildirilmektedir. Bu nedenle, palyatif bakımda deliryum yönetiminde yukarıda bahsi geçen non-farmakolojik müdahalelerin rutin bakıma yerleştirilmesi önemlidir [53].

Guo ve arkadaşlarının 2016 yılında oral kavite kanser tanısı alan 91 deney, 91 kontrol grubu yaşlı hastalarla yaptığı çalışmada, çok bileşenli nonfarmokolojik müdahalelerin ajitasyon ve post deliryum insidansında azalmaya neden olduğu belirtilmektedir [55], (Kanıt Düzeyi II). Çalışmada çok bileşenli uygulama olarak, hastalara yoğun bakım ve ekipmanlar hakkında bilgilendirme yapılarak, oryantasyon eğitimi kapsamında takvim, saat ve görme cihazları anlatılmıştır. Kliniklerde alarm sisteminin çeşitli uyarı tonları yumuşak olması için modüle edilerek gürültü mümkün olduğu kadar azaltılmıştır. Gün boyunca oda doğal ışık ile gece de düşük ışıkla aydınlatılarak uyku-uyanıklık döngüsünün düzene girmesi sağlanmıştır. Saat 23-05 arası hemşirelik prosedürleri en aza indirilmiştir. Göz bandı ve akustik kulaklık sağlanmıştır. Hastanın durumu uyunsa kalıcı katater ya da kısıtlayıcı bantlar uygulanmamıştır. Ameliyat sonrası yatak başında mp3 çalar ile kulaklıkla günde 3 kez 1 saat hafif müzik dinletilmiştir. Post-op dönemde uygulanan bu girişimlerin hastanın ajitasyonunda ve deliryum insidansında azalma sağladığını göstermiştir [54] (Kanıt Düzeyi II).

Zaubler ve arkadaşlarının 2013 yılında 595 hasta yaşlı hastalar ile yaptığı çalışmada çok bileşenli yaklaşımda deliryumda azalma olduğu görülmektedir. Çok bileşenli girişim olarak hastalar tekrarlı yer, zaman ve kişiye oryante edilmiş, soru sormalarına ve endişeleri hakkında konuşmaya fırsat verilmiş, konfüzyonu minimuma indirmek için hemşireler her gün vizit yapmıştır. Bilişsel uyarıcı oyunlar, hatırlatmalar, gazete okuma, olaylar hakkında tartışma gibi terapotik aktiviteler düzenlenmiştir. Tepsiyi düzenleme, gıdaların ambalajını açtırma, menüye yardım etme, sıvıyı dökmesini sağlama gibi beslenmesini cesaretlendirecek girişimler uygulamışlardır. Sıvı alımını cesaretlendirmek ve dehidratasyonu önlemek için sıvıyı kendisinin dökmesini sağlama ve sıvının hazırda olmasını gibi uygulamalar yapmışlardır [55] (Kanıt Düzeyi III).

Martinez ve arkadaşlarının 2012 yılında kanser hastalarını da içeren 144 deney-143 kontrol grubu hasta ile deliryumu önleme üzerine yaptığı çalışmada, eğitim, oryantasyon ve çevre düzenlemesi üzerine yapılan uygulamaların kontrol grubuna göre deliryumu önlemede etkili olduğu bulunmuştur [42] (Kanıt Düzeyi II).

Gagnon ve arkadaşlarının 2012 yılında terminal dönemde bakım alan 674 deney, 842 kontrol grubu kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada ise çok bileşenli müdahalenin normal bakım alan deney grubuna göre, deliryum sıklığını azaltmada etkili olmadığı belirtilmiştir [43]. Abraha ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı 31 çalışma ile ilgili meta analiz sonucunda; çok bileşenli yaklaşımların deliryumu önlemede etkili, fakat tedavisinde etkili olmadığı rapor edilmektedir [43] (Kanıt Düzeyi II).

Hshieh ve arkadaşlarının 2015 yılında çok bileşenli nonfarmakolojik deliryum girişimlerinin etkisini incelediği bir meta analiz çalışmasında ise, 4267 hastada yapılan uygulamaların deliryum insidansında %53 azalma sağladığı bildirilmiştir. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlara dayanarak araştırmacılar, çok bileşenli uygulamaların deliryumun önlenmesinde kullanılabileceğini ifade etmiştir [40] (Kanıt Düzeyi I).

Deliryumun Yönetiminde Etyolojinin Değerlendirilmesi

Deliryumun başlıca nedenleri arasında ağrı, malnutrisyon, enfeksiyon, dehidratasyon, hipoksi, çoklu ilaç kullanımı, çoklu katater kullanımı ve ortam de-

ğişimi görülmektedir. Palyatif dönemdeki hastaların çoğunda deliryum sendromunu tetikleyen nedenler yer almaktadır. Bu doğrultuda Şekil 9-6'da deliryumu tetikleyen nedenlerin yönetimi verilmiştir.

Etyolojiyi Değerlendirilme 2017 Konsensus Kararı

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda %94 (n=81) katılımcı onayı ile deliryumun tanılama ve yönetiminde nedenlere yönelik algoritmanın (Şekil 9-6) kullanılabileceğine karar verilmiştir.

DELİRYUMUN YÖNETİMİNDE FARMAKOLOJİ

NCCN (2016) tedavi protokolüne göre, hekim istemi ile şiddetli deliryumu olan hastada (ajitasyon) steroid, antikolinerjik, benzodiyazepin gibi ilaçların en aza indirilmesi öncelikli girişimlerdendir [21] (Kanıt Düzeyi I). Protokole göre haloperidol 0.5-2 mg dozunda IV olarak verilmektedir. Alternatif ajan olarak olanzapine 2.5-7.5 oral/konsantre, chlorproazine 25-100 mg oral/rektal/IV yoldan uygulanabilmektedir. Orta ya da hafif düzeyde deliryumda ise hastaya haloperidol 0.5-2 mg dozda oral olarak, alternatif ajan olarak da risperdone (0.5-2 mg), olanzapine (5-20 mg) oral yolla, quetiapine fumarate (25-200 mg) oral ya da konsantre uygulanabilir. Deliryumun farmakolojik tedavisinde hemşirenin görevi antipsikotik ilaçları bilmek, tedavi sürecini takip etmek ve yan etkileri açısından hastayı gözlemektir.

Deliryumu Tetikleyen Neden		
Ağrı	Farmakolojik ve non-farmakolojik yaklaşımlar planlanmalı[21] [Kanıt Düzeyi I]	Bkz. Ağrı Yönetimi
Malnutrisyon	Hastanın gıda alımı düzenlenmeli	Bkz. Anoreksi / Kaşeksi Yönetimi
Enfeksiyon	Hekim istemi ile kültür alınmalı	Hekim istemi ile antibiyotik tedavisi planlanmalı
Dehidratasyon	Aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapılmalı	Hekim istemi ile sıvı replasmanı planlanmalı[56,57] [Kanıt Düzeyi III]
Hipoksi	Saturasyon takibi yapılmalı SPO_2 <%90	Bkz. Dispne Yönetimi
Çoklu İlaç	Hekim istemi ile kullanımı gerekli olmayan ilaçlar kesilmeli[21] [Kanıt Düzeyi I] KLP konsultasyonu ile başlanan ilaçların yan etkileri takip edilmeli[21] [Kanıt Düzeyi I]	
Çoklu kateter	Kullanımı gereksiz katater/-ler çıkartılmalı[21] [Kanıt Düzeyi I]	
Ortam değişimi	Oryantasyonu sağlanmalı ve çevre düzenlenmeli	Şekil 9-1. Oryantasyonu Sağlama

Şekil 9-6. Deliryumda Nedene Yönelik Yaklaşım

Deliryum Tedavisinde İlaç Takibi 2017 Konsensus Kararı

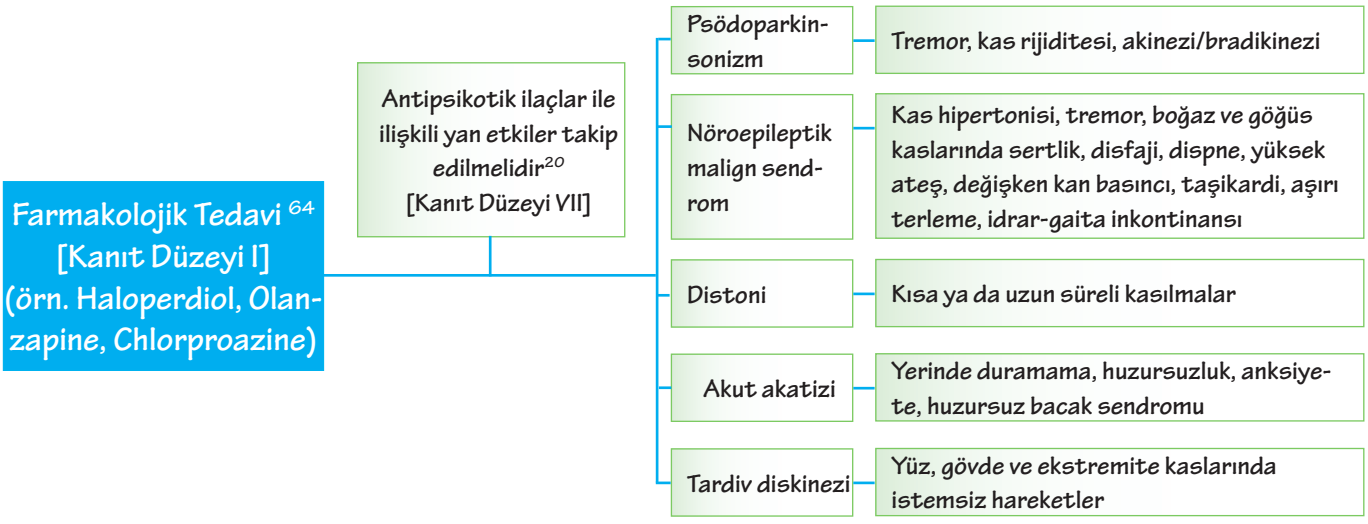
Konsensus sırasında, deliryumun tedavi sürecinde kullanılan ilaçların takibi incelendiğinde; %74'ü (n=43) ilaçların yan etkisini takip etmediğini belirtmiştir.

Antipsikotik kullanımında antikolinerjik, ekstrapiramidal, hormonal, kardiyovasküler ve hematolojik olarak görülebilen yan etkilerin takibi hemşirelerin sorumluluklarındandır.Yan etkilerin çoğu geçici ve tehlikesizdir [64]. Ekstrapramidal sisteme yönelik yan etkiler, psödoparkinsonizm, nöroepileptik malign sendrom, distoni, akut akatizi, akinezi, tardivdiskinezi olarak karşımıza çıkmaktadır. Psödoparkinsonizmde; tremor, kas rijiditesi, akinezi/bradikenizi Karşımıza çıkmaktadır. Nöroepileptik malign sendrom, çok sık görülmeyen, ama tehlikeli bir tablodur. Yaygın kas hipertonisi, tremor, boğaz ve göğüs kaslarında sertlik, disfaji ve dispne ile karakterizedir. Akut distonide, hastada kısa ya da uzun süreli kasılmalar görülmekte;akut akatizide; hastada huzursuzluk, anksiyete, bacak sallama gibi belirtiler karşımıza çıkmaktadır. Tardivdiskenezi ise yüz, gövde ve ekstremite kaslarında istemsiz hareketlerdir. Sonuç olarak, bu bağlamda görülen yan etkilerin hemşireler tarafından izlenmesi son derece önemlidir. Ekstrapramidal yan etkiler görüldüğü zaman ilaç dozu azaltılmalı ya da kesilmeli, yan etkisi daha az olan bir ilaçla değiştirilmesi önerilmelidir [65].

Literatür bilgisi doğrultusunda antipsikotik ilaçların yan etki takibine yönelik Şekil 9-7'da rehber oluşturulmuştur.

Deliryumda İlaç Yan Etki Takibi 2017 Konsensus Kararı

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda %96 (n=64) katılımcı onayı ile deliryumun yönetiminde yan etki takibine yönelik algoritmanın (Şekil 9-7) kullanılabileceğine karar verilmiştir.



Şekil 9-7. Deliryumda Nedene Yönelik Yaklaşım

KAYNAKLAR

1. Reifsynder J. End-of-Life Care. In. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH, Townsend MC, Gould B. eds. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing, 10 th ed. Lippincott, Williams & Wilkins, 2008. p.369-398.
2. Degler M.A. Health Care of the Older Adult In. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH, Townsend MC, Gould B. eds. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing, 10 th ed. Lippincott, Williams & Wilkins, 2008. p. 188-213.
3. Meagher DJ, Leonard M., Donnelly S, Conroy M., Adamis D, Trzepacz PT. A longitudinal study of motor subtypes in delirium: relationship with other phenomenology, etiology, medication exposure and prognosis. J Psychosom Res 2011; 71(6): 395-403.
4. Karakaş SA., Okanlı A. Deliryum ve Hemşirelik Bakımı. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics 2016; 2(1): 21-26.
5. Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF., Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, Van Gool WA. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. JAMA 2010; 304(4): 443-451.
6. Hosie A, Davidson PM, Agar M, Sanderson CR, Phillips J. Delirium prevalence, incidence, and implications for screening in specialist palliative care inpatient settings: a systematic review. Palliat Med 2013; 27(6): 486-498.
7. Şenel G, Uysal N, Oğuz G, Kaya M, Kadioullari N, Koçak N, Karaca, S. Delirium Frequencyand Risk Factors Among Patients With Cancer in Palliative Care Unit. Am J Hosp Palliat Care 2015; 34(3), 282-286.
8. Güner P, Geenen O. (2007). Atlanması Kolay Bir Bozukluk: Deliryum. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 11(1): 37-46.
9. Kang JH, Shin SH, Bruera E. Comprehensive approaches to managing delirium in patients with advanced cancer. Cancer Treat Rev 2003; 39(1), 105-112.
10. Kırpınar İ. Dahili ve Cerrahi Tıpta Deliryumun Değerlendirilmesi ve Yönetimi: Bir Gözden Geçirme (Assessing and Managing Delirium in Surgical and Internal Medicine: an Overview). Bezmialem Science 2016; 3: 113-22
11. Bellelli G, Morandi A, Zanetti E, Bozzini M, Lucchi E, Terrasi M, et al. Recognition and management of delirium among doctors, nurses, physiotherapists, and psychologists: an Italian survey. Int Psychogeriatr 2014; 26(12):2093-102.
12. Speed G. The Impact of a Delirium Educational Intervention With Intensive Care Unit Nurses. Clin Nurse Spec 2015; 29(2): 89-94.
13. Rice KL, Bennett M, Gomez M, Theall KP, Knight M, Foreman MD. Nurses' recognition of delirium in the hospitalized older adult. Clin Nurse Spec 2011; 25(6): 299-311.
14. Gesin G, Russell BB, Lin AP, Norton HJ, Evans SL, Devlin JW. Impact of a delirium screening tool and multifaceted education on nurses' knowledge of delirium and ability to evaluate it correctly. Am J Crit Care 2012; 21(1):e1-e11.
15. Steeg L, IJkema R, Langelaan M, Wagner C. Can an e-learning course improve nursing care for older people at risk of delirium: a stepped wedge cluster randomised trial. BMC Geriatr 2014; 14(1): 1-8.
16. Agar M, Draper B, Phillips PA, Phillips J, Collier A, Harlum J, Currow D. Making decisions about delirium: a qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry, and oncology. Palliat Med 2012; 26(7): 887-896.
17. Uchida M, Okuyama T, Ito Y, Nakaguchi T, Miyazaki M., Sakamoto M, et al. (2015). Prevalence, course and factors associated with delirium in elderly patients with advanced cancer: a longitudinal observational study. Jpn J Clin Oncol 2015; 45(10): 934-940.
18. Schofield I. Delirium. In. Neno R, Aveyard B, Heath H, eds. Older People and Mental Health Nursing: A Handbook of Care. 1st ed. Blackwell Publishing, 2007. p.168-180.
19. LeGrand SB. Delirium in palliative medicine: a review. J Pain Symptom Manage 2012; 44(4): 583-594.
20. Küçük L, Kaya H. Koroner Yoğun Bakım Sürecinde Yaşanan Psikiyatrik Bir Durum: Deliryum Ne Kadar Tanıyoruz?. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2011; 4(1): 161-166.
21. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Clinical Practice Guidelines in Oncology, 2016.

22. Korc-Grodzicki B, Root JC, Alici Y. Prevention of postoperative delirium in older patients with cancer undergoing surgery. J Geriatr Oncol 2015; 6(1):60-69.

23. Moon KJ, Lee SM. The effects of a tailored intensive care unit delirium prevention protocol: A randomized controlled trial. Int J Nurs Stud 2015; 52(9):1423-1432.

24. Olson, T. Delirium in the intensive care unit: Role of the critical care nurse in early detection and treatment. Dynamics 2012; 23(4):32–36.

25. Ljubisavljevic V, Kelly B. Risk factors for development of delirium among oncology patients. Gen Hosp Psychiatry 2003; 25(5): 345-352.

26. Öztürk OM, Uluşahin AN. Nörobilişsel Bozukluklar. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.13. Baskı. Ankara: Bayt Yayın, 2015, p.485-493.

27. Brown M, Hardy K. Delirium: assessment and treatment of patients with cancer. Br J Nurs 2016; 25(4): 4-9.

28. Van Eijk MM, Van Marum RJ, Klijn IA, De Wit N, Kesecioglu J, Slooter AJ. Comparison of delirium assessment tools in a mixed intensive care unit. Crit Care Med 2009; 37(6): 1881-1885.

29. Luetz A, Heymann A, Radtke FM, Chenitir C, Neuhaus U, Nachtigall I et al. Different assessment tools for intensive care unit delirium: which score to use?. Crit Care Med 2010; 38(2):409-418.

30. Van Rompaey B, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S, Elseviers M, Bossaert L. A comparison of the CAM-ICU and the NEECHAM ConfusionScale in intensive care delirium assessment: an observationalstudy in non-intubatedpatients. Crit Care 2008; 12(1): R16, 1-7.

31. Han JH, Vasilevskis EE, Schnelle JF, Shintani A, Dittus RS, Wilson A, Ely E. The diagnostic performance of the richmond agitation sedation scale for detecting delirium in older emergency department patients. Acad Emer Med 2015; 22(7): 878-882.

32. Detroyer E, Clement PM, Baeten N, Pennemans M, Decruyenaere M, Vandenberghe J et al. Detection of delirium in palliative care unit patients: a prospective descriptive study of the Delirium Observation Screening Scale administered by bedside nurses. Palliat Med 2014; 28(1):79–86.

33. Barnes J, Kite S, Kumar M. The recognition and documentation of delirium in hospital palliative care inpatients. Palliat Support Care 2010; 8(02): 133-136.

34. Leonard MM, Nekolaichuk C, Meagher DJ, Barnes C, Gaudreau JD, Watanabe S et al. Practical assessment of delirium in palliative care. J Pain Symptom Manage 2014; 48(2): 176-190.

35. Mitchell AJ, Shukla D, Ajumal HA, Stubbs B, Tahir TA. The Mini-Mental State Examination as a diagnostic and screening test for delirium: systematic review and meta-analysis. Gen Hosp Psychiatry 2014; 36(6): 627-633.

36. Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, Pereira JL, Hanson J, Suarez-Almazor ME, Bruera ED. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. Arch Intern Med 2000; 160(6): 786-794.

37. Fadul N, Kaur G, Zhang T, Palmer JL, Bruera E. Evaluation of the memorial delirium assessment scale (MDAS) for the screening of delirium by means of simulated cases by palliative care health professionals. Suppor Care Cancer 2007; 15(11): 1271-1276.

38. Lawlor PG, Bush SH. Delirium in patients with cancer: assessment, impact, mechanisms and management. Nat Rev Clin Oncol 2015; 12(2): 77-92.

39. Abraha I, Trotta F, Rimland JM, Cruz-Jentoft A, Lozano-Montoya I, Soiza RL et al. Efficacy of non-pharmacological interventions to prevent and treat delirium in older patients: a systematic overview. The SENATOR project ONTOP Series. PloS One 2015; 10(6): 1-31

40. Hshieh TT, Yue J, Oh E, Puelle M, Dowal S, Travison T, Inouye SK. Effectiveness of multicomponent non pharmacological delirium interventions: a meta-analysis. JAMA Intern Med 2015; 175(4): 512-520.

41. Martinez F, Tobar C, Hill N. Preventing delirium: should nonpharmacological, multicomponent interventions be used? A systematic review and meta-analysis of the literature. Age ageing 2015; 44(2):196–204.

42. Zaubler TS, Murphy K, Rizzuto L, Santos R, Skotzko C, Giordano J et al. Quality improvement and cost savings with multicomponent delirium interventions: replication of the hospital elder life program in a community hospital. Psychosomatics 2013; 54(3): 219-226.

43. Gagnon P, Allard P, Gagnon B, Mérette C, Tardif F. Delirium prevention in terminal cancer: assessment of a multicomponent intervention. Psycho-Oncology 2012; 21(2):187-194.

44. Vidan M, T., Sanchez E, Alonso M, Montero B, Ortiz J, Serra J. An intervention integrated into daily clinical practice reduces the incidence of delirium during hospitalization in elderly patients. J Am Geriatr Soc 2009; 57(11):2029-2036.

45. Lundstrom M, Olofsson B, Stenvall M, et al. Postoperative delirium in old patients with femoral neck fracture: a randomized intervention study. Aging Clin Exp Res. 2007; 19(3):178-86.

46. Caplan GA, Harper EL. Recruitment of volunteers to improve vitality in the elderly: the revive study. Intern Med J 2007; 37(2):95-100.

47. Naughton BJ, Saltzman S, Ramadan F, Chadha N, Priore R, Mylotte JM. A multifactorial intervention to reduce prevalence of delirium and shorten hospital length of stay. J Am Geriatr Soc. 2005; 53(1): 18-23.

48. Teale E, Young J. Multicomponent delirium prevention: not as effective as NICE suggest?. Age ageing 2015; 44(6): 915-917.

49. Breitbart W, Alici Y. Evidence-based treatment of delirium in patients with cancer. J Clin Oncol 2012; 30(11): 1206-1214.

50. Rivosecchi RM, Smithburger PL, Svec S, Campbell S, Kane-Gill SL. Nonpharmacological interventions to prevent delirium: an evidence-based systematic review. Crit Care Nurse 2015; 35(1):39-49.

51. Milisen K, Lemiengre J, Braes T, Foreman MD. Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review. J Adv Nurs 2005; 52(1), 79-90.

52. Day J, Higgins I, Keatinge D (2011). Orientation strategies during delirium: are they helpful?. J Clin Nurs 2011; 20(23-24): 3285-3294.

53. Reston JT, Schoelles KM. In-facility delirium prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. Ann Intern Med 2013; 158(5/2): 375-380.

54. Özçelebi S. Hastane İklimlendirme Sistemlerine Genel Bir Bakış. 6. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi 2009; 11-27.

55. Guo Y, Sun L, Li L, Jia P, Zhang J, Jiang H, Jiang W. Impact of multicomponent, nonpharmacologic interventions on perioperative cortisol and melatonin levels and postoperative delirium in elderly oral cancer patients. Arch Gerontol Griatr 2016; 62: 112-117.

56. Bruera E, Bush SH, Willey J, Paraskevopoulos T, Li Z, Palmer JL et al. Impact of delirium and recall on the level of distress in patients with advanced cancer and their family caregivers. Cancer 2009; 115(9):2004-2012.

57. Yamaguchi T, Morita T, Shinjo T, Inoue S, Takigawa C, Aruga E, et al. Effect of parenteral hydration therapy based on the Japanese national clinical guideline on quality of life, discomfort, and symptom intensity in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage 2012; 43(6):1001-1012.

