AKCİĞER KANSERİNDE

Palyatif Bakım

Editörler
Doç. Dr. Gülbeyaz Can
Prof. Dr. Adnan Aydıner

nobel
tıp kitabevleri

AKCİĞER KANSERİNDE PALYATİF BAKIM

Editörler

Doç. Dr. Gülbeyaz Can

İstanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Adnan Aydıner
İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü

NOBEL TIP KİTABEVLERİ

© 2015 Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti.

AKCİĞER KANSERİNDE PALYATİF BAKIM

Editörler: Doç. Dr. Gülbeyaz Can, Prof. Dr. Adnan Aydıner

ISBN: 978-605-335-137-5

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.

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. Kurtini Mevki, General Şükrü Kanatlı Cad. Ömerli - Hadımköy - İstanbul
Matbaa Sertifika No	*:*	12565
Sayfa Tasarımı - Düzenleme	*:*	Nobel Tıp Kitabevleri
Kapak Tasarım	*:*	Gülbeyaz Can
Baskı Tarihi	*:*	Mart 2015 - İstanbul

NOBEL TIP KİTABEVLERİ TİC. LTD. ŞTİ.

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

CERRAHPAŞA
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Karşısı
Park içi Cerrahpaşa-İstanbul
Tel: (0212) 586 17 58

KADIKÖY
Rıhtım Cad. Derya İş Merkezi No: 7
Kadıköy-İstanbul
Tel: (0216) 336 60 08

www.nobeltip.com

ANKARA
Sağlık Sokak No:17/C Çankaya (Sıhhiye)
Tel: (0312) 434 10 87

ANTALYA
Meltem Mahallesi Dumlupınar Bulvarı
Başkent Sit. B Blok. No: 4 Meltem
Tel: (0242) 238 15 55

BURSA
Sakarya Mah. Bahriye Üçok Cad. Menekşe
Sok. No: 21/18 Görükle, Nilüfer
Tel: (0224) 224 60 21

ELAZIĞ
Yahya Kemal Cad. Üniversite Mah. No: 36/B
Tel: (0424) 233 43 43

İZMİR
Kazım Dirik Mahallesi, 186 Sokak
No: 21/B
Bornova
Tel: (0232) 343 10 50

SAMSUN
Ulugazi Mah. 19 Mayıs Bulvarı 16/6
Tel: (0362) 435 08 03

BAKÜ / AZERBAYCAN
Nesib bey Yusifbeyli Caddesi
No: 43
Bakü / Azerbaycan
Tel: +994 (0) 12 449 9431

ÖNSÖZ

Akciğer kanseri tüm dünyada mortalite ve morbidite oranı yüksek, bireyi, aile ve toplumu her yönüyle etkileyen ciddi bir sağlık sorunudur. Hastalık tanısının konması ile birlikte hasta ve ailesi, hastalık süreci ile ilişkili pek çok soru ve sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Etkili bir tedavi sürecinin tamamlanmasında hasta – sağlık ekibi arasındaki iletişim ve güven çok önemlidir. Hastanın tedavi ve bakımından sorumlu sağlık ekibi tanı ve tedavi sürecinin her aşamasında hasta ve ailesini bilgilendirmeli, hastalık süreci ile ilişkili bakım gereksinimlerini tanımlamalı ve yönetiminde etkili girişimleri planlamalıdır.

Akciğer kanseri tanısı ile tedavi gören hastalarda sık görülen sağlık sorunlarına ve palyatif bakım hizmetlerine odaklanan *Akciğer Kanserinde Palyatif Bakım* kitabı, bu sorunların tanımlanmasında ve yönetiminde etkili yaklaşımların kullanımına ilişkin bir bakış açısı sağlamaktadır. Kitabın hazırlanmasında ve basımında emeği geçen tüm hocalarımıza ve meslektaşlarımıza teşekkür ederiz …

Doç. Dr. Gülbeyaz Can
Prof. Dr. Adnan Aydıner

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM 1
Akciğer Kanserli Hastada Palyatif Bakım ve Kanıta Dayalı Uygulamalar 1
Çiçek Fadıloğlu

BÖLÜM 2
Ağrı 25
Emel Emine Özdemir, Gülbeyaz Can

BÖLÜM 3
Dispne 35
Lütfiye Kılıç

BÖLÜM 4
Yorgunluk 43
Gülbeyaz Can

BÖLÜM 5
Bulantı ve Kusma 51
Makbule Özlem Akbay, Dilek Ernam

BÖLÜM 6
Akciğer Kanserinde Nütrisyon Desteği 61
Sevil Özcan, Sezai Vatansever

BÖLÜM 7
Akciğer Kanseriyle Yaşamak 71
Nazmiye Kocaman Yıldırım

İndeks 89

YAZARLAR

Uz. Dr. Makbule Özlem Akbay
Sürreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Doç. Dr. Gülbeyaz Can
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul

Doç. Dr. Dilek Ernam
Sürreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof. Dr. Çiçek Fadıloğlu
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Emekli Öğretim Üyesi

Uzm. Dr. Lütfiye Kılıç
İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Araş. Gör. Emel Emine Özdemir
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul

Uzm. Hemş. Sevil Özcan
İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü

Prof. Dr. Sezai Vatansever
İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü

Doç. Dr. Nazmiye Kocaman Yıldırım
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri AD
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi BD

1 Akciğer Kanserli Hastada Palyatif Bakım ve Kanıta Dayalı Uygulamalar

Çiçek FADILOĞLU

Kanser tüm dünyada, mortalite ve morbidite oranı yüksek, bireyi, aileyi, toplumu her yönüyle etkileyen ciddi bir sağlık sorunudur. 2012 yılında tüm dünya kanser yüküyle karşı karşıya kalmıştır, 14 milyon kanser olgusunun görüleceği ve gelecek on yıl da bu rakamın 22 milyona ulaşacağı bildirilmiştir [1]. Aynı süreçte kanserden ölüm oranlarının her yıl 13 milyon olması beklenmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde; erkeklerin %50'sinde kadınların %33'ünde yaşamlarının bir döneminde kanser gelişebileceği beklenmektedir [2]. 2012 yılında en yaygın görülen kanser türü tüm kanserlerin %13'ünü oluşturan ve 1.8 milyon olgu ile akciğer kanseridir. Akciğer kanseri, yüksek mortalite ve morbidite hızı olan, belirgin bir gelişme göstermeden önce tanısı konulamayan bir hastalıktır. Ancak bilinen bir gerçek akciğer kanserinin önlenebilir olduğudur. En yaygın kanser ölümleri akciğer kanseri nedeniyle olmaktadır, 1.6 milyon ile tüm kanser ölümlerinin %19.4'ünü akciğer kanseri oluşturmaktadır [1].

Akciğer ve bronş kanserinde tanı konulmasında ortalama yaş 71'dir, 2008-2010 istatistiklerine göre akciğer kanseri yaşamın bir döneminde görülme riski; kadınlarda 1/16, erkeklerde ise 1/13'tür. 2014 yılında yeni olgu sayısının erkeklerde ikinci sıra ile %14 oranında, kadınlarda ise %13 oranı ile beklendiği bildirilmektedir [3]. 2014 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde tüm kanser türleri arasında %13 oranında olan akciğer kanserli hasta sayısının 224,210 olması beklenmektedir. Bu oran 1980'lerin ortasından beri erkeklerde, 2000'li yılların ortasından itibaren kadınlarda düşüş göstermektedir. Bu düşüş 2006'dan 2010 yılına kadar erkeklerde %1.9 kadınlarda ise %1.2 oranındadır. Kanserden ölüm oranı her iki cinste de diğer kanserlere oranla akciğer kanserinde daha fazladır [3]. Akciğer kanseri olan birçok hastaya tanı ileri evrede konulmaktadır. Çünkü erken evrelerde hastalık sıklıkla asemptomatik olarak seyreder ve olguların %57'sine tanı koyulduğunda kanserin vücudun diğer kısımlarına yayılmış olacağı bildirilmektedir [3]. Amerikan akciğer topluluğu 2015 yılında 160 bin akciğer kanserinden ölüm olacağını bildirmiştir, 2010 yılı global ekonomik kanser maliyetinin 188 milyon dolar ile global olarak ekonomik yükü neden olduğu bildirilmektedir. Sağlıklı yaşam yıllarının kaybı %15.5'dir [4].

Türkiye'de akciğer kanseri görülme oranı %34.7'dir [5]. 2012 yılında erkeklerde 21.170, kadınlarda ise 3.319 kanser olgusu olduğu, kanserden ölümlerin ise erkeklerde 18.953, kadınlarda ise 2.912 olduğu bildirilmiştir [6].

Akciğer kanserine neden olan en önemli faktör sigaradır. Sigara, püro, pipo (tütün) akciğer kanserlerinin yaklaşık %85-90'ından sorumludur. Sigaraya başlama yaşı, sigara içme süresi, içilen sigara sayısı, tütün ve sigaranın tipi akciğer kanseri gelişme riskini etkilemektedir. Sigara, akciğer kanseri ris-

kini içmeyenlere göre 30 kat arttırmaktadır. Pasif içicilik de riski yaklaşık iki kat arttırmaktadır. Kadınlarda sigara içme oranının artmasına paralel olarak akciğer kanserinden ölümler artmaktadır [7]. Akciğer kanserine neden olan bir diğer faktör aspestozdur. Aspestoz havayla taşınan küçük partiküllere bölünen bir mineral bileşiğidir. Havayoluyla taşınan liflerle karşılaşan kişilerde, özellikle de sigara içenlerde, akciğer kanseri riskini artırdığı bilinen bir karsinojendir. Sigara içen kişilerde asbest ile temas kanser riskini 90 kat arttırmaktadır. 2014 Helsinki Kriterlerine göre; aspestoz ve kanser ilişkisi araştırılmıştır ve her yıl aspestoz nedeniyle 107 binden fazla insanın öleceği bildirilmiştir. Aspestoz çalışma ortamında görülen önemi bir bir risk faktörüdür, hala 215 milyondan fazla bireyin çalışma ortamında aspestoza maruz kaldığı bildirilmektedir. Bunların dışında; rodon gazı, klormetil (eter), arsenik, hava kirliliği ve aile öyküsü akciğer kanserinin oluşumunda etkili olmaktadır [8].

PALYATİF BAKIM

Hastalarda erken palyatif bakım girişimleri yaşam kalitesini ve ruhsal durumu belirgin ölçüde olumlu olarak etkilerler. Akciğer kanserinin tüm evrelerinde palyatif bakım uygulanabilmektedir. Yaşam sonu bakım hariç palyatif bakım fiziksel ve ruhsal tüm semptomların giderilmesine olanak sağlar.

Palyatif Bakımın Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımı, yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer problemlerin, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşım olarak tanımlamaktadır [9].

Palyatif Bakımın Amacı

Palyatif bakımın amacı, bireyin içinde bulunduğu kültürel ve yerel değer, inanç ve uygulamalarına duyarlı davranılarak sahip olunan fonksiyonel kapasitenin restore edilmesi ve semptomların kontrol edilerek, acının hafifletilmesi ve bireyin yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Palyatif bakım bilinci; psikolojik, sosyal ve spiritüel destek sunan, ağrı ve diğer semptomların kontrolünü amaçlayan; ileri progresif hastalığa sahip bireylerin aktif ve total bakımıdır.

Palyatif Bakım Hizmetlerinin Felsefesi

Palyatif bakım hizmetlerinin felsefesi; palyatif bakıma tanı anında başlaması gerekir, yaşamı ve ölümü normal bir süreç olarak görür. Ölümü ne yavaşlatır ne de hızlandırır. Yaşama ve ölüme saygı duymayı belirtir, hasta bakımının psikososyal ve tinsel yönünü bütünleştirir. Ölüme kadar mümkün olduğunca hastanın aktif bir şekilde yaşamasına yardım eden destek sistemleri sunar. Hastanın hastalığı ve matemi boyunca ailenin; baş etmesine yardım etmek için destek sistemleri sunar. Gerektiğinde matem danışmanlığı da dahil olmak üzere hasta ve ailenin gereksinimlerini belirlemek için bir ekip yaklaşımı kullanır. Yaşamın kaliteli olmasını sağlar. Hastalık sürecini pozitif olarak etkiler. Akciğer kanseri tanısı koyulduktan sonra hastalara yaşam süreleri boyunca verilen palyatif bakım; yüksek düzey de yaşadıkları fiziksel ve emosyonel sıkıntıları gidermede yarar sağlamaktadır. Akciğer kanserine ait stigmanın sağlık durumu üzerinde negatif etkileri bulunmaktadır. Stigma hastaların sosyal destek arayışını engeller, daha az sosyal ilişkilere neden olur, bunun sonucunda hastaların yararlı kaynaklara ulaşımı engellenmiş olur [2].

Palyatif bakım; aynı zamanda hastalarda duyu kontrolüne ulaşma, aile üyelerinin bakım yükünü giderme ve aile ilişkilerini güçlendirme, hastalığın doğasına gerçekçi bir anlayış kazandırma, hastanın değerlerine uygun tedaviler gerçekleştirme, hasta ka-

rar verme kapasitesini kaybettiğinde; kararları verebilecek olan bireyleri saptama amacı da bulunmaktadır [10].

Palyatif bakım ilk olarak 1989'da tanımlanmıştır. Bu tanım 2002 yılında tekrar ele alınmış ve sağlık bakımı profesyonellerin niteliği ve politik yönü ele alınmıştır. 2009 yılında günümüzde kullanılan ve kabul görülen tanımı yapılmış ve hedefleri belirlenmiştir [9] (Tablo 1).

Küçük hücreli dışı akciğer kanserinde palyatif bakım; semptom yönetimini, psikososyal konularda karar verme sürecine ve yaşam kalitesine odaklanmıştır, erken palyatif bakım girişimleri hastalara birçok yarar sağlamaktadır; yapılan planlı palyatif bakım vizitleri ile hastaların yoğun bakım ünitelerine yatmaları engellenir, eve yollandıktan sonra hastaneye tekrarlı yatışlar azalır ciddi semptomlarda azalma görülür, daha iyi yaşam kalitesi, daha az ağrı, nefes darlığı, depresyon ve bulantı görülür, tıbbi bakım sürecinde hasta ve ailenin değerlerine, amaçlarına, seçimlerine saygı gösterilir ve bunları planlanmasına önem verilir. Sürecin bu şekilde sürdürülmesi hasta ve aile üyelerinde daha fazla memnuniyet duyulmasına neden olur [11,12].

Amerikan Göğüs Birliği'nin palyatif bakıma ait profesyonel değer ve prensipleri 2008 yılında belirlenmiştir. Bu değer ve prensipler Tablo 2'de görülmektedir.

Vurgulanan tüm bu hedefler yoluyla başarılı bir palyatif bakım sağlanabilir (Tablo 2). Palyatif bakımın temel öğeleri Şekil 1'de görülmektedir. Palyatif bakım kavramı zaman zaman destekleyici bakım kavramı şeklinde de kullanılmaktadır. Ancak, destekleyici bakım palyatif bakım yaklaşımının bir parçasıdır.

Destekleyici Bakım

Palyatif bakım aktiviteleri destek bakım aktiviteleri ile birlikte yürütülmektedir. Destekleyici bakım, genel ve özel bütün bakım servislerin bir şemsiye altında toplanmasıdır. Öz yardım ve destek, bilgi, psikolojik

Tablo 1. Palyatif Bakımın Hedefleri

1	Ağrı ve stres verici diğer semptomların giderilmesi
2	Normal bir süreç olarak yaşama ve ölüme saygı duymayı içerir
3	Ölümü ne çabuklaştırmayı ne de ertelemeyi amaçlamaz
4	Hasta bakımın psikososyal ve spiritüel yönünü bütünleştirir
5	Ölüme kadar mümkün olduğunca hastanın aktif bir şekilde yaşamasına yardım eder ve destek sistemi oluşturur
6	Hasta hastalığı boyunca cesaretlendirilir ve hastanın ailesinin baş etmesine yardım etmek için destek sistemi oluşturur
7	Hasta ve ailesinin gereksinimlerini karşılamak için ekip yaklaşımı kurar ve gerekirse matem danışmanlığı yapılır
8	Hastalık sürecini pozitif etkilemek ve yaşam kalitesinin artırılması
9	Radyoterapi yada kemoterapi gibi yaşam süresini uzatma niyetinde olan yaklaşımları diğer tedavilerle kombine ederek, hastalığın erken aşamasında uygulanması
10	Stres verici klinik komplikasyonları yönetmek ve daha iyi anlama ihtiyacı için araştırmalar yapma

Tablo 2. Amerikan Göğüs Birliği'nin Palyatif Bakıma Ait Profesyonel Değer ve Prensipleri[13]

Palyatif bakım öncelikli olarak hasta ve aile merkezlidir.
Palyatif bakım hasta ve ailesinin tanılanmasını, hasta ve ailenin tercihlerini, saygı duyulmasını içerir.
Palyatif bakım hasta isteği doğrultusunda ailenin planlanan ve uygulanan bakıma katılımını teşvik eder, destekler.
Palyatif bakıma hastanın semptomları saptandığında başlar ve destekleyici, yaşam kalitesini arttırıcı bakım ile eş zamanlı yürütülür.
Semptomatik ve yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip tüm bireyler palyatif bakıma ulaşmalıdır.
Aileler için kayıp sonrası bakım palyatif bakımın bir parçasıdır.
Sağlık ekibi palyatif bakımın her alanında uygun bir şekilde yer almalıdır.
Profesyonel ve aile üyelerinden palyatif bakım profesyonelleri, psikososyal ve duygusal ihtiyaçlarının farkında olunmalı ve bireyler desteklenmelidir.
Sağlık bakım profesyonelleri hasta ve ailenin ihtiyaçlarını saptamalı, onların kültürel ve manevi değerlerine saygılı ve duyarlı bir şekilde yaklaşarak, interdisiplinler bir yaklaşım geliştirmek için gayret göstermelidir.
Amerikan Göğüs Birliği palyatif bakıma ulaşımda halk eğitimini desteklemelidir.
Amerikan Göğüs Birliği hasta ve ailelerin gereksinimleri için sunulan palyatif bakımın ulaşılabilir olmasını ve kalitesini geliştirmek için araştırma yapılmasını ve profesyonellerin eğitim almalarını savunmaktadır.

destek, semptom kontrolü, sosyal destek, rehabilitasyon, spirütüel destek, palyatif bakım ve ölüm sonrası bakımı içerir.

Kanserli hastalarda destekleyici bakım; hasta ve ailesini kanser ve tedavisi ile tanı öncesinde başlayarak tanı, tedavi ve bakımın hastalık süresince ya da ölüm ya da yas ile ortaya çıkan sorunların yarattığı stres ile baş edilmesinde yardımcıdır. Bakım verenlerin etkili bakım verebilmesi için bakıma hazır oluşluğun önemi büyüktür [14]. Tedavinin yararlı etkilerini arttırır ve hastalığın etkileri ile hastanın en iyi bir şekilde yaşamasını temin eder. tanı ve tedavi süresince uygulanır [15]. Kanser kapsamında destekleyici bakım; bilgilenme gereksinimi, fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel gereksinimlere yanıt vermektedir (Tablo 3).

Günümüzde kanser tanısı ve tedavisi almakta olan hastalar, aileleri ve bakım vericileri için psikososyal ve destekleyici bakımda kanıta dayalı ve kaliteli bakım almalıdırlar. Araştırmalar hastalarda, psikososyal girişim ve eğitim almanın daha düşük anksiyete düzeyine neden olduğu ruhsal durum bozuklukları, bulantı, kusma ve ağrıyı daha az deneyimlediklerini göstermektedir. Kanser kapsamındaki destekleyici bakım aktiviteleri bütün alanları gereksinimleri karşılar. Destekleyici bakım gereksinimleri toplum sağlığı hizmetleri gibi genel ya da özel sağlık hizmetleri tarafından sağlanır. Multidisipliner ekibin bütün üyeleri, destekleyici bakımda etkin bir role sahiptir. Aile, arkadaşlar, destek grupları, gönüllüler ve diğer topluma dayalı organizasyonlara ek olarak



Şekil 1. Palyatif Bakımın Temel Öğeleri.

destekleyici bakımın katkısı büyüktür. Destekleyici bakım genellikle tedavi odaklıdır. Hasta ve ailesi ile birlikte tanı öncesinden başlayarak tanı, tedavi ve hastalık sürecinde ya da ölüm ve yas süreçleri ile başa çıkmak açısından yardımcıdır. Tedavinin yararlı etkilerini arttırır ve hastalığın yan etkileri ile en iyi bir şekilde sorunlarla başetmesine olanak verir [15].

Destekleyici bakım servislerinde en önemli basamak tanımlamadır, hasta ve ailesinin rutin ve sistematik sorgulanması, optimal sağlık ve yaşam kalitesi çıktıları ile yardıma gereksinim duyulan konular tanılanmalıdır [17]; Destekleyi bakım alanlarındaki temel öğeler Tablo 4'de gösterilmektedir.

Destekleyici Bakım Alanlarındaki Temel Öğeler

1. **Öz yardım ve destek** (Kullanıcının katılımı, Bilgi verme)
2. **Psikososyal destek** (Semptom kontrolü, sosyal destek, rehabilitasyon, komplemanter tedaviler, tinsel destek, palyatif bakım, yaşam sonu bakım)
3. **Ailelere yas bakım servislerini içerdiği görülmektedir** [18].

Palyatif bakımın temel bileşenleri incelendiğinde; hasta popülasyonu, hasta ve aile merkezli bakım, palyatif bakımın sürekliliği, kapsamlı bakımın verilmesi, yaklaşımında interdisipliner ekibin yer alması, acı çekme ve ıstırabın hafifletilmesi, hasta ve profesyonellerde iletişimin sağlanması ve profesyonel ekip üyelerinde iletişim yeteneklerinin geliştirilmesi, yas ve ölüm süreci ile ilgili bakım becerisinin kazandırılması, kurumlar arasında bakımın sürekliliğinin sağlaması, palyatif bakıma kabul edilmede adalet/eşitliğin sağlanması, bakımda kalitenin geliştirilmesi ve etkin performansın sağlanması önem taşımaktadır.

Palyatif Bakımda Standartlar

Palyatif bakım hastaların yaşam kalitesini arttırmayı, ağrıyı ve diğer semptomları azaltmayı ya da ortadan kaldırmayı, bireysel, kültürel ve tinsel değerlere, inançlara ve alışkanlıklara duyarlı kalarak bakım vermeyi bireyin mümkün olduğunca otonomisini

Tablo 3. Akciğer Kanserinde Destekleyici Bakım Aktiviteleri

Hava yolunun açık tutulması için gerekli işlemler
Ağrıyı tedavi etmek
Ağrıyı tedavi etmek için açık ya da kapalı hava yolu ve soluk almayı sağlamak için öksürüğü baskılayıcı ilaçların kullanımı
Küçük taşınabilir tüplerle ekstra oksijen sağlanması
Açlık hissini gidermek için gerekli ilaçlar
Emosyonel destek ve danışmanlık
Kilo kaybını azaltmak için ek besin preperatları
Bulantıyı önlemek için ilaç tedavisi

Kaynak:http://www.mylungcancersupport.org/treating-lung-cancer/palliative-care.html (16)

sürdürmeyi, saygın ve itibarlı bir şekilde iyi ölümü sağlamayı amaçlamaktadır.

Bu amaçla kaliteli palyatif bakımın sağlanması için 2000 yılında saptanan standartlar geliştirilmiş ve 2013 yılında yapılan konsensus ile palyatif bakım standartları;
Boyut 1: Bakımın Yapısal ve Süreçsel Yönü
Boyut 2: Bakımın Fiziksel Yönü
Boyut 3: Bakımın Psikolojik ve Psikiyatrik Yönü
Boyut 4: Bakımın Sosyal Yönü
Boyut 5: Bakımın Dinsel ve Varoluşçu Yönü
Boyut 6: Bakımın Kültürel Yönü
Boyut 7: Yakın zamanda Ölecek Olan Hastanın Bakımı
Boyut 8. Bakımın Etik ve Yasal Yönü olmak üzere son iki boyut daha eklenerek sekiz boyuta çıkartılmıştır.

Tüm sağlık bakım kurumlarında; hastaneler, toplum merkezleri, hospisler ve evde bakım kuruluşları arasında işbirliği ile; kaliteyi, bakımın sürekliliğini ve palyatif bakımın verilmesine ait sorumluluklar 2013 Ulusal Konsensus raporunda kaliteli palyatif bakımın verilmesine ait sorumluluklar belirtilmiştir [19].

Palyatif Bakım Modelleri

Palyatif bakım kanser bakımının temel kompanentidir. Kavramsal model ve kuramların kullanımı, hemşirelik uygulamalarının niteliğine ve gelişmesine katkı sağlamaktadır. Modellerin odak noktası; bireyi ele almasıdır, bu nedenle bakım aktivitelerini "iş merkezli" olmaktan uzaklaştırır. Ayrıca bilginin ve aktivitelerin sistematize edilmesi yolu ile profesyonel ekip üyelerine rehberlik eder ve etkin, tedavi edici bir iletişim sağlar. Hemşirelik modelleri bakımın amaçlı, sistematik, kontrollü ve etkili olmasını sağlamakla birlikte ortak dilde konuşmaya olanak tanır. Günlük bakımın organize etmesine yardımcı olarak daha az iş gücü ile daha kaliteli bakım sunmasını sağlar.

Günümüzde palyatif bakım hastanın tanı anından itibaren başlayarak hastalığa ve tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan bireyin biyolojik psiko-sosyal ve kognitif fonksiyonlarında değişikliğe neden olan çok boyutlu kompleks ve sübjektif deneyimlerden olan semptomların kontrol altına alınması ve etkili bir şekilde yönetilmesini içerir. *Kanıta dayalı önerilerde; Akciğer kanserli hastaya bakımda tüm hekimlerin hasta ile bakım amaçlarını tanı anından başlayarak hastalık sürecince konuşmaya devam etmesi önerilmektedir (Kanıt IB).* [20]

Akciğer kanseri hastalarında palyatif bakım sürecinde deneyimlenen semptomlar incelendiğinde; ağrı, etkisiz soluk alma, yorgunluk, buluntı, konstipasyon, istek kaybı, uyku ile ilgili problemler, kaygı ve depresyon görülmektedir. Bu süreçte hasta ve ailenin var olan gereksinimlerini giderir. Tedavi kürünün sağlanmadığı durumlarda palyatif bakım ölüme kadar geçen sürede ve ölüm sonrası aile yakınları için yas dönemini yönetmeyi içeren kompleks bir süreçtir (Şekil 2).

Hastaların yaşam kalitesini arttırmayı, ağrı ve diğer semptomları azaltmayı ya da



Şekil 2. Akciğer kanserinde palyatif bakım yaklaşımı [21]

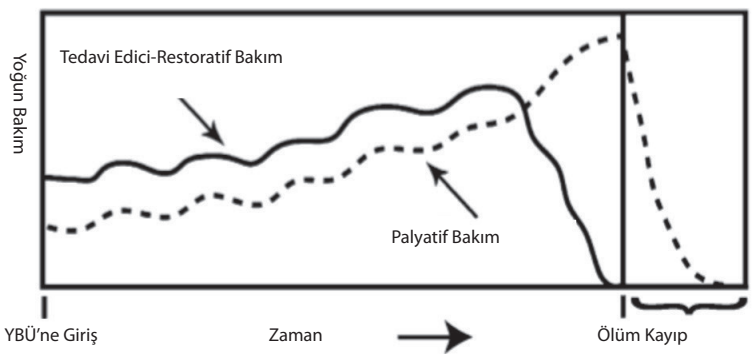
ortadan kaldırmayı, bireysel, kültürel ve tinsel değerlere, inançlara ve alışkanlıklara duyarlı olarak bakım vermeyi bireyi mümkün olduğunca otonomisini sürdürmeyi, saygın ve itibarlı bir şekilde iyi ölümü sağlamayı amaçlamaktadır.

Akciğer kanserinde palyatif bakım aktiviteleri tedaviye pararlel olarak yürür, tanı anında başlayarak tedavi sürecinden ölüme kadar devam eder ve yas sürecinde aileyi destekler.

Dördüncü evre akciğer kanseri olan ve yüksek düzeyde semptom yükü deneyimleyen hastalar için palyatif bakımın, standart onkoloji tedavisi ile erken tedavi sürecinde kombine edilmesi önerilmektedir. Bireyselleşmiş entegre palyatif bakım modelinde hasta restoratif, tedavi edici bakım ile eş zamanlı olarak ilerleyen hastalık semptomları başlangıcından itibaren palyatif bakım alır. Palyatif bakımın yoğunluğu hasta ve ailesinin istek ve gereksinimlerine saygı gösterilecek şekilde dalgalanmalar gösterebilir. Hastalığın başlangıcından hospis bakımına, ölüme, ölüm sonrası yas sürecine kadar sürebilir. Palyatif bakım gereksinimlerinin en yoğun olduğu dönem ölüm evresidir (Şekil 3).

Palyatif Bakım Ekibi

Akciğer kanserinin tanılanması ve yönetimi kompleks ve kapsamlı bir ekip yaklaşımını gerektirmektedir. Palyatif bakım ekibini; farklı disiplinlerden ekip üyeleri yer almaktadır. Bu konuda eğitimli profesyoneller dışında palyatif bakım ekibi içerisinde, farklı bakım seviyelerinde fonksiyonları ve spesifik rolleri olan bakım verici aile üyeleri, gönüllü toplum liderleri ve sağlık bakıcıları yer almaktadır. Palyatif bakım uzmanlık ge-



Şekil 3. Bireyselleştirilmiş Entegre Palyatif Bakım Modeli

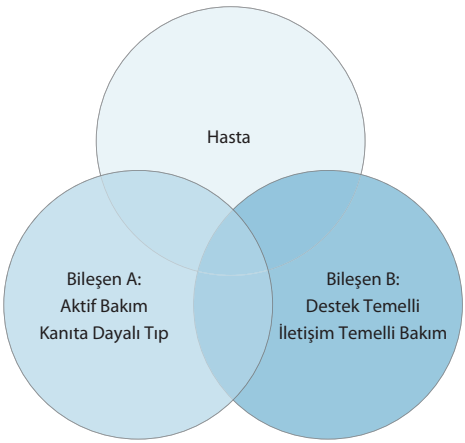
rektiren bir hizmettir. Palyatif bakım ekibi; sertifika programları ile kendilerini günün gerekleri doğrultusunda geliştirmeleri önem taşımaktadır. 2011 yılında the Joint Commitions sertifika programları vermeye başlamıştır. Bu programlar yolu ile hasta ve aile merkezli bakım ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır [22].

Temel palyatif bakım becerileri dikkate alındığında; eğitim tek başına yeterli değildir. Sistem değişikliği yaklaşımı ile kompleks problemlere; kanıta dayalı yaklaşımlar, tedavi algoritmaları, kontrol listeleri ile, kaliteli bakım uygulamaları sağlanabilir. Ayrıca bakım veren ve hasta eğitimi ile bakımı etkileyebilecek diğer süreçler kontrol altına alınabilir [23]. ağrı ve diğer semptomları yönetilir, hasta merkezli iletişimi, karar vermeyi sağlar ve hastalık süresince entegre çalışma önem taşımaktadır. Palyatif bakım ekibi, multidisipliner, interdisipliner, transdisipliner olmak üzere üç tiptir.

Multidisipliner Ekip

Akciğer kanserinde multidisipliner ekip üyeleri arasında; alanında özel eğitilmiş profesyoneller bulunmaktadır, tıbbi onkolog, akciğer kanseri özelleşmiş hemşiresi, onkoloji alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, göğüs cerrahı, farmakolog, fizyoterapist, solunum terapisti, ağrı yönetim uzmanı, diyetisyen, radyolog ve hispatolog'dan oluşan ekip üyeleri yer almaktadır ve hastanın gereksinimler doğrultusunda pastoral bakım verenler, spiritüel danışmanlar (papaz, imam ve diğer din görevlileri), yas konsültanları, geleneksel iyileştiriciler (healer), tamamlayıcı alternatif tedavi uzmanları yer almaktadır. Ekip içinde her bir disiplin kendine ait sonuçları ortaya koyar ve diğerlerine öneri getirir. Bağımsız bir şekilde bu amaca ulaşmada kendi disiplinine ait kurallarını dikkate alır. Multidisipliner ekip; hasta ve aile ile direkt, diğer ekip üyeleri ile indirekt iletişim halindedir. Çalışmalar, palyatif bakımın en iyi 'multidisipliner ekip' ile sağlandığını belirtmektedir. Multidisipliner ekip birey ve aileyi odak noktası olarak alır. Hasta ve ailenin; tinsel, fiziksel, ruhsal, sosyal gereksinimlerini dikkate alır (Şekil 4).

Bu bileşeninde destek temelli bakım etkin iletişim sürdürülerek verilir. C bileşenin-



Şekil 4. Multidisipliner ekip modeli.

de sürekli olarak toplumsal destek sağlanır. Bu ABC Modeli'nde ekibin fonksiyonları ve her bir üyenin önemi anlaşılır. Hastanın artan katılımı ve memnuniyeti ile tedavi ile ilgili ve hasta bakım sonuçları olumlu olarak etkilenir. Bu model hasta merkezli bakıma bir örnektir [24].

Kanserli hastaya bakım vermede kanserin tanı tedavi ve yaşam süreci konusunda eğitim programları hazırlanmalı ve sağlık bakım ekibine psikolojik ve fiziksel semptom yönetimi için özel olarak eğitilmeleri önem taşımaktadır - Kanıt IIC [25].

Akciğer kanserli hastalar; çoklu tedavi kullanılıyorsa multidisipliner ekip yaklaşımı önerilmektedir - Kanıt IIC [26]

İnterdisipliner Ekip

Başarının anahtarı etkin iletişimdir. Hastaya özgü amaçlar saptanır, tekrarlardan kaçınılır. Ekip üyeleri diğer disiplinlerle birlikte problem çözme yöntemini kullanarak disipline özgü amaçlara ulaşır. Ekip içinde iletişim direkttir. Maliyet etkili bir koordinasyon ile sürekli değerlendirme yapılır, kaliteli bir hizmet sunulur. İnterdisipliner ekip palyatif bakımda en etkili hizmet sunan ekiptir [27]

Transdisipliner Ekip

Ekip ortak bir kavram haritası doğrultusunda çalışan tüm disiplinler; özel kuramlar, kavramlar ve yaklaşımlardan yararlanılır. Geliştirilen modelleri uyarlamayı benimseyen bir profesyonel gruptur. Bu ekip tipi diğer ekip tiplerine oranla daha az kullanılmaktadır. Hangi ekip yaklaşımı kullanılırsa kullanılsın, ekip elemanlarının; Ortak dil kullanımı, birlikte çalışmaya hazır oluşları, diğer profesyonel grupların birbirine saygı çerçevesinde işlev görmeleri, kültürel özellikler konusunda bilgili olmaları, profesyonel değerlere önem vermeleri başarıyı arttırır. Palyatif bakım ekibinde, konsültasyon ekibinin önemi büyüktür. Üyeler, beceri ve deneyimleri ile fiziksel ve psikolojik semptomları yönetirler, iletişimi sağlarlar, spiritüel destek verirler, bakım ortamları arasındaki geçişleri koordine ederler, kapsamlı bir taburculuk planı oluştururlar ve yas desteği sağlarlar (Tablo 4).

Tablo 4. Konsültasyon Ekibinin Önem Vermesi Gereken Yedi Temel Konu[29]

İlişkiler ve Rapor oluşturma
Semptomların belirlenmesi Semptomların tanılanması ve gözden geçirilmesi Semptom yönetimi
Başetme davranışlarının belirlenmesi Hastanın başa çıkma yeteneği Ruhsal durum ve inançlar Sosyal çalışmacıya psikiyatrik ve psikolojik danışmanlığa yönlendirme
Hastalığın anlaşılmasını sağlama Bilgi tercihi Prognozun belirsizliği Varolan hastalık durumu
Kanser tedavisini tartışma Kanser tedavisinin etkileri Kanser tedavisi konusunda karar verme
Yaşam sonu bakım planlama Resüsitasyon tercihleri Bakım evi tartışması ve yönlendirmesi Uygulama ya da bireysel planlar Sağlık bakımı konusunda vekil tayin etme
Aile üyelerinin katılımını sağlama

İleri evre akciğer kanseri hastaları için palyatif ve yaşam sonu bakımda; ulaşılabilir bir palyatif bakım konsültasyon ekibinin sürece katılımı önerilmektedir - Kanıt IC [28]

Konsültasyon ekibi her türlü bakım ortamında işlev gören ve kapsamlı sorumlulukları olan bir ekiptir, özellikle 7 temel konuya önem vermeleri önerilmektedir.

Palyatif Bakım Sunumunda Hizmet Alanları

Palyatif bakım hizmetleri; topluma, eve (hospis) ve hastaneye dayalı olarak yürütülmektedir.

Tablo 5. Palyatif Bakımda Topluma Dayalı Yedi Altın Standart

İletişim: Kayıt sistemi kurun, ekiple bir araya gelin ve hastanın gereksinimleri hakkında bilgi sahibi olduklarından emin olun
Koordinasyon: Koordinasyonu sağlayın
Semptom Kontrolü: Bilgi toplamak ve inceleme için fiziksel, psikolojik, sosyal ve spritüel gereksinimleri ele alın
Bakımın Sürekliliği: Hastaları servis saatleri dışında bilgilendirin Sekonder bakım ekibi ile birlikte çalışın
Sürekli Öğrenme: Önemli olay veya sonrasında ölüm analizi kullanın Bilgi eksikliklerini tanımlayın ve giderin
Bakım Veren Desteği: Bakım sürecinde ve yas sürecine doğru emosyonel, uygulamalar ile ilgili ve finansal gereksinimleri tanımlayın ve giderin,
Yaşam Sonu Bakım: Yaşamın sonu (48 saati) için protokolü kullanın

Topluma Dayalı Palyatif Bakım Hizmetleri

Bazı gelişmiş ülkelerde, günlük bakım ünitesi veya ayaktan tedavi edilebilecek hastalar için oluşturulmuş kliniklerle daha düşük maliyetli bakım sunumunda kullanılmaktadır. Primer bakıma dayalı bu sağlık hizmeti kanser hastalarının yapması gerekli periyodik prosedürler için bir fırsat oluşturmaktadır. Ayrıca bu kurumlarda hasta ailesine bakımın nasıl sağlayacağı konusunda eğitim verilmektedir. Tablo 5'de topluma dayalı palyatif bakım hizmetinde kullanılan yedi altın standart yer almaktadır.

Sıklıkla, günlük bakım servisleri hastalar için gerekli ilaçlar ve yiyeceklerin getirilmesi yanında hastanın fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanmasında önemli bir rol oynamaktadır.

Palyatif bakımda toplum temelli yedi altın standart bulunmaktadır. Bu standartlar incelendiğinde; iletişim, koordinasyon, semptom kontrolü, bakımın sürekliliği, sürekli öğrenme, bakım veren desteği, yaşam sonu bakımı içerdiği görülmektedir [30].

Eve Dayalı Palyatif Bakım Hizmetleri

Eve dayalı palyatif bakım hizmetinin evde sunumu maliyet etkili bir yaklaşımdır. Evde bakım hizmeti ile sunulan palyatif bakım servisleri sıklıkla bir uzman palyatif bakım ünitesi yada bir hospis bünyesinde oluşturulan profesyonel ekiplerle sağlanmaktadır. Düşük ve orta düzeyde ekonomik gelire sahip ülkelerde evde ölümün tercih edildiği ülkelerde evde bakım hizmeti hospis bakımına göre daha uygun ve ulaşılabilirdir. Dünyanın bir çok yerinde eve dayalı bir şekilde palyatif bakım hizmeti sunulmaktadır. İdeal olarak palyatif bakım için oluşturulmuş evde bakım modellerinde kanser hastalarının temel ihtiyacı olan semptom kontrolü ve terminal bakım için; hastane temelli palyatif bakım üniteleri ile koordinasyon içinde çalışılmalıdır [31]. Eve dayalı palyatif bakımda sağlık sistemine ait engeller (özellikle ekip hizmetinde koordinasyon eksikliği) aile merkezli bakımın verilmesini zorlaştırmaktadır [32].

Akciğer kanserinin terminal döneminde olan hastalarla yapılan son vizitte; tedavi planı konusunda konusunda hasta ile tartışılır ve karar verilir (dur/ara ver/değiştir şeklinde). Yaşam sonu kararları konusunda (resüsitasyon tercihi, hastanın öncelikleri ve istekleri) belirlenir [29].

Olası problemleri önlemek için yapılandırılmış konuşmalarda; 1. hasta ve aile haftalar içinde olacak ölüm konusunda bilgilendirilir. 2. aile ölüm konusunda uyarılır 3. etkin bir palyatif bakım uygulaması için spiritüel, varoluşsal fiziksel ve pratik kaygılara odaklanılması önerilmektedir - Kanıt IC [28].

Hastaneye Dayalı Palyatif Bakım Hizmetleri

Hastane; özelleşmiş bakım servisleri ile bakımın temel elemanı olarak görev yapmaktadır. Hasta ve ailelere gereksinimleri doğ-

rultusunda özel bakım servisleri sunarlar. Ekip üyeleri; hastasının ağrı ve diğer semptomlarını yönetme ve psikososyal destek sağlamada temel eğitimli ve kanser hastası ile ilgilenebilecek düzeyde olmalıdır. Kompleks vakalar palyatif bakım uzmanı olan bir doktor, bir hemşire, bir part time sosyal çalışmacı tarafından, spiritüel bakım ekibi, yas konsültasyonu, eczacı ve beslenme uzmanından oluşan bir ekip tarafından yönetilir. Bu ekip aynı zamanda ulusal düzeyde; kaynak ve eğitim ve eğitim sağlayan bir gruptur. Hastane temelli bakımda daha kaliteli bakım sağlanması nedeniyle maliyet yoğun bakım ünitelerine oranla daha azdır [33].

SEMPTOM KONTROLÜ

Akciğer kanseri hastalarında semptom yönetimi palyatif bakım uygulamalarının köşe taşıdır. Semptomlar hastalığa ve tedaviye bağlı olarak yaygın bir şekilde görülmektedir. Dipne ve ağrı hastaların en çok korktukları semptomlardır. Akciğer kanserinin erken evrelerinde semptomlar genellikle görülmez. Hastalığın tanısın %40 oranında ileri evrede konulmaktadır. Hastalığa ait olan saptanan semptomlar; dispne, hırıltılı solunum, öksürük, hemoptizi, göğüs ağrısıdır. Akciğer kanserinin erken evrelerinde semptomlar genellikle görülmez. Tanı konulduktan sonra veya tedavinin direkt sonuçları; tümör tipine, hastalığın evresine, cinsine, yaş ve yaşam isteğine bağlı olarak semptomlar değişiklik gösterebilir. İleri evrede (3. ve 4. evre) semptomların görülme sıklığı artar. Ortaya çıkan semptomlar bireyin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkiler. Akciğer kanserinde görülen semptomlara ait klinik tablo dört kategoride incelenir: (1) primer tümör, (2) metastaza bağlı olan, (3) tedaviye bağlı olan, (4) paraneoplastik sendromlar olarak gruplandırılır [25]. Semptom listeleri hastaya e-posta yolu ile ya da hasta ziyareti öncesinde web aracılığı ile yollanır. Hastalar tarafından yapılandırılmış öz değerlendirme raporu vizit öncesi incelenerek değerlendirilir ve gerekli yaklaşım gösterilir. Semptomlar geçerliliği, güvenilirliği belirlenmiş ölçeklerle değerlendirilir (Tablo 6). Semptom yönetimi hasta ve bakım veren profesyoneller arasındaki iletişim ile sağlanır. Hastanın semptomları saptanır, uygun

Tablo 6. Palyatif Bakımda Yararlanılan Semptom Ölçekleri

Ölçek	Yanıt Biçimi	Madde Sayısı	Ek Bilgi
Semptom Distres Ölçeği	Likert tipi: 1: Yok - 5: Çok fazla	13	Ölçeğin uygulanma süresi: 10/dk
Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği	Sayısal Ölçüm, VAS	9 + diğer	Palyatif bakıma yönelik
MS Anderson Semptom Listesi	Likert tipi: 0: Yok - 10: Çok fazla	13 + diğer	
Akciğer Kanseri Semptom Ölçeği (LCSS)	VAS: 0-100	9	
Kanser Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme-Akciğer (FACT-L)	Likert tipi: 1: Yok - 5: Çok fazla	44	33 maddesi FCAT-G'den geliştirilmiş

*Vizüel Analog Skala: VAS

tedavi seçenekleri konusunda hasta ve aile eğitilir. Bu konuda bakım ekibinin eğitimi önem taşımaktadır [21].

Akciğer Kanserinin tanı, tedavi, ve yaşam süresi boyunca; hastaya bakım vermede, eğitim programlarını hazırlamada sağlık bakım ekibinin psikolojik ve fiziksel semptomları yönetebilmeleri için özel olarak eğitilmeleri önerilmektedir - Kanıt IIC [25,26].

Psikolojik distresi olan akciğer kanserli hastalar (psikolojik eğitim, derin nefes egzersizleri, progresif kas gevşemesi egzersizleri, yönlendirilmiş düşünce, bilişsel, davranışsal tedaviler ve destekleyici tedavileri içeren) psikolojik girişimlerden yarar sağlarlar - Kanıt IIC [25,26].

Ayrıca, hastalara semptom günlüğü tutmaları önerilir. Günlükte semptomların sıklığı, süresi ve etkisi ve semptomun başlangıç nedeni ve ne gibi girişimlerle sonlandırıldığı yazılı olarak belirtilmesi istenir. Ayrıca bu konulara ait hasta yorumları da önem taşımaktadır. Bu yorumların değerlendirilmesi birçok konunun aydınlatılmasına neden olabilecektir.

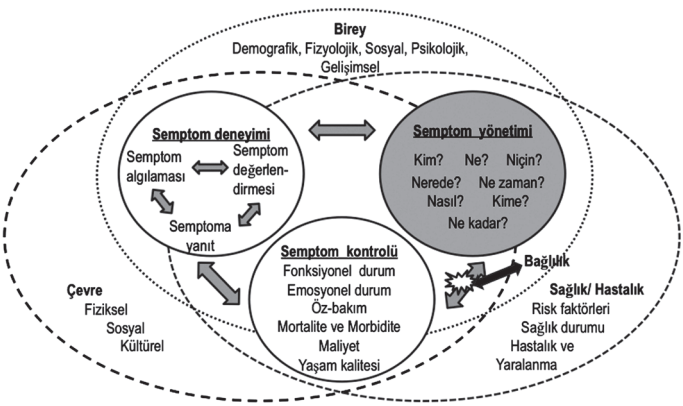
Semptomların yönetimi, hızlı bir tanılamayı, etkin bir iletişimi gerektirir. Etkin semptom yönetimi ile semptomların sıklığında, şiddetinde azalmaya neden olduğu saptanmıştır.

Semptomların yönetilmesinde; 1994 yılında Larson ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş semtom yönetim modeli kullanılır. Bu modelde; semptom deneyimi, semptom yönetim stratejileri, semptom durumu sonuçları, bireylerle karşılıklı etkileşim halindedir. Fiziksel çevre ve hastalık risk faktörleri bireyin semptomları üzerinde etkili olmaktadır [34].

AKCİĞER KANSERLİ HASTALARIN SEMPTOM YÖNETİMİNDE TAMAMLAYICI TEDAVİLERİN KULLANIMI

Akciğer kanserli hastaların semptom yönetiminde tamamlayıcı tedaviler etkin bir şekilde kullanılmaktadır. Kanser tanısı alan pek çok hasta ve hasta yakını tamamlayıcı tedaviler konusunda sağlık ekibi ile iletişeme geçip bu konuda bilgilenmeye istekli olmaktadırlar [35].

Tamamlayıcı tedaviler; hastanın kendini daha iyi hissetmelerine, yaşam kalitelerinde iyileşmeye, daha az stres ve kaygı hissetmelerine neden olmakta, daha iyi uyku kalitesine ulaşmayı sağlamakta, bazı semptomların ve yan etkilerin giderilme-



Şekil 5. Semptom Yönetimi Modeli

sinde destek olmakta, kontrol duygusunun gelişmesine yol açmaktadır. Tamamlayıcı tedavilerin uygulanması konusunda sağlık profesyonelleri tarafından 15 kanıt belirlenmiştir, bu kanıtlarda bazılarına aşağıda yer verilmiştir [36]:

1. ÖNERİ Sağlık profesyonelleri bu yaklaşım konusunda hasta ve ailesini sorgulamalı, bu konudaki fikirlerini ve uygulamalarını öğrenmelidir - Kanıt 1C [36].

2. ÖNERİ Konuşma sürecinde gerekli önerileri sunmalıdır. Bu tedavilere ait kanıta dayalı bilgiler, hasta merkezli bakım, tedavilerin zararlardan korunma ve yarar sağlama konusu ele alınmalıdır - Kanıt 1C [36].

Akciğer kanserinde tamamlayıcı tedaviler ve kullanılan tedavi örnekleri Tablo 7'de görülmektedir.

5. ÖNERİ Derin yada yoğun basınç uygulamaları kanser lezyonlarına yakın bölgeye veya hastanın kanamaya eğilimi olduğunda ve postoperatif anatomik değişiklikler görüldüğünde yapılması önerilmemektedir - Kanıt IIC [36].

7. ÖNERİ Akapunktur ağrının yetersiz kontrol edildiği durumlarda veya klinik olarak belirgin bir şekilde nöropati ve ağız kuruluğu gibi yan etkiler görüldüğünde tamamlayıcı tedavi olarak akupunktur önerilmektedir - Kanıt IA [36]

10. ÖNERİ *Akciğer kanseri hastası sigara içme davranışını diğer seçenekleri kullandığı halde bırakamadığı durumlarda akupunktur kullanımı sigarayı bırakmada yardımcı bir yöntem olarak önerilmektedir - Kanıt IIC* [36].

Akupunkturun akciğer kanserli hastalarda semptom yönetimi için her hafta 1-2 seans olmak üzere 6 hafta 45 dakikalık seanslar halinde uygulanması etkin olduğu saptanmıştır.

Masajın semptom yönetiminde her hafta 1-2 kez 6 hafta boyunca 45 dakika uygulanması önerilmektedir. Çin tıbbının ise yaşam kalitesini yükseltmede kullanıldığı görülmüştür [37].

Bu yaklaşımlar konusunda sağlık profesyonelleri eğitilmeli, hastaya zarar verecek uygulamaları önermemeleri vurgulanmalıdır.

13. ÖNERİ Diyet preperatları özellikle bitkisel ürünler, yan etkileri ve diğer ilaçlarla olası reaksiyonları değerlendirilmelidir, kemoterapötik ilaçlar gibi diğer ilaçlarla etkileşim durumunda, kemoterapi radyoterapi süresince yada cerrahi girişim öncesinde kullanımı önerilmemektedir- Kanıt IB [36].

PALYATİF BAKIMDA İLETİŞİM

Palyatif bakımda iletişim, sağlık profesyonellerinin özel olarak geliştirmeleri gereken temel becerilerdendir. Kanıta dayalı çalışmalar;

Tablo 7. Tamamlayıcı Tedaviler ve Örnekleri

Biyolojik Temelli Uygulamalar	Gıda, vitamin ve diğer preperatlar
Vücut ve zihin teknikleri	Yoga, Meditasyon, yönlendirici düşünme
Manuplatif ve vücut temelli uygulamalar	Masaj, refleksoloji
Enerji tedavileri	Magnetik alan tedavisi
Geleneksel tıbbi tedavileri	Geleneksel çin tıbbi, ayuverdi tedavi, ilaç, akapunktur

Akciğer kanserli hasta ile iletişimin; tanı anından başlayarak yaşamın sonuna kadar devam edilmesi gerektiğini önermektedir (Düzey 1B) [20].

Hasta ile değerler, tedavinin amacı, tedavi seçenekleri konusunda yapılan konuşmaların kaygıyı ve depresyonu azalttığı, hastanın iyilik halini ve tedaviye ait hasta ve ailelerin memnuniyetini arttırdığını belirtmektedir [38]. Hastayı merkez alan iletişim becerilerinin hekim merkezli iletişime oran ile daha etkin olduğu saptanmıştır [39]. Hastayı merkez alan iletişim becerileri Tablo 8'de görülmektedir.

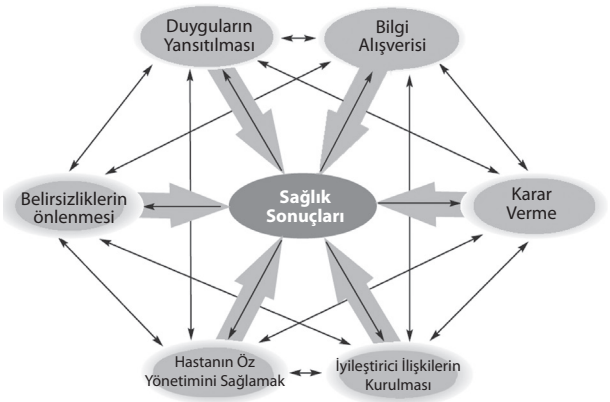
Özellikle yaşam sonu süreçte kanserli hasta ile yapılan etkili online iletişimin kanser ağrısını azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı bilinmekte ve maaliyet etkili bir yöntem olduğu bildirilmektedir [40]. Etkisiz iletişim, emosyonel disstresin ve komplikasyonların artmasına, gerçekçi beklentilere ulaşılması ve hastanın bakımından memnuniyeti gibi bir takım fırsatların kaybolmasına neden olur [41].

Etkin sağlık sonuçlarının sağlanmasında; hasta ve klinisyenler arasındaki iletişimde 6 temel fonksiyon belirlenmiştir. Şekil 6'da bu foksiyonlar ve etkileşimleri görülmektedir [42].

Tablo 8. Hasta Merkezli İletişim Becerilerinin Kullanımı

Aktif dinleme ve hastaya konuşması için yeterli zaman verme
Hasta duygularına empatik yaklaşım
Dini ve spirütüel gereksinimlere destek olma
Yaşam sonu bakım ile ilgili özel iletişim konularının ele alınması
Kötü haberlerin söylenmesi
İleri bakım planlama
Diğer çalışanlarla ve interdisipliner ekip üyeleri ile iletişim
Aile üyeleri ile görüşme
Hospis bakımına geçiş

Etkili semptom yönetimi; etkin iletişim sürdürülmedikçe mümkün olmadığı görülmüştür. En güçlü analjeziklerin bile ağrı kontrolünde ve diğer semptomların giderilmesinde etkin iletişime oranla daha az değeri olduğu görülmüştür. Bu becerilerin öğrenilebilir ve geliştirilebilir beceriler oldu-



Şekil 6. Etkili İletişimin Sağlık Sonuçlarına Etkisi

ğu bilinmektedir. Palyatif bakım hastası ile iletişimde CLASS Protokolü kullanılmaktadır. Bu protokolün beş temel bileşeni bulunmakta ve hastaların sorgulanmasında temel ve genel olan bir protokoldür. Problemin karmaşıklığına, profesyonelin deneyimine ve hastanın durumuna göre bu protokol 20-30 dakikada uygulanır [43].

C Physical context or setting: Fiziksel durum ve ortam
L Listening skills: Dinleme becerileri
A Acknowledge, emotion, and explore them: Duyguları öğrenmek ve ortaya çıkarmak
S Management Strategy: Stratejiyi yönetimi
S Summary and Clusture: Özetlemek ve gruplamak

Kötü Haberlerin Söylenmesi

Bu süreç hasta ve ailesi açısından önem taşımaktadır, kötü haberlerin söylenmesinde zamanlama önemli bir faktördür. Ne zaman, kimin yanında kötü haberlerin söyleneceğine ekip karar vermelidir. Bu süreçte hasta ve ailenin duyguları göz önüne alınmalı, sorulan sorulara yanıt için zaman verilmeli, hastanın ve ailenin neyi nekadar bilmek istediği saptanmalı, hasta ve aileye motivasyon sağlamak için sessizlik kullanılarak uygun bir ortam yaratılmalıdır [44]. Kötü haberlerin söylenmesinde değişik protokoller kullanılmaktadır. Bunlardan ABCDE Protokolü ve SPIKES protokolü pratik olarak kullanılmaktadır. Bailey ve arkadaşları tarafından 2000 yılında geliştirilmiştir. Kötü haberlerin söylenmesinde ABCDE protokolü Rabow ve McPher tarafından 1999 yılında geliştirilmiştir, her iki protokol; aşağıdaki aşamalardan oluşmaktadır (Tablo 9) [45].

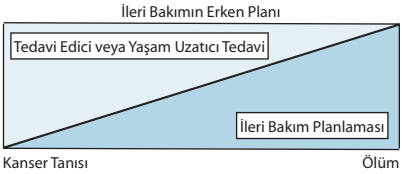
Tablo 9. Kötü Haberlerin Söylenmesine Ait Protokoller

ABCDE protokolü
A = Advance preparation = İleri hazırlık B = Building therapeutic setting / relationship = Tedavi edici çevre oluşturma C = Communicate well = İyi iletişim kurma D = Deal with patient and family responses = Hasta ve aile reaksiyonları ile baş etme E = Encourage and authenticate feelings = Cesaretlendirme ve güven sağlama
SPIKES protokolü
S = Setting up İnterview = Ortam ve Dinleme becerileri P = Assessing patient's perception = Hastanın algılarını tanılama I = Obtaining the patient's invitations = Hastadan bilgi alamak için çağrı yapmak K = Giving knowlendge and informations the patient = Bilgi verme ve hastayı bilgilendirme E = Addressing the patients emotions with empathetic respons = Empatik bir reaksiyon ile hastanın duygularını keşfetmek.

İleri Direktiflerin Kullanılması

Özellikle hekim ve hemşireler kanserli hastanın bakımını klinik tanılamaya dayalı olarak planlamaktadırlar. Bireyin sağlık bakımını tanımladıktan sonra multidisipliner ekip üyeleri ile veriler tartışılıp uygun tedavi girişimlerine karar verilir. Hasta ve ailenin bu kararlara katılımı sağlanır. Tedaviye ait riskler, yararlar veya altrernatifler konusunda hasta ile birlikte karar alınmalıdır. Hastalar için en zor kararlar yaşamı süresince yaşamı destekleyici yaklaşımlar ile ilgili kararların alınmasıdır.

İleri direktifler; bireyin kendi geleceğine yönelik olarak bakımını ve tıbbi kararları ne şekilde belirleyeceklerine yönelik önerilerin yer aldığı, konforlu bir şekilde ölüm ve ölmeyle ilgili konulara ait yazılı dökümanlardır. Bu dökümanlar; kurumlara göre değişiklik göstermektedir. En sık kullanılan ileri direktif dökümanı "Physician Orders



Şekil 7. İleri bakımın erken planlanması

for Life-Sustaining Treatment (POLTS)" dur [46]. İleri direktifler hastanın inanç, değer ve isteklerine yönelik olarak aile, arkadaşları ve sağlık profesyonelleri ile ortaklaşa karar alınması gereken konuları içeren süreçtir. Bu süreç akciğer kanseri tanısı konulduğu an başlar ölüme kadar devam eder (Şekil 7).

İleri bakımın planlanmasında tartışmanın başarılı olması için vaka yönetimi yönteminin kullanılması önerilmektedir. Ekipte özelleşmiş palyatif bakım hemşireleri gerekli bilgi ve becerileri doğrultusunda ileri direktifler konusunu hasta ile bir kez değil, yaşam boyu süreçte belirli aralıklarla tartışmalar yapılmalıdır. Yapılan çalışmalar da, sağlık profesyonellerinin ve hastaların %80'den fazlasının ileri direktiflerle ilgili tartışmaların yaşamı tehdit eden hastalığı saptandığı evrede yapılmasının doğru olduğunu belirtmiştir [47].