58. Schmidt M, Eckardt R, Scholtz K, Neuner B, Von Dossow-Hanfstingl V, Sehouli J et al. Patient empowerment improved perioperative quality of care in cancer patients aged≥ 65 years–a randomized controlled trial. PloS One 2015; 10(9):1-25.

59. Morita T, Akechi T, Ikenaga M, Inoue S, Kohara H, Matsubara T et al. Terminal delirium: recommendations from bereaved families' experiences. J Pain Symptom Manage 2007; 34(6):579-589.

60. Cohen M Z, Pace EA, Kaur G, Bruera E. Delirium in advanced cancer leading to distress in patients and family caregivers. J Palliat Care 2009; 25(3): 164.

61. Gagnon P, Charbonneau C, Allard P, Soulard C. Delirium in advanced cancer: a psychoeducational intervention for family caregivers. J Palliat Care 2002; 18(4): 253-261.

62. LaFever S, Bory A, Nelson J. Delirium in Patients With Cancer: What Nurses Need to Know to Improve Care. Clin J Oncol Nurs 2015; 19(5): 585-590.

63. Toye C, Kitchen S, Hill A, Edwards D, Sin M., Maher S. (2016). Piloting staff education in Australia to reduce falls in older hospital patients experiencing delirium. Nurs Health Sci 2016; 19(1):51-58.

64. Yılmaz S, Buzlu S. (2012). Antipsikotik Kullanan Hastalarda İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 20(2), 93-103.

65. Arabacı LB. Psikiyatrik Tedavi Yöntemleri: Psikofarmakoloji. Gürhan N, editör. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. 1. Baskı Ankara: Nobel Kitapevi, 2016, p.349-400.

10

DİSTRES

Fadime Kaya, Nihal Bostancı Daştan, Sevim Buzlu

Distres, "psikiyatrik", "psikolojik" ve "emosyonel" etkilenemeye bağlı gelişen, bireyin kanserle başetme yetisini engelleyen hoş olmayan duyguları ve belirtilerini tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Distresin anlamı sıkıntı, güç durum ve acıdır; bu acı fiziksel ya da ruhsal acı şeklinde görülebilir [1-6].

Distres; uyum bozukluğu, anksiyete bozukluğu veya depresyon bulguları ile tanımlanır [7]. Kanser tipine ve evreye bağlı olarak farklılık göstermekle birlikte, kanser hastalarında görülme sıklığı %20 -47'dir [2,3,6,8].

Kanser hastalarının katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada, tüm hastalarda %35.1 olan distresin, jinekolojik kanser hastalarında %29.6, akciğer kanseri hastalarında %43.4 olduğu saptanmıştır [6]. Farklı çalışmalarda kanser hastalarının %32'sinde ruhsal bozuklukların yaşandığı, palyatif bakım hastalarında ise en çok anksiyete ve depresyon görüldüğü bildirilmiştir [9-11]. Rosenfold ve arkadaşlarının belirttiğine göre, her üç palyatif bakım hastasından biri klinik olarak anlamlı depresyon ve eşit oranlarda anksiyete yaşadığı belirlenmiştir [12].

Kanser hastalarında, distresi tetkileyen bir birinden farklı pekçok neden olabilir: Hastanın hastaneye kabul edilmesi, cerrahi girişim uygulanması, hastalığın ilerlemesi, tıbbi ve cerrahi işlemlerin uzaması, hastanın sosyal desteğinin yetersiz olması, yalnız yaşaması, aile/bakım verenler ile çatışma yaşaması, maddi sorunların olması, sağlık bakım hizmetlerine sınırlı ulaşması, küçük yaşta / bağımlı çocuk sahibi olması ve hastalık/tedavi süreci ile ilişkili fiziksel semptomlar (ağrı, bulantı, kusma ya da yorgunluk gibi) yaşaması gibi [6,13].

Distres, erken evrede fark edilip etkin bir şekilde yönetilmediğinde, kronik bir hal alabilir. Yüksek distres seviyesi, anksiyete, depresyon ve intihar gibi psikiyatrik tabloların gelişmesini tetikleyebilir, hastanın daha kötü iletişim yaşamasına yol açabilir, hastanın tedavi uyumunu engelleyebilir ve tedaviyi bırakmasına neden olabilir. Bu nedenle, palyatif bakım hastalarında distresin erken dönemde tanımlanması ve tedavi edilmesi önemlidir[6,14]. Hastanın distresini ele alma hemşirenin görevlerindendir. NCCN (The National Compherensive Cancer Network), distres yönetiminde hemşirenin ekipte kilit pozisyonda olduğunu ve hemşirelik uygulamaları ile hastaların distres seviyelerinin azaltılabildiğini belirtmiştir [4-6,14].

DİSTRESİ TANILAMA

Uzmanlar tüm kanser hastalarında, distres taramasının rutin bakımda yer almasınının ve nabız, tansiyon, solunum gibi rutin bir bulgu olarak olarak değerlendirilmesinin önemli olduğunu bildirmişlerdir [6,14]. Literatürde, distresin tanılanmasında, yaygın olarak "Distress Termometresi"nin (Şekil 10-1) ve bunun ardından 35 soruluk "Sorun Listesi"nin (Tablo 10-1) kullanımı önerilmektedir. Distres Termometresi puanı 4 ve üzerinde olan hastaların klinik açıdan önemli distres yaşadığı kabul edilmektedir. Sorunun kaynağının tanımlanmasında değerlendirmeye, yaşamsal, ailevi, duygusal, spirituel ve fiziksel sorunları içeren 35 soruluk Sorun Listesi eşlik etmelidir [1,6,13-15]. Bireyin distresinin belirlenmesinde distres semptomlarının da gözlenmesi gerekir. Distres semptomları; hastanın gelecek belirsizliğine yönelik korku ve endişeleri, hastalık, tedavisi ve yarattığı sorunlar hakkında endişe ve bunları ifade etme, sağlığını kaybetmeye yönelik üzüntü ve öfke, kontrol kaybı duygusu, uykuda azalma, iştahta azalma, konsantrasyon kaybı ve ölüme ilişkin endişeli bekleyiştir [6,14].

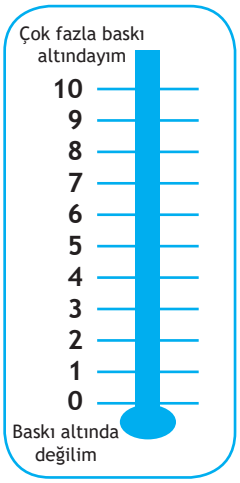
Hasta tarafından distres termometresi üzerinde işaretlenen puan 4 ve üzerinde olması hastanın klinik açıdan önemli distres yaşadığını göstermektedir. Distres termometresinin kullanımı farklı kanser gruplarında değerlendirilmiş ve distres termometresi

Klinik Pratikte Distresin Değerlendirilmesi

Konsensus oylaması sırasında sağlık çalışanlarının (n=70) hastalarında distres değerlendirmesi yapma durumu değerlendirildiğinde %51'i kanser hastalarında distres düzeyini değerlendirdiğini; %49'u ise değerlendirmediğini bildirmiştir. Distres değerlendirmesi yapanların (n=38) %18'i değerlendirme sırasında özel bir ölçüm aracı kullandıklarını, %82'si kullanmadıklarını bildirmiştir.

Katılımcıların konuyla ilgili görüşleri alındığında, distresin tanılanmasında klinikte sıklıkla: mevcut kullanılan formların içinde yer alan duygudurum değerlendirme bölümünü ve sözel olarak distres termometresini kullanarak, hastaların sözel olmayan ifadelerini gözlem ve değerlendirme yaparak distres semptomlarını belirledikleri ve bunların sonucunda hemşirelik tanısı koydukları, gerekli durumlarda da uzmana sevk ettikleri bildirilmiştir.

Ayrıca bazı katılımcılar distres ölçülmediğinde yönetilemeyeceğini vurgulayarak, Distres Termometresini rutin olarak hemşire gözlemine eklenmesinin iyi olabileceğini ve bazı ülkelerde kullanıldığını bildirmiştir.



Termometreyi kullanarak, son bir hafta içerisinde kendinizi ne derecede baskı altında hissettiğinizi gösteren en yakın rakamı (0-10) daire içerisine alararak işaretleyiniz.

Kırmızı Bölge [7-10 puan]	Hastanın ciddi distresi olduğunu, klinik ekip tarafından kapsamlı değerlendirme yapılarak acil olarak desteklenmesini gerektiğini gösterir.
Sarı Bölge [4-6 puan]	Hastanın distresini iyi yönetemediği, psikolojik açından desteğe ihtiyacı olduğunu gösterir.
Yeşil Bölge [0-3 puan]	"0" ise hastanın distresi olmadığını, "1-3" arasında ise hafif düzeyde hasta tarafından iyi yönetilen düzeyde olduğunu gösterir.

Şekil 10-1. Distres Termometresi

Tablo 10-1. Distres Nedenlerini Tanımlama Formu

Aşağıda yer alan sorunları tek tek okuyunuz ve son 1 hafta içinde bu sorunları yaşayıp yaşamadığınızı ilgili parantezin içine çarpı koyarak EVET veya HAYIR diye cevap veriniz

Evet	Hayır		Evet	Hayır	
		Yaşamsal sorunlar			**Fiziksel sorunlar**
[ ]	[ ]	Çocuk bakımı	[ ]	[ ]	Dış görünümün değişmesi
[ ]	[ ]	Barınma	[ ]	[ ]	Öz-bakımda zorlanma
[ ]	[ ]	Sağlık güvencesi	[ ]	[ ]	Solunum sıkıntısı
[ ]	[ ]	Sağlık kurumuna ulaşım	[ ]	[ ]	İdrar alışkanlığında değişim
[ ]	[ ]	İş/okul	[ ]	[ ]	Konstipasyon
			[ ]	[ ]	Diyare
		Ailevi sorunlar	[ ]	[ ]	Beslenme
[ ]	[ ]	Eş/partner ile ilişkili	[ ]	[ ]	Yorgunluk
[ ]	[ ]	Çocuklar ile ilişkili	[ ]	[ ]	Karnında şişkinlik
			[ ]	[ ]	Ateş
		Duygusal sorunlar	[ ]	[ ]	Hareket
[ ]	[ ]	Depresyon	[ ]	[ ]	Hazımsızlık
[ ]	[ ]	Korku	[ ]	[ ]	Ağız kuruluğu
[ ]	[ ]	Sinirlilik	[ ]	[ ]	Bulantı
[ ]	[ ]	Üzüntü	[ ]	[ ]	Burun kuruluğu/tıkanma
[ ]	[ ]	Endişe	[ ]	[ ]	Ağrı
			[ ]	[ ]	Cinsel yaşamda değişim
		Manevi sorunlar	[ ]	[ ]	Ciltte kuruma/kaşıntı
[ ]	[ ]	İnanç kaybı	[ ]	[ ]	Uyku alışkanlığında değişim
[ ]	[ ]	İnançla ilgili sorunlar	[ ]	[ ]	Ellerde/ayaklarda karıncalanma
[ ]	[ ]	Yaşam anlamı ve amacının kaybı			

kullanımının distres düzeyinin tanımlanmasında geçerli ve güvenilir bir araç olan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile uyumlu sonuçlar elde edildiği bildirilmiştir. Palyatif bakım ünitelerinde Distres Termometresi kullanımının yaygınlaştırılması, kanser hastalarının psikososyal yönünü içine alan bütüncül bakımın verilmesinde psikososyal zorlukların tanılanmasına hizmet eder [1,3,6,13,15].

Distresi saptamada ilk adım olası durumları belirlemede daha kolay anlaşılabilirliği ve doldurulabilirliği olan kısa bir tarama aracının (Distres Termometresi ya da Edmonton Belirti Değerlendirme Sistemi-Edmonton Symptom Assessment System-ESAS) kullanılmasıdır. Ardından risk grubuna giren bireyler için daha ayrıntılı bir tarama aracı kullanılmalı ve tarama araçlarının sonucu mutlaka klinik görüşme ile desteklenmelidir [6,16,17]. NCNN, distres taramasında Distres Termometresi kullanımını önermiştir [6].

Distresi Değerlendirme 2017 Konsensus kararları

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda:

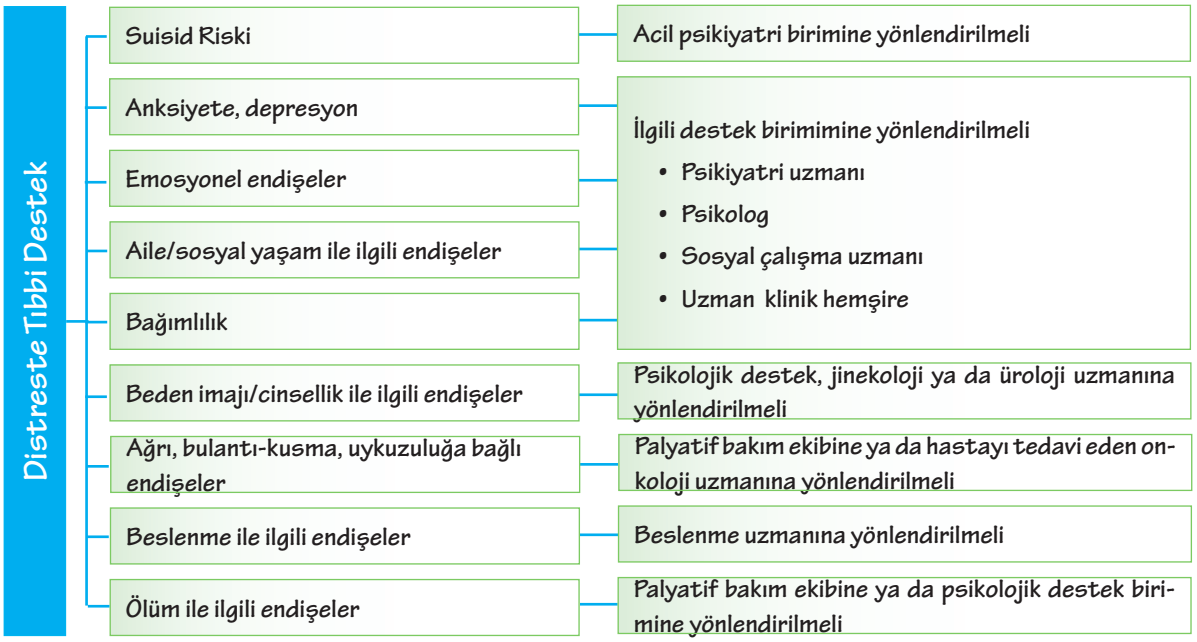
1. Distresin tanımlanmasında Distres Termometresinin (%92) ve Distres nedenini tanımlama listesi kullanımının (%94) uygun olduğuna karar vermişlerdir.

DİSTRESİN YÖNETİMİ

Distresin yönetimi, hastanın distres termometresinden aldığı puana dayanarak, nedene yönelik planlanmaktadır. Distres puanı 4'ün altında olan hastaların distres yönetiminin iyi olduğu kabul edildiğinden, günlük distres izlemine devam ederek hastaya herhangi bir girişim uygulanmamaktadır. Distres puanı 4'ün üzerinde olan hastalar, hastanın distres düzeyi göz önünde bulundurularak, hastanın başetmesine destek olacak girişimler planlanmaktadır. Yoğun distres yaşayan ve sağlık uzmanı desteğine ihtiyacı olan hastalar ise ileri klinik değerlendirme için ilgili sağlık birimine yönlendirilerek tıbbi destek alması sağlanmaktadır (Şekil 10-2) [6,13]. Literatürde, kanser ile ilişkili distresi yönetiminde etkinliği değerlendirilmiş hasta ve ailenin eğitimi, manipülatif-beden odaklı uygulamalar, zihin-beden uygulamaları, enerji terapileri, palyatif sedasyon ve psikoterapi gibi pek çok yaklaşım vardır. Bu yaklaşımların kullanımı hastanın distres düzeyi, bireysel özellikleri ve ihtiyacı temel alınarak karar verilmektedir.

Hasta ve Aile Eğitimi

2014 yılında 49 hasta ve 49 hemşirenin bakış açılarıyla kanser hastalarının eğitim ihtiyaçlarını belirleme çalışmasında; hasta eğitimi isteği kanser hastaları ve kanser hemşireleri tarafından açıkça gösterilmiştir. Eğitimsel amaçlı en çok kullanılan modellerden biri psikoeğitimdir. Psikoeğitim uygulamaları, sağlık eğitimi, stres yönetimi, baş etmeyi geliştirme ve grup psikososyal desteği sağlamayı içeren kısa süreli yapılandırılmış müdahalelerdir [18-20]. Kanser hastalarında psikoeğitimin özellikle yeni tanı konulan hastalarda, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde ve tedavi sürecinde olan hastalarda etkili olduğu ve uygulandığı görülmektedir [18-22]. Benzer şekilde tedavi sonrası dönemde yürütülen psikoeğitimsel müdahalelerin sonuçları psikoeğitimin; sağ kalanlarda distresi, anksiyete, depresyon, öfke ve yorgunluğu azalttığı, kişisel gelişimi desteklediği, kişiler arası ilişkilerde, rol performansında, seksüel fonksiyonda gelişme sağladığı, bilgi düzeyini ve yaşam kalitesini arttırdığını göstermektedir [23-25].



Şekil 10-3. Distreste Tıbbi Destek

Distresi Değerlendirme

Distres varlığını, hastanın distrese duyarlılığının arttığı dönemlerde hastaya Kendinizi sıkıntılı hissediyor musunuz? sorusu sorularak değerlendirilmelidir:

- DT: (0= Yok; 10=Çok fazla)
- Hasta bildirimi: Yok, hafif, orta, şiddetli

Distres Düzeyi
- DT'ye göre: 0-3
- Hasta bildirimi: Yok - hafif

→ Takip et ve distres belirtilerini yeniden değerlendirmeye devam et

Distres Düzeyi
- DT'ye göre: 4-10
- Hasta bildirimi: Orta - Şiddetli

→ Distres öyküsünü al ve nedenleri tanımlaya çalış

Distres Öyküsünü Al

P
- Sorun Listesini uygula ve distrese sokan sorun alanları ne?

Q
- Sıkıntının neden olduğu semptomlar neler?

R
- Distresle ilgili geçmişi / risk faktörleri; distrese neden olabilecek diğer risk faktörleri neler?

S
- Distres düzeyi DT'e göre ne? En kötü, en iyi, ortalama distres puanı kaç? Günlük yaşamını ve işlevlerini engelliyor mu?

T
- Ne zaman başladı? Ne düzeyde başladı?
- Son bir haftadır ne yoğunlukta devam ediyor? Sıkıntı düzeyi giderek artıyor mu?

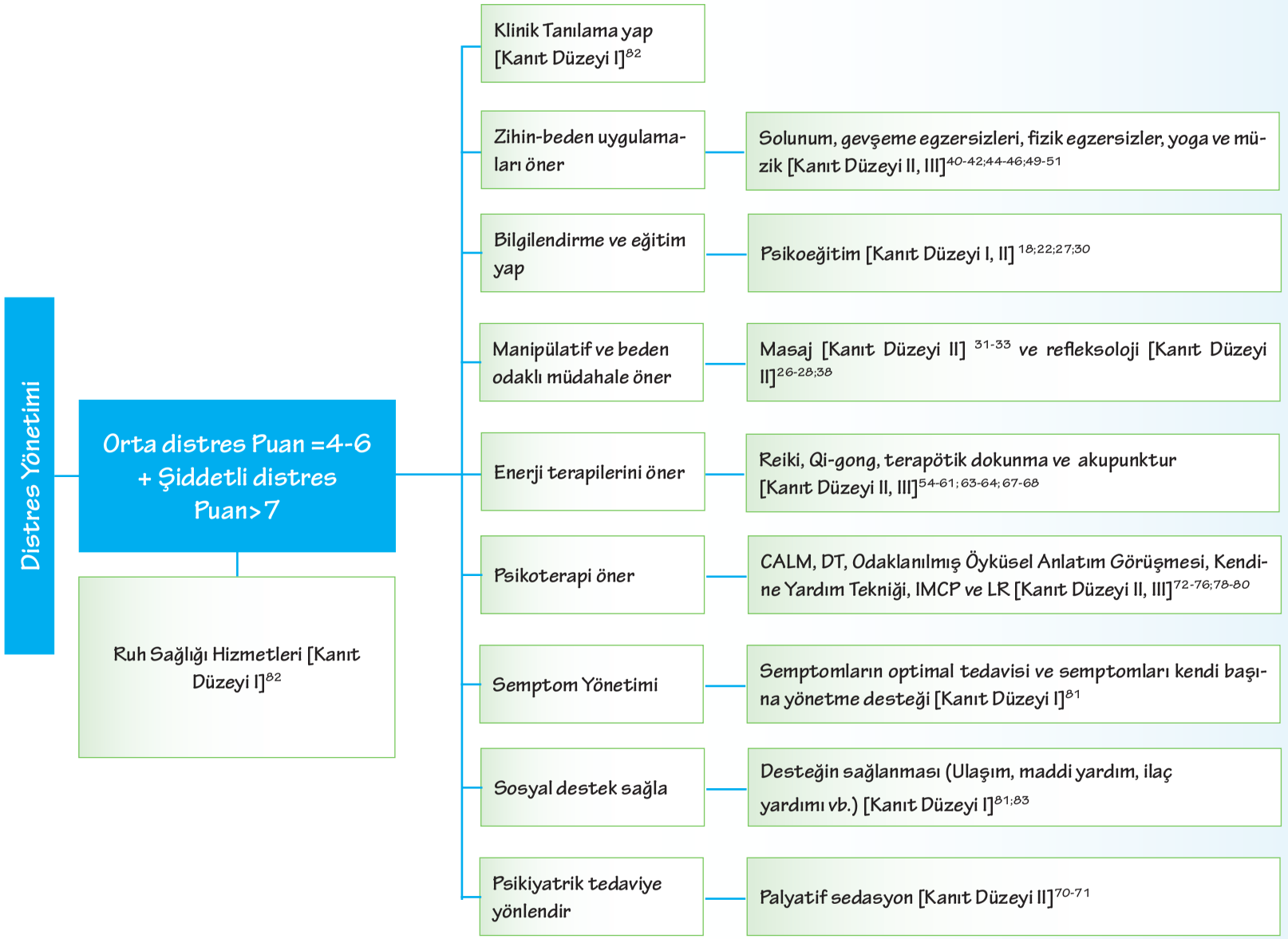
Tedaviye Bağlı Nedenleri ve Risk Faktörlerini Tanımla

KANSER SÜRECİ İLE İLİŞKİLİ
- Hastaneye giriş
- Son 2 ayda hastalığındaki değişiklikler
- Hastalığın ilerlemesi

TANI VE TEDAVİ İLE İLİŞKİLİ
- Tıbbi ve cerrahi işlemlerin süresi
- Ameliyat öncesi dönem
- Tedaviye başlama ve sonlandırma
- Eşlik eden fiziksel semptomlar (ağrı, bulantı-kusma, yorgunluk gibi)

DİĞER NEDENLER
- Kadın olmak
- Yalnız yaşamak
- Yetersiz sosyal destek
- Küçük yaşta ve bağımlı çocuk sahibi olmak
- Maddi sorunları olmak
- Sağlık bakımına sınırlı ulaşımı olmak
- Manevi endişeleri olmak

Şekil 10-2. Distresi Tanılama ve Değerlendirme Algoritması



Şekil 10-4. Distresin Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar

Distresin Yönetiminde Psikoeğitimin Kullanımı

Konsensus sırasında, sağlık çalışanlarının (n=73) % 52'si kanser hastalarında psikoeğitim yaptığını, % 48'i ise yapmadığını bildirmiştir. Katılımcıların konu ile ilgili görüşleri alındığında, onkoloji hemşirelerinin psikoeğitim değil sadece eğitim yaptıkları bildirilmiş, bakımın biyopsiksosoyal yönleri ile bir bütün olduğu ve gerektiğinde ruh sağlığı uzmanlarına yönlendirme yapılmasının uygun olduğu tartışılmıştır.