İleri Direktif Türleri

1. **Sağlık bakımı için sürekli temsil yetkisi** (durable power of attorney for Health care-DPAHC/HPC) bireyin isteklerini ifade edebilecek iletişimin kurulmadığı veya sağlık bakım kararları için karar verme yetisinin yitirilmesi durumunda vekilin belirlenmesi.
2. **Yaşamla ilgili kararlar** (living will-LW) bireylerin yaşamı uzatıp uzatmamasını sağlayacak bakım ve tedaviler hakkında sağlık bakım profesyonellerine hasta veya vasi tarafından özel talimatlar sağlanır.

Yararsızlık (futulity) hastaya uygulanan girişimlerin yarar ve zarar oranlarının değerlendirildiği bir süreçtir. Hekimin herhangi bir girişimin hastaya yarar sağlamayacağına inandığı zaman girişimin aile ve hasta tarafından kabul edilmemesi durumudur. Bu girişimler;

- Mekanik ventilatörün sonlandırılması
- Kardiyopulmoner Resisütasyonun Yapılmaması – Do Not Resusiate (DNR)
- Beslenme ve hidrasyonun kesilmesi,
- Anbiyotik kullanımının kesilmesini içerir.

PALYATİF BAKIM SÜRECİNDE AİLE

Kanser tüm aile sistemini direkt olarak etkilemektedir. Aileler palyatif bakım süresince hastanın yaşadığı; inkar, öfke, pazarlık, depresyon, kabullenme gibi tüm duygusal evreleri geçirmektedirler ve kanser deneyimlerinden etkilenmektedirler [48].

Günümüzde kanser hastalarına bakım verme süreci; teknolojideki ilerlemeler nedeniyle hastane tedavisinden ayaktan tedaviye, acil ünitelerinden ailenin yanına günlük tedaviye doğru bir değişim göstermektedir. Bu değişiklikler hastanede yatma süresinin kısalmasını ve hastaların evde daha üretken ve etkili olmasını sağlamıştır. Bu durum, evde bakımda ailenin bakım rolünün artmasına neden olmuştur. Palyatif bakımda ailenin desteklenmesine ait amaçlar incelendiğinde;

1. Ailenin gereksinimlerinin karşılanması
2. Bakım verenlerin stresini azaltma
3. Bakım verende iyilik haline ait sonuçları iyileştirmek
4. Hastanın rahatlığını sağlamak için aileyi güçlendirmek. Bu konuda zaman belirleme, en iyi yaklaşımın ne olduğunu saptama dikkate alınmalıdır [49].

Kanser aile ve üyelerini etkilemekte ve zaman içerisinde bakım yüküne neden olan dinamik bir süreçtir. Bakım yükü kavramı iki boyutta incelenir [50].

1. Nesnel Yük; hastanın gereksinimlerini karşılamak için harcadığı zaman ve çabaları içermektedir.

2. Öznel Yük; bireyin nesnel yükle uğraşırken yaşadığı sıkıntılar olarak tanımlanabilir. Öznel yük bakım verenin içinde bulunduğu durum nedeni ile duygularında ortaya çıkan değişiklikler ve duruma karşı olan tepkilerdir.

Literatürde kanserin dolaylı ve dolaysız neden olduğu sıkıntıları yaşayan birçok ailenin olduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. İleri evre kanser hastalarının bakım sorumluluğu genelde aileler tarafından üstlenilmektedir. Hastasının bakım sorumluluğunu üstlenme aile üyelerinin günlük yaşam düzenlerinin bozulmasına neden olmaktadır. Aile üyeleri bu süreçte günlük rutin işlerini bırakmakta ve 24 saatini hastanın gereksinimlerine göre yeniden planlayarak yaşamaktadırlar. Bu nedenle aile üyelerinde rol değişikliği ya da rol kaybı yaşamakta ve sonuçta aile içi ilişkiler ve aile yapısı bozulmaktadır. Aileler hastalık ve tedavi konusunda bilgi ve teknik konularda bakım ve becerileri geliştirmek üzere eğitim almalıdırlar. Buna ek olarak bakım verenler kendi rolleri ile saptanan rolleri arasındaki dengeyi iyi kurmalıdır. Bakım verenlerin çok yönlü beklentileri ve gereksinimleri vardır. İleri hastalık durumunda bakım verenler; hastaya, tanı ve tedaviye ait olumsuz duygusal yanıtları konusunda danışmanlığa gereksinim duyabilirler [51]. Kanserde aile bakım vericilerin tanılanmasında zamanlama, kültürel durumu, bakım verenin yaşı ve sağlık durumu, sosyo-ekonomik durumu, normlar, roller, beklentilerin saptanması önem taşımaktadır. Bakım vermenin teorik çerçevesi incelendiğinde; hastalığı değerlendirmeye ait faktörler, başetme yolları ve yaşam kalitesinin sonuçlar üzerinde etkili olduğu görülmektedir (Tablo 10).

Bakım veren aile üyeleri, hastanın gereksinimi olan fiziksel bakımının aile üyeleri tarafından karşılanması aile üyelerinin farklı sorunlar yaşamasına sebep olmaktadır.

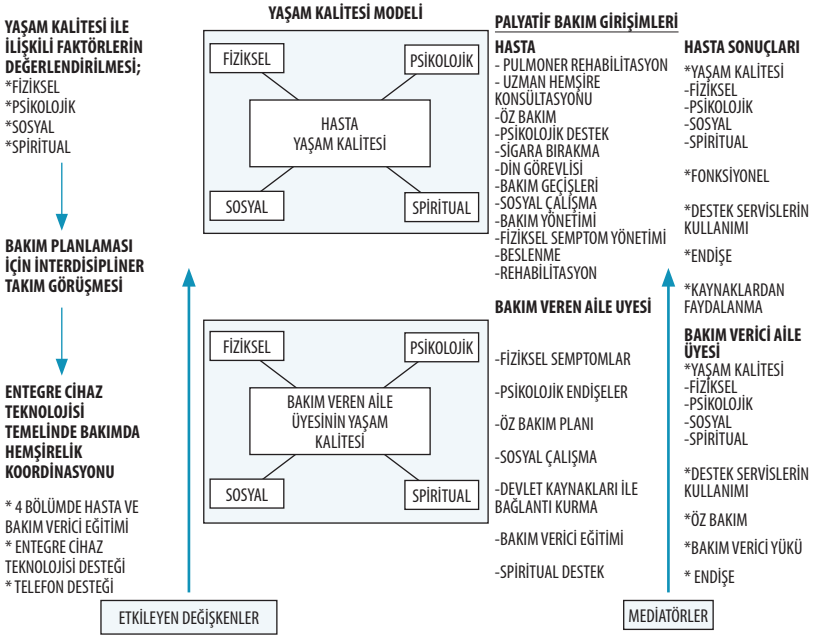
Bakım verenin yaşam kalitesi

Bakım verenin yaşam kalitesi aynen hastada olduğu gibi hatta daha fazla fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel yönden etkilenmekte ve bakım sürecinde depresyonun gelişmesine neden olmaktadır. Bir kalite göstergesi olan bakımdan memnuniyet durumu, bakım verenin yaşam kalitesini etkilemektedir. İleri kanser hastalığı olan hasta ailesinin yaşadığı bir çok problem, ve zorluklar bir arada yaşanmaktadır [52].

Hasta ve bakım verene ait bu yönler iyi değerlendirilmeli, bakım planının düzenlenebilmesi için interdisipliner ekip üyeleri ile görüşülmelidir. Bakım vereni var olan kaynaklara yöneltme, eğitim gereksinimini karşılama ve spirütüel destek sağlama önem taşımaktadır. Ayrıca öz bakımını sağlaması, bakım verme yükünü azaltması ve ortaya çıkan endişelerin giderilmesi için gerekli yaklaşımlar sergilenmelidir (Şekil 8) [21].

Tablo 10. Bakım Vermenin Teorik Çerçevesi

Alan	Hastalığı değerlendirme faktörleri	Başetme yolları	Yaşam kalitesi
Sonuç	Bakım yükü	Başetme stratejileri	Fiziksel sorunlar
	Bakımın yararları	Bakım verenin öz-etkililiği	Stres, kaygı, depresyon
	Bilgi gereksinimi		Evlilik ve aile ilişkileri
			Sosyal faktörler



Şekil 8. Hasta ve Bakım Verenin Yaşam Kalitesi Modeli

Ailenin Yaşadığı Sorunlar

Fiziksel sorunlar: Aileler; hastalardan daha fazla anksiyete, depresyon, yorgunluk, rol çatışması, sosyal izolasyon ve sıkıntı yaşadığını ve sonuçta aile üyelerinin immün sistemlerinin bozulması ile birlikte fiziksel hastalık risklerinin arttığını ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır. Bu fiziksel semptomlar arasında yorgunluk, baş ağrısı, çarpıntı, sırt ağrısı, uyku bozuklukları ve iştahsızlık ilk sırada yer almaktadır. Evde ağrı yönetimin sürdürülmesi bakımverenleri olumsuz olarak etkilediği görülmüştür. Ağrının bakımverenin yaşam kalitesinin fiziksel, psikososyal ve spiritüel boyutlarını etkilemektedir [53].

Fiziksel sorunlar aynı zamanda; hastada var olan tıbbi değişkenlerle de ilişkilidir. Hastalığın evresi, semptomların seviyesi, fonksiyonel yetenek, yorgunluk seviyesi, yan etkilerin görülmesidir. Bakım verenlerde uykusuzluk sık görülen bir sorundur. Yeterince dinlenememe ya da önerilen egzersizini yapamama ve kendi sağlık sorunlarını erteleme depresyona ve yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır.

Psikolojik sorunlar: Aile üyeleri kanserli hastaya sürekli olarak bakım verdiklerinde hastadan daha fazla stres yaşarlar. Bu stres bakım vermeden kaynaklandığı gibi sevdikleri kişinin acı çekmesine tanık olunmasından da kaynaklanabilir. Ayrıca bakım verenin mükemmeliyetçi ve karamsar olma gibi özellikleri de psikolojik sorunların ortaya çıkmasında etkili olmaktadır. Fiziksel yeteneklerin yeterli olmayışı, uygun araç-gereç

ve bu materyalleri kullanım eksikliği, ağrı gibi hastanın yaşadığı ve önemli düzeyde rahatsızlık veren semptomların varlığı, sevilen bir aile üyesinin kaybını düşünme, aile üyeleri arasında iletişim problemlerin olması ve sahip olunan ekonomik kaynakların azlığı gibi durumlar aile üyelerinde; çaresizlik, kaygı, korku, anksiyete, tükenme ve depresyon gibi psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Hastalığın evresi ve bakımın amaçları bakım verenin psikolojisini etkileyen durumlardır. Hastanın ruhsal durumu; direk olarak bakım vericinin ruhsal durumunu etkilemekte ve suçluluk, anksiyete, depresyon gibi semptomların aynı oranda görülmesine neden olmaktadır [54].

Ekonomik sorunlar: Palyatif dönemde kanser hastasının bakımda, bakımverenler ekonomik olarak da büyük sıkıntılar yaşamaktadır. Bazı hasta yakınları sahip oldukları bütün ekonomik kaynakları, bazıları ise bakımın gerektirdiği ekonomik kaynaklar için çeşitli şekillerde borçlanarak büyük bir ekonomik sıkıntının içerisine girmektedir. Maalesef gelişmekte olan ülkelerde sağlık sistemindeki eksiklikler; kanser hastasının bakımını sağlayan aile üyelerinin yaşadığı tüm bu ekonomik sıkıntılarla tek başına baş etmesine neden olmaktadır. Ekonomik sorunlar incelendiğinde; tıbbi bakıma ulaşmada araç kiralamaya harcanan maliyet, bakım süresince çalışma yaşamına son verme, sigorta ödemelerinin yetersiz olması, işe gitmeme nedeni ile maaşın kesilmesi gibi konular bu kapsamda sayılabilir [55].

Sosyal sorunlar: Mevcut sıkıntılarla baş etmede hasta ve ailesinin yaşadığı zorluklar, aile üyelerinde çaresizlik, umutsuzluk ve tükenme gibi psikolojik sorunların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Diğer taraftan yaşanılan sosyoekonomik sorunlar, ailenin deneyimlediği psikolojik ve fizyolojik semptomların etkilerinin daha yoğun şekilde hissedilmesine yol açmaktadır. Kanser hastasının bakımını üstelenen aile üyeleri günlük yaşantılarını hastalara göre düzenlemekte olup, bazı aile üyeleri işlerini bırakmakta, arkadaşları ile görüşmemekte, kendilerine bir zaman ayırmamaktadır. Bu durum aile üyelerinde yalnızlaşmayı ve sosyal izolasyonu beraberinde getirmektedir. Bu nedenle hasta bakım rolünü yerine getiren aile üyelerinin sahip oldukları sosyal destek ağı ve ağın kalitesi oldukça önemlidir. Yapılan çalışmalarda desteklenen aile üyelerinin daha iyi baş etme mekanizmaları geliştirdikleri ortaya konmuştur.

Palyatif bakımda bakım verenlere ait anahtar değişkenler bulunmaktadır. Bu değişkenler incelendiğinde; bakım vermeye hazıroluşluluk, ustalık, yeterlilik, kaygı, depresyon ve psikolojik distres, sosyal destek, bilgili olma durumu, ödüller, içinde bulunduğu durumu anlamlandırma, pozitif duygular, optimizm, karşılıklı anlaşma, kültürel faktörler, bakım veren yükü ve sağlık durumu, seçenekler ve bağlantılar, bağımlılık seviyesi, hastalık süreci, bakım verenin yaşı, cinsiyeti, sosyo-ekonomik durumu, ailelerin desteklenmesinde önem taşımaktadır. Bu konular aile öyküsü alınırken iyi tanımlanmalıdır. Ayrıca yetersiz sosyal destek ve eğitim seviyesi, ailenin fonksiyonel durumunun zayıf olması, uyumsuz başa çıkma yöntemleri, ailedeki ilaç bağımlılığı, psikiyatrik hastalık ve çoklu kayıplar içeren fiziksel ve psikolojik semptomlar gibi ailenin diğer risk durumları da değerlendirilmelidir [54,56].

Spirütüel sorunlar: Bakım verenin yaşam kalitesinde; spiritüel konular yeterince ele alınmamıştır. Bu konuda yapılmış "Birkaç çalışmada hasta ve bakım verenin kanser ile başetmede aynı spirütüel sorunları yaşadıkları görülmektedir. Hastalığa anlam yükleme, umut gibi durumlar yaşamın sürekli sorgulanmasına neden olmaktadır. Spritüel iyilik halinin stres giderici etkisi bulunmaktadır. Kader ve anlam bulma davranışının stresi gidermede ters etkileri olduğu saptanmıştır. Bu konuda onkoloji ekibi bakım verenlerin sprütüel ve dini değerlerini değerlendirmelidir. Spirütüel sorunlara yaklaşımda sosyal çalışmacılar ve din adamları ile ko-

nuşma yarar sağlamaktadır. Spiritüel bakım da psikososyal sağlık servislerinin yararları tanımlanmıştır; Psikososyal sağlık servisleri destek bakım servisleri, psikososyal onkoloji ile etkileşim halindedir ve bireyin bu alandaki tüm bakımını sağlar (Şekil 9) [57].

Psikososyal sağlık servisleri, psikolojik, sosyal ve spiritüel bakım servisleri ile gereksinimi olan hastalara ve onların ailelerine en iyi şekilde biyomedikal sağlık bakımı ve hastaların psikolojik davranışsal sosyal, spiritüel yönlerini yönetirler ve iyilik halinin gelişimine olanak sağlarlar.

Bakım vermenin pozitif etkileri

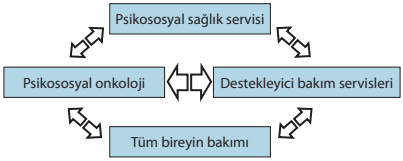
Bakım vermenin; bakım verende negatif etkileri olduğu kadar kendini yararlı hissetmesine neden olacak pozitif etkileri de bulunmaktadır. Bu etkiler kısaca incelendiğinde:

- Bakım verenin mevcut sıkıntılı durum nedeniyle kişisel gücünün farkına varması
- Bakım verenin öz-değer duygusunu geliştirmesi
- Bakım verenin kanser hastası ile derin ilişki kurmasına olanak bulması
- Bireysel gelişim duygusunun artmasına neden olduğu görülmektedir [58].

HASTA VE AİLENİN EĞİTİMİ

Kanserli hastaların ve ailenin sağlık bakımına aktif ve katılımcı olarak yer alabilmeleri için eğitime ve bilgilenmeye gereksinimleri vardır. Bilgi yoluyla hastalığa uyum sağlamak ve hastalık nedeniyle ortaya çıkan sağlık bakım problemlerini yönetmek önem taşımaktadır. Eğitim verme sorumluluğu hemşirenin sorumlulukları arasında yer almaktadır ve hemşirenin bağımsız bir fonksiyonudur. Bu konuda yapılan kanıta dayalı çalışmalarda;

Sağlık profesyonellerinin eğitim programlarında yer alabilmeleri için, kanserin tanı, tedavi, fizyolojik ve psikolojik semptomları yönetme konusunda özel eğitim almaları gereklidir - Kanıt 2C [26].



Şekil 9. Spiritüel Bakımda Psikososyal Sağlık Servisleri

Aile eğitiminde vurgulanması gereken konular:

- Eğitim ve bilgilendirme,
- Danışmanlık ve psikoterapi,
- Hasta için evde bakım servisleri,
- Hasta için bakım evleri,
- Psikolojik eğitim,
- Aile toplantıları,
- Ailenin rehabilitasyonudur [59].

Eğitim ve bilgilendirme konusunda hastaların ve ailelerin gereksinim duydukları konu alanları: akciğer kanseri, tedavisi, ortaya çıkan semptomları yönetme, hastalığın kötü sonuna ait beklentileri, emosyonel durumların ve stresin yönetimi, bakım aktivitelerini koordinasyonu, ev işlerinin yönetimi, problem çözme stratejileri, toplum kaynaklarını öğrenme, mali durumu yönetmeyi içermektedir. İleri evre kanser sürecinde hastaların güçlendirilmesi, onlara birçok yarar sağlamaktadır. Bu yararlar incelendiğinde; hastanın yaşamı üzerinde daha fazla kontrol sağlar. Bakıma katılımda daha bilinçli kararlar alır. Her bireye uygun tedavi seçeneklerinin bulunmasında yarar sağlar. Rahatlık sağlar, diğerleri ile ilişkilerin sürdürülmesine yardımcı olur. Hastanın yetersizlik yerine daha fazla umut hissetmesine neden olur [60]. Yaşam sonu bakımda aileye; bakım ilkeleri (hastanın konforunu sağlamak, hasta ile iletişim kurulup hastanın içinde bulunduğu durumun farkındalığını saptamak, dini ve spiritüel destek sağlamak) ve yas süreci konusunda bilgi verilmelidir [48]. İyi ölüm kriterleri aileye belirtilmelidir. Yas sürecinde ailelere; kaybın gerçekliğini anlaması, yasa

ait duyguları ifade etmesi, duygusal anlamda ölen kişi ile ilişkilerini yeniden düzenlemesi (sağlıklı günlerindeki anıların sınıflandırılması hatırlayarak, eski fotoğraflara bakarak iyi günlerini zihninde canlandırması)ve yaşama devam etmesi öğütlenmelidir. Ölen kişinin bulunmadığı bir sosyal çevre oluşturarak ve sosyal ağ yaygınlaştırılarak ona olan özlem azaltılmalıdır [61].

İleri akciğer kanseri olan hastalara ait özet kanıtlar (2013) [28].

1. *İleri akciğer kanseri olan hastalar ve onların aileleri için palyatif bakım diğer tedavilere entegre edilmelidir (Kanıt 1C)*
2. *İleri akciğer kanseri olan hastalarda palyatif bakım ve yaşam sonu bakımda yararlı olan konsültasyon ekibinin katılımı sağlanmalıdır (Kanıt 1C).*
3. *İleri akciğer kanseri olan hastalarda standardize edilmiş semptom tanılaması ve hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri ile sorumlu ekip üyeleri tarafından uygun aralıklarla tanımlanmalıdır (Kanıt 1B)*
4. *İleri akciğer kanseri olan hastalarda hekim ve hemşire, aile ve arkadaşlar ile ölüm sonrası iletişimi sürdürmelidir (Kanıt 1C).*
5. *İleri akciğer kanseri olan hastalarda proaktif girişimler uygulanmalıdır (Kanıt 1C). 1. Hasta ve ailesini haftalar içerisinde gerçekleşecek olan ölüm konusunda bilgilendirmek, 2. Ölmek üzere olan hasta konusunda aileyi uyarma, 3. Spritüel, varoluşsal fiziksel ve pratik uygulama durumlarına odaklanmış etkin palyatif bakıma olanak verilmesi*
6. *Akciğer kanseri olan hastaların ailelerinin yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmeleri için yas sürecinde de desteğin devam ettirilmesi önerilmektedir (Kanıt 1C).*
7. *Akciğer kanserinden ölen hastalara; onurlu bir ölüm, inançları ve kültürel duyarlılıklarının dikkate alınması önerilmektedir (Kanıt 1C)*

Sonuç olarak, 2020 yılına kadar kapsamlı kanser bakımı vizyonuna ulaşmak için politikalar doğrultusunda ülkemiz koşullarına uygun palyatif bakım ile ilgili mevzuatın netleştirilmesi ve palyatif bakım sisteminin; tüm yönleriyle geliştirilmesi gereklidir. Ayrıca,

- Kapsamlı palyatif bakım ekibinin kurulması, ekip üyelerinin görev tanımlarının yapılması, palyatif bakıma ait becerin geliştirilmesi,
- Palyatif bakım hizmetlerinin evde bakım ve diğer hizmetler ile entegrasyonunun sağlanması ve kurumlar arasındaki geçişlerin protokole bağlanması,
- Harcamalar konusunda geri ödemelerin yapılması,
- Palyasyon sürecinde opioidlerin kullanımına ait politikalar konusunda uygunluk sağlanması,
- Ülkemize uygun olan bir palyatif bakım modelinin saptanması ve uygulamaya konması,
- Sağlık profesyonellerine; eğitim programlarının planlanması ve teknik desteğin sağlanması, kaynakların arttırılması,
- Bakımda kalite uygulamalarında kalite uygulamalarının yapılandırılması, var olan engellerin saptanması
- Palyatif bakım konusunda araştırmaların yapılması ve sonuçların uygulama alanına aktarılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Stewart BW, Wild CP, ed. (2014)World Cancer Report 2014
2. Pozo C, Morgan M, Gray J, Survivorship Issues for Patients With Lung Cancer, Cancer Control, 2014; 21(1);40-50
3. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2014. Atlanta: American Cancer Society; 2014.
4. The Global Economic Cost Of Cancer, American Cancer Society 2010
5. http://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/data-specific-cancers/lung-cancer-statistics erişim tarihi 15.ocak 2015
6. http://globocan.iarc.fr/ia/World/atlas.html erişim tarihi 15 ocak 2015
7. Reck M, Popat S, Reinmuth N, et al. on behalf of the ESMO Guidelines Working Group, Metasta-

tic non-small-cell lung cancer (NSCLC): ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up 2015;25(3):27-39
8. Asbestos, Asbestosis, and Cancer Helsinki Criteria for Diagnosis and Attribution 2014 Finnish Institute of Occupational Health Helsinki 2014
9. World Health organization WHO definition of palliative care 2012
10. Meier D., Mc Corrick E. Palliative care: Benefits, services, and models of care http://www.uptodate.com/contents/palliative-care-benefits-services-and-models-of-care Erişim Tarihi; 16.01.2015
11. http://www.cancer.org/treatment/treatmentsandsideeffects/palliativecare/supportive-care erişim tarihi: 15 ocak 2015
12. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et all. Early Palliative Care For Patients With Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med 2010; 363:733-742August 19, 2010
13. Lanken P, Terry P, Delisser H, et all. An official: American Thoratic Sociaty Clinical Policy Statement: Palliative Care For Patient With Respirutary Disease And Critical İllness 2008 Am. Journal of Resp. Critical Care Medicine, 177, 912-927.
14. Henriksson A, Årestedt K Exploring factors and caregiver outcomes associated with feelings of preparedness for caregiving in family caregivers in palliative care: A correlational, cross-sectional study Palliative Medicine 27(7):639-646].
15. Esper P. Principle and issues in pallaitive care In: Yarbro CH, Wujcik D, Gobel BH, eds. Cancer Nursing: Principles and Practice. 7 th ed. USA: Jones and Barlett Publishers, 2011. p.1729-1743
16. http://www.mylungcancersupport.org/treating-lung-cancer/palliative-care.html
17. Improving Supportive and palliative care for adutls with cancer the manuel national enstitues clinical excellange 2004, London
18. Becher R. Pallative Care 1: Principles of Pallative Care Nursing and End of Life Care, Nurs Times. 2009;105(13):14-6
19. National Consensus Project for Quality Palliative Care Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care 2013
20. Ford DW, Koch KA, Ray DE, Selecky PA. Palliative and end-of-life care in lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2013 May;143(5 Suppl):e498S-512S
21. Ferrell B, Koczywas M, Grannis F, Harrington A. Palliative care in lung cancer. Surg Clin North Am. 2011 Apr;91(2):403-17,).
22. http://www.hackensackumc.org/our-services/specialized-centers/pain-and-palliative-care/first-joint-commission-certified-program/ erişim tarihi ocak 2015
23. Weismann D, Meier D. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: a consensus report from the Center to Advance Palliative Care. J Palliat Med 2011;14(1): 17-23
24. Ueno NT, Ito TD, Grigsby RK, Black MV, Apted J. ABC conceptual model of effective multidisciplinary cancer care. Nat Rev Clin Oncol. 2010;7(9):544-7.
25. Simoff MJ, Lally B, Slade MG, Goldberg WG, Lee P, Michaud GC, Wahidi MM, Chawla M. Symptom management in patients with lung cancer: diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2013 May;143(5 Suppl):e455S-97S.
26. Detterbeck F, Lewis S, Diekemper R, et all. Executive Summary Diagnosis and Management of Lung Cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines CHEST 2013; 143(5)(Suppl):7S–37S
27. Spruyt O, Team Networking in Palliative Care, Indian J Palliat Care. 2011 Jan; 17(Suppl): S17–S19
28. Griffin J,. Koch KA, Nelson J Cooley M, Palliative Care Consultation, Quality-of-Life Measurements, and Bereavement for End-of-Life Care in Patients With Lung Cancer *Chest.* 2007;132(3_ suppl):404-422.
29. Young J., Park E., Greer J and oters Early Palliative Care in Advance Lung Cancer, Jama Intern Medicine 2013: 173(4), 283-90.
30. Thomas K, *Frae* A. The Gold Standards Framework is Pivotal to palliative Care, Guideline in Practice 2006;9-6; 29-40.
31. Yuen KJ, Behrndt MM, Jacklyn C, Mitchell GK. Palliative care at home: general practitioners working with palliative care teams. Med J Aust. 2003 Sep 15;179(6 Suppl):S38-40.Esmaeili M, Ali Cheraghi M, Salsali M. Barriers to patient-centered care: a thematic analysis study. nt J Nurs Knowl. 2014 Feb;25(1):2-8.
32. Penrod JD, Deb P, Dellenbaugh C Et All. Hospital-Based Palliative Care Consultation: Effects on Hospital Cost, Journal of Palliative Medicine. August 2010, 13(8): 973-979
33. Fadıloğlu ç, akciğer kanserinde semptom yönetimi Akciğer Kanserinde Tedavi Ve Bakım Ed; Aydın A, Can G Ss75-79:İpomed Matbaası İstanbul
34. Frenkel M, MD, Cohen L, Effective Communication About The Use Of Complementary And Integrative Medicine İn Cancer Care. J Altern Complement Med. 2014 Jan 1; 20(1): 12–18
35. Cassileth BR, Deng GE, Gomez JE, Johnstone PA, Kumar N, Vickers AJ, American College of Chest Physicians. Complementary therapies and integrative oncology in lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd edition). Chest. 2007 Sep;132(3 Suppl):340S-54S.

36. Complementary therapies and integrative medicine in lung cancer: diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines.
37. Tongue Jr, Epps Hr,. Forese Ll, Communication Skills For Patient-Centered Care Th E Journal Of Bone & Joınt Surgery· 87-A(3) · March 2005
38. Buckman R. Communication skills in palliative care: A practical guide. Neurol Clin 2001;19(4):989-1004
39. Butow P, Smith A Systematic reviews of pain and online interventions for cancer patients show evidence of mixed efficacy and highlight need for more rigorously designed research, Patient Education and Counseling Volume 98, Issue 3, March 2015, Pages 267–268
40. Thorne S, Oliffe J, Stajduhar K,et all. Poor Communication İn Cancer Care Cancer Nurs. 2013;36(6):445-453.
41. Epstein R, Street R, Patıent-Centered Communıcatıon In Cancer Care, U.S. Department Of Health And Human Servıces National Institutes Of Health, 2007, Chapter 2.
42. Dunn GP. Patient Assessment İn Palliative Care: How To See The "Big Picture" And What To Do When "There Is No More We Can Do".J Am Coll Surg. 2001 Nov;193(5):565-73.
43. Sue Duke, Christopher Bailey Communication Patient And Family, Ed. Payne S, Seymour J, İngleton C, İn Palliative Care Nursing 2008 chapter 7, 2. Ed. Congress Catolog
44. Narayanan V, Bista B, Koshy C, 'BREAKS' Protocol for Breaking Bad News, Indian J Palliat Care. 2010 May-Aug; 16(2): 61–65.
45. Fadıloğlu Ç, Şenuzun Aykar F, Geriatride İleri Direktifler, Ege Tıp Dergisi 2014 53:46-52
46. Conroy S Fade P Fraser A And Schiff R 2009 Advance Care Planning Concise Evidence Base Guidelines Clinical Medicine 9(1) : 76-79
47. Mirando S. Palliative Care. In: Kearney N, Richardson A, eds. Nursing Patients with Cancer Principles and Practice. USA: Elsevier Churchill Livingstone, 2006. p:840-45.
48. Doris WMT. Care For The Family İn Palliative Care. HKSPM 2007;1(2):26.
49. Fadıloğlu Ç, Kanser Bakımında Aile Kanserde Evde Bakım Kitabı Ed. Fadıloglu Ç, Şenuzun F, 2013, Kongre Basımevi İstanbul 89-103
50. Williams AL, Mcgorckle R. Cancer Family Caregivers During The Palliative, Hospice, And Breavement Phases. Palliat Support Care 2011;9(3):315-25
51. Özçelik H, Çakmak D, Fadıloğlu Ç, Et All, Determining The Satisfaction Level Of The Family Members Of Patients With Advanced-Stage Cancer, Palliative And Supportive Care 2014:1-7
52. Glajchen M. The Emerging Role And Needs Of Family Caregivers İn Cancer Care. Support Oncol 2004;21(2):145-55.
53. Siminoff L, Wilson-Genderson M, Baker S, Depressive Symptoms İn Lung Cancer Patients And Their Family Caregivers And The İnfluence Of Family Environment Psychooncology. 2010 Dec; 19(12): 1285–1293
54. Gardiner C, Brereton L, Frey R, Exploring The Financial İmpact Of Caring For Family Members Receiving Palliative And End-Of-Life Care: A Systematic Review Of The Literatüre, Palliative Medicine 2014, Vol. 28(5) 375–390
55. Hutson P. A Conceptual Model and Key Variables for Guiding Supportive Intervention for Family Caregivers of People Reciving Palliative Care. Palliat Support Care 2003;1:353-361
56. Standards of Psychosocial Health Services for Persons with Cancer and their Families 2010 Canadian Association of Psychosocial Oncology
57. http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/caregivers/healthprofessional/page5#_118_toc Erişim Tarihi 15 Ocak 2015
58. https://myhealth.alberta.ca/health/Pages/conditions.aspx?hwid=ncicdr0000681705&#ncicdr0000681705-09. Erişim Tarihi 16 Ocak 2014
59. Cancer Center Newsletter. Patient empowerment. Accessed:http://www.cancercenter.com/community/newsletter/june-2007/Erişim tarihi:Mayıs 2014.
60. Heidrich DE. The dying process. In: Kuebler KK, Heidrich DE, Esper P, eds. Palliative & End-of-Life Care: Clinical Practice Guidelines. 2 nd ed. St Louis: Saunders Elsevier, 2007. p. 33-44.

2 Ağrı

Emel Emine ÖZDEMİR, Gülbeyaz CAN

GİRİŞ

Kanser, dünyada önde gelen ölüm nedenlerinden biri olması nedeniyle önemi artan bir küresel sağlık sorunudur. Dünya Kanser Raporu'na (2014) göre, 2012 yılında dünyada 14 milyon yeni kanser vakası ve 8,2 milyon kansere bağlı ölüm bildirilmiştir. Tahminlere göre bu rakamın 2025'e kadar 19 milyona, 2030'a kadar 22 milyona ve 2035'e kadar da 24 milyona çıkacağı öngörülmektedir [1].

Günümüzde sağlık bakım hizmetlerinde ve teknolojideki gelişmeler birçok kanser türünde erken tanı ve tedaviyi olanaklı kılmaktadır. Ayrıca palyatif bakımın gelişmesi kanserli hastaların yaşam sürelerini uzattığı için kanser hastaları, hastalık ve hastalık tedavisinden kaynaklanan ağrı ile daha uzun süre yaşamaktadır. Ağrı, kanserin en sık ve rahatsız edici semptomlarından bir tanesidir. Bu nedenle kanser ağrısı tıp yönünden olduğu kadar toplumsal yönden de önemli bir sorundur. Ağrı, bireylerin fiziksel fonksiyonlarını, günlük aktivitelerini, psikolojik-emosyonel durumunu ve sosyal yaşamını etkilemektedir.

Onkoloji hastalarında ağrı prevelansına bakıldığında bu sorun yeni tanı konulan hastalarda %25, aktif tedavi alan hastalarda %33 oranında görülürken, ileri evre kanser hastalarında görülme sıklığı %75'tir [2]. İleri evre kanser hastalarının %40-50'si orta şiddette, %25-30'u çok şiddetli ve dayanılmaz ağrı çektiğini bildirmektedir. Kansere bağlı ölümlerin ölümlerin ilk sırasında yer alan akciğer kanseri, çoğunlukla ileri evrede tanı konulan bir kanser türüdür. Akciğer kanseri, en sık ağrıya neden olan kanser türleri arasında yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda akciğer kanseri hastalarının %47'sinde ağrı görüldüğü belirlenmiştir [3-5].

AĞRI

Ağrı, fizyopatolojik ya da klinik olarak sınıflandırılabilir. Genel olarak fizyopatolojik sınıflandırmada ağrı nosiseptif ve nöropatik ağrı, klinik sınıflandırmada ise akut ve kronik ağrı olarak ikiye ayrılmaktadır.

Nosiseptif Ağrı

Nosiseptörler deri, kas, iç organlar ve konnektif dokularda yer almaktadır. Nosiseptörlerin aktivasyonu, visseral ve somatik yapıların hasarı sonucu oluşan nosiseptif ağrılar sıklıkla cerrahi operasyon ve kemik metastazlarından sonra görülen ağrılardır.

- *Somatik nosiseptif ağrılar* keskin, zonklama şeklinde, baskılayıcı ve iyi lokalizedir ve kemik, eklem ve kas gibi somatik yapıların hasarı sonucu oluşur.
- *Visseral nosiseptif ağrılar,* iç organların hasarına, abdominal ve torasik organların kompresyonuna, infiltrasyonuna ve distansiyonuna bağlı olarak gelişir. İçi boş organların (barsak lümeni) obst-

rüksiyonu gibi durumlarda kemirici ve kramp tarzında ağrı görülürken; plevra, miyokard ve organ kapsüllerinin hasarı sonucu ise saplayıcı ve sızlayıcı şeklinde ağrı görülmektedir [5-6].

Nöropatik Ağrı

Nöropatik ağrı periferal ya da santral sinir sisteminin hasarı sonucunda oluşur. Kanser ağrılarının %40'ını oluşturur. Bu ağrı tipi yanıcı, sızlayıcı ve zonklayıcı tarzdadır. Hastalık veya tedavi kaynaklı olabilir. Nöropatik ağrı, spinal stenoza, diyabetik nöropatiye ve bazı kemoterapötik ajanların (paklitaksel, vincristin vb.) yan etkisine, radyoterapi ve cerrahi operasyonda sinir hasarına bağlı olarak gelişebilir [5-6].

Akciğer kanserinde nosiseptif ve nöropatik ağrı birlikte görülebilir. Göğüs duvarı ya da parietal plevra tutulu olmadığında bile akciğer tümörleri visseral ağrı sendromuna yol açabilir. Çoğunlukla tek taraflı (%80), daha az sıklıkla çift taraflı ağrı olabilir. Tümörün hiler yerleşimi skapula ya da sternumda ağrı oluşturabilir. Üst ve alt lob tümörlerinde de ağrı omuzlara ve sırta yansıyabilir. Erken dönem akciğer kanserlerinde, vagal afferent nöronların uyarılması ile ipsilateral alanda ağrı oluştuğu bildirilmektedir [7].

Akut Ağrı

Nedeni kolaylıkla tanımlanabilen akut ağrılar, kanser hastalarında en az ve yetersiz tedavi edilen ağrı tipidir. Akut ağrıda anksiyete ve sempatik hiperaktivitenin eşlik ettiği abartılı ağrı davranışları görülür. Akciğer kanserlerinde özellikle tanısal girişimler, bazı terapötik yaklaşımlar (örn. cerrahi tedavi), hastalığın çevre dokulara yaptığı bası ya da zar tutulumu hastaların akut ağrı yaşamasına neden olabilir.

Kronik Ağrı

Doğrudan tümörün yol açtığı ağrıdır. Bazı hastalarda tümörün büyümesi ile progresif bir seyir izler. Kronik ağrılar, başlangıcı iyi tanımlanmayan, uzamış ve dalgalanmalar gösteren bir gidişata sahiptir. Kronik ağrıda ağrı davranışları (yüzünü burüşturma vs.) ve sempatik hiperaktivite yoktur. Depresyon, uyku bozukluğu, anoreksi, asteni gibi vejetatif semptomlar vardır. Kronik ağrı bazı hastalarda (%15-25) cerrahi tedavi, kemoterapi, radyasyon tedavisi ile ilişkili olabilir. Kemik ağrıları ve nöral yapıların kompresyonuna dair ağrılar bu tipteki ağrılardır.

Anlık "Breakthrough" Ağrı

Anlık "*Breakthrough*" ağrı, düzenli devamlılığı olan ağrıda eklenen geçici şiddetlenme dönemlerine denir. Bu grupta analjezik dozun etkisinin bitiminde ortaya çıkan ağrılar (%2-29), kendiliğinden oluşan şiddetlenmeler, hareket ya da öksürme, barsak hareketi, defekasyon gibi nedenlere bağlı olarak oluşan "incidental" ağrılar da yer alırlar [5].

AĞRININ NEDENLERİ

Akciğer kanserinde ağrı farklı nedenlere bağlı gelişebilir: Akciğer tümörü ile ilişkili olabilir, bu hastalığın tanı ve tedavisinde kullanılan yaklaşımlar ile ilişkili olabilir ya da hastalık dışı nedenlere bağlı gelişebilir.

Akciğer Tümörü ile İlişkili Ağrı

Hastaların %65-85'inde ağrı tümörün invazyonuna bağlı olarak veya çevresel dokulara yaptığı bası nedeniyle gelişebilir. Ayrıca bu hastalarda ağrı tümörün kemiğe infiltrasyonu sonucu, sinirlere yakın bölgelerde metastatik kırıkların oluşmasına, periferik sinirlerin etkilenmesine, içi boş organların distansiyon ve obstrüksiyonuna, lenfatik ve vasküler yapıların obstrüksiyonuna, ödeme, tümörün neden olduğu doku infiltrasyonuna ve nekrozuna da bağlı gelişebilir [2].

Akciğer kanseri ile ilişkili ağrılar primer tümörün yerleşimine ve metastaz varlığına bağlıdır. Primer akciğer kanserinde ağrı genellikle plevra ve göğüs duvarı tutulumu

(kolda ve omuzda ağrı ya da klasik pancoast sendromu) olanlarda görülür. Metastatik hastalıkta ise, kemik metastazı olanlarda kemik ağrısı ve beyin metastazı olanlarda baş ağrısı ve intrakranial hipertansiyon ile ilişkili semptomlar görülebilir [4].

Akciğer kanserinde kemik metastazı ağrının en önemli nedenidir ve hastanın ayağa kalkmasını ve mobilizasyonunu etkilemektedir. Nörolojik defisitlere ve patolojik kırıklara neden olduğu için de hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Osteolitik kemik metastazları patolojik kırıklara ve nadir olarak da nöral yapılara baskı yapması nedeni ile kemik ağrısına neden olmaktadır. Ağrı günlerce hatta haftalarca sürebilir ve gittikçe kötüleşebilir. Ağrı belirli bölgede lokalizedir ve genellikle gece görülmektedir. Bölgenin hareketi ile artmaktadır. Bu hastalarda ağrı dinlenmekle geçebilir, oturma, yürüme, ayakta durma gibi hareketlerle de artabilir [8].

Tanı ve Tedavide Kullanılan Yaklaşımlar ile İlişkili Ağrı

Hastaların yaklaşık %15-25'inde kanser tanı ve tedavisi sırasında kullanılan invaziv tanı işlemlerine, cerrahi girişime, kemoterapi ve radyoterapiye bağlı ağrı gelişebilir.

Kemoterapiye bağlı ağrı

Kemoterapiye bağlı hastalarda genellikle bitki alkolodlerinin, kemoterapik ajanlardan sisplatin ve paklitaksel uygulaması ile ilişkili ağrılı paraestezilere neden olan nöropatik ağrılar gelişir.

Radyoterapiye bağlı ağrı

Radyoterapi ile ilişkili pleksus yaralanmalarına bağlı ağrı oluşabilir.

Postoperatif torasik ağrı

Cerrahi tedavi ile ilişkili ağrılar ameliyat sonrası genellikle torakatomi işlemine bağlı görülür [8].

Hastalık Dışı Nedenlere Bağlı Ağrı

Hastaların ortalama %3-10'unda ağrı nöropati, dejeneratif disk hastalığı, romatoid artrit, diffüz osteoporoz, cerrahi sonrasında postür bozukluklarına ya da paraneoplastik sendrom gibi akciğer kanseri ile ilişkili olmayan nedenlere bağlı olarak gelişebilir [3].

AĞRIYI DEĞERLENDİRME

Kanser ağrısının tedavisinde en önemli adımlardan biri ağrının kapsamlı değerlendirilmesidir. Öncelikle hastanın ağrı ile ilişkili algılaması ve düşüncesi sorgulanmalıdır ve hastalardan ağrılarını kendi sözcükleriyle, bildikleri şekilde anlatmaları istenmelidir. Ağrı değerlendirmesi sırasında hastanın alkol ve ilaç kullanım hikayesi sorgulanmalı. Ağrının kontrolünde kullandığı farmakolojik ve non-farmakolojik yaklaşımlar araştırılmalı ve bu yaklaşımların hangi yoldan, ne sıklıkta ve dozda kullandığı araştırılmalıdır. Takiben hastanın ağrı ve hastalığı ile ilişkili kapsamlı değerlendirmesi yapılmalıdır:

Ağrının özellikleri araştırılmalı

- Ağrının yerleşimi
- Ağrının şiddeti (Son 24 saat ve o anki ağrı puanı, dinlenme ve harekete verdiği yanıt)
- Ağrının genel aktivitelere etkisi (Hareket, yürüme, iş, diğer insanlarla iletişim, uyku, iştah, yaşam kalitesi)
- Ağrının zamanı (Başlangıcı, süresi, seyri, sürekliliği (sürekli/aralıklı)
- Ağrının niteliği
  - Deri, kas ve kemiklerdeki somatik ağrılar: acı verici, saplayıcı, zonklayıcı veya baskı verici
  - Visseral organlardan kaynaklanan ağrılar: kemiren, acı verici, kramplı veya keskin
  - Sinir hasarından kaynaklanan nöropatik ağrılar: yanıcı, karıncalanma şeklinde, zonklayıcı
- Ağrıyı arttıran ve azaltan faktörler
- Ağrı ile ilişkili diğer mevcut semptomlar



Şekil 1. Sayısal Ölçek

Ağrıyla ilgili özel durumlar sorgulanmalı

- Hasta ve ailesi/bakım verenler için ağrının anlamı ve önemi
- Hasta ve ailesinin ağrı ve analjezik kullanımı ile ilgili bilgisi ve kültürel inançları
- Ağrı yönetimini engelleyecek dini inançları
- Ağrı yönetiminde hasta ve ailesinin amaç ve beklentileri
- Hastaların ağrı kontrolünde tamamlayıcı ve alternatif yaklaşımları kullanımı

Ağrı ile ilişkili psikososyal etkilenme düzeyi belirlenmeli

- Hastanın endişe düzeyi
- Hasta ve ailesinin psikiyatrik hikayesi
- Ağrı kesicilerin kötüye kullanımı

Tıbbi hikâyesi alınmalı

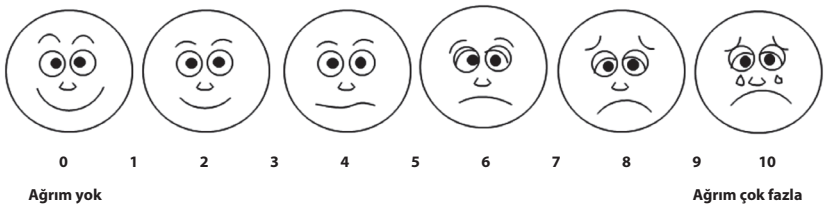
- Hastalığın durumu (metastatik/lokal)
- Aldığı tüm onkolojik tedavileri (kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavi)
- Diğer önemli sağlık sorunları
- Önceden var olan kronik ağrıları [5].

Ağrı şiddetini değerlendirme

Ağrı şiddetinin belirlenmesinde tek boyutlu ya da çok boyutlu pek çok ağrı değerlendirme aracı kullanılabilir. Kliniklerde özellikle tek boyutlu değerlendirme aracı olan VAS'ın (Şekil 1 ve 2) kullanımı tercih edilmektedir. Klinik çalışmalarda ise ağrıyı her yönüyle değerlendiren çok boyutlu değerlendirme araçları kullanılır.

AĞRININ YÖNETİMİ

Palliyatif bakımda kontrolü genellikle zor olan semptomlardan biri, ağrıdır. Yapılan çalışmalarda kanser ağrısının kontrolünde farmakolojik yaklaşımların yanı sıra, radyoterapi, cerrahi tedavi gibi tıbbi yaklaşımların ve psiko-eğitim, destek psikoterapi ve bilişsel davranışsal girişimler gibi bazı nonfarmakolojik yaklaşımların da etkili olabileceği gösterilmiştir (Tablo 1) [8].



Şekil 2. Görsel analog skala (VAS)

Tablo 1. Ağrının Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar

Yaklaşımlar	Etkisi
• Radyasyon • Kemoterapi • Hormonoterapi • Cerrahi tedavi	• Altta yatan patolojiyi tedavi eder
• Farmakolojik ajanlar • Nörocerrahi işlemler • Anestetik işlemler • Akupuntur • TENS	• Ağrı duyu ve algısını değiştirir
• Hipnoz • Gevşeme • Düşleme • Meditasyon • Biofeedback	• Ağrı yakınması azaltır, toleransı arttırır

Farmakolojik Yaklaşımlar

Kanser ağrısının farmakolojik tedavisinde "saatinde ilaç" ve "basamak yöntemi" gibi iki anahtar kavram önemli yer tutmaktadır. Kanser ağrısında hangi ilaç veya yöntem kullanılırsa kullanılsın, dikkat edilmesi gereken nokta ilaçların etki süresi dikkate alınarak belli aralıklarla uygulanmasıdır ("saatinde ilaç"). Ayrıca Dünya sağlık örgütünün kanser ağrısında basamak tedavisi önerileri dikkate alınarak, analjezik ilaçlar etki gücüne göre adım adım tedaviye eklenmelidir. Bu yaklaşımda, birinci basamakta hafif ağrılara yönelik non-opioidler (parasetamol, aspirin, nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar) ve gerektiğinde adjuvan analjezikler kullanılmalıdır. İkinci basamakta non-opioidlerle kontrol altına alınamayan, orta derecede ağrısı olan hastalarda birinci basamak tedaviye zayıf opioidler (kodein, tramadol) eklenmelidir. Üçüncü basamakta zayıf opioidlerle kontrol altına alınamayan şiddetli ağrısı olan hastalar için güçlü opioidlere (morfin, fentanil) geçilmelidir ("basamak yöntemi") [5].

Non-opioid analjezikler

Parasetamol ve NSAID gibi non-opioid analjeziklerin kullanımını hafif ve orta şiddetli ağrıların kontrolünde etkilidir. Dozlarının arttırılması analjezik etkilerini artırmaz. Bu grupta yer alan ilaçların çoğu antiinflamatuar etki göstermektedir. Bu ilaçların kullanılabilmesi için hastaların hepatorenal fonksiyonları yeterli olmalıdır. Kemik iliği depresyonu olan, kanamaya eğilimli ve mide ülseri olan hastalarda ilaç seçiminde dikkatli davranılmalıdır. Nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAID) hafif ve orta şiddetteki ağrıların semptomatik tedavisinde kullanılır. Analjezikler arasında en sık tercih edilen ilaçlardır. NSAİD'ler, siklooksijenaz enzim inhibisyonu yaparak prostaglandin ve lökotrienlerin sentezini engellerler ve değişik derecelerde analjezik, antipiretik ve antiinflamatuar etki gösterirler.

Adjuvan analjezikler (Koanaljezikler)

Adjuvan analjezikler, analjezik ilaç olmamalarına rağmen, analjezik ilaçların etkilerini artıran, ya da bazı ağrı sendromlarında tek

başlarına kullanıldığında analjezik etki gösteren ilaçlardır. Analjezik ilaçlara dirençli ağrıların kontrolünde, ilaç dozunu azaltarak analjezik ilaçların yan etkilerini azaltmak için ya da ağrı dışındaki semptomları tedavi etmek için kullanılırlar. Adjuvan analjezikler, herhangi bir ağrı tipinde (çok amaçlı), nöropatik ağrının tedavisinde, kemik ağrısında ve diğer semptomların (barsak obstrüksiyonu) yönetiminde de kullanılır. Nöropatik ağrı sendromlarında antidepresanlar, antikonvülsanlar, GABA agonistler, lokal anestetikler, sempatolitikler, NMDA reseptör blokerleri, kalsitonin; iskelet-kas sistemi ağrılarında kas gevşeticiler, benzodiazepinler; kemik ağrısında kortikosteroidler, osteoklast inhibitörleri, radiofarmakosötikler kullanılabilirken; antidepresanlar, alfa-2 adrenerjik agonistler, nöroleptikler ve kortikosteroidler pek çok farklı sorunun yönetiminde de kullanılabilir [10].

Akciğer kanserlerinde zorlu ağrı sendromları arasında yer alan nöropatik ağrının ve kemik ağrılarının yönetiminde adjuvan analjeziklerden yararlanılabilir. Kemik ağrısının yönetiminde bifosfonatların kullanımı ağrının yönetiminde oldukça etkilidir.

Akciğer kanserinde periferik sinir, pleksus ya da spinal kord basısına bağlı oluşan nöropatik ağrıların yönetiminde trisiklik antidepresanlar, gabapentin, klonazepam, karbamazepin, sistemik lokal anestetikler (meksiletin) ve baklofen kullanılabilir [9].

Opioidler

Kodein, fentanil, meperidine, morfin, levorfanol, hidromorfon, tramadol, metadon gibi opioidler kanser ağrısının tedavisinde kullanımı sık olan ajanlardır. İkinci ve üçüncü basamaklarda kullanılan opioidler zayıf ve güçlü opioidler olarak ikiye ayrılır. Bu ilaçlar opioid reseptörlerini aktive ederek güçlü analjezik etki yaparlar. Diğer tür analjeziklerden farklı olarak antipiretik ve antiinflamatuvar etkileri yoktur. Narkotik analjezikler ağrı eşiğini yükselterek, hastanın ağrı algılamasını azaltır ve dayanma gücünü arttırırlar. Ayrıca kaygı ve korkuyu azaltarak hastanın kendisini huzurlu hissetmesini sağlarlar. Zayıf opioidler hafif ve orta şiddetli ağrılar için tek başlarına ya da parasetamol ve NSAID ile kombine edilerek kullanılır. Kodein ve tramadol gibi zayıf opioidler bazen tek başlarına bile ağrının kontrolünde yeterli olabilir. Kanser ağrısının yönetiminde güçlü opioidlerin kullanımında ise altın standart morfin preparatlarıdır. Genelikle oral yolla uygulanan bu analjezikler, IV, subkutan, rektal, transdermal, transmukozal yolla da uygulanabilir.

Farmakolojik ajanların olası yan etkileri

Kanser ağrısının vazgeçilmez ilaçları olan opioidler sedasyon, solunum depresyonu, bulantı, kusma ve konstipasyon gibi bazı istenmeyen etkilere neden olabilmektedir. Ağrı tedavisinde farmakolojik ajanların kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan yan etki /komplikasyonların oranının çalışmalarda %17-47 olduğu bildirilmektedir.

- *Konstipasyon*

  Opioid analjeziklerin en çok görülen yan etkisidir. Etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Opioid tedavi alan hastaların %10-15'inde görülmektedir. Sistemik yolla uygulanan opioidler, gastrointestinal kanaldaki reseptörlere bağlanınca peristaltizm yavaşlar ve intestinal sekresyon azalır. Yapılan çalışmalarda transdermal opioidlerin oral opioidlere oranla daha az konstipasyona neden olduğu bildirilmiştir.

- *Bulantı-kusma*

  Opioidler (1) beyindeki kemoreseptör tetik bölgesini (CTZ) uyararak, (2) gastrointestinal motiliteyi inhibe ederek ve (3) vestibuler siniri uyararak üç farklı yolla bulantıya neden olur. Opioid kullanımı ile ilişkili bulantı kusmanın görülme sıklığının %38.5 olduğu bildirilmiştir.

- *Sedasyon*

  Opioid analjezikler etkisini merkezi sinir sistemini deprese ederek göstermektedir. Opioid analjezikler başlangıçta sedasyon, mental bulanıklık ve uyuşukluğa neden olabilir. Birkaç gün sonra tolerans gelişir ve daha az sedasyon oluşur. Hastalar farklı opioidlere farklı yanıtlar verebildikleri için başka bir opioidle değiştirme sedasyonu azaltabilir.

- *Solunum depresyonu*

  Opioidler solunum merkezini etkileyerek solunum depresyonuna neden olabilir. Solunum hız ve derinliği etkilenebilir. Vücutta bu depresan etkiyi önleyecek mekanizmalar vardır. Solunum hızı azalıp, solunum yüzeysel olunca akciğerlerde ve kan dolaşımında karbondioksit birikir. Kanda yükselen karbondioksit solunum hızını arttırmak için solunum merkezini stimüle eder.

- *Üriner retansiyon*

  Opioid analjezikler düz kasların, özellikle mesane kasları ve sfinkterlerinin tonüsünü arttırır. Kas tonüsündeki bu değişim üriner retansiyona neden olur.

- *Kaşıntı*

  Opioidler histamin salglanmasına neden olduğu için hastalarda kaşıntı, kızarıklık ve terleme görülebilir [3].

Non-Farmakolojik Yaklaşımlar

Ağrı, bireyin biyo-psiko-sosyal ve ruhsal sağlığını etkileyen, karmaşık, çok boyutlu bir sorundur ve hastalar farmakolojik yaklaşımların yanı sıra bu sorunun yönetiminde non-farmakolojik yaklaşımların kullanımını tercih edebilir. Bu konuda pek çok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda ağrı ile baş etmede transkütan sinir stimülasyonu (TENS), dikkati başka yöne çekme, hayal kurma, müzik dinleme, dua etme, biyofeedback, hipnoz, reiki masaj, refleksoloji ve sıcak/soğuk uygulama gibi farklı non-farmakolojik yaklaşımların kullanımı değerlendirilmiştir [9].

Gevşeme egzersizleri

Gevşeme egzersizleri, nefes egzersizleri, otojenik eğitim ve kaslarda gevşeme egzersizleri olarak üç gruba ayrılmaktadır. Yapılan küçük randomize kontrollü çalışmalarda gevşeme egzersizlerinin kullanımının bir çok faydası olduğu bildirilmiştir, ancak bazı çalışmalarda bu yaklaşımların geçici fayda sağladığı bildirilmiştir. Opioid tedavisi alan kanser hastalarının katılımı ile gerçekleştirilen çalışmalarda da gevşemenin ağrıyı azaltma etkisinin kısa olduğu bildirilmiştir [12-17].

Hayal kurma

Hoş bir görüntü, koku, tat, ses, dokunma, hareket, ya da pozisyon hayal edilerek uygulanan bu yaklaşım pozitif emosyonel ve bilişsel durum yaratarak ağrı veya ankiyeteyi azaltmada etkili olabilir. Yapılan çalışmalarda hayal etmenin ağrıyı, anksiyeteyi, postoperatif hastanede kalış süresini ve analjezik ilaç kullanımını azalttığı bildirilmiş ve ayrıca bu hastalarda tedavi ile ilgili yan etkilerin daha az görüldüğü tespit edilmiştir [14,17-21].

Hipnoz

Yapılan çalışmalarda hipnozun ağrı, anksiyete, yorgunluk gibi semptomları azalttığı tespit edilmiştir. Tedavi ile ilişkili yan etkilerde (mukozite bağlı ağrı) etkili olduğu gösterilmiştir. Hipnozun, kronik kanser ağrısının yönetiminde faydalı olduğu gösterilse de etkinliğini netleştirmek için daha ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu bildirilmiştir [22].

Soğuk-sıcak uygulama

Orta şiddette kanser ağrılarında elektriksel sinirlere elektriksel uyarı yaparak ağrının azalmasına yardımcı olur. Orta ve çok şiddetli ağrılarda tek başına uygulanmaz. Soğuk

uygulama kas spazmı, inflamasyon ve ödemi azaltmaktadır. Etki mekanizmasına bakıldığında başlangıçta vazokonstrüksiyon sonrasında ise vazodilatasyon etkisi yapmaktadır. Klinikte geniş çapta kullanılmasına rağmen kanser ağrısında ağrıyı azaltıcı etki göstermektedir. İskemik alana ve radyoterapi uygulanmış alana uygulanmamalıdır.

Sıcak uygulama kanser hastaları arasında ağrıyı gidermek için sık kullanılan yöntemlerden biridir. Sıcak uygulama kan akımında artma ve eklem sertliğinde azalmaya neden olur [23-26].

TENS (Transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu)

Ağrının kontrolünde sık kullanılmasına rağmen TENS ile ilişkili kanıt temelli çalışmaların sayısı oldukça azdır. Akciğer kanseri hastalarının katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada torakotomi sonrası bildirilen postoperatif ağrının yönetiminde bu yaklaşımın etkili olduğu bildirilmiştir [27].

Yapılan farklı bir çalışmada da akciğer kanseri tanısı ile posterolateral torakotomi uygulanan hastalarda TENS uygulamasının hastaların sitokin üretimini ve analjezik tüketimini azalttığı, solunum fonksiyonlarını iyileştirdiği ve ağrı düzeyini azalttığı bildirilmiştir [28].

Reiki

Kanser hastalarında yapılan bir çalışmada reikinin etkinliği değerlendirilmiş ve reikinin opioid kullanan hastalarda opioid dozunu azaltmasa da hastaların yaşam kalitesini iyileştirdiği bildirilmiştir. Dünyada reiki uygulaması belli merkezlerde ve okullarda uzman kişiler tarafından yapılmaktadır. Ülkemizde ise böyle merkezler henüz bulunmamaktadır [29-30].