Sağlık çalışanlarının (n=45) % 18'i psikoeğitimin tek oturum, % 82'si çoklu oturum olarak yaptığını bildirmiştir. Katılımcıların konuyla ilgili görüşleri alındığında; literatürde psikoeğitimin çoğunlukla 8-10 oturumluk ve grup olarak yapılan bir uygulama olduğu ancak, palyatif bakım hastalarında en fazla dört oturum ve bireysel olarak uygulama yapıldığı ifade edilmiştir.

Sağlık çalışanlarının (n=54) % 74'ü psikoeğitimi bireysel, % 26'sı ise grup olarak uyguladıklarını bildirmiştir. Katılımcıların konuyla ilgili görüşleri alındığında psikoeğitimin genellikle grup olarak yapıldığında daha etkili olmasına rağmen palyatif bakım düşünüldüğünde hastaların fiziksel durumları, tedavi planları ve birbirlerinin sorunlarından etkilenme durumlarından dolayı daha çok bireysel uygulamanın tavsiye edildiği ifade edilmiştir.

Erken dönem kanser hastalarında eğitim gereksinimlerinin özellikle bir hastalık olarak kanser, tedavi yolları, tedavilerin neye göre belirlendiği, yan etki yönetimi, diyet yönetimi, aile üzerinde etkisi ve toplum kaynaklarının kullanılabilirliği üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir [26]. Palyatif dönem kanser hasta ve ailelerine yönelik eğitimle ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, öz-bakım ve özetkililik, semptom yönetimi ve algısını değiştirmek, etkili iletişim ve ilişkileri sürdürmek, stres yönetimi ve baş etme, sorun çözme üzerine yapılandırıldığı görülmüştür [27-29]. Yeni tanı konan hastalarda 30-60 dakika arası 4 oturumluk psikoeğitimin değerlendirildiği (1. oturum-kanser tedavisine başlamadan önce hastalık, nedenler, tedavi, yan etkiler, psikolojik duygular; 2. oturumoperasyon sonrası ve hastane periyodu sırasında: post-op yara bakımı, beslenme, derin nefes alma egzersizleri, başetme becerileri; 3. oturum-ameliyattan 4 hafta sonra: taburculuk sonrası ortaya çıkan sorunları tartışma; 4. oturum ameliyattan 8 hafta sonra: operasyon sonrası genel durumlar, cinsellik, aile ve arkadaşlarla iletişim becerileri, sosyal destek bağları, sosyal rol değişimleri) çalışma sonucunda; anksiyete ve depresyon için psikoeğitimin etkili olduğu görülmüştür (Kanıt düzeyi II) [22]. 32 çalışma ve 694 katılımcının ele alındığı bireysel yöntemin kullanıldığı bir meta-analiz çalışmasında pasif psikoeğitim (kitapçık, broşür, ses kasetleri, videokasetleri ve internet aracılığıyla yapılan) tedavi sürecine yönelik eğitimin depresyon, anksiyete ve psikolojik semptomları azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (Kanıt düzeyi I) [30]. Chan ve arkadaşlarının 2011 yılında ileri evre (Evre III ve IV) akciğer kanser hastalarında psikoeğitimsel müdahale ile standart bakım uygulamasının anksiyete, solunum sıkıntısı ve yorgunluk üstüne etkisini kıyaslamayı amaçladıkları çalışmada; deney grubuna bir günlük 40 dakikalık psikoeğitim (radyoterapiden bir hafta önce ve üç hafta sonra ile iki kez progresif gevşeme uyguladıkları hastalarda 6. hafta ve 12. haftada girişim öncesine göre anksiyete puanında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde azalma belirlenmiştir (Kanıt düzeyi II) [18]. Badr ve arkadaşlarının Evre III ve IV akciğer kanseri hastalarına yönelik 6 hafta boyunca haftada bir 60 dakikalık master derecesine sahip bir psikiyatri hemşiresi tarafından öz-bakım, stres ve yönetimi, semptom yönetimi, etkili iletişim, sorun çözme, ilişkileri sürdürme ve arttırma konularında telefon danışmanlığı, el kitapçığı ve ev ödevlerini içeren uygulaması sonucunda uygulama

grubunun depresyon ve anksiyete düzeylerinin geleneksel bakım alan gruba göre anlamlı derecede da az olduğu görülmüştür (Kanıt düzeyi II) [27].

Ülkemizde kanser hastalarında psikoeğitime yönelik tedavi ve tedavi sonrası aşamayı içeren sadece iki çalışmaya ulaşılmıştır [20, 21]. Bu nedenle özellikle ülkemizde, kanser hastalarının tüm evrelerine yönelik bütüncül anlayışla sistem modellerine temelli yapılandırılmış psikoeğitimsel müdahale çalışmalarına ve bu müdahalelerin hizmete sunulmasına gereksinim vardır.

Distresin Yönetiminde Psikoeğitim 2017 Konsensus Kararları

Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda (n= 73):

1. Palyatif bakımda distresli hastaya %94 katılımcının onayı ile psikoeğitimin kullanılmasına karar verilmiştir.

Psikoeğitim

- Pasif psikoeğitim (kitapçık, broşür, ses kasetleri, videokasetleri ve internet aracılığıyla yapılan) etkili [Kanıt Düzeyi I, II][27-30]
- Hastanın genel durumu ve katılımına göre 30-60 dakikalık oturumlar halinde bir günlük veya 4-6 oturumluk değişen aralıklarda uygulanmaktadır [Kanıt Düzeyi II][18;22;27]

Şekil 10-5. Distresin Yönetiminde Psikoeğitim

Manipülatif ve Beden Odaklı Uygulamalar

Manipülatif ve Beden Odaklı Uygulamalar, hastanın rahatlamasını ve gevşemesini sağlayan yaklaşımlardır. Palyatif bakım hastalarının katılımı ile gerçekleştirilen farklı çalışmalarda, distresin yönetiminde masaj ve refleksoloji uygulamalarının etkinliği incelenmiştir.

Distresin Yönetiminde Manipülatif ve Beden Odaklı Uygulamaların Kullanımı

Konsensus sırasında sağlık çalışanlarının (n=43) %72'si kanser hastalarında manipülatif ve beden odaklı uygulamalar önerdiklerini, %28'i ise önermediğini bildirmiştir. Sağlık çalışanlarının (n=38) %55'i manipülatif ve beden odaklı uygulamaların bazı hastalarda etkili diğerlerinde etkili olmadığını, %32'si değerlendirme yapmadığını, %13'ü ise etkili bulduklarını bildirmiştir.

Hospis veya palyatif bakım alan kanser hastalarına yönelik masaj tedavisinin ağrı, bulantı, yorgunluk, anksiyete ve depresyonda rahatlama sağladığı görülmüştür [31-33]. Masaj etkinliğini değerlendiren çalışmalar; uygulamaların ortalama haftada 1-2 kez ve 20-60 dakika uygulandığını, 4 hafta sürdüğünü ve genellikle aromoterapi ile birlikte (lavanta, bergamut, sedir ağacı, papatya) yapıldığını, anksiyete ve depresyonu azaltmada kısa vadeli fayda sağladığını ve bu etkinin 2 hafta kadar sürdüğünü göstermektedir [31-34]. Smith ve arkadaşlarının çalışmasında; çoğu tedavi, sırtüstü (% 47) veya oturmuş (% 24) pozisyonda gerçekleştirilmiştir; ortalama olarak, terapistler, tedavi süresinin %68'inde etkinlik yaparken %35'inde petrisaj yapmıştır. Bu çalışmada, terapistler sıklıkla omuz/sırt üstü (%89) ve posterior boyun (%86) masaj yapmış; en sık başvurulan tetik noktaları, omuz / sırt üstü sırt (% 26), orta sırt (% 20), sırt üstü sırt (%19), arka boyun (% 18) ve gluteal bölge (sol, %18; sağ ,%13)

(Kanıt düzeyi II) [32]. 2013 yılında Karagözoğlu ve Kahve tarafından kemoterapi ile tedavi edilen, kemoterapi sırasında ve hemen sonrasında uygulanan sırt masajı (masaj: infüzyon başlamadan 15 dakika önce, infüzyon sırasında her 1 saatlik periyodun 25 ve 40. dakikaları arasında, tedavi sonrası 15 dakika) yapılan hastalarda masajdan 24 saat sonraki değerlendirmede sadece uygulama grubunda durumluk anksiyeteyi istatistiksel olarak anlamlı derecede azalttığı görülmüştür (Kanıt düzeyi III) [33]. 2007 yılında 288 kanser hastası ile destekleyici bakım ve aromoterapili masajı karşılaştıran randomize kontrollü çalışma bir çalışmada, deney grubuna haftada 1 saatlik 4 hafta aromoterapili (20 essansiyel yağ içeren) masaj uygulaması yapılmış ve 6 ve 10 hafta sonra yeniden değerlendirmede aromaterapi masajının, uzun vadede kanser hastalarının anksiyete ve / veya depresyon yararlı görülmediği, ancak müdahale sonrası 2 hafta kadar klinik olarak önemli fayda ile ilişkili olduğu görülmüştür (Kanıt düzeyi II) [32]. Boehm ve arkadaşlarının 2012 sistematik gözden geçirme çalışmasında aromaterapi masajının anksiyete ve depresyonu azaltmak, uykuyu iyileştirme ve genel refahı arttırma için kısa vadeli bir fayda sağladığını ve bu etkinin 2 hafta kadar sürdüğünü gösterilmiştir (Kanıt düzeyi II) [31].

Refleksoloji eller, kulaklar, ayaklar olmak üzere vücudun belli bölgelerine elle masaj uygulama tekniğinin bloke olmuş enerji akışını sağladığı, kişinin kendisini fiziksel-duygusal ve ruhsal bakımdan iyi hissetmesini sağlayan ve kişiye doğal dengesini kazandıran bir tedavidir [34-36]. Refleksolojide masaj genellikle ayaklar çok sayıda sinir sonlanması içerdiğinden ayaklara uygulanmakta [26-28] ve ortalama 30 dakikalık seanslar 4 hafta sürmektedir. Wyath ve arkadaşlarının çalışmaları sonucunda anksiyete ve depresyon açısından anlamlı fark görülmezken (Kanıt düzeyi II) [37], Stephenson ve arkadaşlarının çalışması sonucunda, refleksoloji grubunda anksiyetenin %62 oranında azaldığı saptanmıştır (Kanıt düzeyi II) [38].

Manipülatif-Beden Odaklı Uygulamalar 2017 Konsensus Kararları

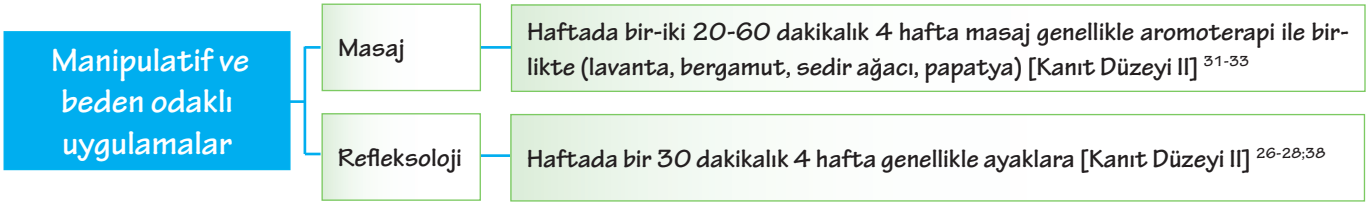
Konsensus sırasında yapılan tartışmalar ve değerlendirme sonucunda:

1. Palyatif bakımda distresli hastaya masaj önerilmesinin (n=57; %91),
2. Palyatif bakımda distresli hastaya refleksoloji önerilmesinin (n=52; %81) uygun olduğuna karar verilmiştir.

Zihin-beden uygulamaları

Literatürü incelediğimizde, distresin yönetiminde sık kullanılan zihin-beden uygulamalarının gevşeme egzersizleri, fizik egzersiz, yoga ve müzik terapisi olduğu görülmektedir.

Derin Solunum Egzersizlerini; hastaların her yerde ve her zaman kendi kontrollerinde yapabilmeleri, onların ayrıca kendi kapasitelerini kullanabilme becerisini geliştirmelerini de sağlamaktadır [39]. De-



Şekil 10-6. Distresin Yönetiminde Manipulatif ve Beden Odaklı Uygulamalar

Distresin Yönetiminde Zihin-Beden Uygulamalarının Kullanımı

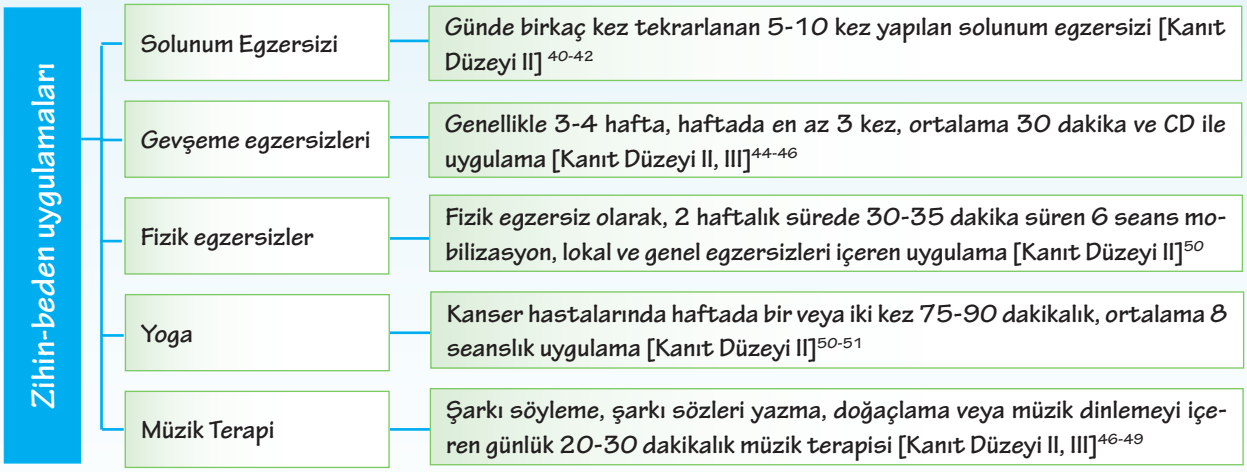
Katılımcıların konu ile ilgili görüşleri alındığında bazı katılımcılar kliniklerinde yoga, nefes egzersizleri, grup sohbetleri, müzik terapisi, uygulamalarını uzmanlar eşliğinde gerçekleştirdiklerini hastaların anksiyetelerinin azaldığını fark ettiklerini, hastalar tarafından bu konuda talep alındığını, bu anlamda zihin-beden uygulamalarını önerdiklerini ifade etmiştir.

rin solunum egzersizi boyunca burundan derin ve yavaş nefesle teneffüs, genellikle 10'luk bir sayıya kadar, ardından da benzer bir sayım için yavaş ve tamamen ekshalasyon izlenir. Genel uygulama süreci günde birkaç kez tekrarlanan, 5-10 kez yapılan egzersizlerdir [40]. Song ve arkadaşlarının kemoterapi alan hastalarda gevşeme egzersizi (10 dakika solunum- her bir nefes yaklaşık 15 sn. tutacak şekilde dakikada 6 nefes egzersizini içeren- supin pozisyonda gözler kapalı ve eller göğüs ve batın üzerinde abdominal derin solunum- + 30 dakika progresif gevşeme) çalışması sonucunda hastalarda anksiyete düzeyinde azalma ve ruhsal iyilik halinde artma (Kanıt düzeyi II) [41]; Ng ve arkadaşlarının karma palyatif dönemdeki kanser hastalarına yöne lik 5 dakikalık dikkatli soluma terapisi sonucunda yine distres puanlarında azalma görülmüştür (Kanıt düzeyi II) [42].

Progresif Gevşeme Egzersizleri, vücuttaki gerginlik ve gevşeklik arasındaki farkı hissedip günlük yaşantımızda kendi kendimize gevşeyebilmek için yapılan egzersizlerdir Bu egzersizle kasların nerede oldukları ve gerginlik sırasında ne duruma geldikleri öğrenilir [43]. Progresif gevşeme egzersizlerinin kanser hastalarında özellikle tedavi döneminde özellikle kemoterapi-semptom yönetimi üzerinde (yorgunluk, ağrı, uyku, anksiyete) kullanıldığı görülmüştür. Kanser hastalarında progresif gevşeme genellikle 3-4 hafta, haftada en az 3 kez, ortalama 30 dakika ve CD ile uygulanmıştır. Yılmaz ve Arslan'ın 2015 yılında meme kanseri hastalarıyla yaptıkları 3 haftalık, haftada en az 3 kez relaksasyon CD'si uygulayarak yaptıkları çalışmalarında deney grubunun kontrol grubuna göre durumluk anksiyete düzeyinde azalma görülmüştür (Kanıt düzeyi III) [44]. Charalambous ve arkadaşlarının 2016 yılında Evre III meme-prostat kanseri ve farklı tedavisi olan kanser hastalarına yönelik 4 haftalık, günlük 2 dakika derin solunum, 10 dakika progresif gevşeme ve 15 dakika hayal kurmayı içeren gevşeme uygulaması sonucunda deney grubunun anksiyete düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı seviyede azalmıştır (Kanıt düzeyi II) [45]. Warth ve arkadaşlarının palyatif kanser hastalarına yönelik 2 günlük müzikle gevşeme ve sözel olarak progresif gevşemeyi karşılaştırdıkları çalışmalarında ise, müzikle gevşeyen grubun daha gevşemiş ve rahatlamış oldukları görülmüştür (Kanıt düzeyi II) [46].

Müzik terapi, farklı palyatif bakım ortamlarında en sık kullanılan tamamlayıcı terapilerden birisidir [46]. Müzik terapisi (nitelikli müzik terapistleri tarafından hastaya şarkı söyleme, şarkı sözleri yazma, doğaçlama ve diğer açık yöntemler ile verildiğinde) palyatif bakımda semptom yönetiminde önemli rol oynadığını ve palyatif bakım hastalarının fiziksel, emosyonel ve spiritual gereksinimlerinde etkili olduğunu göstermektedir [47].

Krout'un gözden geçirme makalesinde 88 klinik rapor ve 23 deneysel rapor ele alınmış ve müzik terapisinin ikinci hedefi gevşeme ve üçüncü hedefi anksiyeteyi azaltma olarak ele alınmıştır. Palyatif bakımlarda, teknikler tipik olarak gevşeme veya yaratıcı müdahaleleri (alıcı), şarkıların terapötik kullanımı (aktif veya alıcı) ve çeşitli doğaçlamaları (etkin) kapsar [46]. Warth ve arkadaşları terminal dönem kanser hastalarında 2 günlük 30 dakikalık müzik terapisi (gevşetme tekniği, sözlü anlatımı, canlı bir monokordda canlandıran sesleri ve vokal doğaçlamayı birleştirilmiştir) ile gevşeme ve sözel gevşemeyi karşılaştırdıkları çalışmalarında;



Şekil 10-7. Distresin Yönetiminde Zihin-Beden Uygulamaları

müzik terapi kullanılan hastaların daha gevşemiş olduğu ve genel iyilik halinin daha yüksek olduğunu görmüşlerdir (Kanıt düzeyi II) [46]. Nightingale ve arkadaşlarının terminal dönem hastalarında müziğin etkisine yönelik sistematik incelemelerinde; katılımcılarda müzik günlerinde optimal manevi refaha doğru olumlu bir eğilim olduğu görüşmüştür (Kanıt düzeyi II) [48]. Krishnaswamy ve Nair'in palyatif tıp merkezinden bakım alan kanser hastalarında deney grubuna 20 dakika MP3 ile kaydedilen müzikler dinletilirken, kontrol grubundaki hastalarla 20 dakika boyunca konuşularak yapılan çalışma sonucunda her iki gruptada uygulama sonrası anksiyetede istatistiksel olarak anlamlı bir azalma görülmemiştir (Kanıt düzeyi III) [49].

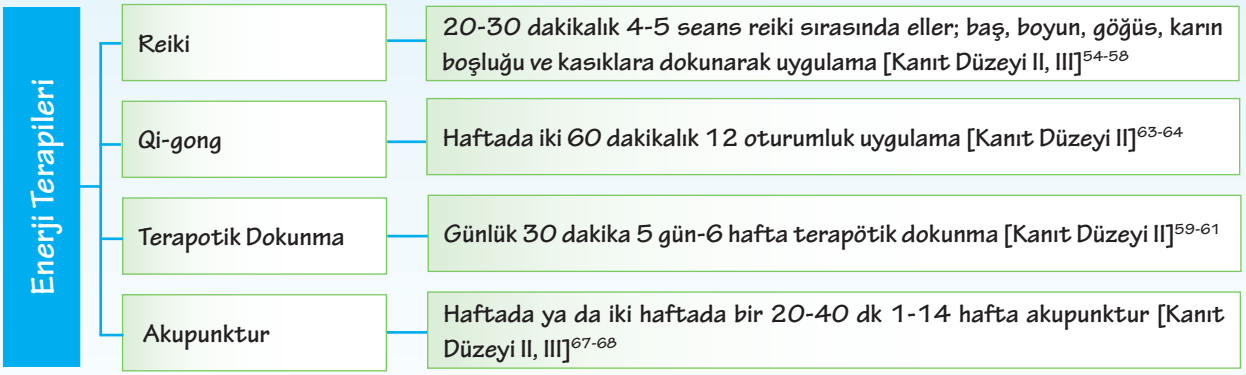
Palyatif bakım hastalarında fizik egzersiz ile ilgili yapılan klinik çalışmalar yaşam kalitelerinde, kemoterapi toleranslarında, genel semptom yüklerinde, fiziksel ve psikososyal işlevlerinde etkin olduğunu göstermektedir. Bu dönem hastalarda kullanılan geleneksel fizik tedaviler transfer desteğini içeren mobilizasyon, solunum çalışması, masaj ve lenf ödem tedavisini içermektedir ki, bunlardan en yaygın kullanılan masajdır. Fizik egzersiz olarak, 2 haftalık sürede 30-35 dakika süren 6 seans mobilizasyon, lokal ve genel egzersizlerden oluşan bir program uygulanmış, masaj ve egzersiz kombinasyonunun terminal kanser hastalarında ruhsal durumu iyileştirdiği görülmüştür (Kanıt düzeyi II) [50].

Yoga, fiziksel egzersizlerin, meditasyon ve nefes egzersizleriyle bütünleşmesidir. Yoga insanı bütün olarak ele alır ve gevşeme ile vücudun daha hafif ve canlı hissedilmesini sağlar [51]. Kanser hastalarında haftada bir veya iki kez 75-90 dakikalık, ortalama 8 seanslık yoganın emosyonel olarak rahatlattığı ve kortizol seviyesini azalttığı saptanmıştır (Kanıt düzeyi II) [50-51].

Enerji Terapileri

Enerji terapisi olarak; reiki, terapötik dokunma, qigong, ve akupunktur uygulanmıştır.

Reiki, enerji çakralarına ve biyo-psikospiritual iyileştirmeye odaklı çalışmaktadır [54]. Reiki uygulamaları sırasında eller; baş, boyun, göğüs, karın boşluğu ve kasıklara dokunmak suretiyle her bir pozisyonda 3-5 dakika tutulur. Problemli bölgelerde bu süre 10-20 dakikaya kadar uzayabilir. Tedavi süresi ortalama 30-90 dakika sürer. Uygulama esnasında kişi yatar ya da uzanır pozisyonda olup, giysilerini çıkarmasına gerek yoktur [55]. Coakley



Şekil 10-8. Distresin Yönetiminde Enerji Terapileri

ve Barron'un ileri evre kanser hastalarında reiki ve terapötik dokunmayı incelediği sistematik gözden geçirme çalışmalarında; bu uygulamalar sonucunda psikososyal ve fiziksel işlevsellikte ve yaşam kalitesinde artma, streste azalma ve palyatif bakım hastalarının iyi oluşlarında artma belirlenmiştir (Kanıt düzeyi II) [56]. Birocco ve arkadaşlarının reikinin kanser hastalarına her oturumun 30 dk sürdüğü 4 oturumluk çalışmaları sonucunda hastaların ağrı ve anksiyete düzeyinde anlamlı düzeyde azalma belirlenmiştir (Kanıt düzeyi III) [57]. Thrane ve arkadaşlarının palyatif bakım alan çocuklarda 1-3 gün aralıklar ile toplam beş gün boyunca günlük 24 dk lık oturumlar şeklinde yürütülen reiki uygulaması sonucunda anksiyete, kalp ve solunum sayısının anlamlı derecede düştüğü ve düşüşün orta ve büyük etki büyüklüğünde olduğu belirlenmiştir (Kanıt düzeyi III) [58].

Terapötik dokunma; eller ile enerji alanlarını etkileyip, enerjiyi düzenleme, arttırma, dengeleme ve korumaya yönelik holistik bir yaklaşımdır [59]. Uygulamayı yapan kişi bireydeki enerji dengesizliklerini manipüle etmeye, denge oluşturmaya ve kendi enerjisini bireye geçirmeye odakladığında, elleri aracılığı ile enerjisini bireyin tüm vücuduna yaymaktadır. Bu akım kişinin vücut yüzeyinden az bir mesafe ile ya da temas ile oluşturulabilir [60]. Uygulama yaklaşık hastanın durumuna göre 15-30 dakika sürmektedir [59]. Tabatabaee ve arkadaşlarının kanser hastalarında terapötik dokunmanın distrese etkisine baktıkları gözden geçirmelerindeki 6 çalışmada (uygulama 5 gün-6 hafta arası, her biri ortalama 30 dk.) uygulama grubunda depresif duygudurumda ve anksiyetede azalma görülmüştür (Kanıt düzeyi II) [61].

Qi-gong, hayal kurma ve solunum teknikleri ile veya bunlar olmadan yavaş vücut hareketleri ve meditasyon yoluyla pratik enerji manuplasyonudur [62]. Chan ve arkadaşlarının kanser hastalarında qi-gong uygulaması etkinliğine yönelik yaptıkları sistematik gözden geçirmelerinde, 4 distresle ilgili çalışmanın birinde qi-gong sonucu duygudurumda anlamlı derecede iyileşme görülmüş, diğerlerinde bir değişim görülmemiştir (Kanıt düzeyi II) [63]. Campo ve arkadaşlarının ileri evre kanser hastalarına yönelik 12 hafta boyunca haftada 2 kez ve 60 dk süre ile qi-gong etkinliğini değerlendirdikleri çalışmalarında qi-gong verilen grupta somatizasyon, anksiyete ve depresyon düzeylerinin anlamlı derecede azaldığı görülmektedir (Kanıt düzeyi II) [64].

Akupunktur, özellikle kanser hastalarında belirti kontrolü sağlamak için farmakolojik olmayan alternatifler arasında onkolojide popüler bir tamamlayıcı bir tedavi haline gelmiştir. [65]. Taş ve arkadaşları tarafından kemoterapi ile tedavi edilen 45 hastaya (%91,1 Evre III ve IV) tedavi öncesi bir gün, tedavi sırasında ve tedavi sonrası bir gün olmak

üzere 3 gün vücuttaki bazı noktalardan (LI4, PC6, H7, ST36 ve Liv3) akupunktur uygulaması yapılmış ve sonuçta anksiyetede de azalma görülmüştür (Kanıt düzeyi III) [66]. Towler ve arkadaşlarının kanser belirti yönetiminde ve destekleyici bakımda akupunkturu değerlendirdikleri çalışmalarında; akupunkturun anksiyeteyi azalttığı görülmüştür (Kanıt düzeyi II) [67]. Romeo ve arkadaşlarının hospis hastalarında, bir ya da iki haftada bir 20-40 dk, 1-14 haftalık akupunktur uygulamasının; anksiyete, depresyon azalttığı ve iyi oluşluluğu arttırdığı görülürken (Kanıt düzeyi III) [68], Wu ve arkadaşlarının sistematik derlemesinde, palyatif bakım alan kanser hastalarında akupunkturun psikolojik sağlığı iyileştirdiğine yönelik kanıtların yetersiz olduğu vurgulanmıştır (Kanıt düzeyi II) [69].

Sedasyon Tedavisi

Sedasyon tedavisi incelendiğinde; palyatif sedasyon verilen hastalar %12-67 oranında, en yaygın kullanılan ilaç midazolam, palyatif sedasyon gerektiren psikososyal durumlar %54 deliryum ve %19 psikolojik distres olarak belirlenmiştir (Kanıt düzeyi II) [70-71].

Distresin Yönetiminde Sedasyonun Kullanımı

Katılımcıların konu ile ilgili görüşleri alındığında bazı katılımcılar son dönem hasta için önerilen bir uygulama olduğunu, uygulama içinde ciddi şikayeti olan ve başka bir şekilde kontrolü sağlanamayan hastaya bir son dönem uygulaması olarak tercih edildiğini ifade etmiştir. Midazo- lom, morfin ve başka sedatize edici ilaçların kullanıldığını belirterek işlem öncesinde hasta ile konuşulması, hasta yakını ile dökümante edilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Ayrıca ülkemizde uygulama oranının düşük olduğunu, semptom kontrolü için yapıldığını ve hastanın yaşam süresine etkisi olmadığını eklemişlerdir.

Psikoterapi Uygulamaları

Psikoterapi uygulamaları incelendiğinde; Kanser Yönetimi ve Anlamlı Yaşam terapisi (Kanıt düzeyi II) [72-73], Dignite Terapi (Kanıt düzeyi II) [74- 76] (Kanıt düzeyi III) [77], Odaklanılmış Öyküsel Anlatım Görüşmesi (Kanıt düzeyi II) [78], Kendine Yardım Tekniği (Kanıt düzeyi II) [79], Anlam Merkezli Psikoterapi (Kanıt düzeyi II) [80], LR Yaşamı



Şekil 10-9. Distresin Yönetiminde Psikoterapiler

Gözden Geçirme terapisi (Kanıt düzeyi II) [76] uygulandığı ve distresi azaltmada etkin olduğu görülmüştür.

İlerlemiş hastalığı olan bireylere yönelik psikoterapötik uygulamalar hızla değişen gereksinimleri ve klinik durumlara uyum sağlamaya olanak şekilde kısa süreli ve esnek olmalıdır. Bu hastaların belli ve sabit bir saatte grup terapisine katılması güçtür ve grup terapisinin uygulanabilirliği bunlar için birçok nedenden dolayı sınırlıdır. Bu nedenler; hastalığın ilerlemesi ve medikal tedavinin zaman çizelgesi ile ilişkili sorunların yanı sıra, hastanın henüz kendi sıkıntıları ile baş edememişken, başkalarının distresini absorbe etmede tükenmiş olması ile ilişkilidir. Aynı zamanda trajik yaşam olaylarını kendilerine özel bir zamanda konuşmayı tercih edebilirler [64].

KAYNAKLAR

1. Atlı Özbaş A. Meme Kanseri Hastalarının Distres ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yükseklisans Tezi, Ankara, 2008.
2. Tucci RA. Distress: Assessing the effects of coping with cancer. Oncol Nurse Advis. January/ February 2012; 26-28.
3. Holland JC. Distress screening and the integration of psychosocial care into routine oncologic care. J Natl Compr Canc Netw. 2013;11(5):687-689.
4. Holland JC, Alıcı Y. Management of distress in cancer patients. J Support Oncol 2010; 8:4-12.
5. Cohen MZ, Bankston S. Cancer-related distress. In C. Yarbro, D. Wujcik, & B. Gobel (Eds). Cancer Nursing. 7th Ed. Boston: Jones and Bartlett, 2011; 667-684.
6. National Compherensive Cancer Network (NCCN) Clinical Practice Guidelines in Oncology;Distress Management. Version 2016, https://www.nccn.org/store/login/login.aspx?ReturnURL=https://www.nccn.org/ professionals/physician_gls/PDF/distress.pdf (Access date: 20.10.2016).
7. Ziegler L, Hill K, Neilly L, Bennett MI, Higginson IJ, Murray,S A, et al. Identifying psychological distress at key stages of the cancer illness trajectory: a systematic review of validated self-report measures. J Pain Symptom Manage. 2011; 41(3):619-636.
8. Okuyama S, Jones W, Ricklefs C, Tran ZV. Psychosocial telephone interventions for patients with cancer and survivors: a systematic review. Psychooncology,2015; 24(8): 857-870.
9. Vehling S, Oechsle K, Koch U, Mehnert A. Receiving palliative treatment moderates the effect of age and gender on demoralization in patients with cancer. PloS one, 2013; 8(3), e59417.
10. Robinson S, Kissane DW, Brooker J, Burney S. A review of the construct of demoralization history, definitions, and future directions for palliative care. Am J Hosp Palliat Care, 2016;33(1): 93-101.
11. Horne-Thompson A, Grocke D. The effect of music therapy on anxiety in patients who are terminally ill. J Palliat Med., 2008;11(4):582-590.
12. Mehnert A, Brähler E, Faller H, Härter M, Keller M, Schulz H, Reuter K. Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. J Clin Oncol., 2014; 32(31): 3540-3546.
13. Howes J, Simpson J, McLeod D, Digout C, Spencer J, Maginley D, et al. Best Practice Guideline for the Management of Cancer-Related Distress in Adults. Supportive Care Care Site Team,

Cancer Care Nova Scotia, 2015; 2-16. http://www. cancercare.ns.ca/site-cc/media/cancercare/Distress%20Screening%20Guide%20QRVfinal.pdf (Access date: 20/10/2016).

14. Bostancı Daştan N, Buzlu S. "Psikososyal Distres". Onkoloji Hemşireliği (ed. Doç. Dr. Gülbeyaz Can), Nobel Tıp Kitapevi, 2014;549-564, İstanbul.

15. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. Lancet Oncol. 2011; 12(2):160-174.

16. Butow P, Price MA, Shaw JM, Turner J, Clayton JM, Grimison P, et al. Clinical Pathway for the Screening, Assessment and Management of Anxiety and Depression in Adult Cancer Patients: Australian Guidelines. Psychooncology 2015;24(9):987-1001.

17. Howell D, Keshavarz H, Esplen MJ, Hack T, Hamel M, Howes J,et al. Pan-Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Management of Psychosocial Distress, Major Depression and Anxiety in Adults with Cancer , Canadian Association of Psychosocial Oncology (CAPO) 2015. http://www.capo.ca/wp-content/uploads/2010/10/Distress_guideline_CAPO_201507311.pdf (Erişim Tarihi: 15.06.2017).

18. Chan CW, Richardson A, Richardson J. Managing symptoms in patients with advanced lung cancer during radiotherapy: results of a psychoeducational randomized controlled trial. J Pain Symptom Manage. 2011; 41(2):347-357.

19. Inan FS, Üstün B. Home-based psychoeducational ınterventıon for breast cancer survivors. Cancer Nurs. 2017; doi: 10.1097/NCC.0000000000000483

20. Dastan NB, Buzlu S. Psychoeducation intervention to improve adjustment to cancer among Turkish stage I-II breast cancer patients: a randomized controlled trial. Asian Pac J Cancer Prev. 2012; 13(10):5313-5318.

21. Chow KM, Chan C, Chan J, Choi KK, Siu KY. A feasibility study of a psychoeducational intervention program for gynecological cancer patients. Eur J Oncol Nurs. 2014; 18(4): 385-392.

22. Matsuda A, Yamaoka K, Tango T, Matsuda T, Nishimoto H. Effectiveness of psychoeducational support on quality of life in early-stage breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Qual Life Res. 2014; 23(1):21-30.

23. Dockham B, Schafenacker A, Yoon H, Ronis DL, Kershaw T, Titler M & Northouse L. implementation of a psychoeducational program for cancer survivors and family caregivers at a cancer support community affiliate: a pilot effectiveness study. Cancer nursing, 2016; 39(3): 169-180.

24. Jones JM, Cheng T, Jackman M, Walton T, Haines S, Rodin G & Catton P. Getting back on track: evaluation of a brief group psychoeducation intervention for women completing primary treatment for breast cancer. Psychooncology, 2013; 22(1): 117-124.

25. Ram S, Narayanasamy R, Barua A. Effectiveness of group psycho-education on well-being and depression among breast cancer survivors of Melaka, Malaysia. Indian J Palliat Care. 2013; 19(1): 34-39.

26. Zheng R, Johnson JJ, Wang Q, Hu J. A need for cancer patient education from the perspective of Chinese patients and nurses: a comparison study. Support Care Cancer 2014; 22(9):2457-2464.

27. Badr H, Smith CB, Goldstein NE, Gomez JE, Redd WH. Dyadic psychosocial intervention for advanced lung cancer patients and their family caregivers: results of a randomized pilot trial. Cancer 2015; 121(1):150-158.

28. Northouse LL, Mood DW, Schafenacker A, Kalemkerian G, Zalupski M, LoRusso P, et al. Randomized clinical trial of a brief and extensive dyadic intervention for advanced cancer patients and their family caregivers. Psychooncology 2013; 22(3):555-563.

29. Milanti A, Metsälä E, Hannula L. Reducing psychological distress in patients undergoing chemotherapy. Br J Nurs. 2016; 25(4):25-30.

30. Donker T, Griffits KM, Cuijpers P, Cristensen H. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. BMC Medicine 2009; (7):79-88.

31. Boehm K, Büssing A, Ostermann T. Aromatherapy as an adjuvant treatment in cancer care–a descriptive systematic review. Afr J Tradit Complement Altern Med, 2012; 9(4): 503-518.

32. Smith MC, Yamashita TE, Bryant LL, Hemphill L, Kutner JS. Providing massage therapy for people with advanced cancer: what to expect. J Altern Complement Med., 2009;15(4): 367-371.

33. Karagozoğlu Ş, Kahve E. Effects of back massage on chemotherapy related- fatigue and anxiety: Supportive care and therapeutic touch in cancer nursing. Appl Nurs Res. 2013; 26(4):210-217.

34. Wilkinson SM, Love SB, Westcombe AM, Gambles MA, Burgess CC, Cargill A. et al. Effectiveness of aromatherapy massage in the management of anxiety and depression in patients with cancer: a multicenter randomized controlled trial. J Clin Oncol, 2007; 25(5): 532-539.

35. Kurt S, Can G. Refleksoloji ve kullanım alanları. Sağlıkla Hemşirelik Dergisi. 2013; 54-55.

36. Uysal N, Kutlutürkani S. Reflexology for symptom control in cancer patient (Kanserli bireylerde semptom kontrolünde refleksoloji uygulaması). Medical Journal of Bakirkoy, 2016; 12(3): 103-109.

37. Wyatt G, Sikorskii A, Rahbar MH, Victorson D, You M. Health-related quality-of-life outcomes: a reflexology trial with patients with advanced-stage breast cancer. Oncol Nurs Forum. 2012; 39(6):568-577.

38. Stephenson NL, Swanson M, Dalton J, Keefe FJ, Engelke M. Partner-delivered reflexology: effects on cancer pain and anxiety. Oncol Nurs Forum. 2007; 34(1):127-132.

39. Demiralp M, Oflaz F. The effect of relaxation training on symptoms of anxiety and depression in patients with breast cancer. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2011; 10(2): 165-174.

40. Mohammed AR, Mohammed NS. Effect of breathing exercise on respiratory efficiency and pain intensity among children receiving chemotherapy. Journal of Education and Practice, 2014; 5(6): 18-32.

41. Song QH, Xu RM, Zhang QH, Ma M, Zhao XP. Relaxation training during chemotherapy for breast cancer improves mental health and lessens adverse events. Int J Clin Exp Med. 2013; 6(10):979-984.

42. Ng CG, Lai KT, Tan SB, Sulaiman AH, Zainal NZ. The effect of 5 minutes of mindful breathing to the perception of distress and physiological responses in palliative care cancer patients: A randomized controlled study. J Palliat Med. 2016; 19(9):917-924.

43. Nazik E, Öztunç G, Şahin B. Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda progresif gevşeme egzersizlerinin uyku kalitesi ve ağrıya etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014; 17(3): 171-178.

44. Yilmaz SG, Arslan S. Effects of progressive relaxation exercises on anxiety and comfort of Turkish breast cancer patients receiving chemotherapy. Asian Pac J Cancer Prev, 2015; 16(1): 217-220.

45. Charalambous A, Giannakopoulou M, Bozas E, Marcou Y, Kitsios P & Paikousis L. Guided imagery and progressive muscle relaxation as a cluster of symptoms management intervention in patients receiving chemotherapy: a randomized control trial. PLoS One, 2016; 11(6): e0156911.

46. Warth M, Kessler J, Koenig J, Wormit AF, Hillecke TK, Bardenheuer HJ. Music therapy to promote psychological and physiological relaxation in palliative care patients: protocol of a randomized controlled trial. BMC Palliat Care. 2014; 13(1):60. doi: 10.1186/1472-684X-13-60.

47. Horne-Thompson A, Grocke D. The effect of music therapy on anxiety in patients who are terminally ill. J Palliat Med, 2008; 11(4): 582-590.

48. Nightingale C, Cranley N, Kacel E, Wong S, Pereira D, & Carnaby G. Music interventions during end-of-life care. OA Alternative Medicine 2014;2(1): 1-8.

49. Krishnaswamy P, Nair S. Effect of music therapy on pain and anxiety levels of cancer patients: A pilot study. Indian Palliat Care, 2016;22(3): 307-311.

50. López-Sendín N, Alburquerque-Sendín F, Cleland JA, Fernández-de-las-Peñas C. Effects of physical therapy on pain and mood in patients with terminal cancer: a pilot randomized clinical trial. J Altern Complement Med. 2012; 18(5):480-486.

51. Field T.Yoga Clinical Research Rewiev .Complementary Therapies in Clinical Practice, 2011; (17): 1-8.

52. Banasik J, Williams H, Haberman M, Blank SE, Bendel R. Effect of Iyengar yoga practice on fatigue and diurnal salivary cortisol concentration in breast cancer survivors. J Am Acad Nurse Pract. 2011; 23(3):135-142.

53. Danhauer SC, Mihalko SL, Russell GB, Campbell CR, Felder L, Daley K, et al. Restorative yoga for women with breast cancer: findings from a randomized pilot study. Psychooncology 2009; 18(4):360-368.

54. Smith PR, Cope D, Sherner TL, Walker DK. Update on research-based interventions for anxiety in patients with cancer. Clin J Oncol Nurs, 2014; 18(6): 5-17.

55. Erdoğan Z, Çınar S. Reiki: Eski bir iyileşme sanatı-modern hemşirelik uygulaması. Kafkas J Med Sci. 2011; 1(2): 86-91.

56. Coakley AB, Barron AM. Energy therapies in oncology nursing. Semin Oncol Nurs. 2012; 28(1):55-63.

57. Birocco N, Guillame C, Storto S, Ritorto G, Catino C, Gir N & Giaretto L. The effects of Reiki therapy on pain and anxiety in patients attending a day oncology and infusion services unit. Am J Hosp Palliat Care, 2012; 29(4): 290-294.

58. Thrane S, Cohen SM. Effect of Reiki therapy on pain and anxiety in adults: an in-depth literature review of randomized trials with effect size calculations. Pain Manag Nurs., 2014; 15(4): 897-908.

59. Turan N. Yoğun bakım ünitesinde terapötik dokunmanın önemi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015; 6(3): 134-139.

60. Yılmaz E, Birer Z, Baydur H. Katarakt ameliyatı esnasında uygulanan terapötik dokunmanın kaygı ve hasta memnuniyetine etkisi. Journal of Clinical and Experimental Investigations, 2016; 7(1): 52-62.

61. Tabatabaee A, Tafreshi MZ, Rassouli M, Aledavood SA, AlaviMajd H, Farahmand SK. Effect of therapeutic touch in patients with cancer: a literature review. MedArch. 2016; 70(2):142-147.

62. Kuzeyli Yıldırım Y, Fadıloğlu Ç, Uyar M. Palyatif kanser bakımında tamamlayıcı tedaviler. Ağrı, 2006; 18(1): 26-32.

63. Chan CL, Wang CW, Ho RT, Ng SM, Chan JS, Ziea ET, & Wong VCA systematic review of the effectiveness of qigong exercise in supportive cancer care. Support Care Cancer, 2012; 20(6): 1121-1133.

64. Campo RA, Agarwal N, LaStayo PC, O'Connor K, Pappas L, Boucher KM, & Kinney AY. Levels of fatigue and distress in senior prostate cancer survivors enrolled in a 12-week randomized controlled trial of Qigong. J Cancer Surviv, 2014; 8(1): 60-69

65. O'Regan D, Filshie J. Acupuncture and cancer. Autonomic Neuroscience, 2016;157(1): 96-100.

66. Tas D, Uncu D, Sendur MA, Koca N, Zengin N. Acupuncture as a complementary treatment for cancer patients receiving chemotherapy. Asian Pac J Cancer Prev,, 2013; 15(7): 3139-3144.

67. Towler P, Molassiotis A, Brearley SG. What is the evidence for the use of acupuncture as an intervention for symptom management in cancer supportive and palliative care: an integrative overview of reviews. Support Care Cancer, 2013; 21(10): 2913-2923.

68. Romeo MJ, Parton B, Russo RA, Hays LS, Conboy L. Acupuncture to treat the symptoms of patients in a palliative care setting. Explore (NY) 2015; 11(5):357-362.

69. Wu X, Chung VC, Hui EP, Ziea ET, Ng BF, Ho RS, et al. Effectiveness of acupuncture and related therapies for palliative care of cancer: overview of systematic reviews. Sci Rep. 2015; 5:16776. doi: 10.1038/srep16776.

70. Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, Derni S, Fabbri L, Martini F, et al. Palliative sedation in endoflife care and survival: a systematic review. J Clin Oncol.2012; 30(12):1378-1383.

71. Beller EM, Van Driel ML, McGregor L, Truong S, Mitchell, G. Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015; 1. CD010206. doi: 10.1002/14651858.

72. Lo C, Hales S, Chiu A, Panday T, Malfitano C, Jung J, et al. Managing Cancer And Living Meaningfully (CALM): randomised feasibility trial in patients with advanced cancer. BMJ Support Palliat Care. 2016 Jan 19. pii: bmjspcare-2015-000866. doi: 10.1136/bmjspcare-2015-000866.

73. Scheffold K, Philipp R, Engelmann D, Schulz-Kindermann F, Rosenberger C, Oechsle K, et al. Efficacy of a brief manualized intervention Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) adapted to German cancer care settings: study protocol for a randomized controlled trial. BMC Cancer. 2015; 15(1):592-601.

74. Martínez M, Arantzamendi M, Belar A, Carrasco JM, Carvajal A, Rullán M, et al. 'Dignity therapy', a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. Palliat Med. 2016; (26): 1-18.

75. Hall S, Goddard C, Speck PW, Martin P, Higginson IJ. "It makes you feel that somebody ıs out there caring": a qualitative study of ıntervention and control participants' perceptions of the benefits of taking part in an evaluation of dignity therapy for people with advanced cancer. J Symptom Manage. 2013; 45(4):712-725.

76. Vuksanovic D, Green HJ, Dyck M, Morrissey SA. Dignity therapy and life review for palliative care patients: a randomised controlled trial. J Symptom Manage. 2017; 53(2):162-170.