Masaj

Yürütülen bir çok çalışmada onkoloji hastaların kanserle ilişkili semptomlarının kontrolünde terapötik masajın ağrıyı azaltmada, uyku kalitesini geliştirmede ve anksiyete ve distresi azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir. Ağrının giderilmesinde masajın endorfin salınımını uyararak kas gerginliğini ve anksiyeteyi azaltarak etkili olduğu düşünülmektedir. Bir çok çalışmada ağrının yönetiminde masaj etkili bir yaklaşım olduğu bildirilse de, birkaç çalışmada ağrıyı azaltıcı etkisi olmadığı ifade edilmişitir. Masajın nitelikli ve deneyimli kişiler tarafından yapılması gerekmektedir çünkü masaj terapisinin bazı yan etkileri görülmektedir. Bu yan etkiler pulmoner emboli, morluk, yorgunluk ve baş ağrısıdır. Bazı özel sağlık durumlarında (kemik metastazı, ödem gibi) masaj uygulama tekniğinde değişiklik yapılması gerekebilir. Derin ven trombozu ve inflamasyon olan hastalara masaj uygulaması yapılmamalıdır [31-34].

Aromaterapi

Aromaterapide esansiyel yağların tedavi edici etkisinden yararlanılır. Çoğu esansiyel yağın analjezik özelliği vardır. Ağrının kontrolünde esansiyel yağlar masaj yoluyla, inhalasyonla, buharla ya da banyo yapılarak uygulanabilir. Ağrı kontrolünde, masaj ve aromaterapinin klinik etkinliği tartışmalı olmakla birlikte, literatürde ameliyat sonrası akut ağrının, kas iskelet ve kanser ağrısının yönetiminde aromaterapinin etkili olduğu bildirilmiştir [35].

Akupunktur

Kanser ağrısının yönetiminde akupunkturun etkinliği henüz belirlenememiştir. Yapılan bir randomize kontrollü çalışmada akupunturun ağrıyı azalttığı tespit edilmiş olmasına rağmen, 2011 yılında yapılan Cochrane incelemesinde akupunkturun kanser ağrısını azaltma etkisini bildiren kanıtların yetersizliği nedeniyle, etkinliği tartışmalıdır [36-37].

KAYNAKLAR

1. Stewart BW, Wild CP. World Cancer Report 2014. World Health Organization. 2014.
2. American Pain Society. Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain. 6th ed. Glenview, IL: APS; 2008
3. Eti Aslan F. Ağrı Doğası ve Kontrolü. Avrupa Tıp Kitapçılık. İstanbul, 2006.
4. Kuzeyli Yıldırım Y, Uyar M, Fadıllıoğlu Ç. Kanser ağrısı ve yaşam kalitesine etkisi (Review). Ağrı Dergisi. 2005; 17(4): 17-22.
5. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Clinical Practical Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Adult Cancer Pain v.2.2014. (www.nccn.com).
6. M Di Maio, C Gridelli, C Gallo et al. Prevalence and management of pain in Italian patients with advanced non-small-cell lung cancer. British Journal of Cancer 2004;90:2288-96.
7. Caraceni A, Portenoy RK. An international survey of cancer pain characteristics and syndromes. IASP Task Force on Cancer Pain. International Association for the Study of Pain. Pain 1999; 82:263.
8. Aydıner A, Ece T, Topuz E. Akciğer Kanseri. Tanı-Tedavi-Takip Antalya Konsensus Raporu. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul, 2010.
9. Aydıner A, Can G. Akciğer Kanserinde Tedavi ve Bakım. İpomet Matbaacılık. İstanbul, 2010
10. Portenoy RK. Adjuvant analgesics in pain management. In: Textbook of Palliative Medicine, 4th, Hanks G, Cherny NI, Christakis N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK (Eds), Oxford University Press, Oxford 2010. p.361.
11. Çizmeci P, Babacan CA. Ağrı Tedavisinde Kullanılan İlaçlar.Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi 2007;45(3).
12. Jacobsen R, Edinger JD. Side effects of relaxation treatment. Am J Psychiatry 1982; 139:952.
13. Arathuzik D. Effects of cognitive-behavioral strategies on pain in cancer patients. Cancer Nurs 1994; 17:207.
14. Syrjala KL, Donaldson GW, Davis MW, et al. Relaxation and imagery and cognitive-behavioral training reduce pain during cancer treatment: a controlled clinical trial. Pain 1995; 63:189.
15. Bordeleau L, Szalai JP, Ennis M, et al. Quality of life in a randomized trial of group psychosocial support in metastatic breast cancer: overall effects of the intervention and an exploration of missing data. J Clin Oncol 2003; 21:1944.
16. Anderson KO, Cohen MZ, Mendoza TR, et al. Brief cognitive-behavioral audiotape interventions for cancer-related pain: Immediate but not long-term effectiveness. Cancer 2006; 107:207.
17. Sloman R, Brown P, Aldana E, Chee E. The use of relaxation for the promotion of comfort and pain relief in persons with advanced cancer. Contemp Nurse 1994; 3:6.
18. Achterberg J. Imagery in healing: shamanism and modern medicine, Shambala, Boston 1985.
19. Roffe L, Schmidt K, Ernst E. A systematic review of guided imagery as an adjuvant cancer therapy. Psychooncology 2005; 14:607.
20. Lee R. Guided imagery as supportive therapy in cancer treatment. Alternative Medicine 1999; 2:61.
21. Bardia A, Barton DL, Prokop LJ, et al. Efficacy of complementary and alternative medicine therapies in relieving cancer pain: a systematic review. J Clin Oncol 2006; 24:5457.
22. 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; 48:137.
23. Rhiner M, Ferrell BR, Ferrell BA, Grant MM. A structured nondrug intervention program for cancer pain. Cancer Pract 1993; 1:137.
24. Lehmann JF, deLateur BJ. Ultrasound shortwave, microwave, laser, superficial heat, and cold in the treatment of pain. In: Textbook of Pain, Wall PD, Melzack R (Eds), Churchill Livingstone, Edinburgh 1994. p.1237.
25. Ernst E, Fialka V. Ice freezes pain? A review of the clinical effectiveness of analgesic cold therapy. J Pain Symptom Manage 1994; 9:56.
26. Jacox A, Carr DB, Payne R, et al. Management of Cancer Pain. Clinical Practice Guideline No. 9. AHCPR Publication No. 94-0592. Rockville, MD. Agency for Health Care Policy and Research, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, March 1994.
27. Ferreira FC, Issy AM, Sakata RK – Assessing the Effects of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) in Post-Thoracotomy Analgesia. Rev Bras Anestesiol 2011; 61: 5: 561-567
28. Fiorellia A, Morgillob M, Milionea R, et al. Control of post-thoracotomy pain by transcutaneous electrical nervestimulation: effect on serum cytokine levels, visual analogue scale,pulmonary function and medication. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 2012;41: 861–868.
29. Olson K, Hanson J, Michaud M,. Journal A Phase II Trial of Reiki for the Management of Pain in Advanced Cancer Patients. Pain and Symptom Management.2003;26:5
30. Marcus AD, Neill BO, Kopar LJ, Symptomatic Improvement Reported After Receiving Reiki at a Cancer Infusion Center. American Journal of Hospice & Palliative Medicine. 2012;30(2):216-217
31. So PS, Jiang Y, Qin Y. Touch therapies for pain relief in adults. Cochrane Database Syst Rev 2008; CD006535.
32. Goats GC, Keir KA. Connective tissue massage. Br J Sports Med 1991; 25:131.
33. Wilkie DJ, Kampbell J, Cutshall S, et al. Effects of massage on pain intensity, analgesics and quality of life in patients with cancer pain: a pilot study

of a randomized clinical trial conducted within hospice care delivery. Hosp J 2000; 15:31.
34. Ernst E. Massage therapy for cancer palliation and supportive care: a systematic review of randomised clinical trials. Support Care Cancer 2009; 17:333.
35. Gül A, Eti Aslan F.Ağrı Kontrolüne Kanıt Temelli Yaklaşım; Masaj ve Aromaterapi Evidence Based Approach to Pain Control; Massage and Aromatherapy: Review. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi. 2012;4(1)
36. Alimi D, Rubino C, Pichard-Léandri E, et al. Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain: a randomized, blinded, controlled trial. J Clin Oncol 2003; 21:4120.
37. Paley CA, Johnson MI, Tashani OA, Bagnall AM. Acupuncture for cancer pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 2011; CD007753.

3 Dispne

Lütfiye Erkan KILIÇ

GİRİŞ

Dispne; hava açlığı, nefes alma çabasının artması, göğüste sıkışıklık hissi, boğulma hissi gibi farklı tanımlanabilen bir semptomdur. Amerikan Toraks Derneği dispneyi "faklı ağırlıkta, kalitatif olarak farklı duyular içeren solunum rahatsızlığı ile seyreden subjektif deneyim" olarak tanımlamaktadır [1].

Akciğer kanser tanısı ilk konduğu anda hastaların yaklaşık %20-40'ında var olan dispne, en sık görülen ve en korkulan belirtilerden birisidir. Hayatının son 6 haftası içinde görülme oranı %70'e ulaşır [2]. Dispne yakınması olan hastalarda solunum sayısında artma, oksijen saturasyonunda düşme, kan gazı analizinde anormallik gibi objektif kriterler her zaman saptanamaz. Bu nedenle tamamen hastanın ifadesine göre değerlendirilir. Kanserin tüm evrelerinde dispne görülebilirse de, büyük bir sıklıkla yaşamın son döneminde meydana gelmektedir. İleri evre kanser hastalarında ve onların yakınlarında stres yaratan bir belirtidir. Kötü prognozla ilişkili olup beklenen yaşam süresi kısadır [3, 4].

DİSPNE NEDENLERİ

Kanserli hastada dispne nedenleri; kanserle doğrudan ilişkili, kanserle dolaylı ilişkili, kanser tedavisine bağlı gelişen ve kanserle ilişkisi olmayanlar olarak ele alınabilir [Tablo 1]. [5].

Tümörün kendisi doğrudan veya dıştan bası etkisiyle, büyük hava yollarında darlık/tıkanıklık yapmasına bağlı dispne ortaya çıkar. Primer ve ya metastatik kanser akciğer parankim dokusuna yayılarak dirençli ve şiddetli dispneye neden olur.

Kanserle doğrudan ilişkisi bulunmayan kalp yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kardiyak aritmi, anemi, plevral veya perikardiyal kanama, enfeksiyon, pulmoner emboli veya vena kava sendromu gibi dispne nedenleri öncelikli olarak tedavi edilmelidir [6]. Hastaların üçte biri kadarında etiyolojinin çok faktörlü olduğu bildirilmiştir. Bazı laboratuar ve yardımcı testler (Hemoglobin, beyin natriüretik peptid (BNP) testi, pulse oksimetre, 6 dakikalık yürüme testi ve solunum fonksiyon testleri) bunların ayırıcı tanısında faydalıdır.

Akciğer kanseri hastalarında dispnenin nedeni eşlik eden bir akciğer hastalığı da olabilir. En yaygın olarak KOAH, astım, amfizem, pnömotoraks ve interstisyel akciğer hastalığı sayılabilir. Klinik belirti ve bulgular çoğu zaman nedenin kardiyak veya pulmoner olup olmadığının ayırt edilmesini sağlar. Kardiyak ve pulmoner nedenler arasındaki ayrım her zaman belirgin olmayabilir [7].

DİSPNEYİ DEĞERLENDİRME

Dispne semptomu olan bir hastada Tablo 1'de belirtilen nedenlerin tamamı göz önünde bulundurularak hızlı bir şekilde etiyoloji

Tablo 1. Kanser Hastalarında Disnenin Nedenleri

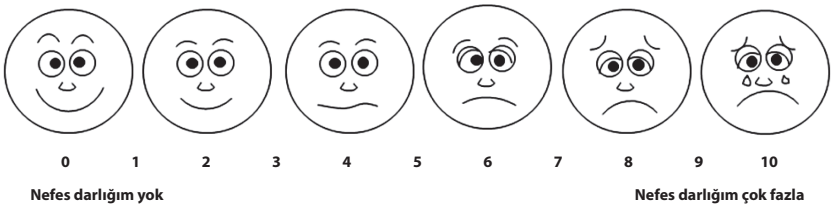
Kanserle Doğrudan İlişkili	Kanser Tedavisi ile İlişkili
• Kanserin primer ya da metastatik olarak pulmoner parankimi kapsaması • Lenfanjitik karsinomatozis • Tümörün oluşturduğu havayolu obstrüksiyonu • Plevral tümör • Plevral effüzyon • Perikardiyal effüzyon • Karında sıvı toplanması • Frenik sinir paralizisi • Multiple tümör mikroembolisi, • Pulmoner lökostazis • Vena cava superior sendromu	• Cerrahi tedavi • Radyoterpi • Kemoterapiye bağlı pulmoner hastalık • Kardiyomyopati
Kanserle Dolaylı İlişkili	**Kanser Hastalığı ile İlişkili Olmayan**
• Kaşeksi • Elektrolit dengesizliği • Anemi • Pnömoni • Pulmoner aspirasyon • Pulmoner emboli • Nörolojik paraneoplastik sendromlar	• KOAH (Kronik obstriktif akciğer hastalığı) • Astım • Konjestif kalp yetmezliği • Pnömotoraks • Anksiyete • Göğüs duvarı deformitesi • Obesite • Nöromüsküler hastalıklar • Pulmoner vasküler hastalıklar

saptanmalıdır. Ayrıca dispne şikayeti olan bir hastada etkili bir tedavi planı oluşturmak için ilk adım bireyin üzerindeki etkisini tam olarak anlamaktır [8]. Dispne ölçüm ve değerlendirmesinde fiziksel belirti ve bulguların (kalp hızı, solunum sayısı, oksijen saturasyonu vb.) katkısı zayıftır. Günümüzde sübjektif değerlendirmeler nefes darlığını değerlendirmek için altın standart olmaya devam etmektedir. Hasta nefes darlığını ve şiddetini değerlendirebilecek kabiliyette değilse, bakım verenlerin izlenimleri değerlendirmede kullanılabilir [9,10].

Dispnenin şiddetinin değerlendirmede görsel analog skala (VAS) (Şekil 1) ve Medical Resarch Council (MRC) dispne ölçeği (Tablo 2) veya modifiye Borg ölçeği gibi değerlendirme araçları kullanılır. Görsel Analog Skala, anlaşılması kolaydır ve değişik aktiviteler sırasında görülen dispnenin yoğunluğunun tanımlanmasında destek olabilir. Dispnenin nedenlerinin tanımlanmasında farklı laboratuvar (solunum fonksiyon testi, arter kan gazı vb.) ve görüntüleme yaklaşımlarının kullanımından yararlanılabilir [11].

DİSPNENİN YÖNETİMİ

Dispne gelişiminde çok fazla faktör etkili olabildiği ve tespiti güç olduğu için, tümüyle engellenmesi pek mümkün olmamaktadır. Ancak erken tanı ve tedavi ile semptomların daha kötüye gitmesini önlenebilir. Dispneye yol açan nedenin/nedenlerin hızlı bir şekilde ayırt edilmesi gerekir. Etiyoloji saptanabilirse buna yönelik spesifik tedavi uygulanabilir. Spesifik bir neden saptanamazsa veya nede-



Şekil 1. Görsel analog skala (VAS)

ne yönelik palyatif tedavi yapıldığı halde yanıt alınamazsa, orta ya da ciddi derecede dispnenin devam ettiği olgularda, öncelikle non-farmakolojik tedavi yöntemleri denenmeli, yetersiz kalındığında farmakolojik tedaviler eklenmelidir [Şekil 2]. Dispne tedavisinde ilk basamak altta yatan nedenin düzeltilmesidir (Tablo 3). Ancak İlerlemiş kanser hastalarının çoğunda, altta yatan nedeni düzeltmek mümkün değildir. Tıbbi tedavide genellikle nedene yönelik farmakolojik ve non-farmakolojik yaklaşımlar kullanılmaktadır [12].

Altta Yatan Nedene Yönelik Tedavi

Bronkoskopik Yöntemler

Dispne tümörün neden olduğu hava yolu tıkanıklığına bağlı ise mekanik debridman, brakiterapi, tümör ablasyonu, ya da hava yoluna stent yerleştirme gibi bronkoskopik yöntemlerle hava yolu açıklığı sağlanarak semptomatik düzelme sağlar [Düzey 1C] [13].

Kalıcı Plevral Kateter

Semptomatik tekrarlayan malign plevral efüzyonu olan hastalarda, palyatif rahatlama sağlamak amacıyla kalıcı plevral katater veya kimyasal plöredezis önerilmektedir [Düzey 1C]. Kısıtlı ömre sahip hastalarda seri torasentezler bir seçenek olarak kabul edilebilir [14].

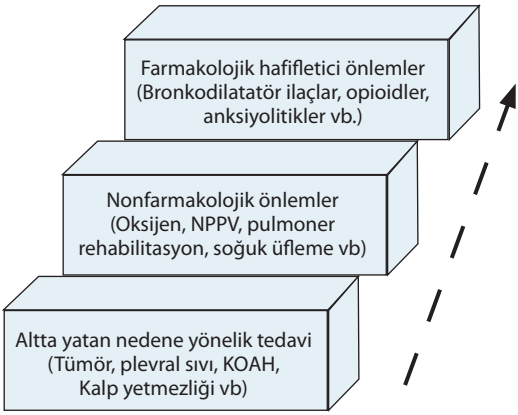
Non-farmakolojik yaklaşımlar

Oksijen Tedavisi

Dispnenin palyatif tedavisinde oksijen verilmesi pratikte en çok uygulanan yöntem olmakla beraber, etkinliğini gösteren az sayıda

Tablo 2. Medical Resarch Council (MRC)'a Göre Dispne Sınıflandırması

Derecesi	Özellikler
0	Nefes darlığı yok
1	Yokuş çıkarken veya düz zeminde hızlı hareket ederken nefes darlığı olması.
2	Düz zeminde nefes darlığı nedeniyle kendi yaşıtlarına göre daha yavaş hareket etme ya da düz zeminde normal hızla yürürken durmak zorunda kalmak.
3	Düz zeminde 100 m veya birkaç dakika yürüdükten sonra durmak zorunda kalmak.
4	Eve bağımlı olmak ve giyinmek gibi aktiviteler sırasında nefes darlığı olması.



Şekil 2. Dispne tedavisinde basamak yaklaşımı.

çalışma vardır. Bir araştırmanın verilerine göre dispnesi olan 14 ileri evre kanser hastasında 5 lt/dk oksijen tedavisi ile oda havası solunması karşılaştırıldığında, hastaların 12'sinin oksijeni tercih ettiği görülmüştür [15]. Bir diğer klinik araştırmada hipoksemisi olmayan olgularda, oksijen tedavisinin oda havasına üstünlüğü görülmemiştir [16]. Bir başka çalışmada dispnenin en etkin tedavisinin opioid olmasına rağmen, hastanın SpO2>% 90 korumak amacıyla oksijen desteği verilmesi önerilmektedir [17]. Sonuç olarak hipoksemik kanser hastaları ve ileri dönem akciğer hastalığı olanlarda oksijen tedavisi etkinliğine yönelik çalışma sonuçları çelişkilidir. Nonhipoksemik dispneik olgularda ise oksijen tedavisinin etkinliğini gösteren çalışma yoktur. "American College of Chest Phyisicians"'ın (ACCP) kanıta dayalı rehberinde istirahatte ve minimal aktivite ile hipoksemik, ileri dönem hastalığı olan olgulara oksijen tedavisi uygulaması önerilmektedir [18].

Noninvazif Pozitif Basınçlı Ventilasyon (NPBV)

Özellikle KOAH'ı olan akciğer kanseri hastalarında NPBV ile dispne algısında azalma olur. Solunum kaslarındaki yükü ve dolayısıyla solunum işini azaltarak dispne hissini azaltmak amacı ile uygulanır. Ancak ciddi dispnesi olan son dönem kanser hastalarının bu tedaviye uyum sağlaması zor olduğu için palyatif tedavide kullanımı tartışmalıdır. Bir klinik çalışmada ciddi solunum yetmezliği olan kanser hastalarında pasif oksijen tedavisinden daha etkili olduğu bildirilmiştir [19].

Solunum Teknikleri

Büzük dudak solunumu ve diyafragmatik solunum, solunum hızının kontrolü sağlayarak dispneik hastalarda faydalı sonuçlar elde edilmesini sağlar. Büzük dudak tekniğinde ağız içinde oluşan basınç ile hava yollarının açık kalması ve ekspiryum süresinin uzaması sağlanır. Bu sayede kan gazı bulgularında düzelme sağlanabilir. Bu solunum tekniklerinin etkisi daha çok KOAH'ta gösterilmiştir [20]. Akciğer kanserinde etkisini kanıtlayan çok fazla çalışma olmamakla birlikte fizyolojik etkileri nedeniyle, bu hasta grubunda da faydalı olacağı düşünülmektedir. Akciğer kanser hastaları yan etki insidansı yüksek ve pahalı tedavileri önceden tecrübe ettikleri için, hastalığın ileri evresinde daha dikkatli

Tablo 3. Palyatif bakımda dispne nedenleri ve olası tedavi yöntemleri[12]

Hastalık	Olası Müdahaleler
Hava yolu obstrüksiyonu	
• Havayolunun tümör veya lenfadenopati ile tıkanması	• Havayoluna lazer/koter/stent, radyoterapi (RT, rezeksiyon, glukokortikoidler
• Bronkokonstrüksiyon (KOAH, astım)	• Bronkodilatatör, glukokortikodler
• Aşırı sekresyon	• Antikolinerjik ilaçlar
• Vokal kord paralizisi	
• Obstrüktif uyku apnesi	• Noninvaziv pozitif basınçlı ventilasyon (NPBV)
Pulmoner Parankim	
• Yaygın tümör metastazı	• RT, kemoterapi (KT), glukokortikoidler
• Pnömoni, aspirasyon	• Antibiyotik, pulmoner temizlik, aspirasyon önlemleri
• Kalp yetmezliği	• Diüretikler, ACE inhibitörleri vb.
• Perikardiyal hastalıklar, tamponad	• Perikardiyosentez
• Lenfanjitik tümör	
• Akciğer rezeksiyonu (Lopektomi, pnömonektomi vb)	
• KT ilaçlarına bağlı pnömonitis	• Glukokortikoidler
• Radyasyon pnömonitisi ve fibrozis	• Glukokortikoidler
• İnterstisyel akciğer hastalığı	• Glukokortikoidler
Pulmoner Vasküler	
• Venöz tromboemboli	• Antikuagülan, trombolizis, inferior vena cava filtresi
• Veno-oklüziv hastalık	
• Tümör tromboembolisi	
• Pulmoner hipertansiyon	
• Vena cava superior sendromu	• Glukokortikoidler, RT, KT, stent
Plevral	
• Plevral efüzyon	• Kalıcı plevral katater ile aralıklı drenaj, plöredezis
• Plevral tümör	• KT, RT
• Pnömotoraks	• Göğüs tüpü
İnspratuvar kas güçsüzlüğü	
• Kaşeksi	
• Elektrolit dengesizliği	• Elektrolitleri ayarlayın
• Nöromüsküler hastalıkları içeren paraneoplastik sendrom	• NPBV
• Steroid miyopatisi	• Fizik tedavi, glukokortikoid dozunun azaltılması
• Diyafragma felci, frenik sinir felci	• NPBV, diyafragma pili
Sistemik	
• Anemi	• Eritrosit transfüzyonu
• Asidoz	• Metabolik anormalliği düzelt
• Aritmi	• Olağan tedaviler
Nöropisikiyatrik	
• Ağrı	• Opioidler
• Depresyon	• Antidepresanlar, bilişsel davranışçı tedavi
• Anksiyeteye bağlı hiperventilasyon	• Anksiyolitik tedavi, bilişsel davranışçı tedavi
• Solunumsal panik	• Antidepresanlar, anksiyolitikler, bilişsel davranışçı tedavi

olunmalıdır. Maliyet-etkin ve yan etki yükü getirmeyen bir yöntem olduğu için, dispne yakınmasında uygun olan her hastaya solunum tekniklerinin öğretilmesi ve denenmesi önerilmektedir [21]. Akciğer kanserli hastalarda solunum tekniklerinin etkinliğini göstermeye yönelik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Pozisyon

Bazı pozisyonlarda hastaların dispne hissi azalmaktadır. Hastadan hastaya değişebilen bu pozisyonlar, akciğer ekspansiyonunu artırarak gaz değişimini düzeltmeye yöneliktir. Otururken öne doğru eğilerek bir masa veya yastığa yaslanma, yüksek yatış veya yüksek yan yatış ve ayaktayken sırtını duvara yaslamak gibi pozisyonlar bunlara örnektir.

Diğer Non-farmakolojik Yaklaşımlar

Ortamın serinletilmesi dispne hissini azaltır. Hastanın yüzüne yönlendirilmiş, düşük ayarda bir fan kurulabilir [22]. Soğukla fasiyal stimülasyonun, normal kişiler ve kronik dispnesi olan hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda etkili olduğu gösterilmiştir. Yüz bölgesinde bulunan mekanoreseptörlerin uyarılması veya cilt yüzeyindeki ısının düşmesi trigeminal sinirin 2. ve 3. kolunu uyarır. Bu durum nefes darlığı üzerinde santral inhibisyon oluşturur ve dispne algısı azalır [23].

Akciğer kanseri hastalarında fonksiyonel kapasiteyi artırmak amacıyla deneyimli sağlık rehberleri eşliğinde pulmoner rehabilitasyon ve kardiyopulmoner egzersiz yapılması önerilmektedir [Düzey 2C] [24].

Farmakolojik Yaklaşımlar

Bronkodilatörler

Akciğer kanserli hastaların büyük çoğunluğunda sigara ile ilişkili olarak kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) eşlik ettiği için kısa etkili beta-2 agonistler, antikolinerjikler ve inhale kortikosteroidler dispnesi olan akciğer kanserli hastalarda etkili olabilmektedir.

Opioidler

İlerlemiş akciğer kanserli olgularda, ileri derecede hava yolu obstuksiyonu veya kalp yetmezliğine bağlı dispne tedavisinde kullanılırlar. Opioidler (morfin, kodein, dihidrokodein, diamorfin fentanilin) oral, paranteral ya da nebülizer yolla uygulanabilir. En çok tercih edilen opioid oral morfindir. Etki süresi kısa olduğu için 4 saat aralıklarla uygulanması önerilmektedir. En önemli yan etki olan ciddi sedasyon ve solunum depresyonuna dikkat etmek gerekir [25].

Anksiyolitikler

Dispne tedavisinde ilk sırada kullanımı önerilmemekle beraber özellikle anksiyete ve solunum paniği olan hastalarda lorazepam, diazepam ve midazolam doza dikkat edilerek kullanıldığında faydalı olabilirler [26].

Diğer Farmakolojik Yaklaşımlar

Dispne palyasyonunda nebülize furosemid uygulamasına ilgi giderek artmaktadır ancak bugün için rutin uygulamaya girmesi için yeterli kanıt yoktur. Son zamanlarda yapılan bir sistematik incelemede inhale furosemidin diüretik etkisinden bağımsız bir faydası olduğu vurgulanmıştır. Bu konuda yakın zamanda yapılmış ilk büyük çalışmada 40 mg/4 ml nebulize furosemid ile 4 ml normal salin karşılaştırılmış ve inhale furosemidin semptomatik fayda sağladığı sonucuna varmışlar. Ayrıca hastalar tarafından da iyi tolere edildiği bildirilmişler [27]. Bu konuda daha güçlü randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. American Thoracic Society. Dyspnea. Mechanisms, assessment, and management: a concensus statement. Am J Respir Crit Care Med 1999; 159: 321-40.
2. Hui D, Morgado M, Vidal M, et al. Dyspnea in hospitalized advanced cancer patients: subjective and physiologic correlates. J Palliat Med. Mar 2013; 16 (3): 274–280.
3. Escalante CP, Martin CG, Elting LS, et al. Dyspnea in cancer patients. Etiology, resource

utilatizion and survival implications in a managed care world. Cancer 1998; 78: 1314-9.
4. Reuben DB, Mor V. Dyspnea in terminally ill cancer patients. Chest 1986; 89: 234-6.
5. Neriman AKYOLCU. Kanserli Hastalarda Dispne ve Hemşirelik Bakımı. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2002, 6(1).
6. Working Group of the Clinical Practice Guideline for Palliative Care. Clinical practice guideline for palliative care. Madrid (Spain): Basque Office for Health Technology Assessment, Osteba; 2008 May 1. Various p. [350 references]
7. Dyer DS, Mohammed TL, Kirsch J, Amorosa JK, Brown K, Chung JH, Ginsburg ME, Heitkamp DE, Kanne JP, Kazerooni EA, Ketai LH, Parker JA, Ravenel JG, Saleh AG, Shah RD, Expert Panel on Thoracic Imaging. ACR Appropriateness Criteria® chronic dyspnea - suspected pulmonary origin. [online publication]. Reston (VA): American College of Radiology (ACR); 2012. 5 p. [68 references]
8. Steffen T. Simon and Claudia Bausewein, Management of refractory breathlessness in patients with advanced cancer. Wien Med Wochenschr (2009) 159/23–24: 591–598.
9. Hui D, Morgado M, Vidal M, et al. Dyspnea in hospitalized advanced cancer patients: subjective and physiologic correlates. J Palliat Med. Mar 2013; 16 (3): 274–280.
10. G Kathiresan, R F Clement, M T Sankaranarayanan et al. Dyspnea in lung cancer patients: a systematic rewiev. Lung Cancer: Targets and Therapy 2010:1 141–150.
11. End of life care: Dyspnea. www.uptodate.com, version 19.2, (last updated: 31 Dec 2014).
12. Assessment and management of dyspnea in palliative care. www.uptodate.com, Graphic 83934 Version 3.0, (last updated: 31 Dec 2014).
13. Simoff MJ, Lally B, Slade MG, Goldberg WG, Lee P, Michaud GC, Wahidi MM, Chawla M. Symptom management in patients with lung cancer: diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2013 May;143(5 Suppl):e455S-97S. [295 references] PubMed
14. Simoff MJ, Lally B, Slade MG, Goldberg WG, Lee P, Michaud GC, Wahidi MM, Chawla M. Symptom management in patients with lung cancer: diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2013 May;143(5 Suppl) :e455S-97S. [295 references] PubMed
15. Bruera E, de Stoutz N, Velasco-Leiva A, Scholler T, Hanson J. Effects of oxygen on dyspnoea in hypoxaemic terminal-cancer patients. Lancet 1993; 342: 13-4.
16. Abernethy AP, McDonald CF, Frith PA, et al. Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-Blind, randomised controlled trial. Lancet 2010; 376:784-93.
17. Tiep B, Carter R, Zachariah F, et al. Oxygen for end-of-life lung cancer care: managing dyspnea and hypoxemia. Expert Rev Respir Med. 2013 Oct;7(5):479-90. Review.
18. Mahler DA, Selecky PA, Harrod CG, et al. American Collage of Chest Physicians consensus statement on the management of dyspnea in patients with advanced lung or heart disease. Chest 2010; 137; 674-91.
19. Nava S, Esquinas A, Ferrer M, et al. Multicenter, randomised study of the use of non-invasive ventilation vs. Oxygen therapy in reducing respiratory distress in end-stage cancer patients. Data presented at the 2008 meeting of the American Thoracic Society, May 20, 2008, Toronto, Canada.
20. Breslin EH. The pattern of respiratory muscle recruitment during pursed-lip breathing. Chest 1992; 101: 75-8.
21. Jantarakupt P, Porock D. Dyspnea management in lung cancer: Applying the evidence from chronic obstructive pulmonary disease. Oncol Nurs Forum 2005; 32: 785-95.
22. Kvale PA, Selecky PA, Prakash UBS. Palliative care in lung cancer. Chest 2007; 132: 368-403.
23. Galbraith S, Fagan P, Perkins P, et al. Does the use of a handheld fan improve chronic dyspnea? A randomized, controlled, crssover trial. J Pain Symptom Manage 2010; 39: 831-8.
24. Deng GE, Rausch SM, Jones LW, et al. Complementary therapies and integrative medicine in lung cancer: diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2013 May;143(5 Suppl):e420S-36S. [159 references] PubMed
25. Thomas JR, Gunten CF. Clinical management of dyspnoea. Lancet 2002; 3: 223-8.
26. Clemens KE, Klaschik E. Dyspnea associated with anxiety-symptomatic therapy with opioids in combination with lorazepam and its effect on ventilation in palliative care patients. Support Care Cancer 2011; 19(12): 2027-33.
27. Newton PJ, Davidson PM, Macdonald P, et al. Nebulized furosemide for the management of dyspnea: does the evidence support its use? J Pain Symptom Manage 2008; 36: 424-41.