77. Akechi T, Akazawa T, Komori Y, Morita T, Otani H, Shinjo T, et al. Dignity therapy: Preliminary cross-cultural findings regarding implementation among Japanese advanced cancer patients. Palliat Med. 2012; 26(5):768-769.

78. Lloyd-Williams M, Cobb M, O'Connor C, Dunn L, Shiels C. A pilot randomised controlled trial to reduce suffering and emotional distress in patients with advanced cancer. J Affect Disord. 2013; 148(1):141-145.

79. Galfin JM, Watkins ER, Harlow T. A brief guided self-help intervention for psychological distress in palliative care patients: a randomised controlled trial. Palliat Med. 2012; 26(3):197-205.

80. Breitbart W, Poppito S, Rosenfeld B, Vickers AJ, Li Y, Abbey J, et al. Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. J Clin Oncol. 2012; 30(12):1304-1309.

81. iPEHOC Toolkit. Canser Care Ontario, https://www.cancercare.on.ca/pcs/person_centred_care/ipehoc_toolkit (Access date: 20/10/2016).

82. National Compherensive Cancer Network; National Compherensive Cancer Network (NCCN) Clinical Practice Guidelines in Oncology; Distress Management. Version 2014.

83. Howes J, Simpson J, McLeod D, Digout C, Spencer J, Maginley D, Broadfield L, Cleary J. Best Practice Guideline for the Management of Cancer-Related Distress in Adults. Supportive Care Cancer Site Team, Cancer Care Nova Scotia 10/30/2014.

11

AİLEYİ GÜÇLENDİRME

Cemile Hurrem Ayhan Balık, Sevim Buzlu

Kronik hastalığı olan bireye bakım verenlerin bakım verme rolleri sonucunda yaşadıkları stres; bu bireyleri duygusal, sosyal, finansal, fiziksel ve ruhsal açıdan olumsuz olarak etkilemektedir [1,2].

Kanser hastalığı fiziksel olarak daha kapsamlı bakım gerektirdiğinden ve duygusal olarak aile bireylerinin yaklaşan ölümle başa çıkmaları gerektiğinden ileri düzey kanserli hastaya verilen bakımın daha zor olduğu düşünülmektedir [3]. Aile üyeleri genellikle bu yeni rollerine hazırlıksız olduğundan, sıklıkla kendi sağlık ve iyilik hallerini olumsuz yönde etkileyebilecek ve verilen bakımın niteliksiz olmasına neden olacak stres ve yükle karşılaşmaktadırlar [4]

Yaşlanan nüfusla birlikte kronik hastalığı olan bireylerin artması, bakım verenlerin devlet tarafından desteklenmemesi veya çoğu ülkede yeni desteklenmeye başlaması bakım yükünün prevalansını arttırmıştır. Yapılan çalışmalarda yetişkinlerin ihtiyaç duyduğu evde uzun süreli bakımın % 90'ını aile bireyleri ya da informal bakım vericilerin sağladığı, 2015 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık 43,5 milyon bireyin, bakım verici olarak görev yaptığı, bunların %79'unun (34,2 milyon) 50 yaşın üzerindeki bir yetişkinin bakımını sağladığı görülmüştür [5,6]

Literatürde bakım yükü ile ilişkili strese neden olan risk olan faktörleri; kadın cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, bakım verenin genel sağlık durumu, bakım hakkında bilgi ve becerileri, baş etme becerileri, hasta ile birlikte yaşama, ölüm hakkında inanç ve tutumlar, aile içi ilişkilerde bozulma, depresyon, sosyal izolasyon, ekonomik zorluk çekme, bakıma ayrılan zamanın fazla olması, bakım verme rolünü bireyin kendi iradesi dışında alması, sosyal destek yoksunluğu, toplumsal destek yoksunluğu olarak belirtilmektedir [7,8,9]. Nitelikli palyatif bakım için konsensüs kararlarının hem hastanın hem de ailenin bakım alıcısı olarak görülmesine vurgu yapmasına rağmen bakım verenlerin ihtiyaçları yeterince ele alınmamakta ve bakım verenlere yardımcı olacak kaynaklar sınırlı durumdadır [10].

Dünya Sağlık Örgütü bakım veren rolündeki aile üyelerinin ihtiyaçlarını palyatif bakımın ana hedeflerinden biri olarak tanımlamıştır. Bu nedenle palyatif bakımda ailenin ihtiyaçlarının belirlenip desteklenmesi ve güçlendirilmesi hem hastaya verilen bakımın kalitesi açısından hem de bakım verenlerin fiziksel ve ruhsal sağlığı açısından önemlidir.

TANILAMA

Bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan değerlendirilmesi kaliteli bakımın kilit taşı olmasına rağmen bakım verenlerin sağlık ve iyilik durumlarının değerlendirilmesi rutin değildir. Hasta ve ailesiyle sürekli etkileşimde olan palyatif bakım hemşireleri ailelerin ihtiyaçlarının değerlendirilmesinde ve bu ihtiyaçların karşılanıp ailelerin güçlendirilmesinde önemli ve kritik bir role sahiptir. Aile Bakım Vericileri Birliği (Family Caregiver Alliance) konsensüs kararları ailelerin 7 alanda değerlendirilmesini önermiştir [10] (Tablo 11-1).

Kanser hastalarında bakımla ilgili görevlerin karmaşıklığı, olumsuz fiziksel, ruhsal ve ekonomik sonuçları; aile bireylerinin sistematik olarak değerlendirilmesini toplum temelli sağlık politikalarında önemli bir bileşen haline getirmektedir. Yapılan çalışmalar bakım veren konumundaki aile bireylerinin sağlık çalışanları tarafından ihmal edilen hassas ve risk altında bir nüfus olduğunu ortaya koymaktadır [10,11].

Uzmanlar, aile üyelerinin bakım rolünü üstlendikleri zaman, uygulanan girişimlerden sonra, hastanın hastalığı ile ilgili süreçler değiştiğinde ve ailelerle yapılan görüşmelerde değerlendirilmesinin önemli olduğunu vurgulamaktadır [10,12].

Literatürde ailelerin değerlendirilmesinde Bakım Verme Yükü Ölçeği (Burden Interview), Family Inventory of Needs ve The Caregiver Quality of Life Index–Cancer Scale (CQOLC) gibi değerlendirme araçlarının kullanılabileceği belirtilmektedir. Ailelerin değerlendirilmesinde kullanılan bu araçların, ailelerin değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir araçlar olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir. The Caregiver Quality of Life Index – Cancer scale (CQOLC) ölçeği her gelişim aşamasında yeni bir grup kanser hastaları ve bakım vericileri ile geliştirildiği ve psikometrik özellikleri uygun istatistik testlerle değerlendirildiği için klinik araştırmalarda

Tablo 11-1. Aile Bakım Vericileri Birliği Konsensus Kararları

Alan	Kapsam
Genel durum	• Hasta ve bakım verenin ilişkisi • Fiziksel çevre koşulları • Hane halkı • Ekonomik durum • Aile ilişkilerinin niteliği • Bakım verme süresi • Çalışma durumu
Bakım verenin hastanın sağlığı ile ilgili algılamaları	Hastanın • Günlük yaşam aktiviteleri • Psikososyal ihtiyaçları • Bilişsel bozulmaları • Davranışsal problemleri • Tıbbi tanılama testleri
Bakım verenin değer ve tercihleri	• Bakım verenin kültürel değerleri • Bakım vermeye istekliliği • Bakımın zamanlaması için tercihleri
Bakım verenin sağlığı	• Sağlık durumu • Depresyon veya diğer ruhsal problemler • Yaşam doyumu/kalitesi
Bakımın Sonuçları	• Algılanan Zorluklar • Sosyal izolasyon • İş yaşamında güçlükler • Ruhsal ve fiziksel sağlık problemleri • Ekonomik zorluklar • Aile ilişkilerinde bozulma • Algılanan Kaynaklar • Diğer aile fertlerinin bakıma yardımı • Yeni becerilerin gelişimi • Aile ilişkilerinde gelişme
Bakım verenin bakımla ilgili bilgi ve becerileri	• Bakımla ilgili bilgi düzeyi • Bakımla ilgili becerileri
Kaynaklar	• Sosyal Destek • Baş Etme Becerileri • Ekonomik Kaynaklar • Toplumsal Kaynaklar

Ailenin Destek Gereksinimini Değerlendirme

Bakım verenin stres düzeyinin, arttığı dönemlerde "Kendinizi sıkıntılı hissediyor musunuz?" sorusu sorularak değerlendirilmelidir:

- Distres Termometresi (DT) (0= yok; 10=çok fazla)
- Ailenin bildirimi: Yok, hafif, orta, şiddetli

Distrs Düzeyi
- DT'e göre: 0-3
- Ailenin bildirimi: Yok - hafif

→ Her vizitte iştah durumunu değerlendir ve izle

Distres Düzeyi
- DT'e göre: 4-10
- Ailenin bildirimi: Orta - Şiddetli

→ Distres öyküsünü al ve nedenleri tanımlaya çalış

Ailenin Öyküsünü Al

P — Ailede güç kaybına neden olan etken/-ler ne?

Q
- Sıkıntınısı ne şekilde yansıtıyor? Şikayet ve semptomları neler?

R
- Aile içi iletişim etkilenmiş mi?

S
- Etkilenme düzeyi ne? Distres düzeyi DT'e göre ne? En kötü, en iyi, ortalama distres puanı kaç? Günlük yaşamını ve işlevlerini engelliyor mu?

T
- Ne zaman başlamış? Herhangi bir destek alınmış mı? Etkili olmuş mu?

Bakım Yükü Stresini Artıran Neden/ Etkileri Tanımla

- Kadın cinsiyet
- Düşük eğitim düzeyi
- Bakım verenin genel sağlık durumunun kötü olması
- Bakım verme hakkında bilgi ve becerilerinin yetersiz olması
- Baş etme becerilerinin yetersiz olması
- Hasta ile birlikte yaşama
- Ölüm hakkında yalnış inanç/tutumlar
- Aile içi ilişkilerin bozulması
- Depresyon
- Sosyal izolasyon
- Ekonomik zorluk çekme
- Bakıma ayrılan zamanın fazla olması
- Bakım verme rolünü bireyin kendi iradesi dışında alması
- Sosyal destek yoksunluğu, toplumsal destek yoksunluğu

Şekil 11-1. Aile Gereksinimlerini Tanılama ve Değerlendirme Algoritması

kanser hastalarının ailelerin değerlendirilmesinde kullanımının uygun olduğu ifade edilmiştir [11-13]. Tanılama sonrasında hemşire ailenin öncelikli ihtiyaçlarını belirleyerek bu ihtiyaçların giderilmesini sağlamalıdır.

Kliniklerde Ailelerin Tanılanması

Konu ile ilgili katılımcıların görüşleri alındığında

- Aile ve hastanın bir bütün olduğu ve ailenin sahip olduğu ekonomik, sosyal ve toplumsal kaynakların belirlenmesinin ve gerektiğinde kaynaklar için yönlendirilmesinin önemli olduğunu bildirmişlerdir.

AİLEYİ GÜÇLENDİRME

1980'lerin başından beri kanserli hastalara bakım verenlerin yükünün incelenmesine rağmen, ailelere ve bakım verenlere yapılan hangi girişimin bakım yükünü veya etkinliğini kolaylaştıracağı konusunda herhangi bir görüş birliği bulunmamaktadır [14, 15]. Palyatif bakım hastalarına bakım veren aile üyelerinin ihtiyaçlarının karşılanması ve güçlendirilmesinde bakım verme ile ilgili eğitim verme, genel sağlık durumu hakkında bilgilendirme, baş etme becerilerini güçlendirme, kayıp ve yas süreci ile ilgili destek verme, kaynaklar hakkında bilgilendirmenin benimsenmesi gereken yaklaşımlar olduğu bildirilmiştir [16,17,18].

Aileleri Bilgilendirme

Ailelerin güçlendirilmesinde ilk adım hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım konusunda bilgi eksikliğinin giderilmesi, problem çözme becerilerinin geliştirilmesi ve hastanın bakımı hakkında bilinçli tercihler yapabilmelerinin sağlanmasıdır. Ailelerin bilgilendirilmesi aile bireyi bakım veren rolünü üstlendiği zaman başlamalıdır [16-18].

Bakım verme ile ilgili eğitimin bakım verenlerin kendi hayatları üzerinde kontrol hissi kazanmasını, bakım verme ile ilgili beceri kazandırma, mevcut kaynakların farkına varma, bakım verenin bilgi ve güvenini arttırma ve palyatif bakım kavramlarını geliştirmeyi hedeflemelidir.

Literatürde aile üyelerine bakımla ilgili verilen eğitimin etkisini değerlendiren çalışmalarda eğitimin bakım verenlerin bilgi, özyeterlik, bakıma hazırlık ve bakımdan memnuniyeti olumlu yönde etkilediği; genel sağlık durumu ve baş etme becerilerini ise etkilemediği bildirilmiştir [16,17,18] (Kanıt Düzeyi I).

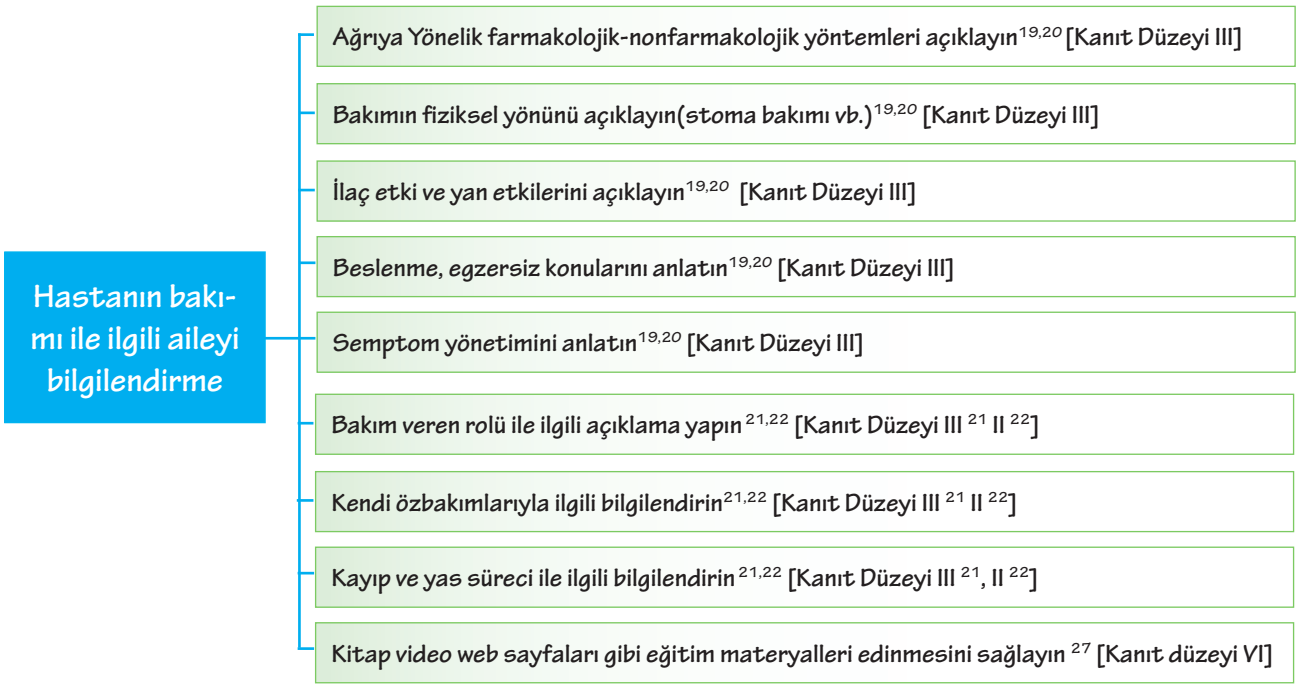
Çalışmalardan elde edilen sonuçlarda ailelerin güçlendirilmesinde sağlık ekibi tarafından, her seansı 45- 90 dakika süren ve ağrıya yönelik farmakolojik, non-farmokolojik girişimler, bakımın fiziksel yönü (cilt ve ağız bakımı), ilaç etki ve yan etkileri, beslenme, egzersiz, semptom yönetimi ve hastalığa özgü bakım bilgileri (stoma bakımı vb) içeren bireyselleşmiş eğitimin sözlü ve yazılı materyallerle verilmesinin bakım verenlerde sosyal izolasyonu azaltmada ve bakımla ilgili becerilerini ve yeterlilik duygularını arttırmada etkili olduğu bildirilmiştir. Eğitim seanslarından sonra telefon yada yüz yüze görüşmelerle yapılan takibin ve bakım verenlerle planlanan bakımın değerlendirilmesinin eğitimin etkinliğini güçlendirdiği ifade edilmiştir [19, 20] (Kanıt Düzeyi III).

İleri düzey kanser hastalarının ailelerine verilen psikoeğitimler yalnızca hastanın bakımı ile ilgili bilgilendirmeyi değil aynı zamanda aile üyelerine danışmanlık ve destekleyici girişimleri de içermelidir. Literatürde aile üyelerine verilen psikoeğitimin etkisini değerlendiren çalışmalarda psikoeğitimin aile üyelerinin yeni rollerine dair olumlu düşüncelerini ve bilgi düzeylerini arttırdığı; genel sağlık durumları, anksiyete, bakım veren rollerine hazır

oluşluluk düzeyleri, destek ve ihtiyaçlarının karşılanması gibi durumları da geliştirdiği bildirilmiştir [16,17,18] (Kanıt Düzeyi I).

Çalışmalardan elde edilen sonuçlarda bakım veren rolüne genel bakış, öz-bakım stratejileri, ölümü yaklaşan hastanın bakımı, semptom yönetimi, kayıp ve yas süreci hakkında bilgilendirmeyi içeren bireyselleşmiş veya grup seansları şeklinde yapılan psikoeğitimin ailelerin genel sağlık, bakıma hazır oluşluluk ve toplumsal destek durumlarını geliştirdiği, karşılanmamış ihtiyaçları ve anksiyeteyi ise azalttığı belirtilmiştir [21,22] (Kanıt Düzeyi III[21], II[22]).

Stres yönetimini kolaylaştıran bir baş etme yöntemi olan problem çözme becerileri eğitimi ileri düzey kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin olumlu problem çözme becerilerinin gelişmesini sağlamalıdır [24,25]. Literatürde aile üyelerine verilen problem çözme eğitiminin etkinliğini değerlendiren çalışmalarda problem çözme becerileri eğitiminin aile üyelerinin duygusal gerginliğini azaltmada etkili olduğu görülmüştür. Çalışmalardan elde edilen sonuçlarda hastanın semptom yönetiminde problem çözme becerileri adımlarının nasıl uygulanacağı ile ilgili bilgilendirmeyi içeren bireyselleşmiş ya da grup seansı şeklinde yapılan eğitimin ailelerin gerginliklerini ve bakım yükünü azaltmada, bakım verme rolü, kendine güven ve olumlu problem çözme becerilerini geliştirmede, yaşam kalitesini arttırmada etkili olduğu görülmüştür [25,26] (Kanıt Düzeyi II). Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerine yönelik girişimleri inceleyen bir derlemede ise problem çözme becerileri eğitimleri bilişsel davranışçı terapi girişimleri olarak tanımlanmış ve çoğunlukla bakım verenin psikolojik sağlığı, baş etme becerileri ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği bulunmuştur [16].



Şekil 11-2. Ailelerin Güçlendirilmesinde Hastanın Bakımı Hakkında Bilgilendirme

Kitap, cd, video ve web sayfaları eğitim materyali olarak kullanılabilmektedir. Konuyla ilgili bir tanımlayıcı çalışmaya ulaşılmıştır. Bu çalışmada palyatif kanser hastasına bakım verenlerin bilgi sunumunda kitapçıkları tercih ettiği, oluşturulan kitapçık sayesinde bakım verme konusunda daha olumlu ve yetkin hissettikleri, hemşirelerin ise benzer durumlarda önceki zamanlara kıyasla daha az telefon görüşmeleri yaptıkları bulunmuştur [27] (Kanıt düzeyi VI).

Ailelerin Bilgilendirilmesi

Konsensus sırasında sağlık çalışanlarının ailelerin bilgilendirilmesi konusunda görüşleri alındığında

- Ailelerin hastanın bakımında etkin olması için semptom yönetimi hakkında bilgilendirilmesinin önemli olduğu
- Bakım hakkında verilen eğitimin aile üyelerinin bakıma katılımını arttırdığını bildirmişlerdir.

Aile Üyelerini Genel Sağlık Durumu Hakkında Bilgilendirme

Aile üyeleri bakım verme rolleriyle ilgilenirken kendi bakımlarını ihmal etmekte ve önleyici sağlık hizmetlerinden yararlanmamaktadırlar. Bakım verenlere dengeli ve düzenli beslenme kendi bakımlarını ihmal etmeme gibi önerilerde bulunulması, egzersiz gibi aktivitelerin önerilmesi sağlığı teşvik edici davranışların geliştirilmesi açısından önemlidir [4]. Bakım verenler sağlıklı yaşam alışkanlıklarının geliştirilip sürdürülmesi açısından desteklenmelidir [28]. Düzenli fiziksel aktivitenin kardiyovasküler hastalıklar, bazı kanser türleri, stres ve depresif belirtilerin azalmasına, uyku kalitesinin iyileşmesi gibi sağlık üzerine birçok yararı olduğu bilinmektedir. Literatürde demans ve alzheimerli hastaların bakım verenleri ile egzersizin etkilerini ölçen deneysel çalışmalar olmasına rağmen palyatif bakım alan hastaların bakım verenleri ile yapılmış çalışmalara rastlanmamıştır [29, 30]. Literatürde bakım verenlerde anksiyete prevalansını %38.1, depresyon prevalansını ise %34.2 - %82.2 (%25.5'inde orta düzeyde, %16.3'ünde ise ciddi düzeyde) olduğunu gösteren çalışmalara rastlan-



Şekil 11-3. Ailelerin Güçlendirilmesinde Genel Sağlık Durumu Hakkında Bilgilendirme

maktadır [31,32,33]. Bakım verme rolünün bireyin ruhsal sağlığını etkilediğini göz önünde bulundurduğumuzda bakım verenlerin psikiyatrik tedaviye yönlendirilmeleri önemlidir. Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda psikoterapötik girişimler bilişsel davranışçı yaklaşımı benimsemiştir [18]. Yapılan bir çalışmada varoluşsal bilişsel terapinin distres ve yaşam kalitesi üzerinde önemli gelişmeler sağladığı geleneksel davranışçı terapilerin ise önemli etkisi olmadığı görülmüştür [34] (Kanıt düzeyi II). Bu nedenle aile üyelerinin duygusal yaşantılarını daha iyi anlamaya yönelik terapi çalışmalarına ihtiyaç vardır [35] (Kanıt Düzeyi II).

Aile Üyelerine Psikiyatrik Destek Önerilmesi

Konsensus sırasında katılımcıların konuyla ilgili görüşleri alındığında

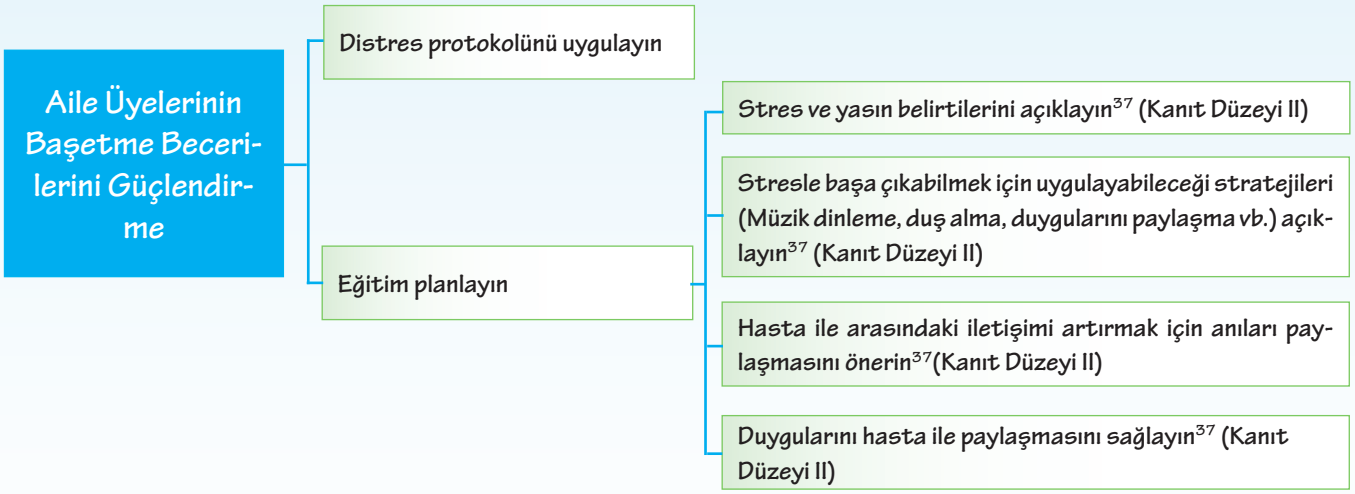
- Hasta ve ailesinin bir bütün olarak ele alınması gerektiği ve yapılan görüşmelerde ailelerin ruhsal sıkıntıları farkedildiğinde destek almalarını önerdikleri
- Ailelerin duygularını ifade etmesine izin verilmesinin önemli olduğu
- Aileler kendi ihtiyaçlarından çok hastalarının ihtiyaçlarına yoğunlaştığından sağlığı geliştirici öneri-lerde bulunmanın önemli olduğu
- Psikososyal eğitimlerin kısa sürede etkili olmasına rağmen etkin dinleme gibi terapötik girişimlerin de etkili olduğu
- Aile üyelerine empatik bir yaklaşımla sahip oldukları kaynakların ve güçlü özelliklerinin hatırlatılmasının etkili olduğu
- Sağlık çalışanları olarak aile üyeleri ile ölümün de konuşulmasının uygun olacağını bildirmişlerdir.

Aile Üyelerinin Başetme Becerilerini Güçlendirme

Bireyin sahip olduğu özellikler ve baş etme becerilerinin stresle başa çıkmayı kolaylaştırdığı, psikososyal distres ve duygusal gerilimi azalttığı bilinmektedir. Aile üyelerinin hastalık süreci, bakım rolleri ve yaklaşan ölümle başa çıkabilmek için baş etme becerilerinin geliştirilmesi sağlanmalıdır.

Konuyla ilgili çalışmalar sınırlı olmakla birlikte aile üyelerine verilen stres ve yasın belirtileri, stresle başa çıkma stratejileri, hasta ile bakım veren arasındaki iletişimin güçlendirilmesi, kaynakların farkına varıp destek aramaya cesaretlendirme ve kaynaklar hakkında bilgilendirmeyi içeren başetme becerileri eğitiminin anksiyete ve depresif semptomları azalttığı belirtilmiştir [37] (Kanıt Düzeyi II).

Palyatif bakımda aile toplantıları hasta, aile ve sağlık ekibi arasındaki iletişimi artırmayı, semptomları, bakımın hedeflerini ve mevcut tedaviyi tartışmayı, karar vermede hastaları ve aileleri dahil etmeyi ve şu anki klinik durum hakkında ortak bir anlayış geliştirmeyi sağlamaktadır [35,36] (Kanıt Düzeyi II[35], I[36]). 2009 yılında 20 bakım veren, 4 hasta ve 18 sağlık çalışanı ile aile buluşmalarının etkinliğini belirlemek için yapılan pilot bir çalışmada bakım verenlerin ihtiyaçlarının karşılanmasında birinci ölçüm zamanından ikinci ölçüm zamanına kadar artış olduğu ve bakım verenlerin aile toplantılarını faydalı buldukları ortaya konmuştur [35] (Kanıt Düzeyi II). 13 çalışmanın incelendiği bir sistematik derlemede de aile buluşmalarının aile üyelerinin karşılanmamış ihtiyaçlarını ve endişelerini gidermesi hususunda yetersiz kanıt bulunmuştur. Sadece iki çalışmada (niceliksel ön-test sontest) geçerli bir ölçüm aracı kullanılarak aile sonuç çıktıları ölçülmüş, dört çalışmada ise güvenilir olmayan ölçüm araçlarıyla yapılan ölçüm sonrası önemli sonuçlar belirtilmiştir [36] (Kanıt Düzeyi I). Aile toplantılarının etkinliğini desteklemek için güvenilir ölçüm araçlarının kullanıldığı çalışmalara ihtiyaç vardır.



Şekil 11-4. Ailelerin Güçlendirilmesinde Başetme Becerileri

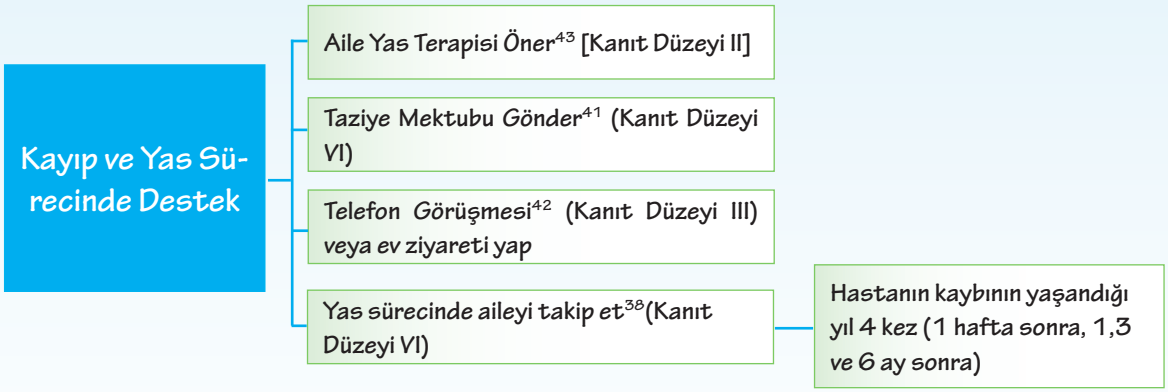
Kayıp ve Yasla ilgili destek

Yakınını kaybeden aile üyesi, kaybetme, yalnızlık, öfke, suçluluk ve hasta için yaptıklarının yeterli olup olmadığına dair şüphe duyguları ile mücadele etmek zorunda kalabilmektedirler [38]. Özellikle batılı ülkelerde pek çok palyatif bakım hizmeti; yas sürecinde destek verme ile ilgili olarak taziye mektubu yada anma kartları gönderme, anma toplantısı yapma, telefonla arama, kişisel toplantılar düzenleme, kendine yardım gruplarına yönlendirme ve farklı türden danışmanlık (bireysel, aile veya grup) verme gibi hizmetler sunmaktadır [39]. Hastanın kaybından sonraki süreçte ailelere destek olmasının gerekliliğinin belirtilmesine rağmen nasıl bir destek verileceği ve kime verileceği hususunda bir görüş birliği yoktur. Yas sürecindeki aile ile temaslar ülkelere göre farklılık gösterebilmektedir; İngiltere' de en çok ev ziyareti yapılırken, Japonya' da ise taziye mektubu gönderilmektedir [40,41] Kanıt Düzeyi VI). Yapılan çalışmalarda yas sürecindeki ailelere yapılan destek telefon görüşmelerinin aileleri olumlu etkilediği [42] (Kanıt düzeyi III); aile odaklı yas terapilerinin patolojik yası önlediği ve distresi azalttığı [43] (Kanıt Düzeyi II) bulunmuştur. Yas sürecindeki aileleri destekleme yöntemlerinden bir diğeri de yaslı ailenin takibidir. Yakının kaybeden ailelerin yas sürecinde desteğe ihtiyaçları olduğu ve ailelerin yapılacak takipte onlara en çok bakım veren kişiyi tercih ettikleri ve hastanın ölüm sürecinde yaşananlar, yalnızlık duyguları ve gelecek endişeleri hakkında konuşmak istedikleri belirtilmiştir [38] (Kanıt düzeyi VI). Yas takibinin hastanın kaybının yaşandığı yıl 4 kez (1 afta sonra, 1, 3 ve 6 ay sonra) olması önerilmektedir.

Kayıp ve Yasla İlgili Destek Verme

Katılımcıların konuyla ilgili görüşleri alındığında

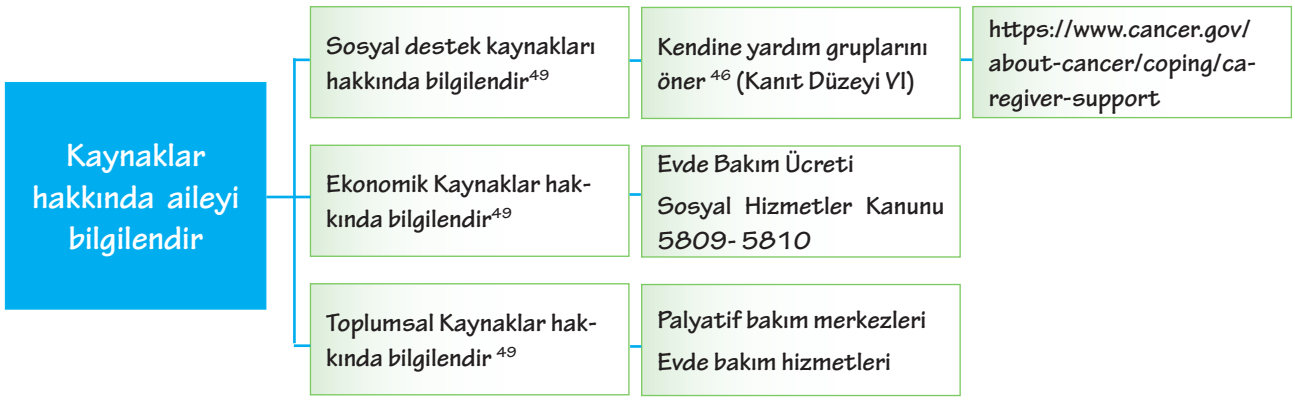
- Türkiye'den bir katılımcı hastanın ölümünden sonra telefonla görüştüklerini ve mümkün olduğunda cenazeye katıldıklarını
- Umman'dan bir katılımcı kültürle ilgili olarak hastanın cenazesine katıldıklarını ve bunun hem sosyal hem de profesyonel görevleri olduğunu
- Ürdün'den bir katılımcı ise hastanın vefatından sonraki 3 gün, 1 ay, 3 ay ve altı ay sonra aileyi ziyaret ettiklerini ve hastanın son günlerinin beraber geçiren kişiler olarak anılarını paylaştıklarını ve bunun aileler için önemli olduğunu bildirmiştir.



Şekil 11-5. Ailelerin Güçlendirilmesinde Kayıp ve Yas Sürecinde Destek

Kaynaklar Hakkında Bilgilendirme

Aynı veya benzer durumdaki bireylerden oluşan ve bu bireylerin deneyimlerini paylaşması sonucunda durumla ilgili pratik bilgileri ve başa çıkma yollarını paylaştıkları, birbirlerine destek oldukları kendine yardım veya karşılıklı yardım gruplarının fiziksel engellilik, ruhsal hastalık, fiziksel sağlık durumları, bağımlılık, bakım verenler gibi pek çok alanda olduğu bilinmektedir [44,46]. Bakım veren aile üyeleri ile yapılan niteliksel bir çalışmada katılımcıların kendine yardım gruplarına katılma nedenlerinin, yalnız hissetme ve aynı durumdaki insanlarla tanışma motivasyonu olduğu, gruba katılma sonucunda empati, duygusal başetme stratejileri, bilgi(deneyimler ve beceriler) ve destek kazanımlarını elde ettikleri ortaya konulmuştur [45] (Kanıt Düzeyi VI). Literatürde bağımlılık, yas, diabet, depresyon, ruhsal hastalık, bakım verme gibi spesifik kendine yardım gruplarının olumlu sonuçlarını ortaya koyan çalışmalara rastlanmakla birlikte bu konudaki kanıtlar yetersizdir [47, 48]. Grubun umut aşılama, evrensellik, bilgilendirme ve rehberlik etme, özverili olma, birincil aile özelliklerinin grupta yinelenmesi ve bunun onarıcı niteliği, toplumsallaştırıcı tekniklerin gelişimi, model alma, kişilerarası öğrenme, grup bağlılığı, katarsis gibi iyleştirici özellikleri ve palyatif hastalara bakım verenlerde kendine yardım gruplarının etkinliğine dair çalışmaların olmaması göz önünde



Şekil 11-6. Ailelerin Güçlendirilmesinde Kaynaklar Hakkında Bilgilendirme

bulundurulduğunda konuyla ilgili çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kanser ailelerine verilen ekonomik destek ülkeler arasında farklılık gösterebilmektedir. Ülkemizde palyatif bakım hastalarına özgü olmamakla birlikte engelliliği sağlık raporu ile tescil edilen bireylerin ailelerine evde bakım maaşı verilmektedir. Aynı zamanda Sağlık Bakanlığı bünyesindeki palyatif bakım merkezleri ve evde bakım hizmetleri kapsamında kanserli hastalara ve ailelerine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek sağlanmaktadır.

Aile üyelerinin sahip olduğu kaynaklarla ilgili olarak bilgilendirilmesi bakımın maddi ve manevi zorluklarıyla başa çıkmada aile üyelerine yardımcı olabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Hauser JM, Kramer BJ. Family Caregivers in Palliative Care. Clin Geriatr Med 2004;20(4):671-688.
2. Zarit SH, Stephens MAP, Townsend A, Greene R. Stress Reduction for Family Caregivers: Effects of Adult Day Care Use. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences 1998; 53(5):S267-S277.
3. Tsigaroppoulos T, Mazaris E, Chatzidarellis E, Skolarikos A, Varkarakis I, Deliveliotis C. Problems Faced by Relatives Caring for Cancer Patients at Home. Int J Nurs Prac 2009;15(1):1-6.
4. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver Burden: A Clinical Review. Jama 2014;311(10):1052-1060.
5. Page AE, Adler NE. The Psychosocial Needs of Cancer Patients. Cancer Care for Whole Patient: Meeting Psychosocial Health. Washington: Institute of Medicine of The National Academies, 2008, p 24- 42.
6. National Alliance for Caregiving. Caregiving in the US. AARP; Bethesda, MD: The National Alliance for Caregiving, 2005, http://www.aarp.org/content/dam/aarp/ppi/2015/caregiving-in-the-united-states-2015-report-revised.pdf (Access date: 10/25/2016)
7. Monin JK, Schulz R. Interpersonal effects of suffering in older adult caregiving relationships. Psychol Aging 2009; 24(3):681-695.
8. Schulz R, Hebert RS, Dew MA. Patient Suffering and Caregiver Compassion: New Opportunities for Research, Practice, and Policy. Gerontologist 2007;47(1):4-13.
9. Beach SR, Schulz R, Williamson GM, Miller LS, Weiner MF, Lance CE. Risk Factors for Potentially Harmful Informal Caregiver Behavior. J Am Geriatr Soc 2005;53(2):255-261.
10. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care. Brooklyn (NY) National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2004.
11. Deeken JF, Taylor KL, Mangan P, Yabroff KR, Ingham JM. Care for The Caregivers: A Review of Self-Report İnstruments Developed to Measure the Burden, Needs, and Quality of Life Of Informal Caregivers. J Pain Symptom Manage 2003;26(4):922-953.
12. Zarit SH, Stephens MAP, Townsend A, Greene R. Stress Reduction for Family Caregivers: Effects of Adult Day Care Use. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences 1998;53(5): 267-277.
13. Bužgová R, Špatenková N, Fukasová-Hajnová E, Feltl D. Assessing Needs of Family Members of Inpatients with Advanced Cancer. Eur J Cancer Care 2016; 25:592-599.
14. Walsh K, Jones L, Tookman A, Mason C, McLoughlin J, Blizard R, et al. Reducing emotional distress in people caring for patients receiving specialist palliative care. The Br J Psychiatry 2007;142-147.
15. Given B, Wyatt G, Given C, Gift A, Sherwood P, DeVoss D, et al. Burden and Depression among Caregivers of Patients with Cancer at The End-Of-Life. Oncology Nursing Forum 2004; 31(6): 1105-1017.
16. Chi NC, Demiris G, Lewis FM, Walker AJ, Langer SL. Behavioral and Educational Interventions to Support Family Caregivers in End-of-Life Care a Systematic Review. Am J Hosp Palliat Medicine. 2015; 33(9):894-908.
17. Northouse LL, Katapodi MC, Song L, Zhang L, Mood DW. Interventions with Family Caregivers of Cancer Patients: Meta-Analysis of Randomized Trials. CA Cancer J Clin 2010; 60(5):317-339.

18. Sörensen S, Pinquart M, Duberstein P. How Effective Are İnterventions with Caregivers? An Updated Meta-Analysis. The Gerontologist; 2002; 42(3):356-372.

19. Lindstrom KB, Mazurek Melnyk B. Feasibility and Preliminary Effects of An Intervention Targeting Schema Development for Caregivers of Newly Admitted Hospice Patients. J Palliat Medicine 2013;16(6): 680-685.

20. White K, D'Abrew N, Auret K, Graham N, Duggan G. Learn Now; Live Well: An Educational Programme for Caregivers. Int J Palliat Nurs 2008;14(10):497-501

21. Hudson PL, Aranda S, Hayman-White K. A Psycho-Educational Intervention for Family Caregivers of Patients Receiving Palliative Care: A Randomized Controlled Trial. J Pain Symptom Manage 2005;30(4):329-341.

22. Leow M, Chan S, Chan MF. A Pilot Randomized, Controlled Trial of The Effectiveness of a Psychoeducational Intervention on Family Caregivers of Patients with Advanced Cancer. Oncology Nurs Forum 2015;42(2):E63-72.

23. Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. Springer Publishing Company, 1984, p 117-139.

24. Cameron JI, Shin JL, Williams D, Stewart DE. A Brief Problem-Solving Intervention for Family Caregivers to İndividuals with Advanced Cancer. J Psychosoma Res 2004;57(2):137-143.

25. McMillan SC, Small BJ, Weitzner M, Schonwetter R, Tittle M, Moody L, et al. Impact of Coping Skills Intervention with Family Caregivers of Hospice Patients with Cancer. Cancer 2006; 106(1):214-222.

26. Luker K, Cooke M, Dunn L, Lloyd-Williams M, Pilling M , Todd C. Development and Evaluation of an Intervention to Support Family Caregivers of People with Cancer to Provide Home-Based Care at The End of Life: A Feasibility Study. Eur J Oncol Nurs 2015;19:154-161.

27. Mollaoğlu M, Özkan Tuncay F, Kars Fertelli T. İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. DEUHYO ED 2011;4(3):125-130.

28. Castro CM, Wilcox S, O'Sullivan P, Baumann K, King AC. An Exercise Program for Women Who Are Caring for Relatives with Dementia. Psychosomatic Medicine 2002; 64(3):458-468.

29. King AC, Baumann K, O'Sullivan P, Wilcox S, Castro C. Effects of Moderate-İntensity Exercise on Physiological, Behavioral, and Emotional Responses to Family Caregiving A Randomized Controlled Trial. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences 2002; 57(1):M26-M36.

30. Park ER, Mutchler JE, Perez G, Goldman RE, Niles H, Haime V, et al. Coping and Resiliency Enhancement Program (CARE): A Pilot Study for Interpreters in Cancer Care. Psycho-Oncology 2017;26(8):1181-1190.

31. Arai Y, Kumamoto K, Mizuno Y, Washio M. Depression Among Family Caregivers of Community-Dwelling Older People Who Used Services Under the LongTerm Care Insurance Program: A Large-Scale Population-Based Study In Japan. Aging Ment Health 2014; 18(1):81-91.

32. Smith L, Onwumere J, Craig T, McManus S, Bebbington P, Kuipers E. Mental and Physical Illness in Caregivers: Results from an English National Survey Sample. The Br J Psychiatry 2014; 205(3):197-203.

33. Fegg MJ, Brandstätter M, Kögler M, Hauke G, Rechenberg-Winter P, Fensterer V et al. Existential Behavioural Therapy for Informal Caregivers of Palliative Patients: A Randomised Controlled Trial. Psycho-Oncology 2013; 22(9):2079-2086.

34. Hudson P, Thomas T, Quinn K, Aranda S. Family Meetings in Palliative Care: Are They Effective? Palliat Med 2009;23(2):150-157.

35. Cahill PJ, Lobb EA, Sanderson C, Phillips JL. What İs The Evidence for Conducting Palliative Care Family Meetings? A Systematic Review. Palliat Med 2017; 31(3): 197-211.

36. Leow M, Chan S, Chan MF. A Pilot Randomized, Controlled Trial of The Effectiveness of A Psychoeducational İntervention on Family Caregivers of Patients with Advanced Cancer. Oncol Nurs Forum 2015; 42(2):E63-72

37. Milberg A, Olsson EC, Jakobsson M, Olsson M, Friedrichsen M. Family members' Perceived Needs for Bereavement Follow-Up. J Pain Symptom Manage 2008;35(1): 58-69.

38. Hall C, Hudson P, Boughey A. Bereavement Support standards for specialist palliative care services, Department of Health, State Government of Victoria, Malbourne, 2012.

39. Matsushima T, Akabayashi A, Nishitateno K. The Current Status of Bereavement Follow-Up in Hospice and Palliative Care İn Japan. Palliat Med 2002; 16(2):151-158.

40. Birtwistle J, Payne S, Smith P, Kendrick T. The Role of The District Nurse in Bereavement Support. J Adv Nurs 2002; 38(5): 467-478.

41. Kaunonen M, Tarkka MT, Laippala P, Paunonen-Ilmonen M. The İmpact Of Supportive Telephone Call Intervention on Grief After The Death of A Family Member. Cancer Nursing 2000; 23(6):483-491.

42. Kissane DW, McKenzie M, Bloch S, Moskowitz C, McKenzie DP, O'Neill I. Family Focused Grief Therapy: A Randomized, Controlled Trial in Palliative Care and Bereavement. Am J Psychiatry 2006;163(7):1208-1218.

43. Self Help Nottingham, http://www.selfhelp.org.uk

12

SAĞLIK ÇALIŞANLARINI GÜÇLENDİRME

Cemile Hurrem Ayhan Balık, Sevim Buzlu

Hemşirelik en stresli meslek grupları arasında üçüncü sırada yer almaktadır [1]. Diğer sağlık alanlarından farklı olarak hastanın işlevselliğinin arttırılması ve fizyolojik işlevlerinin sürdürülmesine odaklanmak yerine, hemşireler ölmekte olan hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını tanılamaya ve karşılamaya odaklanmaktadır. Palyatif bakımda çalışan hemşireler sıklıkla ölüm ve ölümle ilgili varoluşsal sorunlar, psikolojik zorluklar ve yaşamın sonuna yaklaşan hastalarda ortaya çıkan duygusal sıkıntılar ile karşılaşmaktadırlar [2,3,4]. Yaşanan ölümlerin sayısının doğrudan sağlık çalışanlarının duygusal iyilik hallerini etkilediği, palyatif bakımda çalışan hemşireler için haftada 4.52±2.4 ölüm olması kritik olabileceği belirtilmektedir [5].