4 Yorgunluk

Gülbeyaz CAN

GENEL BAKIŞ

Yorgunluk, hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirilmesini engelleyen inatçı, subjektif bir halsizlik hissidir ve hastalar tarafından güçsüzlük, halsizlik, bitkinlik, dikkatini bir şeylere yoğunlaştırmada zorlanma, kuvvetsizlik, uykusuzluk ve motivasyon eksikliği gibi farklı ifadeler kullanılarak tanımlanmaktadır [1-3]. Pek çok nedeni vardır. Kanser gelişim süreci ile ilişkili olabilir, uygulanan tedavi yaklaşımına ya da anemi, yetersiz beslenme, depresyon, kalp, böbrek, karaciğer, endokrin sistem hastalığı gibi akciğer kanserine eşlik eden hastada var olan farklı sağlık sorunlarına bağlı gelişebilir [3]. Son yıllarda 3123 kanser hastasının katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada da, kanser hastalarında yorgunluk düzeyini arttıran en önemli değişkenlerin hastalarda progresif hastalığın olması (OR, 1.99), performans durumunun ≥1 olması (OR, 1.38), depresyon hikaye olması (OR, 1.28), komorbiditeye bağlı hastanın etkilenmesi (OR, 1.26), hastaların kanser tedavisi alıyor olması (OR, 1.77) ve kortikosteroid kullanması (OR, 1.37) olduğu bildirilmiştir [4].

Ayrıca literatürde kanser ve tedavisi ile ilişkili yorgunluğun oluşum mekanizmasını inceleyen pek çok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda, kanser hastalarında sık görülen bu sorunun multifaktöryel olduğu bildirilerek gelişim süreci tam olarak açıklanamamıştır [5]. Farklı modeller geliştirilmiş ve hipotezler ileri sürülmüştür. Winningham, enerji kavramı üzerinde kurduğu hipotezinde yorgunluğu hastanın hastalık süreci, uygulanan tedavi, aktivite düzeyi, dinlenme alışkanlığı, semptom algılaması ve fonksiyonel durumu ile ilişkilendirerek enerji yetersizliği olarak tanımlamıştır. Yorgunluğun primer (daha önce var olan bir durumun, hastalık veya tedavinin sonucu) ya da sekonder (diğer semptomlarla fizyolojik veya psikososyal yanıtın sonucu) bir semptom olarak ortaya çıkabileceğini bildirmiştir [6].

Nedeni ne olursa olsun, akciğer kanserinin yanı sıra hastalarda yorgunluğun var olması hastaların günlük işlerini yapmasını, yürüyüş yapmasını, uyumasını, insanlarla iletişim kurmasını engelleyerek [7,8], hastaların psikolojik distres düzeyini arttırmakta [8] ve duygu durumunu olumsuz etkilemektedir [7]. İleri evre akciğer kanseri tanısı ile tedavi gören hastaların %50'sinden fazlası yorgunluğa bağlı günlük yaşam aktivitelerine katılımının engellendiğini [9] ve yaşamdan zevk almalarının azaldığını [7] bildirmişlerdir.

AKCİĞER KANSERİ HASTALARINDA YORGUNLUK

Akciğer kanserinde yorgunluk önemli bir sorundur ve insidansı hastanın klinik durumuna bağlı olarak (kanser tedavisi planlanan hasta, tedavi sonrası takip döneminde olan hasta, terminal dönem hastası) farklılık göstermektedir. Akciğer kanseri tanısı ile te-

davi gören hastalarda yorgunluğun insidansı %80 iken [7,10], tedavi sonrası dönemde bu oran %57'dir [11].

Tedavi gören hastalarda yorgunluk, cerrahi tedavi sonrası uygulanan kemoterapi [12] ile ilişkili olabilir ya da hastada var olan uyku sorunlarına [7,8], hastanın performans durumunun kötü olmasına, yürüme sırasında ve istirahatte dispne yaşamasına, iştahının az olmasına, ağrısının olmasına ve depresyonda olmasına [7] bağlı gelişebilir. Bazı çalışmalarda ise, kemoterapi süreci içinde orta düzeyde (8.0 ± 5.0 range 0-20) yaşanan yorgunluğun [13] tümör nekrotik faktör (TNF)-α ve interleukin (IL)-1 düzeylerinin artışı ile de yakından ilişkili olabileceği de bildirilmiştir [10].

Tedavi sürecini tamamlamış ve tedavi sonrası takip döneminde olan hastaların %41'inde hafif, %16.8'inde orta ve ciddi düzeyde yorgunluk olduğu bildirmiş ve bu hasta grubunda pulmoner hastalığın olması (odds ratio [OR] = 2.28), depresif semptomların olması (OR= 6.99) ve anksiyetenin olması (OR = 2.31) klinik açıdan önemli olan yorgunluk düzeyini arttıran en önemli değişkenler olduğu saptanmıştır [11].

İleri evre akciğer kanseri hastalarında ise, yorgunluğun hemoglobin düzeyinin düşmesi (p=0.04), nötrofil (p=0.01) ve monosit (p = 0.05) düzeylerinin artışı ile ilişkili olabileceği, yorgunluk düzeyi yüksek olan hastalarda sağkalım süresinin daha kısa olduğunu ifade edilmiştir (p=0.03) [14].

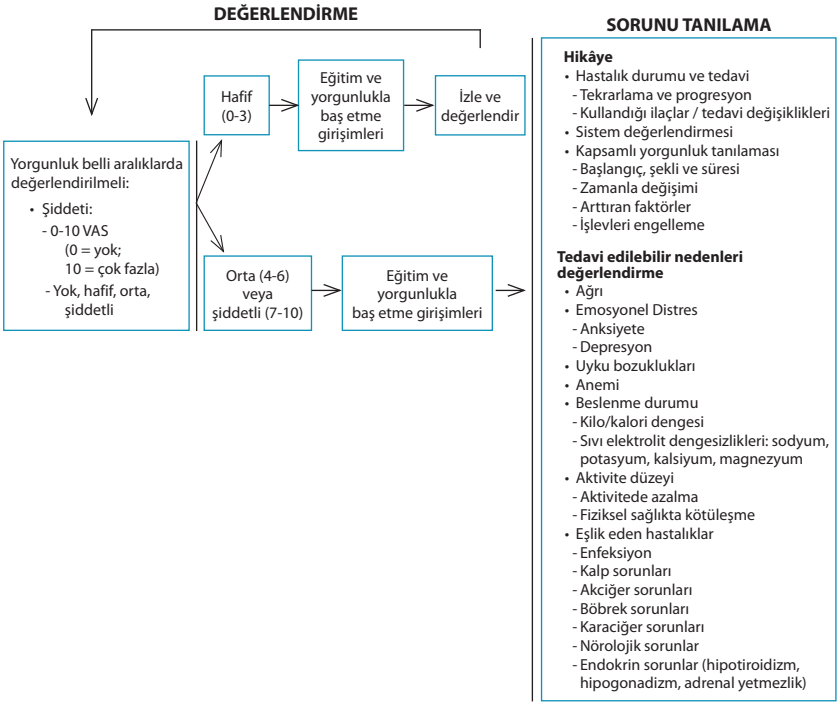
Hastalık tanısının konması ile tüm akciğer kanseri hastalarında yorgunluğun varlığı hasta ile yapılan her görüşmede değerlendirilmeli ve hastanın klinik durumu göz önüne alınarak gereksinime göre bu sorunun yönetiminde etkili girişimler planlanmalıdır.

YORGUNLUĞU TANILAMA

Yorgunluk tanılamasına akciğer kanseri tanısının konduğu ilk andan itibaren başlanmalıdır. Değerlendirme sırasında yorgunluğun varlığı ve şiddeti değerlendirilmeli, yorgunluğa ilişkin nedenler, subjektif ve objektif bulgular araştırılmalıdır (Şekil 1).

Kurumların kayıt sistemine ve işleyişine bağlı olarak, yorgunluğun varlığı ve şiddeti farklı değerlendirme araçları kullanılarak izlenmektedir. Günlük hasta bakımının planlanmasında genellikle NCI (National Cancer Institute) toksisite kriterleri, WHO (World Health Organisation) toksisite kriterleri ya da VAS (Vusual Analog Skala) [0-10 üzerinden yorgunluğun şiddeti hafif (1-3), orta (4-6) ve şiddetli (7-10)] gibi tek boyutlu değerlendirme araçları kullanılır iken [15], klinik çalışmalarda Kısa Yorgunluk Envanteri (Brief Fatigue Inventory BFI), Yorgunluk Öz –Yönetiminde Algılanan Öz -Yeterlik (Perceived Self-Efficacy for Fatigue Self-Management - PSEFSM), FACT-An, FACT - Yorgunluk ve Çok Boyutlu Yorgunluk Envanteri - 20 (Multidimensional Fatigue Inventory-20 MFI - 20) gibi çok boyutlu değerlendirme araçlarının kullanımı tercih edilmektedir [16].

Yorgunluğun tanımlanmasında ayrıca yorgunluğa bağlı hastanın etkilenme düzeyi de değerlendirilmelidir. Hastanın fonksiyonel yeterliliği, GYA'ni gerçekleştirme düzeyi ve bireyin yorgunluğa atfettiği anlam araştırılmalıdır. Yorgunluk ile ilişkili olabileceği için hastalık/tedavi sürecine bağlı olarak meydana gelen semptomlar değerlendirmelidir. Bunlara ek olarak; anemi, depresyon, anksiyete, ağrı, dehidratasyon, beslenme yetersizliği (protein, kalori, vitamin), sedatif kullanımı (opiodler, benzodiazepinler), enfeksiyon, ateş, uyku bozuklukları ve hareketsizlik gibi yorgunluğu arttırdığı düşünülen ve kontrol altına alınması mümkün olan faktörler dikkatle değerlendirilmeli ve kontrol altına alınmalıdır. Birçok ilaç türü ya da çeşidi (antiemetik, analjezik, antihipertansif) yorgunluğa neden olduğundan hastaların ilaç anamnezinin dikkatli alınması önemlidir. Reçete edilmiş veya reçetesiz aldığı tüm ilaçlar, tamamlayıcı tıp yaklaşımları, vitamin, kafein ve alkol kullanımı da değerlendirilmelidir. Ayrıca ısı, gürültü gibi çevresel faktörlerin etkisinin de araştırılması göz ardı edilmemelidir [3].



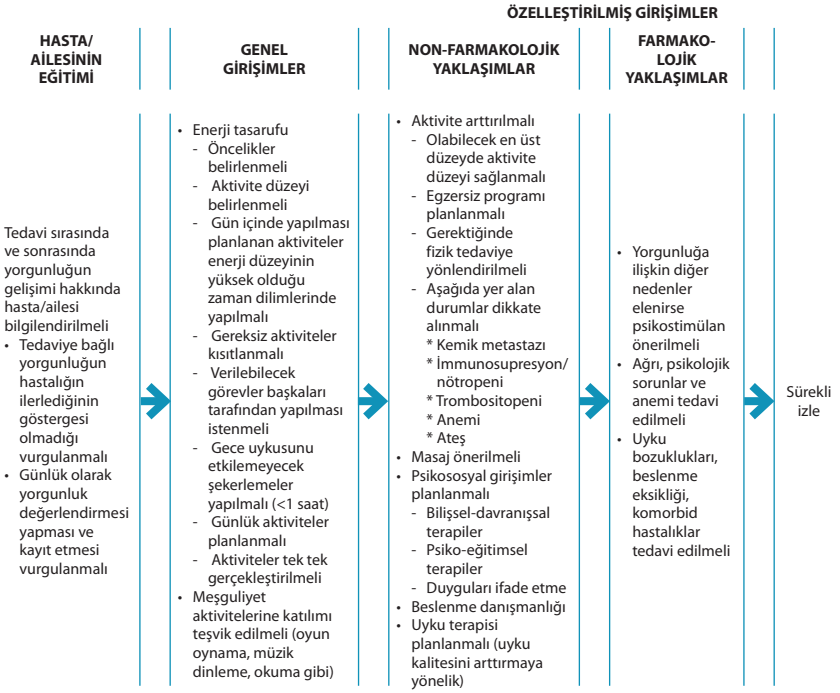
Şekil 1. Yorgunluğu ve yorgunluğa ilişkin nedenleri tanılama[3]

YORGUNLUĞUN YÖNETİMİ

Akciğer kanseri tanılı hastalarda yorgunluğun yönetimini inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Öneriler genellikle tüm kanser hastalarının katılımı ile gerçekleştirilen çalışma sonuçlarına dayanmaktadır: farmakolojik yaklaşımlar genellikle yorgunlukla ilişkili özel ve reversibl semptomların belirlenmesine ve tedavi edilmesine, nonfarmakolojik yaklaşımlar ise egzersizin, uyku-istirahatin, yeterli beslenmenin ve psikososyal desteğin kullanımına odaklanmaktadır (Şekil 2) [3].

Bu hastalarda öncelikle anemi, uyku sorunları, yetersiz beslenme, depresyon, kalp, böbrek, karaciğer, endokrin sistem hastalığı gibi akciğer kanseri ile ilişkili olmayan, ancak yorgunluğu artıran faktörler araştırılmalı ve bu sorunlar var ise tedavi edilmelidir [3].

Takiben hastaların klinik durumu temel alınarak (kanser tedavisi planlanan hasta, tedavi sonrası takip döneminde olan hasta, terminal dönem hastası) tüm hastalara yorgunluğun gelişim süreci açıklanmalıdır. Enerji tüketimini azaltma, aktiviteleri planlama, istirahat etme, egzersiz yapma, dikkatini dağıtma, rahatlama ve farklı şeylere odaklanma, sağlıklı beslenmeyi sürdürme gibi yorgunlukla baş etmede etkili yaklaşımların kullanımı önerilmelidir.



Şekil 2. Yorgunluğun yönetimi[3]

Hasta ve Ailesine Eğitim ve Danışmanlık

Yapılan pek çok çalışmada hasta eğitiminin tedavi ile ilişkili yorgunluğun yönetiminde önemli bir yaklaşım olduğu bildirilmiştir [3]. Hasta eğitimi ve danışmanlığı, kanser hastaları ile çalışan hemşirelerin önemli sorumluluklarından biridir ve hemşireler tarafından yürütülen yorgunluğa odaklı psikoeğitimin bu sorunun sıklığını, şiddetini ve etkisini azalttığı bildirilmiştir [17]. İleri evre akciğer kanseri tanısı ile radyoterapi alan hastaların katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada tedavi öncesi uygulanan yorgunluk eğitiminin radyoterapi ile ilişkili yorgunluğun azaltılmasında etkili yaklaşım olduğu gösterilmiştir [18].

Pek çok hasta tedavi ile ilişkili yorgunluğun, hastalığın ilerlemesi ya da tedavinin cevap vermemesi ile ilişkili olabileceğini düşünmekte ve endişe yaşamaktadır [3]. Bu nedenle tedavi öncesi hastaların tedavi ile ilişkili yorgunluğun gelişimi konusunda bilgilendirilmesi, yaşanan endişelerin giderilmesinde ve algılanan yorgunluk düzeyini azaltmada önemlidir.

Yorgunluk eğitimi, en az 30 dakika olmalı, yorgunluğun yönetimine odaklanmalı ve belli bir eğitim programı takip edilerek, planlı yapılmalıdır.

Eğitim sırasında hastalara, tedavi ile ilişkili yorgunluğun gelişim süreci ve özellikleri açıklanmalıdır. Örn. kemoterapi hastalarında yorgunluk her tedavi kürünü takip eden ilk hafta içinde gelişir ve azalır [19]. Bazı hastalarda ise, tedavi hastalığın ve hastalığa ilişkin semptomların gerilemesini sağlayarak varolan yorgunluğu azaltabilir [20]. Kemoterapi hastalarından farklı ola-

rak, radyoterapi hastalarında ise yorgunluk tedavi sayısının artması ile kademeli olarak artabilir ve hasta yorgunluğu tedaviyi takiben ikinci hafta hissetmeye başlar. Tedavi sırasında kademeli olarak artış gösteren yorgunluk tedavinin bitiminden sonra aylar boyunca azalarak devam edebilir.

Yorgunluk eğitimi sırasında hastalara enerji tüketimini azaltma, aktiviteleri planlama, istirahat etme, egzersiz yapma, dikkatini dağıtma, sağlıklı beslenmeyi sürdürme gibi yorgunluk ile başetmede kullanılabilecek yaklaşımlar hastanın genel sağlık durumu temel alınarak açıklanmalıdır. Örn. hekim onayı olmadan omurga kalça, metastazı olan hastalara egzersiz önerisi yapılmamalıdır [3].

Enerji Tüketimini Azaltma, Aktiviteleri Planlama ve İstirahat Etme

1956'da Selye yorgunluğa ilişkin bir model hazırlamıştır. Bu modele göre Selye herkesin adaptasyon için belli düzeyde enerji ile doğduğunu ve bu enerji bittiğinde/azaldığında yorgunluğun ortaya çıktığını belirterek egzersiz sırasında yüzeysel enerjinin tükendiğini; dinlenme döneminde de derinlerdeki enerjinin yüzeyde boşalan enerjinin yerini doldurduğunu ileri sürmüştür. Bu hipotezde de ifade edildiği gibi kanser hastaları yeterince dinlenebilirse yorgunluğun giderilebileceği düşünüldüğünden pek çok sağlık uzmanı yorgunluk ifade eden hastalarına genellikle istirahat etmesini önermekte ya da hastaların kendisi yorgun olduğunda istirahat etmeyi seçmektedir. Tedavi sırasında kanser hastalarında genellikle uyku süresinden çok uyku kalitesi bozulmaktadır. Uyku-istirahat yaklaşımının yorgunluğa etkisini inceleyen çalışmalarda bu yaklaşımların kullanımının yorgunluğu tamamen gideremediğini, belli bir düzeyde azalttığını hatta uzun süreli istirahatın da yorgunluğu arttırdığını belirtmektedir [21].

Lee ve ark (2008) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada da, akciğer kanseri tanısı ile kemoterapi alan ve yorgunlukla baş etmek zorunda kalan pek çok hastanın oturmak (%100), yatmak (%99), uyumak (%95), şekerleme yapmak (%90), aktiviteyi kısmak/yapmayı kesmek (%92), birisinin desteğini istemek (%74), basit görevleri yerine getirmek (%64) gibi enerji tüketimini azaltan farklı yaklaşımlar kullandığı bildirilerek, bu yaklaşımların etkinliğinin 5 üzerinden değerlendirildiğinde yorgunlukla başetmede sırasıyla uyumanın (3.8), yatmamanın (3.5), şekerleme yapmanın (3.2), oturmanın (2.9) ve basit görevleri yerine getirmenin (2.9) oldukça, aktiviteyi kısmanın/yapmayı kesmenin (2.2) ve birisinin desteğini istemenin (2.0) kısmen etkili olduğu bildirilmiştir [13].

Selye'in de ifade ettiği gibi derinlerdeki enerjinin yüzeyde boşalan enerjinin yerini doldurması için hastalarımıza yorgunlukla baş etmede dinlenmesini önerebilir, ancak yorgunluğu arttıracağından hastalarımıza günlük yaşamını sürekli oturarak geçirmemesi gerektiği söylenmeli ve günlük aktivitelere aktif katılmaları sağlanmalıdır.

Aktiviteyi Arttırma ve Egzersiz Yapma

Tedavi alan kanser hastaları günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için fazla enerji harcamakta bu da hastanın yorgunluk düzeyini arttırmaktadır. Düzenli egzersiz hastalarda enerji kaybını azaltmakta, fonksiyonel kapasiteyi arttırmakta ve dolaşım sistemini hızlandırarak yorgunluğa neden olan sitokinlerin ve diğer maddelerin dolaşımdan atılmasını sağlamaktadır. Literatürde egzersizin yorgunluğa etkisini inceleyen pek çok çalışma vardır. Elde edilen sonuçlar uygulanan egzersiz programlarının (hafif-orta yoğunlukta yürüyüş programı dahil) hastaların fiziksel enerjisini ve/veya fonksiyonel kapasitesini artırdığını, yaşam kalitesini iyileştirdiğini, psikolojik durumunu iyileştirdiğini göstermiştir. Bu nedenle hastalara yorgunlukla başetmede haftada 3-5 kez, 40-60 dakika aerobik egzersiz ya da haftada 4-5 kez, 30 dakika yürüyüş yapması önerilmektedir [3,21].

Akciğer kanseri tanısı ile kemoterapi alan hastaların çoğu yorgunlukla baş etmede yürüyüş (%87) ve bir kısmı da egzersiz (%22) yaptığını bildirerek, bu yaklaşımların etkinliğini 5 üzerinden değerlendirdiklerinde egzersiz yapmanın (3.9) ve yürüyüş yapmanın (3.6) yorgunlukla başetmede oldukça etkili olduğunu bildirmişlerdir [13]. Tedavi süreci boyunca haftada 5 gün evde uygulanan 16 haftalık egzersiz programının yorgunluğu azaltmadaki yararı akciğer kanseri tanısı ile cerrahi tedavi ve kemoterapi ve/veya radyoterapi alan hastalarda da gösterilmiştir [22]. Crandall ve ark'ları (2014) da küçük hücreli dışı akciğer kanseri tanısı ile cerrahi tedavi uygulanan hastalarda yorgunluk düzeyinin pre- ve peri-operatif dönemde arttığını bildirerek, cerrahi tedavi sonrası uygulanan egzersiz programının yorgunluk düzeyini azaltmada etkili bir yaklaşım olduğunu 5 çalışmayı inceleyerek gerçekleştirdikleri sistematik incelemede göstermiştir [16].

Kuehr ve ark'ları (2014) da yatarak ve ayakta tedavi gören ileri ve metastatik evre küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) hastalarında 8 haftalık kombine direnç ve dayanıklılık egzersiz programının güvenirliğini, fizibilitesini ve etkisini değerlendirmiş ve yatarak tedavi gören hastalarda haftada 5 kez, ayakta tedavi görenlerde ise haftada en az 3 kez egzersiz uygulamasının uygulanabilir bir yaklaşım olduğunu bildirmişlerdir [23].

Akciğer kanseri hastalarının katılımı ile gerçekleştirilen pek çok çalışmada cerrahi öncesi [16,22,24], kemoterapi ve/veya radyoterapi sırasında [22] uygulanan egzersiz programının ve izlemde olan hastalarda uygulanan progresif direnç egzersizlerinin [25] yorgunluğun yönetiminde etkili yaklaşımlar olduğu bildirilmiştir. Ancak Paramanandam ve Dunn (2014) tarafından gerçekleştirilen bir sistematik incelemede genel durumu iyi, fonksiyonel kapasitesi yeterli akciğer kanseri hastalarında yorgunluğun yönetiminde egzersizin kullanımının sağlık açısından bir sakıncası olmasa da, bugün var olan çalışma sonuçlarına dayanarak çalışmalara alınan hasta sayısı az ve çoğunda kontrol grubu olmadığından egzersizin yorgunluğun yönetimindeki etkinliğini bildirmenin zor olduğunu ifade etmişlerdir [26]. Günümüzde var olan çalışmalara dayanarak akciğer kanseri olan hastaların yorgunluğunun yönetiminde etkili egzersiz programının tipini, sıklığını ve yoğunluğunu tam olarak tanımlamak mümkün olmasa da [16], genel durumu iyi, fonksiyonel kapasitesi yeterli ve sağlık açısından bir sakınca yok ise yorgunluğun yönetiminde bu hastalara günlük ya da haftada 3 kez ≈30 dakika hastayı zorlamayacak biçimde egzersiz yapması önerilebilir [27-29].

Dikkati Dağıtma, Rahatlama ve Odaklanma

Kanser hastalarında stres ve yorgunluk arasındaki ilişkinin mekanizması tam olarak açıklanamamış olmasına rağmen bu konuda yapılan çalışmalar stresi azaltmaya ve psikososyal desteği arttırmaya yönelik uygulanan girişimlerin hastalar tarafından algılanan yorgunluk düzeyini azaltmada etkili yaklaşımlar olduğu bildirilmiştir [21].

Akciğer kanseri tanısı ile kemoterapi alan bazı hastalar da yorgunlukla baş etmede olumlu düşüncelere yoğunlaşma (%61), kendi kendine yorgunlukla başedeceğini söyleme (%55), yorgunluğu gözardı etme (%54), derin nefen alma ve gevşeme (%48), meditasyon (%30), ve sıcak duş alma (%14) gibi *rahatlamayı sağlayan girişimleri* kullandıklarını bildirmişlerdir. Etkinliği 5 üzerinden değerlendirildiğinde hastalar yorgunlukla başetmede kendi kendine yorgunlukla başedeceğini söylemenin (3.0), sıcak duş almanın (3.0), derin nefes almanın ve gevşemenin (2.9) oldukça, meditasyon yapmanın (2.3), yorgunluğu gözardı etmenin (2.0), olumlu düşüncelere yoğunlaşmanın (1.7) ise kısmen etkili olduğunu bildirmişlerdir [13].

Ayrıca pek çok hasta yorgunluk algısından uzaklaşmak için televizyon izleme (%90), sohbet etme (%87), müzik dinleme (%69) ve kitap okuma (%51) gibi *dikkatini dağıtma yaklaşımları* kullandığını da ifade etmiştir. Etkinliği 5 üzerinden değerlendirildiğinde hastalar yorgunlukla başetmede

sohbet etmenin (2.8) oldukça, ancak kitap okumanın (2.5), televizyon izlemenin (2.4) ve müzik dinlemenin (2.0) ise kısmen yaklaşımlar olduğu bildirilmiştir [13].

Sağlıklı Beslenme

Literatürde beslenmenin yorgunlukta önemli bir değişken olduğu ifade edilse de akciğer kanseri tanısı ile radyoterapi alan hastalarda gerçekleştirilen bir çalışmada hastalarda bariz kilo kaybı olmasına rağmen yorgunluğun, kilo kaybı ve beslenme yetersizliğini gösteren laboratuar sonuçları ile ilişkili olmadığı bildirilmiştir [30].

Akapunktur ve Akupressure

Tang ve ark'ları (2014) akciğer kanseri tanısı ile kemoterapi uygulanan hastalarda gelişen yorgunluğun yönetiminde akupressur uygulamasının etkisini incelemişlerdir. Elli yedi hastanın katıldığı bu çalışmada hastalar 3 gruba ayrılmış ve yorgunlukla başetmede hastalara esansiyel yağ ile akupressur (n=17), sadece akupressur (n=24) ve şam akupressur (n=16) uygulaması yapılmış. Gerçek akupressur uygulaması enerji odakları olarak bilinen ve yorgunluğun yönetiminde kullanılan Hegu (LI4), Zusanli (ST36), ve Sanyingjiao (SP6) akupressur noktalarına şam akupressur uygulaması ise yorgunluğun yönetiminde etkisiz olan eldeki ilk metakarpale, patellaya ve dizin iç kısmına yapılmıştır. Uygulama 5 ay boyunca (6 kür boyunca), her sabah, her noktaya 1 dakika boyunca basınç yapılarak hasta tarafından yapılmıştır. Hastaların yorgunluk düzeyi başlangıçta (T0), 3. kürde (T1) ve 6. kürde (T2) değerlendirilmiş ve akupressur uygulamasının yorgunluğa etkisi incelenmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda, tedavi süresince (T0⇗T1⇗T2) grupların yorgunluk algılamasında bir değişiklik olmamasına ragmen, tedavinin 3. küründe şam akupresur uygulaması yapılan hastalara kıyasla gerçek akupressur uygulaması yapılan her iki grupta yorgunluk düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır [31].