Palyatif bakım çalışanlarında %33.3 ile %62 arasında olduğu bildirilen tükenmişlik prevalansının; diğer alanlarda çalışanlara kıyasla daha fazla olduğu belirtilmektedir. Literatürde, tükenmişliği etkileyen risk faktörlerinin kişinin iletişim becerilerinde güven eksikliğinin olması, zaman baskısı altında olması, kötü haber verme, ağrı, acı ve ölümle baş etmede yaşanan güçlüklere mağruz kalması, iş yükünün fazla olması, ekip içindeki çatışmalı ilişkiler yaşaması, hastalarla ve yakınlarıyla ilişki kurmada zorluklar yaşaması ve organizasyonun olmadığı bildirilmiştir [6,7,8,9]. Bununla birlikte, çalışanın fiziksel iyilik halinin iyi olması, çalışma hayatında klinik rotasyonların yapılması ve işle ilgili sınırların belirlenmesi, meditasyon ve sessiz düşünme gibi metafizik uygulamaların yapılması, alanda isteyerek çalışması, gerçekçi beklentilerin olması, hastaları hatırlama ve örgütsel faaliyetler gibi başa çıkma mekanizmalarının kullanılması tükenmişliği azatmada etkili olduğu da vurgulanmıştır [6-9].

İleri evre kanser hastalarına bakım vermen sağlık çalışanlarını fiziksel ve ruhsal olarak olumsuz etkilemekte, uykusuzluk, yorgunluk, depresif semptomları ve tükenmişliği daha fazla yaşamaktadır [10]. Bu nedenle, palyatif bakım ünitesinde kanser hastaları ile sürekli etkileşim halinde olan ve kaliteli bakımın sürdürülmesinde etkin rol üstlenen sağlık çalışanlarının güçlendirilmesi önemli ve gereklidir.

TANILAMA

Literatürde, yoğun iş yükü olan sağlık çalışanlarının daha fazla stres altında olduğu bildirilmektedir [8,10]. Ölümü yaklaşan hastalara bakım vermek çok yönlü duygusal etkilenmeyi de beraberinde getirmektedir. Tükenmişliğin önlenmesi ve etkin bir şekilde yöneti-

Sağlık Çalışanının Destek Gereksinimini Belirleme

Maslach Tükenmişlik Envanteri

Duygusal tükenme ve Duyarsızlaşma alt boyut puanın artması, Kişisel Başarı alt boyut puanın düşmesi tükenmişliği düşündürür.

- Duygusal Tükenme: Düşük Puan
- Duyarsızlaşma: Düşük Puan
- Kişisel Başarı : Yüksek Puan

Palyatif bakım eğitimi planla

Aralıklı olarak değerme yaparak izle

- Duygusal Tükenme: Yüksek Puan
- Duyarsızlaşma: Yüksek Puan
- Kişisel Başarı :Düşük Puan

Tükenmişlik öyküsünü al ve nedenleri tanımlaya çalış

Sağlık Çalışanının Öyküsünü Al

P
- Sağlık çalışanında güç kaybına neden olan etken/-ler ne?

Q
- Günlük yaşamı, iş yaşamı etkilenmiş mi?

R
- Arkadaşları, ailesi ve meslektaşları ile ilişkileri etkilenmiş mi?

S
- Maslasch Tükenmişlik Envanterine göre tükenmişlik düzeyi ya da etkilenme düzeyi ne?

T
- Ne zaman başlamış? Herhangi bir destek alınmış mı? Etkili olmuş mu?

Tükenmişliği Arttıran Neden/Etkenleri Tanımla

BİREYSEL FAKTÖRLER
- İletişim becerilerine olan güvenin eksikliği
- Kötü haber verme ile ilgili güçlük yaşaması
- Ağrı ile başa çıkmada güçlük yaşaması
- Etkisiz baş etme becerileri
- Palyatif bakım hakkında bilgi düzeyinin düşük olması
- Ölümü yaklaşan hastaya yaklaşımda güçlük yaşaması

İŞLE İLGİLİ FAKTÖRLER
- Çalışma saatlerinin fazla olması >60 saat
- Ekip içi çatışmalı ilişkiler
- Hasta sayısının fazla olması1,2,3,4,
- Karşılaşılan ölüm sayısı >45

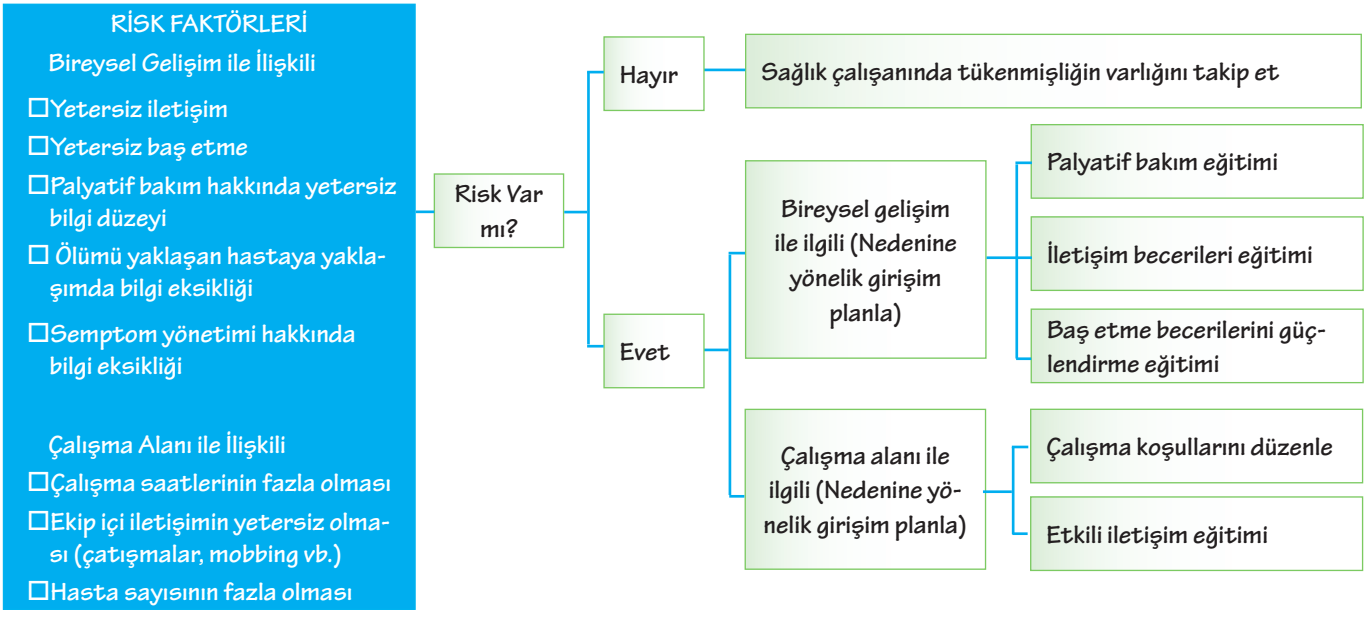
Şekil 12-1. Sağlık Çalışanlarının Gereksinimlerini Tanılama ve Değerlendirme

lebilmesinde yakın takip ve değerlendirme önemlidir [10,11]. Sağlık çalışanlarında tükenmişliğin değerlendirilmesinde sıklıkla çok boyutlu MaslachTükenmişlik Ölçeği kullanılmaktadır. Ölçek duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Tükenmişliğin bireysel stres boyutunu yansıtan duygusal tükenme daha çok insanlarla yoğun ve yüz yüze ilişkinin kaçınılmaz olduğu mesleklerde görülür. Tükenmişliğin kişilerarası boyutunu yansıtan duyarsızlaşmada sağlık çalışanı hastalarına bir insandan çok nesne gibi davranmaktadır. Yoğun çalışma saatleri, beklentilerin karşılanmaması, olumlu geribildirimler alamama, yaptığı işin maddi karşılığını alamama gibi nedenlerden dolayı duygusal yönden tükenen kişi kendini korumak için duyarsızlaşmayı seçmektedir. Sağlık çalışanlarında duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın artması başarının düşmesine neden olur[12-14, 39].

Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir [12-14]. Ölçekten toplam puan alınamamakta duygusal tükenme ve duyarsızlaşmadan yüksek puan alma kişisel başarıdan düşük puan alma tükenmişliği göstermektedir. İnsanlarla yakın ilişki içinde olmayı gerektiren bir alan olan sağlık hizmetleri çalışanlarında tükenmişliğin daha fazla olduğu göz önüne alındığında sağlık kurumlarında personelin iş doyumu ve tükenmişliği gibi örgütsel davranışlar konularında düzenli ve sistematik ölçümlerin yapılması önemli ve gereklidir. ölçümlerin yapılması önemli ve gereklidir.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINI GÜÇLENDİRMEYE YÖNELİK YAKLAŞIMLAR

Sağlık çalışanlarında tükenmişliği önlemeye ve yönetmeye ilişkin girişimler bireysel gelişimin ve çalışma koşullarının iyileştirilmesine odaklı planlanmalıdır. Literatürde bireysel gelişiminde palyatif bakım eğitimi, iletişim becerileri eğitimi, stresle başa çıkma eğitimi, ölümü yaklaşan hastaya yaklaşım ile ilgili eğitim ve süpervizyon almanın; çalışma koşulları ile ilgili çalışma saatlerinin düzenlenmesi, ekip içi ilişkilerin güçlendirilmesi, bakım verilen hasta sayısının ve çalışan sayısının düzenlenmesinin etkili yaklaşımlar olduğu bildirilmiştir (Şekil 12-2) [7,8,9].



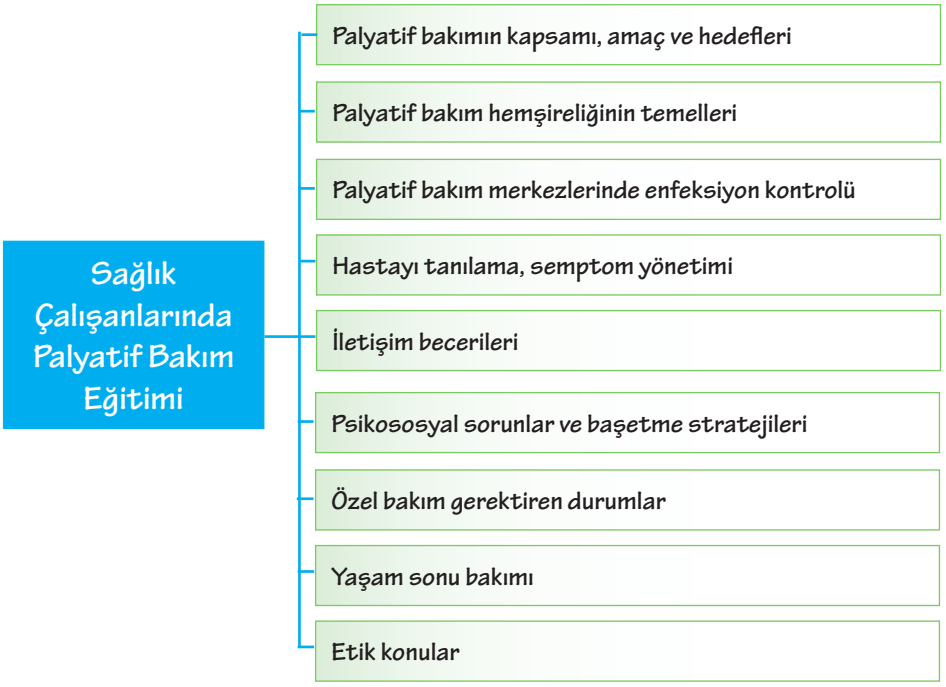
Şekil 12-2. Sağlık Çalışanlarını Güçlendirme

Palyatif Bakım Konusunda Eğitim

Eğitimin işle ilgili stresi yönetmede ve bakımın kalitesini geliştirmede etkili olduğu bilinmektedir. Literatürde konu ile ilgili yapılan tanımlayıcı çalışmalarda palyatif bakımda çalışan hemşirelerin palyatif bakımla ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu, eğitim ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda ise stres yönetimi, kriz yönetimi, ölümü yaklaşan hastanın duygusal ihtiyaçlarını anlama, ağrı yönetimi, ölümcül hastalıkların psikososyal yönü, ölüm sürecinin etik ve ahlaki yönü konusunda eğitime ihtiyaç duydukları belirlenmiştir [15-18] (Kanıt düzeyi VI).

Palyatif eğitimin dünyadaki durumunu incelediğimizde Amerika, İngiltere, Kanada gibi ülkelerde palyatif bakımın ayrı bir uzmanlık alanı olduğu görülmektedir. Amerika Tıp Birliği, doktor ve hemşirelere yönelik palyatif bakım konusunda eğitim programları planlamakta ve semptom kontrolü için standartlar geliştirmektedir. Avrupa'da ise Avrupa Palyatif Bakım Birliği palyatif bakım konusunda eğitimler yapmakta, Palyatif Bakım Hemşireliği Eğitim Rehberi ve Tıp Eğitiminde Palyatif Bakım Eğitimi Geliştirme Rehberleri gibi rehberler geliştirmiştir. Ayrıca, palyatif bakım eğitiminde üzerinde durulması gereken konuların; palyatif bakımın önemi, ağrı ve diğer semptomların yönetimi, psikososyal ve manevi bakım, palyatif bakım ve yasal konular olduğu belirlemiştir [19,20] (Şekil 12-3). Türkiye'de tıp ve hemşirelik fakültelerinde palyatif bakım ayrı bir uzmanlık alanı olmamakla birlikte, palyatif bakım merkezlerinde çalışan sağlık personeline üniversite ve hastanelerin iş birliği ile Sağlık Bakanlığı tarafından, 35 saat teorik, 80 saat uygulamalı olan, palyatif bakım eğitimleri verilmektedir. Eğitimin kapsamı uluslararası standartlarla paralellik göstermektedir [20,21].

Palyatif bakımda, tedavi şansı olmayan ve ağrı, dispne gibi hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyen semptomların varlığı ile prognozu giderek



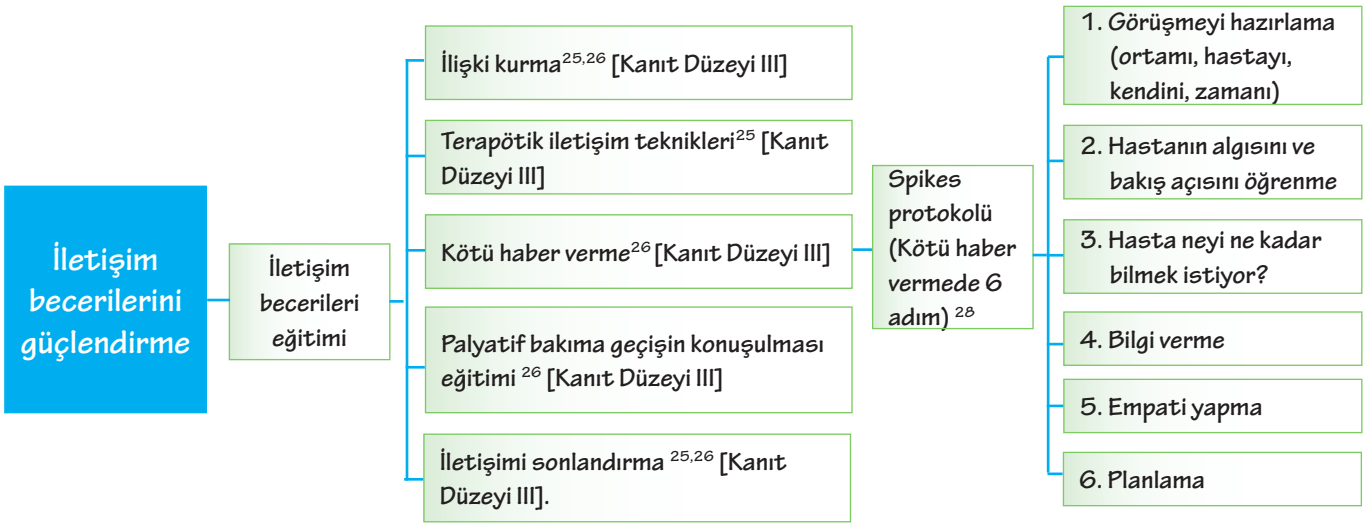
Şekil 12-3. Palyatif Bakım Eğitiminin Kapsamı

kötüleşen hastalara bakım veren hemşireden sadece hastanın değil, ailesinin de psikososyal açıdan iyilik hallerini desteklemesi beklenmektedir [11,19]. Bu beklentinin karşılanabilmesi için hemşirenin nitelikli bir eğitim ile yaşam sonu bakıma hazırlanması ve yeterli iletişim ve başetme becerilerine sahip olmaları gereklidir.

İletişim Becerilerini Güçlendirme

Yaşam sonu bakımda hastanın yaşamla ilgili tercihlerini konuşmak hemşirenin görevlerinden biridir (APA 2008) ve hastalık süreci boyunca hasta ile çok fazla etkileşimde bulunduklarından dolayı hemşirelerin iletişim becerileri hasta bakımı için önemlidir. Hemşireler sürekli olarak hastalarla iletişim içinde olmasına rağmen çok az hemşirenin iletişim becerileri eğitimi aldığı bilinmektedir. Kanserli hastaya bakım veren hemşireler hastaların fiziksel ihtiyaçlarını karşılamada kendilerini yeterli hissetseler de duygusal kaygılarını giderme konusunda zorlandıkları yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur [22-24]. Yaşam sonu bakım için geliştirilen hasta ile ilişki kurma, iletişim becerileri, hastanın duygularına empatik yaklaşım ve iletişimi sonlandırma konularını içeren iletişim becerileri eğitiminin, hemşirelerde yaşam sonu bakımın amaçları ve ölüm hakkında konuşma konusunda güvenlerinin arttırdığı saptanmıştır [25] (Kanıt Düzeyi III) (Şekil 12-4).

Hasta ile ilişki kurma, kötü haber verme ve hasta ile palyatif bakıma geçişin konuşulması konularının anlatıldığı *Oncotalk* iletişim becerileri eğitiminin etkisini değerlendirmek için 115 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada eğitim sonrasında katılımcıların kötü haber verme palyatif bakıma geçişin konuşulması becerilerini edindiği ve eğitimin sağlık çalışanlarının iletişim becerilerini geliştirmede etkili olduğu görülmüştür [26] (Kanıt düzeyi III). Kanser hastaları ile çalışan sağlık çalışanları ile yapılan iletişim becerileri eğitiminin etkinliğini değerlendiren bir sistematik derlemede ise eğitimlerin sağlık çalışanlarının bilgi toplama ve hastayı destekleme gibi becerilerine etki ettiği fakat tükenmesi üzerine ise etkisinin olmadığı belirtilmiştir [27] (Kanıt Düzeyi II). Ölüme yaklaşan hasta ve ailesi ile iletişim kurma sağlık çalışanlarını zorlayan bir durumdur. Kötü haber verme her ne kadar doktorun görevi olsa da hastanın her sürecinde orada bulunan hemşire için



Şekil 12-4. İletişim becerilerini güçlendirme

de önemli bir sorumluluktur. Kötü haberlerin nasıl verileceği konusunda temel iletişim tekniklerini ve bilgi almayı kolaylaştırıcı soruları içeren *Spikes Protokolü* kötü haber vermede sağlık çalışanlarının sıklıkla kullandığı bir yöntemdir. Spikes protokolü görüşmeyi hazırlama, hastanın algısını ve bakış açısını öğrenme, hastanın neyi ne kadar bilmek istediğini belirleme, bilgi verme, empati yapma ve planlama adımlarını içermektedir [28]. Özellikle hasta ve ailesinin duygusal tepkilerine cevap vermede ve hasta ve ailesini desteklemede yararlı olan teknikleri vurgulan spikes protokolü onkoloji alanındaki sağlık çalışanları tarafından sık kullanılsa da etkinliğini değerlendiren deneysel çalışmalara ihtiyaç vardır.

Spikes Protokolü

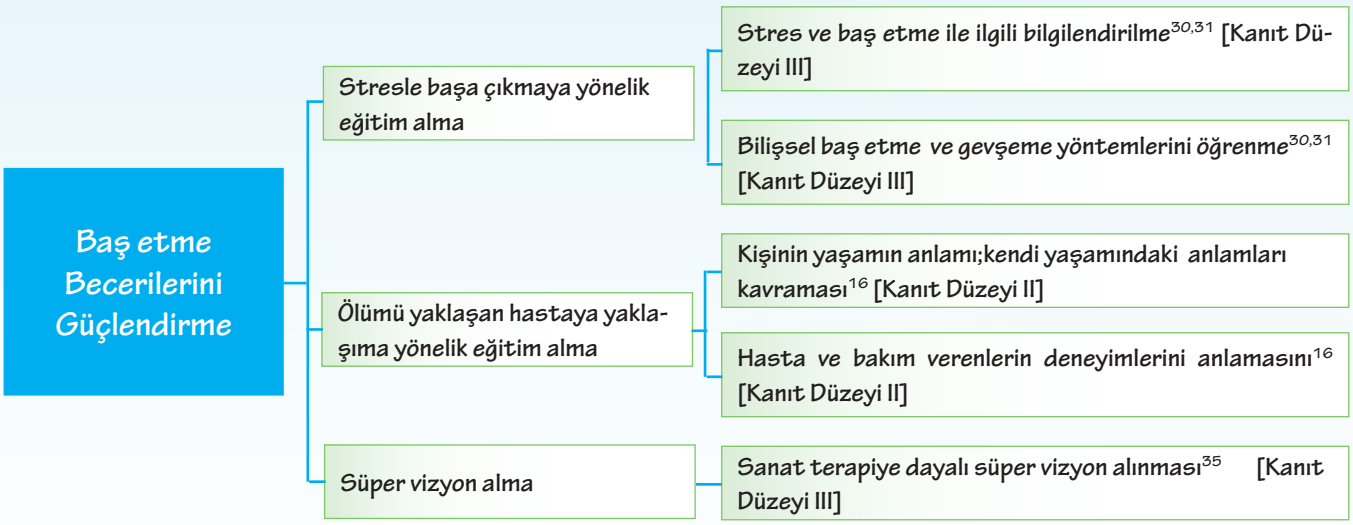
Kötü haber verme sağlık çalışanlarını zorlayan stresli bir görevdir. Sağlık çalışanları kötü haberler vermekten rahatsızlık duyduklarında kötü prognoz gibi üzücü bilgileri tartışmaktan kaçınabilir veya hastaya yersiz iyimserlik bildirirebilirler. Kötü haber vermede amaç hastadan bilgi toplamak, hastanın ihtiyaç ve isteklerine göre anlaşılır bilgi sunmak, hastanın aldığı bilgi karşısındaki yaşadığı duygusal etkiyi azaltmak için hastayı desteklemek ve hasta ile işbirliği yaparak tedavi planı oluşturmaktır. SPİKES Protokolü kötü haber verme ile ilgili yapılan geniş kapsamlı çalışmaların sonucundan oluşturulmuş ve kötü haber vermedeki amaçlara ulaşmada altı adım belirlenmiştir [40].

1- Görüşmeyi Hazırlama (Hastayı, görüşme ortamını ve çalışanın kendini hazırlaması)
2- Hastanın algısı ve bakış açısını öğrenme
3- Hastanın bilgi eksikliğini ve öğrenmesi gerekenleri belirleme
4- Bilgi verme
5- Hasta ile empati yapma
6- Durumu özetleme ve hasta ile işbirliği yaparak tedavi planı oluşturma

Başetme Becerilerini Güçlendirme

Ölmekte olan hasta ve ailesine bakım vermek sağlık çalışanları için oldukça zor bir deneyimdir. Ölüm gerçeği ile yüzleşmek hasta ve ailesi için olduğu kadar sağlık çalışanları için de travmatik olabilmektedir. Gelişen dünyada ölümlerin çoğunun hastanelerde gerçekleşmesi ölümü toplumdan izole ederek duygusal yükün çoğunu sağlık çalışanlarına yüklemektedir. Sağlık çalışanın ölüm kaygısının düzeyi de bakımın niteliğini etkileyen bir olgudur [11]. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin ölümü yaklaşan hasta ve ailenin duygusal ihtiyaçlarını karşılamada kendilerini yetersiz hissettiği görülmüştür [3,4]. Bu yetersizlik duygusu bazen hemşirelerin suçluluk duymasına neden olabilmekte ya da hemşire kaliteli bakımın göstergesini daha uzun yaşamak olarak algılayıp hastalık tedavi edilmeyecek düzeyde olsa da tedaviyi sürdürmekte ısrar edebilmektedir. Palyatif bakım sunmanın temelinde hemşirenin ölüm ve ölmekte olan hastanın bakımı ile ilişkili bilgilendirilmesi ve kendi davranışlarına dair farkındalığı vardır [11,25]. Hemşirenin ölüme ve hastalığa yükledikleri anlamlarının ortaya çıkarılması gereklidir çünkü kendi ölüm kaygısı ile yüzleşemeyen hemşireler ölmekte olan hasta ve ailesinden uzaklaşabilir ya da kendi duygularını onlara yansıtabilir. Birçok çalışma hemşirelerin ölümü yaklaşan hastaya karşı olumsuz tutumlarının olduğunu göstermektedir [11,29]. Ölümü yaklaşan hastaya bakımın neden olduğu fiziksel ve ruhsal sıkıntıların önlenmesi için stresle başa çıkma, ölüm ve farkındalık eğitimi ve süpervizyon alma gibi girişimlerin etkili yaklaşımlar olduğu bildirilmiştir (Şekil 12-5).

Literatürde gevşeme egzersizleri, strese tepkiyi azaltma ve kendine ve diğerlerine bağlılığı arttırmayı içeren 4 oturumdan oluşan stresle başa çıkma eğitiminin katılımcıların algıladığı stres düzeyini azalttığı ve işleriyle ilgili algılarını geliştirdiği görülmüştür[30] (Kanıt Düzeyi III). Benzer şekilde stres ve belirtilerini, ölüme yaklaşan hasta ile çalışırken olası stresörleri, vaka çalışmasını, gevşeme egzer-



Şekil 12-5. Başetme Becerilerini Güçlendirme

sizlerini, grup üyelerinin stresle ilgili paylaşımlarını içeren iki oturumluk stresi azaltma programının katılımcıların işle ilgili stres düzeylerine etki etmediği fakat yapılan kalitatif görüşmelerde katılımcıların programı keyifli ve yararlı bulduğu görülmüştür [31] (Kanıt Düzeyi III).

Özdenetim, bilinçlilik, kendini doğrulamak, öz-bakım yoluyla esnekliği artırmak ve kronik stresin olası faktörleri ve sonuçları hakkında katılımcıların bilgilendirilmesini sağlamak için tasarlanan Merhamet yorgunluğu eğitiminin (Compassion-Fatigue Resiliency) katılımcıların ikincil travma skorlarında azalma sağladığı ve program kapsamında uygulanan esneklik tekniklerininin olumlu etkisi olduğu saptanmıştır [32] (Kanıt Düzeyi III). Aynı zamanda, problem çözme odaklı stratejilere kıyasla duygusal odaklı baş etme stratejilerinin tükenmişliği azaltmada daha etkili olduğu bildirilmiş [15] (Kanıt düzeyi VI). Kişisel baş etme stratejileri ve sosyal destek ile tükenmişliğin denetlenebileceğini farklı çalışmalarda gösterilmiştir [16] (Kanıt düzeyi VI).

Sağlık çalışanları hastaları ve yaklaşan ölümleri ile empati kurdukça kendi travmatik stres ve tü-

Sağlık Çalışanlarını Güçlendirme

Konu ile ilgili katılımcıların görüşleri alındığında:

- Ölümü yaklaşan hasta ile çalışmak sağlık çalışanının kendi yaşantıları, deneyimleri, kayıpları gibi içsel süreçlerini tetikleyen bir olgu olduğundan sağlık çalışanlarına verilen eğitimden ziyade eğitimin hangi yöntemle yapıldığının daha önemli olduğu ve psikodramanın da bir yöntem olarak kullanılabildiği
- Tükenmişlikle ilgili olarak sağlık çalışanlarının şiddete uğramayı da çok fazla gündeme getirdiklerini ve bunun literatüre yansımayan fakat ülkenin gerçeklerinden birisi olduğu
- Hem bireysel hem de kurumsal iyileştirmelerin yapılmasının gerekli olduğunu
- Sağlıkta değerler eğitim grubunun da yararlı olduğu
- Aktif dinleme, terapötik iletişim tekniklerini kullanabilmek, hemşirenin kendi farkındalığını arttırmaya yönelik beceri eğitimlerinin gerekli olduğu
- Literatürde eğitimlerin gerekli olduğunun bildirilmesine rağmen uygulamada bu eğitimlerin alınmasının hemşireler için hem zaman hem de maliyet açısından zor olduğu
- Merhamet yorgunluğunun hemşireler için daha zor bir durum olduğu ve gelecek yıllarda bu konunun da ele alınabileceğini bildirmişlerdir.

kenmişlikleri artabilmekte ve hasta merkezli bakım anlayışı sekteye uğrayabilmektedir. Palyatif bakım çalışanlarına yapılan mindfulness odaklı varoluşçu eğitimin ise, hemşirelerin karşılaşılan ölümler karşısında duyarsızlaşmalarını sağladığı ve depresif semptomları azalttığı görülmüştür [34] (Kanıt Düzeyi III).

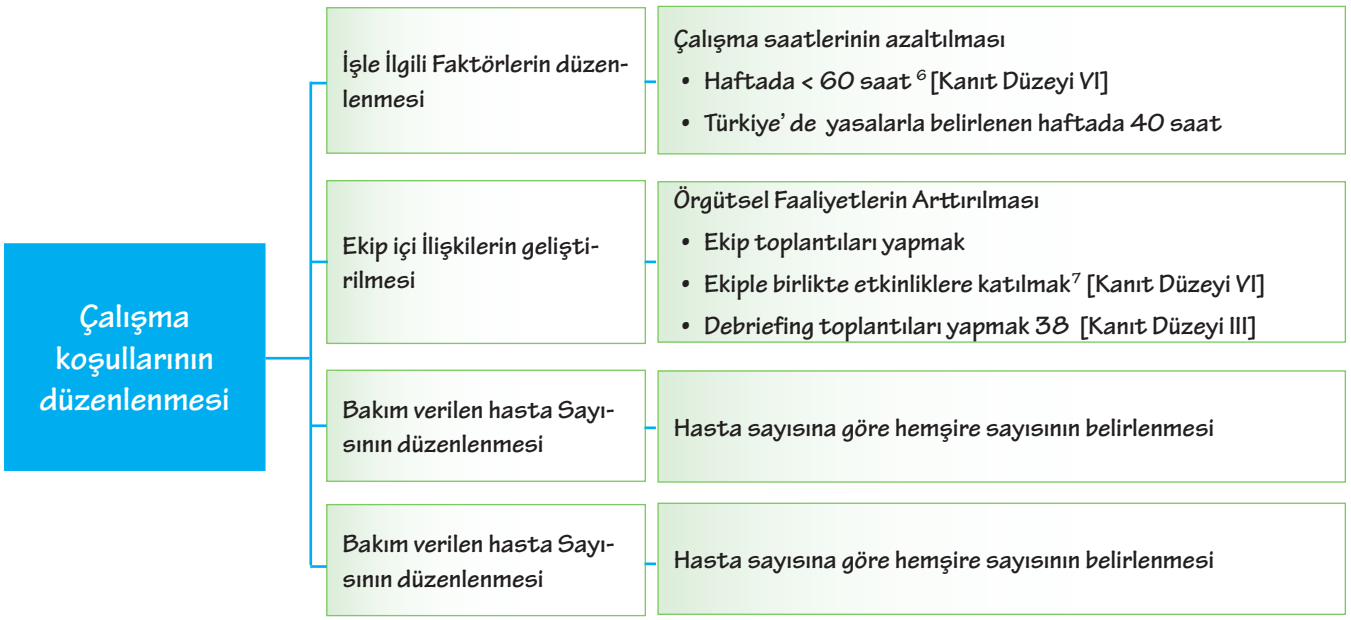
Ölümü yaklaşan hastaya bakım veren sağlık çalışanlarına yardımcı olmanın bir yolu da, özerkliklerinin ve desteğin arttırılarak kendi yetkinliklerini güçlendirmektir [35]. Süpervizyon, ahlaki pratik sağlayan, klinik beceriler kazandıran ve hasta ilişkileri ile ilgili düşünce ve duygular üzerinde düşünme fırsatları sağlayan bir danışmanlık tipi ilişki gerektirir [36] ve süpervizyon almanın hemşirelerin işle ilgili yaşadıkları stresi azaltmada etkilidir çünkü kişinin kendi tutum, duygu ve ölümle ilgili kaygılar üzerine periyodik olarak yansıtma fırsatları vardır [37]. Sanat terapiye dayalı alınan süpervizyonun geleneksel süpervizyona göre duygusal tükenme ve ölüm kaygısını önemli ölçüde azalttığı bildirilmiştir [33] (Kanıt düzeyi III).

Çalışma Koşullarını Düzenlenme

Çalışma saatleri, ekip içi çatışmalı ilişkiler, fazla iş yükü gibi işle ilgili faktörlerin tükenmişliği arttırdığı bilinmektedir. Literatürde çalışma koşulları ile ilgili faktörlerin düzenlenmesinin etkisini inceleyen deneysel çalışmalara rastlanmamakla birlikte yapılan tanımlayıcı çalışmalar nasıl olması gerektiği hakkında bir çerçeve sunmaktadır [6,7].

Ekip içinde yaşanan çatışmalı ilişkiler hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili stresini arttırmaktadır. Ekip içindeki etkileşimi arttırmaya yönelik ekip toplantıları ve debriefingler yapmanın veya ekiple birlikte sosyal aktiviteler düzenlemenin tükenmişliği önlemede etkili olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmiştir [7] (Kanıt Düzeyi VI).

Çalışma saati ve iş yükünün fazla olması yorgunluk ve strese yol açarak hemşireleri olumsuz olarak etkilediği bilinmektedir. Palyatif bakımda çalışan hemşirelerde haftada 60 saatin üstünde çalışılması tükenmişlik riskini arttırmaktadır [6]. Türkiye' de yasalarla belirlenen çalışma saati haf-



Şekil 12-6. Çalışma Koşullarını Düzenleme

tada 40 saattir. Ayrıca "Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik"te, 09/08/2015 tarihinde yapılan değişiklikle"Palyatif bakım merkezleri" özellik arz eden birimler arasında kabul edilmiş ve burada görev yapan sağlık personelinin ek ödemesi özellik arz eden birimler için öngörülen katsayılar üzerinden hesaplanmaya başlamıştır [41]. Ancak hemşirelerin tükenmişliğini önlemek için organizasyonel düzeyde çalışma saatlerinin, hasta sayısına göre hemşire sayısının düzenlenmesi gibi önlemlerin alınmasının etkili olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Smith L, Onwumere J, Craig T, McManus S, Bebbington P, Kuipers, E. Mental and Physical İllness in Caregivers: Results from an English National Survey Sample. Br J Psychiatry 2014;205(3):197-203.
2. Lim J, Bogassian F, Ahern K Stress and Coping in Australian Nurses: A Systematic Review.Int Nurs Rev 2010; 57(1): 22–31.
3. Peters L, Cant R, Sellick K, O'Connor M, Lee S, Burney S, et al. Is Work Stress in Palliative Care Nurses a Cause for Concern? A Literature Review. Int J Palliat Nurs 2012;18(11):561-7.
4. Sansó, N, Galiana L, Oliver A, Pascual A, Sinclair S, Benito E. Palliative Care Professionals' İnner Life: Exploring The Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout, and Coping With Death. J Pain Symptom Manage 2015;50(2):200-207.
5. Müller M, Pfister D, Markett S, Jaspers B WievielTodverträgtdas Team? Eine Bundesweite Befragung der Palliativstationen in Deutschland. Zeitschrift Palliativmedizin 2010;11(5): 227–33.
6. Koh MYH, Chong PH, Neo PSH, Ong YJ, Yong WC, Ong WY, et al. Burnout, Psychological Morbidity and Use of Coping Mechanisms among Palliative Care Practitioners: A Multi-Centre Cross-Sectional Study. Palliat Med 2015;29(7): 633-642.
7. Kamal AH, Bull JH, Wolf SP, Swetz KM, Shanafelt TD, Ast K, et al.Prevalence and Predictors of Burnout among Hospice and Palliative Care Clinicians in the US. J Pain Symptom Manage 2015;51(4):690-696.
8. Pereira SM, Fonseca AM, Carvalho AS.Burnout in Palliative Care: Literature Review. Nurs Ethics 2011;18(3): 317–26.
9. Guveli H, Anuk D, Oflaz S, Guveli ME, Yildirim NK, Ozkan M, et al. Oncology Staff: Burnout, Job Satisfaction and Coping with Stress. Psycho Oncology 2015; 24(8): 926-931
10. Demir A. Hemşirelikte Tükenmişliğe Bir Bakış. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences 2004;7(1):10.
11. İnci F, Öz F. Palyatif Bakım ve Ölüm Kaygısı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2012; 4(2):178-187
12. Ünal S, Karlıdağ R, Yoloğlu S. Hekimlerde Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin Yaşam Doyumu Düzeyleri ile İlişkisi. Klinik Psikiyatri 2001;4(2): 113-118.
13. Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Pekşen Y. Pratisyen Hekimlerde Tükenmişlik, İşe Bağlı Gerginlik ve İş Doyumu Düzeyleri. Genel Tıp Dergisi2006;16(1):9-14.
14. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006;7(2):100-108.
15. Kassa H, MuruganR, Zewdu F, Hailu M, Woldeyohannes D. Assessment of Knowledge, Attitude and Practice and Associated Factors Towards Palliative Care among Nurses Working in SelectedHospitals, Addis Ababa, Ethiopia. BMC Palliat Care 2014;13(1): 6
16. Fillion L, Duval S, Dumont S, Gagnon P, Tremblay I, Bairati I, et al. Impact of a Meaning-Centered Intervention on Job Satisfaction and on Quality of Life among Palliative Care Nurses. Psycho Oncology 2009;18(12):1300-1310.
17. Sardiwalla N, VandenBerg H, Esterhuyse KG The Role of Stressors and Coping Strategies in the Burnout Experienced by Hospice Workers. Cancer Nurs 2007;30(6): 488–97.
18. Lim J, Bogassian F, Ahern K Stress and Coping in Australian Nurses: A Systematic Review. Int Nurs Rev2010;57(1): 22–31

19. Elçigil A. Palyatif Bakım Hemşireliği. Gülhane Tıp Dergisi 2012;54(4):329-334.

20. Şahan FU, Terzioğlu F. Dünyada Ve Türkiye'de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2015;4(2):81-90.

21. Türkiye Sağlık Bakanlığı Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergesi 9 Ekim 2014, http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/2817,palyatif-bakim-hizmetleri-yonergesipdf.pdf

22. Langewitz W, Heydrich L, Nübling M, Szirt L, Weber H, Grossman P. Swiss Cancer League Communication Skills Training Programme for Oncology Nurses: An Evaluation. J Adv Nurs 2010;66:2266–2277.

23. Sheldon LK. An Evidence-Based Communication Skills Training Programme for Oncology Nurses İmproves Patient-Centred Communication, Enhancing Empathy, Reassurance and Discussion of Psychosocial Needs. Evid Based Nurs 2011; 14:87–88.

24. Wilkinson S, Linsell L, Perry R, Blanchard K. Communication Skills Training For Nurses Working With Patients With Heart Disease. Br J Cardiac Nurs 2008;(3):475–481.

25. Coyle N, Manna R, Johnson MS, Banerjee CS, Penn S, Pehrson C, et al. Discussing Death, Dying, andEnd-of-Life Goals of Care: A Communication Skills Training Module for Oncology Nurses. Clin J Oncol Nurs 2015;19(6): 697-702.

26. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Fryer-Edwards KA, Alexander SC, Barley GE, et al. Efficacy of Communication Skills Training for Giving Bad News and Discussing Transitions to Palliative Care. Arch Intern Med 2007;167(5): 453-460.

27. Moore PM, Wilkinson SS, Rivera Mercado S. Communication Skills Training for Health Care Professionals Working with Cancer Patients, Their Families and/or Carers. Cochrane Database Syst Rev, 2004:2.

28. Park I, Gupta A, Mandani K, Haubner L, Peckler B. Breaking Bad News Education for Emergency Medicine Residents: A Novel Training Module Using Simulation withThe SPIKES Protocol. J Emerg Trauma Shock 2010;3(4):385-388.

29. Mok E, Chiu PC. Nurse-Patient Relationships in Palliative Care. J Adv Nurs 2004; (48):475-483.

30. Mehta DH, Perez GK, Traeger L, Park ER, Goldman RE, Haime V, et al. Building Resiliency in A Palliative Care Team: A Pilot Study. J Pain Symptom Manage 2016;51(3):604-608

31. Bruneau B, Ellison GT. Palliative Care Stress in a UK Community Hospital: Evaluation of A Stress-Reduction Programme. Int J Palliat Nurs 2004;10(6): 296-304.

32. Potter P, Deshields T, Berger JA, Clarke M, Olsen S, Chen L. Evaluation of a Compassion Fatigue Resiliency Program for Oncology Nurses. Oncol Nurs Forum 2013; 40 (2): 180-7

33. Potash JS, Ho AH, Chan F, Wang XL, Cheng C. Can Art Therapy Reduce Death Anxiety and Burnout in End-Of-Life CareWorkers? A Quasi-Experimental Study. Int J Palliat Nurs 2014;20(5):233-240.

34. Gerhart J, O'Mahony S, Abrams I. A Pilot Test of A Mindfulness-Based Communication Training to Enhance Resilience in Palliative Care Professionals. J Contextual Behav Sci 2016;5:89-96.

35. Chan WC, Tin AF. Beyond Knowledge and Skills: Self-Competence in Working with Death, Dying, and Bereavement. Death Stud 2012;36(10): 899–913.

36. Wheeler S, Richards K. The impact of clinical supervision on counsellors and therapists, their practice and their clients. A systematic review of the literature. Counselling and Psychotherapy Research 2007;7(1):54-65.

37. Bluck S, Dirk J, Mackay MM, Hux. A Life experience with death: relation to death attitudes and to the use of death-related memories. Death Stud2008;32(6): 524–49.

38. Keene EA, Hutton N, Hall B, Rushton C. Bereavement Debriefing Sessions: An Intervention to Support Health Care Professionals in Managing Their Grief After The Death of A Patient. PediatricNurs2010;36(4):185-189.

39. Şenyüz Z. Hastanede Çalışan Ebe ve Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi İstanbul, 2015.

40. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. Oncologist 2000;5:302–11.

41. Türkiye Sağlık Bakanlığı "Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik" Resmi Gazete, 9

İNDEKS

A

Abdominal Masaj 96
Ağrının yönetimi 5
Ağrıyı değerlendirme 5
Ağrıyı tanılama 1
Aileyi bilgilendirme 180
Ailenin destek gereksinimini değerlendirme 179
Aileyi güçlendirme 177, 180
Aktivite ve istirahat dengesini sağlama 108
Aktivite yönetimi 94, 113
Akupoint stimulasyonu 54, 56
Akupunktur 12, 36
Anoreksi 63
Anoreksi ve kaşeksinin yönetimi 67
Anoreksi ve kaşeksiyi değerlendirme 66
Anoreksi ve kaşeksiyi tanılama 64
Aromaterapi 117

B

Başetme becerilerini güçlendirme 194
Beslenme danışmanlığı 70
Beslenme eğitimi 68
Bristol dışkı skalası 80, 89
Bulantı 43
Bulantı-kusmayı değerlendirme 46
Bulantı-kusmayı tanılama 44, 48
Bulantı-kusmanın yönetimi 48

C

Çalışma koşullarını düzenlenme 196
Çevreyi düzenleme 146, 147
Çok bileşenli yaklaşımlar 145

D

Dans 111
Deliryum 141
Deliryumda ilaç yan etki takibi 153
Deliryumda risk değerlendirilmesi 141
Deliryum tanılaması 142
Deliryumun yönetimi 145
Dikkat dağıtma 12, 56
Dispne 19
Dispnenin sınıflandırılması 22
Dispnenin yönetimi 24
Dispneyi değerlendirme 21
Dispneyi tanılama 19, 23
Distres 157
Distresi değerlendirme 161
Distresin yönetimi 160
Distresi tanılama 158
Distres nedenlerini tanımlama formu 159
Distres termometresi 158
Distreste tıbbi destek 160
Diyare 77
Diyare gelişimini arttıran gıdalar 82
Diyareyi tanılama 78
Diyarenin yönetimi 78
Duyguların ifadesi 148, 149

E

Egzersiz 71
Enerji tasarrufu 113
Enerji terapileri 167

G

Gevşeme egzersizleri 34
Gıda düzenlenmesi 81
Gıda ve çevre düzenlemesi 50, 52
Gıda ve sıvı alımının düzenlenmesi 93
Günlük tutma 69

H

Hacim artırıcı laksatifler 98
Hasta eğitimi 24, 49, 80, 92
Hasta ve ailesini bilgilendirme 5, 51, 107, 128, 150, 160
Hidrasyon 84
Hipnoz 56, 118

İ

İletişim becerilerini güçlendirme 193

K

Kanser ağrısı 1
Kanser ağrısını değerlendirme 4
Kaşeksi 63
Kaşeksi sınıflandırma 63
Kaşeksi tanı kriterleri 64
Kayıp ve yasla ilgili destek 184
Kognitif aktiviteler 148, 149
Konstipasyon 87
Konstipasyonun yönetimi 90
Konstipasyonu tanımlama 87
Kusma 43

L

Lif içeriği yüksek gıdalar 95

M

Manipulatif yaklaşımlar 12, 132, 164
Masaj 7, 8, 9, 12, 56, 57, 117, 133
MASCC antiemezis ölçeği 47
MNA 65
Modifiye Borg skala 23
MST 65
MUST 65
Müzik terapi 12, 56, 57, 132

N

NCI-CTCAE v4.03 3, 22, 47, 48, 65, 80, 89
NRS2002 65

O

Oksijen terapi 28
Opioid rotasyonu 99
Oryantasyonun sağlanması 145, 146
Osmotik/salin laksatifler 98

P

PG-SGA 65
Pozisyon 7, 12, 26, 28, 56
Prekaşeksi 63
Probiyotikler 83
Progresif kas gevşeme egzersizleri 56, 132
Psikoterapi uygulamaları 169

R

Refleksoloji 12, 133
Refrakter kaşeksi 63
Rehberli imgeleme 56
Reiki 11, 12, 111
Rhodes bulantı kusma ve öğürme indeksi 47

S

Sağlık çalışanlarını güçlendirme 189
Sanat terapi 132
Sayısal tanılama ölçeği (NRS) 3, 22
Sedasyon tedavisi 169
Sıcak ayak banyosu 133
Solunum egzersizleri 33
Sözel tanılama ölçeği (VDS) 3, 22
ST36 54

T

Terapötik dokunma 56, 57, 117

U

Uyarıcı laksatifler 98
Uyku hijyeni 129
Uyku sorunları 125
Uykusuzluğun yönetimi 126
Uykusuzluğu tanılama 125

V

Vizüel Analog Skala (VAS) 3, 22, 105

W

Wong-Baker yüz ifadeleri ölçeği 3

Y

Yeterli ve dengeli beslenme 113
Yoga 111, 133
Yorgunluğun yönetimi 107
Yorgunluğu tanılama 103
Yorgunluk 103
Yüze soğuk hava uygulaması 31

Z

Zencefil 52, 53
Zihin-beden uygulamaları 9, 11, 114, 131, 165