Farmakolojik Yaklaşımlar

Yorgunluğun yönetiminde sıkça kullanılan farmakolojik yaklaşımlardan biri modafinildir. Akciğer kanseri hastalarında modafinilin yorgunluğun yönetimindeki etkinliğini inceleyen iki çalışma vardır [32,33]. Spathis ve ark'ları (2009) tarafından gerçekleştirilen ilk pilot çalışmada akciğer kanseri ile ilişkili yorgunluğun yönetiminde modafinilin etkili bir yaklaşım olduğu gösterilmiş olsa da [32], 2014 yılında aynı araştırmacılar tarafından benzer hasta grubunda gerçekleştirilen ikinci plasebo kontrollü, çift kör çalışmada bu yaklaşımın etkili bir yaklaşım olmadığı gösterilmiştir [33].

Sonuç olarak, yorgunluğun yönetiminde etkili girişimlerin planlanabilmesi için yorgunluğun anemi, depresyon gibi hastalık dışı nedene mi?, yoksa akciğer kanseri ile ilişkili hastalık ve tedavi sürecine mi bağlı olduğunun belirlenmesi oldukça önemlidir. Bu sorunun yönetiminde sağlık uzmanları, hastanın klinik durumunu temel alarak başetmede etkili ve gerçekçi hedefler oluşturmalıdır. Yorgunluğu arttıran aktiviteleri belirlemeli ve enerji tüketimini azaltan, hastanın gücünü arttıran hastaya özgü aktivite-istirahat programı oluşturmalı ve hastanın katılımı sağlanmalıdır. Takiben hastayı her gördüğünde yorgunluğun varlığını ve yorgunlukla başetmede uygunan girişimlerin etkinliğini değerlendirmeye devam etmelidir.

KAYNAKLAR

1. Tavio M, Milan I, Tırelli U. Cancer-related fatigue. Int J Onc 2002;21:1093-1099.
2. Stasi R, Abriani L, Beccaglia P, Terzoli E, Amadori S. Cancer-Related Fatigue. Cancer 2003;98: 1786-801.
3. Cancer-Related Fatigue. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology™, Version 1.2015, www.nccn.org
4. Fisch MJ, Zhao F, O'Mara AM, et al. Predictors of significant worsening of patient-reported fatigue over a 1-month timeframe in ambulatory patients with common solid tumors. Cancer 2014; 120(3):442-50.
5. Mitchell SA, Hoffman AJ, Clark JC et al. Putting Evidence Into Practice: An Update of Evidence-Based Interventions for Cancer-Related Fatigue

During and Following Treatment. Clinical Journal of Oncology Nursing 2014;18(6):38-58
6. Winningham M. Fatigue in Cancer. CancerSource, 2004, www.cancersource.com
7. Okuyama T, Tanaka K, Akechi T, et al. Fatigue in ambulatory patients with advanced lung cancer: prevalence, correlated factors, and screening. J Pain Symptom Manage. 2001; 22(1):554-64.
8. Nishiura M, Tamura A, Nagai H, Matsushima E. Assessment of sleep disturbance in lung cancer patients: Relationship between sleep disturbance and pain, fatigue, quality of life, and psychological distress. Palliat Support Care 2014; 13:1-7.
9. Tanaka K, Akechi T, Okuyama T, et al. Impact of dyspnea, pain, and fatigue on daily life activities in ambulatory patients with advanced lung cancer. *J Pain Symptom Manage* 23:417-423, 2002.
10. Sha F, Zhuang S, Zhou L, et al. Biomarkers for cancer-related fatigue and adverse reactions to chemotherapy in lung cancer patients. Mol Clin Oncol. 2015; 3(1):163-166
11. Hung R, Krebs P, Coups EJ, et al. Fatigue and functional impairment in early-stage non-small cell lung cancer survivors. J Pain Symptom Manage 2011; 41(2):426-35.
12. Hoffman AJ, Brintnall RA, Brown JK, et al. Virtual reality bringing a new reality to postthoracotomy lung cancer patients via a home-based exercise intervention targeting fatigue while undergoing adjuvant treatment. Cancer Nurs 2013;37(1):23-33.
13. Lee YH, Tsai YF, Lai YH, Tsai CM. Fatigue Experience and Coping Strategies in Taiwanese Lung Cancer Patients Receiving Chemotherapy. J Clin Nurs 2008; 17: 876–883
14. Paddison JS, Temel JS, Fricchione GL, Pirl WF. Using the differential from complete blood counts as a biomarker of fatigue in advanced non-small-cell lung cancer: an exploratory analysis. Palliat Support Care 2009; 7(2):213-7.
15. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım 2010 İstanbul Konsensusu, ed. G. Can, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2010.
16. Crandall K, Maguire R, Campbell A, Kearney N. Exercise intervention for patients surgically treated for Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC): a systematic review. Surg Oncol. 2014; 23(1):17-30
17. Ream E, Richardson, A, Alexander-Dann C. Supportive intervention for fatigue in patients undergoing chemotherapy: A randomized controlled trial. Journal of Pain and Symptom Management 31(2), 148-161, 2006.
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):347-57.
19. Cassileth BR, Deng GE, Gomez JE, Johnstone PAS, Kumar N, Vickers AJ. Complementary Therapies and Integrative Oncology in Lung Cancer: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (2nd Edition). *Chest*;132;340S-354S, 2007
20. Hurny C, Bernhard J, Joss R, Schartzmann E, Cavalli F, Brunner K, et al. "Fatigue and malaise" as a quality-of-life indicator in small-cell lung cancer patients. The Swiss Group for Clinical Cancer Research (SAKK). Support Care Cancer 1993;1:316–20.
21. Mock V. Evidence-Based Treatment for Cancer-Related Fatigue. J Natl Cancer Inst Monogr 2004;32:112– 8.
22. Hoffman AJ, Brintnall RA, von Eye A et al. A rehabilitation program for lung cancer patients during postthoracotomy chemotherapy. Onco Targets Ther. 2014; 7:415-23
23. Kuehr L, Wiskemann J, Abel U, et al. Exercise in patients with non–small cell lung cancer. Med Sci Sports Exerc 2014, 46(4): 656–663.
24. Jones LW, Eves ND, Peddle CJ, et al. Effects of presurgical exercise training on systemic inflammatory markers among patients with malignant lung lesions. Appl Physiol Nutr Metab 2009; 34(2):197-202
25. Peddle-McIntyre CJ, Bell G, Fenton D, et al. Feasibility and preliminary efficacy of progressive resistance exercise training in lung Cancer survivors. Lung Cancer 2012;75(1):126-32.
26. Paramanandam VS, Dunn V. Exercise for the management of cancer-related fatigue in lung cancer: a systematic review. Eur J Cancer Care (Engl). 2015;24(1):4-14
27. Hoffman AJ, Brintnall RA, Brown JK, et al. Too sick not to exercise: using a 6-week, home-based exercise intervention for cancerrelated fatigue self-management for postsurgical non-small cell lung cancer patients. Cancer Nurs 2013; 36(3):175-88.
28. Jones LW, Eves ND, Peterson BL, et al. Safety and feasibility of aerobic training on cardiopulmonary function and quality of life in postsurgical nonsmall cell lung cancer patients. Cancer 2008;113(12): 3430-9.
29. Riesenberg H, Lübbe AS. In-patient rehabilitation of lung cancer patients - a prospective study. Support Care Cancer 2010;18(7):877-82.
30. Beach P, Siebeneck B, Buderer NF, Ferner T. Relationship between fatigue and nutritional status in patients receiving radiation therapy to treat lung cancer. Oncol Nurs Forum 2001;28:1027–31.
31. Tang WR, Chen WJ, Yu CT, et al. Effects of acupressure on fatigue of lung cancer patients undergoing chemotherapy: an experimental pilot study. Complement Ther Med. 2014; 22(4):581-91.
32. Spathis A, Dhillan R, Booden D, Modafinil for the treatment of fatigue in lung cancer: a pilot study. Palliat Med. 2009; 23(4):325-31.
33. Spathis A, Fife K, Blackhall F, et al. Modafinil for the treatment of fatigue in lung cancer: results of a placebo-controlled, double-blind, randomized trial. J Clin Oncol. 2014; 32(18):1882-8.

5 Bulantı ve Kusma

Makbule Özlem AKBAY, Dilek ERNAM

GİRİŞ

Akciğer kanseri, özellikle sigara kullanımın artmasıyla beraber tüm dünyada önemli bir mortalite ve morbidite sebebi olan bir hastalık haline gelmiştir [1]. Akciğer kanseri tedavisinde cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi önemli yer tutan uygulamalardır. Çoğu zaman ileri evrede teşhis edilebilen akciğer kanserinde tedavide sistemik kemoterapi önemli bir yer tutarken bir çok sistemde de yan etki oluşturmaktadır. Sistemik kemoterapinin başlıca yan etkilerinden olan bulantı kusma hastanın hayat kalitesini önemli derecede etkilerken tedaviye uyumunu da azaltmaktadır [2,3].

Gastroparezi, intestinal obstüriksiyon, vestibüler disfonksiyon, kabızlık, opiad kullanımı, hiperkalsemi, metaztazlar, elektrolit bozuklukları, mukozal irritasyon, psikojenik nedenler, infeksiyonlar, meninks irritasyonu da kanser hastalarında bulantı kusma nedenleri arasında gösterilmektedir [4,5]. Bu sebeplerden dolayı bulantı kusma şikayeti ile başvuran hasta değerlendirilirken ve tedavisi planlanırken bir çok etken göz önünde bulundurulmalıdır.

BULANTI VE KUSMANIN FİZYOPATOLOJİSİ

Bulantı ve kusmanın birbiriyle paralel oldukları düşünülse de kusma objektif olarak ölçülen bir olgu iken bulantı sübjektif özelliği nedeni ile tam olarak değerlendirilememektedir. Kusma beyin tarafından kontrol edilen çok basamaklı refleks yolların uyarılması sonucu gelişir. Medullada yer alan kusma merkezinin anatomik olarak sınırları iyi belirlenmiş bir alan olmadığı birbiri ile iletişim içinde olan nöral bir ağdan oluştuğu düşünülmektedir. Kemoreseptör tetikleyici bölge ise kan beyin bariyeri dışında bulunmakta olması nedeniyle hem kan hem de serebrospinal sıvıdan kaynaklı emetik uyarılara duyarlıdır [6]. Kusma merkezine "kemoreseptör tetikleyici bölge", farinks, gastrointestinal sistem (vagal yolla gelen uyarılar) ve serebral korteksten gelen uyarılar ile kusma refleksi tetiklenir [7].

Kusma merkezinin uyarılmasını sağlayan dört ana mekanizma ve birçok etken vardır [8].

1. **Kemoreseptör Tetikleyici Bölge**:
   - **a.** İlaçlar: Opiatlar, anestezik ilaçlar, kemoterapik ilaçlar
   - **b.** Metabolik Bozukluklar: Üremi, ketoasidoz, hipoksi
2. **Periferik Reseptörler (vagal, splenik):** Kemoterapi, toksinler, radyoterapi, gerilme, obstrüksiyon
3. **Serebral Korteks:** Beklenti emezisi, duygusal sıkıntı, koku, ağrı
4. **Vestibüler Merkez:** Denge ve hareket hastalıkları, iç kulak hastalıkları.

Kusma merkezinden salgı merkezine, abdominal kaslara, solunum merkezine ve kranial sinirlere gönderilen efferent uyarılarla kusma olayı gelişir [8].

Kemoreseptör tetikleyici bölge, kusma merkezi ve gastrointestinal sistem kemoterapiye bağlı bulantıdan sorumlu bir çok nörotransmitter reseptörüne sahiptirler. Dopamin ve serotonin (5-HT3) reseptörleri en önemli olanlardır [9,10]. Diğer ilgili reseptörler ise beyinde kusma merkezi ve vestibüler bölgede bulunan asetilkolin, kortikosteroid, histamin, kanabionid, opiat ve nörokinin-1 dir [11]. Nörokinin-1 (NK-1) reseptörüne bağlanan substans P taşikinin grubundan bir peptittir ve hem santral sinir sistemi hemde gastrointestinal sistem üzerinden kusma refleksine etki ettiği gösterilmiştir [12,13].

KEMOTERAPİYE BAĞLI BULANTI KUSMA TİPLERİ

Kemoterapiye bağlı bulantı kusma 5'e ayrılır. Hastaya uygulanacak tedavi şemasını değiştireceğinden bulantı kusma tipini doğru ve zamanında ayırt etmek gerekmektedir.

Akut tip bulantı ve kusma: Kemoterapinin verilmesiyle hemen başlayabilir. En şiddetli hali 5-6. saatler arasındadır. İlk 24 saat içinde gelişir [14,15].

Gecikmiş tip bulantı ve kusma: Kemoterapi verilmesinden 24-120 saat sonra gelişir. Özellikle yüksek doz sisplatin uygulanan hastalarda uygulamadan 48-72 saat sonra görülebilir ve 6-7. güne kadar devam eder. Gecikmiş tip bulantı akut tip bulantıdan daha sık görülür ve tedaviye dirençli olması nedeniyle daha dikkatli takip edilmesi gerekmektedir [6, 16].

Beklenti tipi bulantı ve kusma: Daha önceki kemoterapide gelişen bulantı kusmaya bağlı olarak hastada ortaya çıkan bulantı kusma hissi beklenti emezisi olarak ifade edilmektedir. Kemoterapi uygulanışından önce yada kemoterapi boyunca gelişir. Daha çok genç hastalarda görülmektedir. Sebebi ise genç hastalarda daha yüksek dozlarda kemoterapi uygulanması ve bulantı kontrolünün yaşlılara göre daha zayıf yapıldığı olarak gösterilmiştir [17,18,19].

Refrakter tip bulantı kusma: İlk sikluslarda anti-emetik profilaksinin ve/veya kurtarma tedavisinin yetersiz kalması sonucu daha sonraki kür boyunca bulantının devam etmesidir [3].

Ani gelen (Breakthrough) bulantı kusma: Profilaktik tedaviye rağmen meydana gelen ve kurtarma tedavisi gerektiren bulantı kusmalardır [20].

BULANTI VE KUSMANIN ŞİDDETİNİ BELİRLEYEN ETKENLER

Kemoterapi ve radyoterapi alan hastalarda bulantı ve kusmanın görülme sıklığını ve şiddetini etkileyen birçok klinik faktör vardır. Bu faktörler arasında uygulanan kemoterapinin türü, hastanın özellikleri sayılabilir [3].

Hastaya bağlı etkenler

Özellikle genç (< 50 yaş) ve bayan hastalar kemoterapiye bağlı bulantı kusmaya daha yatkındırlar. Kronik alkolizm öyküsü olanlarda bulantı kusma kontrolü daha kolay sağlanmaktayken taşıt tutması olanlarda kontrol daha zor sağlanmaktadır. Daha önceki kürlerdeki bulantı kusma atakları, verilen kemoterapi ajanın dozu ve uygulanan antiemetik tedavi rejimi de hastanın bulantı ve kusma şiddetini belirleyen etkenler arasındadır [14,15].

İlaca bağlı etkenler

Kemoterapiye bağlı bulantı kusmanın sıklığı kullanılan kemoterapatik ilacın emotojenik özelliğine bağlıdır (Tablo 1). Kemoterapinin

Tablo 1. Akciğer kanserinin tedavisinde kullanılan kemoterapötik ajanların emetojenik etkileri [3].

Ematojenik Etkisi Yüksek Olan Ajanlar (>%90)*	Ematojenik Etkisi Orta Olan Ajanlar (%30 - 90)*
Sisplatin	Karboplatin
Siklofosfomid >1500 mg/ m^2	Siklofosfomid ≤ 1500 mg/m^2
Dakarbazin	Doksorubisin < 60 mg/ m^2
Doksorubisin ≥ 60 mg/ m^2	Epirubisin ≤ 90 mg / m^2
Epirubisin > 90 mg / m^2	Irinotekan
	Krizotinib
Ematojenik Etkisi Düşük Olan Ajanlar (%10-30)*	**Ematojenik Etkisi Çok Düşük Olan Ajanlar (<%10)***
Dosetaksel	Vinorelbin
Etoposid	Vinkristin
Gemsitabine	Bleomisin
Paklitaksel	Bevasizumab
Pemetrekset	Erlotinib
Topotekan	Gefitinib

*Antiemetik kullanılmadığı zaman beklenen emezis riski.

türü, uygulama şekli, dozu da bulantı kusma şiddetini belirleyen faktörler arasındadır.

BULANTI VE KUSMANIN YÖNETİMİNDE FARMAKOLOJİK YAKLAŞIMLAR

Kemoterapiye bağlı bulantı kusmaları etkin bir şekilde önlemek çok önemlidir. Kemoterapi öncesi bulantı kusmaya karşı koruyucu tedavi planlaması iyi yapılmalıdır. Özellikle yüksek ve orta düzeyde emetojenik potansiyeli olan ilaç kullanan hastalarda akut ve geç dönem emezisi önlemek için tedavi hastaya uygun bir şekilde önceden düzenlenmelidir [3,6]. Antiemetik ilaçlar ağızdan, intravenöz, rektal, intramusküler veya transdermal yollarla uygulanabilirler. Ülkemizde şuan için antiemetiklerin oral ve intravenöz formu bulunmaktadır. Etkinlikleri açısından uygulama şekilleri arasında her hangi bir fark yoktur. Hastanın durumuna göre intravenöz veya oral tedavi seçilebilir [21,22].

Akut ve gecikmiş dönemde hastalara uygulanacak tedaviler antiemetik tedavi kemoterapi protokolünün emetojenik etkisine göre seçilmelidir (Tablo 2). Profilaktik tedaviye rağmen bulantı kusma olursa kurtarıcı tedavi uygulanır. Bunda değişik yollar denenebilir; kullanılan antiemetik ajandan ek doz verilebilir, kullanılan 5-HT3 reseptör antagonisti değiştirilebilir, yüksek doz metoklopromid, antihistaminikler, kortikosteroidler, H2 reseptör blokörleri tedaviye eklenebilir [5].

Radyoterapiye bağlı bulantı kusma da profilaksi radyasyonun verildiği bölgeye,

Tablo 2. Kemoterapide Kullanılan Tedavi Protokolünün Ematojenik Etkisine Göre Tedavi Seçimi[3]

Emetojenik Etki	Akut Emezis (kemoterapinin 1. günü)	Geçikmiş Emezis
Yüksek	5-HT3 reseptör antaganist + deksametazon + NK-1 reseptör antagonisti (Aprepitant veya fosaprepitant)	Deksametazon + aprepitant
Orta	5-HT3 reseptör antaganist + deksametazon ± NK-1 reseptör antagonisti (Aprepitant veya fosaprepitant)	Deksametazon
Düşük	Deksametazon veya 5-HT3 reseptör antagonist veya Dopamin reseptör antagonisti	Rutin profilaksi önerilmez
Çok Düşük	Rutin profilaksi önerilmez	

± Lorazepam
± H_2 bloker / proton pompa inhibitörü

dozuna ve kemoterapiyle beraber verilip verilmediğine göre planlanmalıdır. Kemoterapiyle beraber verildiğinde uygulanacak olan kemoterapi protokolünün emotojenik potansiyeline göre tedavi verilmelidir [23,24,25]. Radyoterapi bölgesine göre bulantı kusma riski total vücut ışınlamasında yüksek riskli iken üst abdominal radyoterapide de orta riskli, alt göğüs, pelvis, kranyum ve kraniospinal bölgede düşük riskli, meme ve ekstremitelerde ise minimal risklidir [26]. Son metaanalizler radyoterapiye bağlı bulantı kusma tedavisinde 5-HT3 reseptör antagonistlerinin kullanılmasını önermektedir. Yüksek riskli hastalarda 5-HT3 reseptör antagonistleri ve deksametazon; orta riskli hastalarda 5-HT3 reseptör antagonistleri; düşük risklilerde ise gerektiğinde 5-HT3 reseptör antagonistleri veya metaklopramid kullanılabilir [27].

Serotonin (5-HT3) Reseptör Antagonistleri

Akut bulantı kusmanın önlenmesinde en etkili ilaçlardan olan selektif 5-HT3 antagonistleri primer olarak GİS üzerinden meydana gelen periferik etkiyi bloke ederler. Dolasetron, granisetron, ondansetron, ramosetron ve tropisetron birinci kuşak serotonin antognisti iken palonosetron ikinci kuşak 5-HT3 antogonisti olarak kullanılmaktadır [8].

Yapılan çalışma ve metaanalizlerde birinci kuşak ilaçlar teropötik dozlarda benzer etkiyi göstermektedirler, dozlarının yükseltilmesi ile tedavi cevabı arasında herhangi bir farklılık tespit edilmemiştir. Oral veya paranteral uygulanmalarında fark gözlenmemiştir. Kortikosteroid tedavi ile kombine edildiklerinde etkinlikleri artmaktadır [28,29]. Bu ilaçlarla en sık görülen yan etkiler hafif baş ağrısı, karaciğer enzimlerinde geçici yükselme ve konstipasyondur [30]. Kalpte EKG de tespit edilen anormal elektiriksel aktiviteye neden olurlar (özellikle PR ve QT aralıklarında) [31,32,33]. İkinci kuşak 5HT3 antagonisti olan palonesetron yaklaşık 40 saat yarılanma ömrüne sahiptir ve 5HT3 reseptörlerine bağlanma afinitesi çok yüksektir. Birinci kuşak 5-HT3 antagonistlerinin tersine EKG de QT intervalinde uzama yapması tespit edilmemiştir [33]. Pa-

lonesetron ve diğer birinci kuşak 5-HT3 antagonistlerinin tedavi etkinliğini göstermek için randimize kontrollü olarak yapılan çalışmaların metaanalizinde palonesetronun orta ve yüksek emotojenik potansiyeli olan kemoterapilerde akut ve gecikmiş bulantı kusmayı önlemede belirgin ölçüde etkili olduğu tespit edilmiştir [34].

Nörokinin-1 Reseptör Antagonistleri

Nörokinin-1 reseptör antagonistleri olan aprepitant, onun IV prodrug formu olan fosaprepiatant ve cosapitant yüksek veya orta emotojenik potansiyeli olan kemoterapi alan hastalarda 5-HT3 antagonistleri ve kortikositeroidlerle beraber kullanıldıklarında akut emezisin kontrolünü etkin bir şekilde sağlamaktadırlar. Tedavi etkinlikleri açısından aralarında önemli bir fark yoktur [35]. Nörokinin-1 reseptör antagonistleri ilaç metabolizmasında önemli olan cytochrome P450 enzim CYP3A4 yolunun inhibitötüdür. Beraber kullanıldığı ilaçların etki süresini veya toksitesini artırabileceği ön görülse de bunu destekleyen klinik bulgular yapılan çalışmalarda henüz tespit edilmemiştir [36,37,38].

Netupitant plus palonosetron (NEPA)

NEPA 300 mg netupitant (yüksek selektif NK-1 reseptör antogonisti) ve 0.5 mg palonosetronun oral sabit doz kombinasyonunu içermektedir. Yapılan çalışmalarda orta ve yüksek emotojenik potensiyeli olan kemoterapi protokollerinde deksometazonla beraber tek doz kullanılan NEPA akut ve geçikmiş bulantı kusmada aprepitant, 5-HT3 reseptör antagonisti ve deksametazon tedavisine eş değer etki göstermiştir ve Ekim 2014 te kemoterapiye bağlı bulantı kusmayı önlemek için ABD'de kullanılmaya başlanmıştır [39,40,41].

Kortikosteroidler

Antiemetik mekanizmaları tam olarak bilinmeyen steroidler, tek ajan olarak düşük emotojenik potansiyeli olan kemoterapilerde akut emezisi önlemekte kullanılırken yüksek emotojenik potansiyeli olan kemoterapilerde ise 5-HT3 reseptör antagonistleri ve/veya NK-1 reseptör antagonistleri ile beraber kullanılırlar. 5-HT3 reseptör antagonistleri ile beraber kullanıldıklarında antiemetik etkinin arttığı çalışmalarda gösterilmiştir [42,43].

Cisplatin veya karboplatin bazlı kemoterapi protokolleri ile tedavi edilen akciğer kanserli hastalarda yapılan çalışmalarda aprepitant 5-HT3 reseptör antagonistleri ve deksametazon içeren üçlü tedavinin kullanılması önerilmektedir. Bu çalışmalarda tedaviye aprepitantın eklenmesi ile bulantı kusmanın belirgin derecede azaldığı tespit edilmiştir [44,45,46].

Diğer antiemetik ajanlar

Fenotiazinler, metoklopramid, bütirofenonlar, kannabinoidler sayılabilir. Orta ve yüksek emotejenik potansiyeli olan kemoterapi rejimlerinde terapötik indeksleri 5-HT3 reseptör antagonistleri, NK-1 reseptör antagonistleri ve kortikosteroidlerden daha düşüktür. Bu ajanlar akut emezisin tedavisinde ve önlenmesinde 1. basamak ajanlara tolerasyon olmadığında veya direnç olduğunda tercih edilirler [47].

Benzodiazepinler arasında antiemetik olarak kullanılan lorezapam direkt antiemetik etkisi az olmasına rağmen sedatif ve anksiyolitik etkisi nedeni ile diğer ilaçlara ek olarak kullanılmaktadır. Özellikle beklenti tipi bulantı kusma riski olan hastalarda kullanımı önerilmektedir [3,48].

Yeni nesil antipsikotik ilaçlardan olan olanzapinin ani gelen (breakthrough) bulantı kusmanın kontrolünde etkili olduğu gösterilmiştir [49]. Antikonvülzan ajan olan ve erişkinde postherpetik ağrının tedavisinde kullanılan gabapentinin, ondansetron, deksametazon ve ranitidinden oluşan kombinasyon tedavisine eklenmesiyle orta ve ağır emotojenik potansiyelli kemoterapilerde bulantı kusmanın önlenmesinde etkili olduğu gösterilmiştir. [50].

Küçük hücreli dışı akciğer kanseri hastalarında yapılan bir çalışmada ondansetronun olanzapin ile kombine edilmesinin kemoterapiye bağlı geçikmiş tip bulantı kusmada ondansetronun tek başına kullanımından daha etkili olduğu gösterilmiştir [51].

Kanser hastalarında bulantı kusma kontrolünde dikkat edilmesi gereken noktalar

1. Tedavinin asıl amacı bulantı kusmanın oluşmadan önlenmesidir. Yüksek ve orta emetojenik potansiyeli olan kemoterapi alan hastalarda bulantı kusma riski kemoterapi sonrası da devam edeceğinden koruyucu tedavi bu dönemi de kapsamalıdır.
2. 5- HT3 antagonistlerinin oral ve parenteral formulasyonları arasında etkinlik açısından fark olmadığından tedavi yaklaşımı hastanın durumuna göre tercih edilmelidir.
3. Uygulanacak antiemetik ajanın toksitesi göz önünde bulundurulmalıdır.
4. Hastaya uygulanacak antiemetik tedavi seçilirken antiemetik kullanımıyla edilen tedavi tecrübesi, verilen kemoterapinin emetojenik potansiyeli ve hastaya ait faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.
5. Çok ajanlı kemoterapi protokollerinde antiemetik tedavi o kürdeki en yüksek emotojenik potansiyeli olan ilaca göre yapılmalıdır.
6. Kanser hastalarında bulantı kusmaya neden olan diğer faktörler (tam veya parsiyel intestinal obstüriksiyon, beyin metaztazı, vestibüler disfonksiyon, üremi, elektrolit dengesizliği: hiperkalsemi,hiperglisemi, veya hiponatremi, gastroparezi, beraber uygulanan ilaç tedavileri özellikle opiatlar, enfeksiyonlar, anksiyetemukozal irritasyon gibi) akılda tutulmalıdır [3].

İlaç dışı nedenlerle oluşan bulantı kusmalarda öncelikle sebebe yönelik tedavi uygulanmalıdır. Proton pompa inhibitörleri veya H2 reseptör antagonistleri gastrit ve gastroözefagial reflü tedavisinde kullanılabilirler. İntestinal obstüriksiyonu açıcı cerrahi tedaviler düşünülebilir. Non spesifik bulantı kusma dopamin reseptör antagonistleri veya benzodiazepinler ile tedavi edilebilir. İnatçı bulantı kusmalarda 5 HT3 reseptör antagonistleri, antihistaminikler, kortikosteroidler, antipsikotikler ve kannabionidler tedaviye eklenebilir [52].

BULANTI VE KUSMANIN YÖNETİMİNDE NON-FARMAKOLOJİK YAKLAŞIMLAR

İlaçlar dışında bulantı kusmayı önleyici destek tedavi yöntemleri vardır. Bu tedavi yöntemleri etkinlikleri açısından 3 sınıfa ayrılır bunlar;

1. **Etkili olması muhtemel uygulamalar:** Akupunktur, akupressure, düşleme, müzik terapisi, progresif kas egzersizleri, psikolojik eğitim desteği ve bilgilendirme.

2. **Yararlılığı ve yararsızlığı eşit olan uygulamalar:** Sanal gerçeklikle düşlemenin öğretilmesi

3. **Etkinliği yeterince gösterilmemiş uygulamalar:** Egzersiz, hipnoz**,** mesaj – aromaterapi, acustimulasyon, zencefil kullanımıdır [53].

Dikkati başka yöne çekme; Hastanın kemoterapi uygulanan yerden, zevk aldığı, güvenli ve rahat hissettiği bir çevrede olma (evinin bahçesi, deniz kenarı, ormanda olma gibi) düşüncesine yoğunlaşması kemoterapiden kaynaklanan negatif düşünceleri bloke etmek için kullanılan bir yöntem-

dir. Müzik dinleme tedavisinin de kanser hastalarında ağrı, yorgunluk, bulantı ve kusmanın azaltılmasında yardımcı ve yan etkisi olmayan bir yöntem olarak kullanılabileceği önerilmiştir. Televizyonda hoşlanılan bir program izleme, bilgisayar oyunları ve kitap okumada dikkati başka yöne çekme teknikleri arasındadır [47,54,55].

Gevşeme teknikleri: Hasta derin bir nefes alıp verme ile tüm vücudunu rahatlatmayı amaçlamalıdır. Hasta gevşeme tekniklerini bu konuda uzman bir kişiden öğrenebilir.

Sistemik duyarsızlaştırma: Beklenti bulantı kusmasında kullanılan yöntemlerden biridir. Hastanın bunun için gevşeme tekniklerini bilmelidir. Hastaya iyice gevşediğinde beklenti kusmasını başlatan ilk olayın zihinde canlandırılması, olaya 20 saniye kadar konsantre olması sonrasında zihninde bu olayın çözüldüğünü veya kaybolduğunu düşlemesi önerilir. Bu yöntemin beklenti semptomlarının süre, sıklık ve şiddetini azalttığı saptanmıştır [54].

Hipnoz: Yapılan çalışmalarda kanser hastalarında hipnoz ile bulantı kusma yakınmalarının ve ağrıların azaltılabildiği gösterilmiştir [56]. Hipnoz tekniğinin başarılı olması için uygulayıcısının deneyimli ve yetenekli olması yanı sıra, kişinin de hipnozun tedavi edici etkisine inanması gerekir [54].

Masaj: Özellikle sırta yapılan hafif mesajın kemoterapiye bağlı bulantı kusmada etkili olduğu belirtilmektedir[54].

Akupunktur ve "acupressure": Bulantı kusmada akupunktur tedavisi ile ilgili meta analizlerde akupunktur tedavisinin etkinliği tam olarak gösterilmemiş çalışmalarda hatalar tespit edilmiştir [57]. Kemoterapi alan hastalardaki bulantı kusma ile deniz hastalığı arasındaki benzerlikten yola çıkarak gemicilerin deniz tutmasına karşı kullandıkları "acupressure" bandının etkisi incelenmiş ve kemoterapi alan hastalarda antiemetik ilaç gereksimini azalttığı ortaya çıkmıştır [54].

Diyet: Hastalarda bulantı ve kusmanın yönetiminde diyette önemli rol oynamaktadır. Buna göre hastalara;

- Az ve sık yemek yemek
- Öğün atlamamak
- Ağız tadına uygun yemekler yemek.
- Yemek boyunca az miktarda sıvı tüketmek
- Sıvıları gün boyunca az miktarlarda yavaş yavaş içmek
- Yiyecek ve içecekleri çok sıcak veya çok soğuk tüketmemek
- Sabah bulantı kusması oluyorsa kraker ve tost yenilebilir
- Hastanın kendine göre tedavi öncesi yiyecek durumunu ayarlaması
- Pişirme sırasında kokulardan, dumandan uzak durması gibi önlemleri alması önerilmelidir [58].

Ek gıdalarla yapılan çalışmalarda zencefil ön plana çıkmıştır ancak akut ve geçikmiş bulantı kusmada etkisi gösterilmemiştir [47].

KAYNAKLAR

1. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systemic analysis for the Global Burden of Disaease Study 2010. Lancet 2012; 380:2095-2128.
2. Schwartzberg L. Chemotherapy- induced nause and vomiting: state of the art in 2006. J Support Oncol 2006; 4:3-8.
3. National Comprehensive Cancer Network Clinical Practice Guidelines in Oncology, Antiemesis (Version 2.2014), 2014.
4. Shoemaker LK, Estfan B, Induru R, Walsh TD. Symptom management: an important part of cancer care. Cleve Clin J Med 2011;78: 25-34.
5. Sarı E, Yalçın Ş. Akciğer Kanserinde Destek Tedavi. Gülhan M, Yılmaz Ü, editör. TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi. 1. Baskı, Ankara, 2009, p. 141-153.
6. Herrstedt J. Antiemetics: an update and the MASCC guadelines applied in clinical practice. Nat Clin Pract Oncol 2008; 5: 32-43.
7. Craig JB, Powell BL. The managment of nause

and vomiting in clinical oncology. Am J Med Sci 1987; 293: 33-44.
8. Hainsworth JD. Nause and vomiting.In: Abeloff MD, Armitage JO, Niederhuber JE, Kastan MB, McKenna WG(eds). Clinical oncology.3rd ed.USA: Elsevier Churchill Livingstone, 2004:759-73
9. Borison HL, Wang SC. Physiology and pharmacology of vomiting. Pharmacol Rev 1953;5:193-230.
10. Seigel LJ, Longo DL. The control of chemotherapy –induced emesis. Ann Intern Med 1981,95:352-359.
11. Dodds LJ. The control of cancer cheomotherapy-indused nausea and vomiting. J Clin Hosp Pharm 1985;10: 143-166.
12. Hargreaves R. Imaging substance P receptors (NK1) in the living human brain using positron emission tomography. J Clin Psyc 2002; 63: 18-24.
13. Quartara L, Maggi CA. The tachykinin NK1 receptor. Part 2 : Distribution and pathophysiological roles. Neuropeptides 1998; 32: 1-49.
14. Kris MG, Gralla RJ, Clark RA, et al. Incidence, course and severity of delayed nause and vomiting following the administration of high- dose cisplatin. J Clin oncol 1985;3: 1379-1384.
15. Roila F, Boschetti E, Tonato M, et al. Predictive factors of delayed emesis in cisplatin- treated patients and antiemetic activity and tolerability of metoclopramide or dexamethasone. A randomized single-blind study. Am J Clin Oncol 1991;14: 238-242.
16. Hickok JT, Roscoe JA, Morrow GR, et al.5-Hydroxytryptamine-receptor antagonists versus prochlorperazine for control of delayed nausea caused by doxorubicin: a URCC CCOP randomised controlled trial. Lancet Oncol 2005;6: 765-772.
17. Morrow GR. Prevalance and correlatesof anticipatory nause and vomiting in cheomotherapy patients. J Nati Cancer Inst 1982: 68585-68588.
18. Moher D, Arthur AZ, Pater JL. Anticipatory nause and /or vomiting. Cancer Treat Rev 1984;11: 257-264.
19. Morrow GR. Clinical characteristics associated with the development of anticipatory nause and vomiting in cancer patients undergoing cheomotherapy treatment. J Clin Oncol 1984;2: 1170-1176.
20. Roila F, Hesketh PJ, Herrstedt J. Prevention of chemotherapy and radiotherapy- induced emesis: results of the 2004 Perugia Internetional Antiemetic Consensus Conference. Ann Oncol 2006;17: 20-28.
21. Roila F, Herrstedt J, Aapro M, et al. Guideline update for MASCC and ESMO in the prevention of chemotherapy and radiotherapy induced nause and vomiting : results of the Perugia consensus conference. Ann Oncol 2010; 21 suppl 5: v232-243.
22. Kris MG, Hesketh PJ, Somerfield MR, et al. American Society of Clinical Oncology guideline for antiemetics in oncology: update 2006. J Clin Oncol 2006; 24: 2932-2947.
23. Feyer PC, Maranzano E, Molassiotis A, et al. Radiotherapy-induced nause and vomiting: MASCC/ESMO guadline for antiemetics in radiotherapy: update 2009. Support Care Cancer 2010.
24. Urba S. Radiation-induced nause and vomiting. J Natl Compr Canc Netw 2007; 5: 60-65.
25. Maranzano E, Feyer PC, Molassiotis A, et al. Evidence- based recommendations for use of antiemetics in radiotherapy. Radiother Oncol 2005; 76: 227-233.
26. Del Fabbro E. Palliative care: Assessment and management of nause and vomiting. www.uptodate.com© 2015 UpToDate: 20.
27. Salvo N, Doble B, Khan L et al. Prophylaxis of radiation-induced nause and vomiting using 5HT3 serotonin receptor antogonists: a systematic review of randomized trials. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2010.
28. del Giglio A, Soares HP, Caparroz C, Castro PC. Granisetron is equivalent to ondensetron for prophylaxis of cheomotherapy- induced nausea and vomiting: results of a meta- analysis of randomized controlled trials. Cancer 2000; 89: 2301.
29. Gandra DR, Roila F, Warr D, et al. Consensus proposal for 5HT3 antagonists in the prevention of acute emesis related to highly emetogenic cheomotherapy. Dose, Schedule and route of administration. Support Care Cancer 1998; 6: 237.
30. Hesketh PJ. Chemotherapy-indused nause and vomiting. N Engl J Med 2008; 358:2482-2494.
31. United States Food and Drug Administration. FDA Drug Safety Communication: Abnormal heart rhythms may be associated with use of Zofran(ondansetron). Available at http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm271913.htm. Accessed September 2012
32. Leonard MC, Militello ML. 5-HT3 Receptor Antagonists and ECG Effects. Pharmacotherapy Updates: 2002.
33. Gonullu G, Demircan S, Demirağ MK, et al. Electrocardiographic findings of palonosetron in cancer patients. Support Care Cancer 2012; 20: 1435-1439.
34. Botrel TE, Clark OA, Clark L, et al. Efficacy of palonosetron compared to other serotonin inhibitors in preventing chemotherapy- induced nause and vomitingin patients receiving moderately or highly emetogenic treatment: systematic review and meta- analysis. Support Care Cancer 2011;19: 823-832.
35. dos Santos LV, Souza FH, Brunetto AT, et al. Neurokonin-1 receptor antagonists for chemotherapy - induced nause and vomiting: a systematic review. J Natl Cancer Inst 2012;104: 1280.
36. Mccrea JB, Majumdar AK, Goldberg MR, et al.

Effects of neurokinin 1 reseptor antagonist aprepitant on the pharmacokinetics of dexamethasone and methylprednisolone. Clin Pharmacol Ther 2003; 74: 17.
37. Warr DG, Hesketh PJ, Gralla RJ, et al. Efficacy and tolerability of aprepitant fort he prevention of chemotherapy- ınduced nause and vomiting in patients with breast cancer after moderately emetogenic chemotherapy. J Clin Oncol 2005; 23: 2822.
38. Nygren P, Hande K, Petty KJ, et al. Lack of effect of aprepitant on the pharmacokinetics of docetaxel in cancer patients. Cancer Chemother Pharmacol 2005,55:609.
39. Hesketh PJ, Rossi G, Rizzi g, et al. Efficacy and safety of NEPA, an oral combination of netupitant and palonosetron, for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting following highly emetogenic chemotherapy: a randomized dose- ranging pivotal study. Ann Oncol 2014; 25: 1340.
40. Gralla RJ, Bosnjak SM, Hontsa A et al. A phase 3 study evaluating the safety and efficacy of NEPA, a fixed- dose combination of netupitant and palonosetron, for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting over repeated cycles of chemotherapy. Ann Oncol 2014; 25: 1333.
41. http:// www.fda.gov/newsevents/pressannouncements/ucm418375.htm(accessed on October16,2014).
42. Basch E, Prestrud AA, Hesketh PJ, et al. Antiemetics: American Society of Clinical Oncology clinical practice guedline update. J Clin Oncol 2011; 29: 4189.
43. Ioannidis JP, Hesketh PJ, Lau J. Contribution of dexamethasone to control of chemotherapy-induced nausea and vomiting: a meta-analysis of randomized evidence. J Clin Oncol 2000; 18: 3409.
44. Sato H, Wada K, Umehara K, et al. Comparative study of an antiemetic NK1 receptor-antagonist in lung cancer patients treated with divided doses for Cisplatin. Gan To Kagaku Ryoho 2013;40: 733-736.
45. Kitazaki T, Fukuda Y, Fukahori S, et al. Usefulness of antiemetic therapy with aprepitant, palonosetron and dexamethasone for lung cancer patients on cisplatin-based or carboplatin-based chemotherapy. Support Care Cancer 2015; 23: 185-190.
46. Nagata S, Yatera K, Tokuyama S, et al. Evaluation of the antiemetic effect of aprepitant in lung cancer patients receiving carboplatin-based chemotherapy using the Functional Living Index-Emesis questionnaire. Gan To Kagaku Rhoyo 2014; 41: 335-339.
47. Hesketh PJ. Prevention and treatment of chemotherapy-induced nause and vomiting. www.uptodate.com© 2015 UpToDate: 6.
48. Laszlo J, Clark RA, Hanson DC, Tyson L,et al. Lorezepam in cancer patients treated with cisplatin: A drug with antiemetic amnesic, and anxiolytic effects. J Clin oncol 1985;3: 864-869.
49. Navari RM, Nagy CK, Gray SE. The use of olanzapine versus metoclopromide fort he treatment of breakthrough chemotherapy-induced nause and vomiting in patients receiving highly emetogenic chemotherapy. Support Care Cancer 2013;21: 1655-1663.
50. Cruz FM, de Iracema Gomes CuberoD, Taranto P, et al. Gabapentin for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting: pilot study. Support Care Cancer 2012; 20: 601-606.
51. Wang X, Wang L, Wang H, et al. Effectiveness of olanzapine combined with ondansetron in prevention of chemotherapy- induced nause and vomiting of non small cell lung cancer. Cell Biochem Biophys. 2015;8.
52. National Comprehensive Cancer Network Clinical Practice Guidelines in Oncology, Palliative Care (Version 1.2014), 2014.
53. Okçin FA. Akciğer kanserinde gastrointestinal toksiteler. Aydıner A, Can G, editör. Akciğer Kanserinde Tedavi ve Bakım.1. Baskı, İstanbul: İpomet Matbacılık 2010; p: 109-128.
54. Çetinkaya Y. Kemoterapi uygulanan hastalarda semptom yönetimi GIS semptomları: Bulantı- Kusma. Göksel T, Özlü T, editör. Akciğer ve Plevra Maligniteleri, TTD Yayınları. 1.Baskı Ankara 2008; p: 351-358.
55. Bradt J, Dileo C, Grocke D, Magill L. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. Cochrane Database Syst Rev. 2011Aug10;(8):CD006911. Review.
56. Richardson J, Smith JE, McCall G, et al. Hypnosis for nause and vomiting in cancer chemotherapy: a systematic review of the research evidence. Eur J Cancer Care. 2007,16(5):402-412.
57. Garsia MK, McQuade J, Haddad R, et al. Systematic review of acupuncture in cancer care: a synthesisof the evidence. J Clin Oncol 2013; 31: 952.
58. Eating Hints: Before, during and after cancer treatment. National Cancer Institute. 2011.www.cancer.gov.

6 Akciğer Kanserinde Nütrisyon Desteği

Sevil ÖZCAN, Sezai VATANSEVER

GİRİŞ

Akciğer kanseri, günümüzde, kadınlarda ve erkeklerde en fazla ölüme yol açan kanserlerin başında yer almaktadır. Akciğer kanseri tüm dünyada kanser olgularının %13'ünden ve kanser ölümlerinin %27'sinden sorumludur (1). Akciğer kanseri, özellikle erkeklerde en sık görülen kanser tipidir (2). Bu hastalarda sağkalım beklentisi uzun olmadığından, hastaların nütrisyonel durumuna odaklanan çalışma sayısı fazla değildir. Ancak hastaların morbidite ve mortalite üzerinde etkili olduğu bilinen ve çoğu zaman ihmal edilen ya da gerektiği kadar üzerinde durulmayan sorunlarından biri de beslenme problemleridir. Akciğer kanseri de hastaların, iştahını azaltarak ve hiperkatabolik duruma yol açarak, kaşaksiye neden olan kanserlerden biridir. Hastanın yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlayan destek tedavi, tanıdan ölüme kadar sürdürülmelidir (3).

KANSER KAŞEKSİSİ

Kanser kaşeksisi, istem dışı gelişen orta ve ileri derecede kilo kaybı ile seyreden bir sendromdur. Kanser hastalarının %63'ünde kilo kaybı gelişmekte ve hastaların yaklaşık %22'si kaşeksiye bağlı olarak hayatını kaybetmektedir (4). Kaşeksi terimi, iki Yunanca sözcükten türetilmiştir: kakos (kötü) ve hexis (durum). Kanser hastalarında gelişen orta ve ileri derecedeki malnütrisyona kanser kaşeksisi denir. Fearon ile Strasser ve arkadaşları 2011 uluslararası konsensus raporunda: Kanser kaşeksisini "progresif fonksiyonel bozukluğa yol açan ve standart nütrisyonel destekle tam anlamıyla geri döndürülemeyen ilerleyici bir iskelet kas kitle kaybı (yağ kitle kaybı olsun ya da olmasın) ile karakterize multifaktöriyel bir sendrom" olarak tanımlanmıştır (5). Kanser kaşeksisi, azalmış fiziksel fonksiyon, antikanser tedaviye azalmış tolerans, yaşam kalitesinde azalma ve azalmış sağkalım ile ilişkilidir. Kanser hastalarında gelişen malnütrisyon, bağışıklık yanıtını bozar, yara iyileşmesini geciktirir ve ciddi enfeksiyonların gelişmesine zemin hazırlar. Kanser hastalarında hem hastalığın kendisi hem de uygulanan tedaviler beslenme bozukluğuna yol açar. Kemoterapi ve radyoterapi gibi tedaviler; besin alımında azalma, bulantı, kusma, ağrı ve ağrıya bağlı yemek yiyememe, besinden hoşlanmama (tiksinti), erken doyma, konstipasyon, diyare, emilim bozukluğu, stomatit ve tat değişikliklerine neden olarak kilo kaybına katkıda bulunabilir (6). Malnütrisyonun derecesi tümörün yerleşim bölgesi ve kemoterapinin süresi, miktarı ve kombinasyonu ile de yakından ilgilidir ve bunlar yemeyi, yutkunmayı veya midenin boşalmasını etkileyebilir (7, 8, 9). Yeni tanı konmuş hastaların yaklaşık olarak yarısında, ileri evre kanser hastalarının ise %75'ten fazlasında kilo kaybı ve iştahsızlık

saptanmıştır (10, 11). Akciğer kanserlerinde hastaların büyük çoğunluğu tanı anında ileri hastalık evresindedir. Bu nedenle akciğer kanserli hastalarda ciddi malnütrisyon riski mevcuttur.

Agresif lenfomalarda, kolon, prostat ve akciğer kanserlerinde ise kilo kaybı insidansı %50'dir (12). Son çalışmalarda akciğer kanserinin sarkopeni ve kaşeksiye neden olduğu; hastaların %46-60'ında malnütrisyon geliştiği belirtilmiştir (13, 14, 15). Prado ve ark.'ları kilolu küçük hücre dışı akciğer kanseri (KHDAK) hastalarının %53'ten fazlasının sarkopenik olduğunu göstermiştir (16).

Kanser kaşeksisinde anoreksi ve iştahsızlığın önemli bir rolü vardır. Azalmış iştah, istemsiz kilo kaybı, metabolik bozukluklar ve inflamatuvar bir durumdan oluşan sendrom kanser kaşeksisi veya kanser anoreksi-kaşeksi sendromu olarak adlandırılır. Anoreksi bu mekanizmalar dışında tümör veya immün sistem tarafından salgılanan kimyasal maddelerle (sitokinler) ilişkilidir. Kanserli olgularda hipotalamik reseptör düzeyinde direnç geliştiği ileri sürülmekte ve enerji ihtiyacındaki artışa karşılık iştah artışı olmamaktadır. Tümöre karşı bir immün yanıt olarak salgılanan sitokinler arkuat nükleustaki nöro-kimyasal dengeyi bozar ve anoreksiye neden olur. Leptin, hipotalamusdaki iştah ve beslenme davranışı düzenleme görevini, Agouti-ilişkili peptid (AgRP) ve pro-opiomelanocortin (POMC)/ kokain ve amfetamin ile regüle olan transkript (CART) gibi peptitler ile yapmaktadır. Sitokinler POMC/CART nöronları aktive ederek doygunluk hissi oluşturur, NPY/ AgRP nöronları inhibe ederek iştahı baskılar. Leptin POMC reseptörlerinin agonisti olarak işlev görür. Böylece vücut yağ dokularından sentezlenen leptin iştah azalmasına nenden olurken, gastrointestinal sistemde sentezlenen ghrelin aksi yönde etkili olmaktadır (17).

Kanser hastalarındaki enerji metabolizması kanser hücrelerindeki hatalı regülasyonla da ilişkilidir. Tümörün substrat tüketimi ile malnütrisyon gelişimi üzerine yapılan araştırmalarda, tümörün glikoz tüketim miktarının insan beyninin tükettiği glikoz miktarına eşdeğer olduğu rapor edilmiştir. Diğer bir deyişle tümör kendi metabolik aktivitesi için bireyin günlük enerji alımının %15-30 kadarını kullanmaktadır. Kilo kaybeden bazı kanser hastalarında karaciğer tutulumunun ve yaygın metastaz varlığının istirahat enerji tüketimini (İET) arttırdığı bilinmektedir. Kanser hastalarında enerji tüketimi (hipermetabolizma) malignite tipine göre değişir. Genel olarak, akciğer ve pankreas kanserlerinde enerji tüketimi yüksek mide ve kolorektal kanser hastalarında ise artış yoktur. Akciğer kanserli olgularda İET'nin sağlıklı bireylerde beklenen düzeylerde olduğunu fakat bu hastalarda normal değerlerin bile hipermetabolik durumu işaret edebileceğini bildirmişlerdir (18,19).

BESLENME DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nütrisyonel değerlendirme, malnütrisyon derecesinin belirlenmesinde ve tedavisinin planlanmasında atılacak ilk adımdır ve değerlendirmede hastanın hikâyesinin sorgulanması, belirgin kilo kaybının varlığı ve fizik muayeneden elde edilen bulguların değerlendirilmesi tanı için yeterlidir. Değerlendirme sırasında beden kitle indeksinin hesaplanması, üst kol çevresi ölçümü, biyoelektrik impedans ve biokimyasal parametrelerin değerlendirilmesiyle elde edilen antropometrik ölçümler ile hastada var olan nütrisyonel değişimleri veya tedavilerin beslenmeye etkilerini göstermek mümkündür.

Kilo kaybının 1 ayda ≤%5, 6 ayda ≥10% olması, besin alımının ≤1500 kcal / gün ve C-reaktif protein ≥10 mg / L ve son 7 gün boyunca serum albümin 3.5 g / dL olması veya yakın dönemde cerrahi girişim geçirmesi, ciddi enfeksiyonu olması, radyoterapi veya kemoterapiye bağlı oral alımı bozulması, 2 haftadan uzun bir süre ağrı, bulantı, kusma, yutma güçlüğü, ishal, mukozit, depresyon, iştahsızlık bildirmesi hastaların bes-

lenme durumunu olumsuz etkileyen önemli değişkendir ve hastanın nütrisyonel durumunun tanımlanmasında bu değişkenlerin varlığının araştırılması önemlidir.

Hastaların nütrisyonel risk değerlendirilmesinde, kliniğin ve sağlık uzmanının tercihine ve hastanın bireysel göre Malnütrisyon Üniversal Tarama Aracı (MUST testi), Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA), Nütrisyonel Risk Tarama (NRS2002) ve Subjektif Global Değerlendirme (SGD) gibi pek çok malnütrisyon tarama testleri kullanılabilir. Kaşeksi tanılamasında spesifik bir ölçüm testi yoktur. Tüm testlerin bazı eksik yönleri mevcuttur. Ancak yukarıda yer alan değerlendirme araçları, kolay ve hızlı uygulanabilir, güven aralığı yüksek ve konsensus sağlanmış tarama araçlarıdır.

Malign kanseri olan hastaların beslenme risk taraması, hastalarda istenmeyen klinik sonuçların engellenmesi veya düzeltilmesi açısından önemlidir. Hastalar prekaşeksi dönemde ele alınmalıdır. Kaşektik dönemdeki kas kitlesi kaybı herhangi nütrisyonel destekle geri döndürülememektedir (20).

KAŞEKSİNİN YÖNETİMİ

Kaşeksi mekanizmalarının anlaşılmaya başlamasıyla farmakolojik tedaviler ön plana çıkmaya başlamıştır. Metabolizmayı ve iştahı düzenlemeye yönelik farmakolojik tedaviler çeşitli olmakla birlikte etkinliği halen istenilen düzeyde değildir. Yeni tedavi seçeneklerine ilişkin çalışmalar oldukça fazladır; ancak henüz klinik kullanıma dahil olan yeni bir seçenek yoktur. Tedavide amaç; anoreksi ve kilo kaybı kısır döngüsünü erken aşamada kırmak, hastanın kendisini güçlü ve iyi hissetmesini sağlamak, immün sistem fonksiyonlarındaki bozulmayı engellemek, geciktirmek ve hastanın antit-tümöral tedaviyi tolere edebilmesini sağlamaktır.

Farmakolojik Yaklaşımlar

Progesteron türevleri: Megestrol asetat ve medroksiprogesteronun kanser hastalarında iştahı artırdığı, kalori alımını ve kiloyu artırdığı gösterilmiştir. Lesniak ve arkadaşları kanser kaşeksi sendromunda megestrol asetatın; plasebo ve diğer iştah uyaran ilaçlar ve farklı megestrol asetat dozlarıyla karşılaştırıldığı otuz klinik araştırmanın meta-analizini yayınlamışlardır. Yayınlanan meta analizde; megestrol asetatın sadece kaşeksiye bağlı semptomları azalttığı; plasebo ile karşılaştırıldığında kilo artışında ve iştah artışında anlamlı yükselme, performansta artış sağladığı, yaşam kalitesinde (bulantı, ağrı, depresyon semptomları, kendini iyi hissetme gibi) anlamlı iyileşme görüldüğü ifade edilmiştir (21, 22). Ulutin ve arkadaşları Akciğer kanserli hastaların %95'inde megestrol asetat ile iştah artışı sağlamıştır. Bu ajanlar hormon bağımlı tümörlerde kontrendikedir (23, 24).

Eikosapentaenoik asit (EPA): Omega-3 yağ asitlerinin tümör büyümesi ve yağ doku kaybı üzerine olumlu etkileri olduğu bilinmektedir (25, 26). EPA'nın sitokin aktivasyonunu bloke edici etkisinin ortaya konmasıyla, EPA ilaveli nütrisyon desteği kilo kaybının korunmasında klasik nütrisyon desteğine oranla daha etkili olduğu bilinmektedir. Fearon grubu pankreas kanseri tedavisinde balık yağı kullanımına öncülük etmiştir n-3 PUFA, özellikle EPA hastalarda kilo kaybı oranını azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir (27). Akciğer kanseri nütrisyon destek tedavisinde de EPA kullanımı önerilmektedir (28).

Glutamin: Bazı şartlarda esansiyel kabul edilen non-esansiyel bir aminoasittir. Enterosit ve kolonosit gibi hızlı yenilenen sindirim sistemi ve lenfosit, makrofaj gibi immün sistem hücrelerinde oksidatif yakıt olarak kullanılır. Sağlıklı kişilerde kas dokusunda bolca bulunur. Strese yanıt olarak vücutta glutamin ihtiyacı artar. Destek yapılmazsa kas dokusunda yıkım başlar. Enterositlerin enerji kaynağı olduğu için, bağırsak fonksiyonlarının korunmasına yardımcı olur (28).

KEMOTERAPİ İLE İLİŞKİLİ BESLENME SORUNLARININ YÖNETİMİ

Metastatik akciğer kanserli hastalarda %5 ve üzeri kilo kaybının prognostik öneme sahip olduğu bilinmektedir (29,30). Kanser hastalarında tümörün evresi, yerleşimi antitümör tedaviye yanıtsızlık prognostik faktör olsa da, kilo kaybının azalmış sağkalım ile oldukça ilişkili olduğu ve genellikle bağımsız bir prognostik faktör olduğu gösterilmiştir (30). Kombine sitotoksik tedavi oral ülserasyon, bulantı, kusma ve diyare gibi sık görülen gastrointestinal toksisitelere neden olmaktadır. Akciğer kanserli hastalarda kemoterapi sırasında kilo kaybı geliştiğinde hastalara planlanan kemoterapi dozu azaltılmakta ve toksik yan etkilerin daha yoğun yaşanmaktadır. Ayrıca malnütrisyon, sitotoksik ajanların emilimini, protein bağlanma kapasitesini, hepatik metabolizmayı, ve ilaçların böbrekten atılımını etkilediğinden önemli bir sorundur. Sitotoksik kemoterapi ilaçlarının dağılım hacmi, yağsız beden kitlesi ile doğru orantılıdır (31).

2014 yılına ait bir derlemede akciğer kanserli hastalarda anoreksi ve malnütrisyonun çok yaygın olduğu tespit edildi. Küçük hücre dışı akciğer kanserli (KHDAK) 441 hastada malnütrisyon saptanmış ve hastalarda ciddi kas kütlesi kaybı olduğu bildirilmiş ve onkoloji servisindeki hastaların %47'sinde sarkopeni saptanmıştır. Malnütrisyon ve sarkopeni kötü fonksiyonel durum ve genel sağ kalım ile ilişkilidir (32). Murphy ve ark. 46 akciğer kanserli hastaya 10 hafta süre ile 2.5 gr EPA-DHA verdikleri hastalarda kemoterapi toksisitesinin azaldığını ve önemli ölçüde kas kütlesi artışı sağladığını belirtmişlerdir. Sonuç olarak, yüksek protein, enerji ve omega 3 çoklu-doymamış yağlı asitleri ve glutamin içeren oral besin takviyeleri (immünnutrisyon) KHDAK hastalarında beslenme durumunu olumlu etkilediği bildirilmiştir (33). Nicole ve ark derlediği çalışmada; hastaların diyet alımı, kilo kaybı, beslenme durumu, yaşam kalitesi, fiziksel fonksiyonel durumu, tedaviye yanıt kalitesi ve sağkalım durumları incelenmiştir. Kemoradyoterapi tedavisi gören akciğer kanserli hastaların enerji alımında düşme olduğu, hastalarda kemoterapi sırasında protein alımı arttırıldığında, hastaların fiziksel fonksiyon durumlarının arttığı, tedaviye yanıtın olumlu olduğu, hasta memnuniyetinin arttığı, ancak yaşam süresinde anlamlı bir fark yaratmadığı belirtilmiştir. Kanıta dayalı uygulama kılavuzlarına göre diyet alımını ve beslenme durumunu iyileştirmek için, diyet danışmanlığı ve / veya besin takviyeleri tavsiye edilmiştir (34). Son olarak, Lis ve ark beslenme durumu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki üzerine 26 çalışmayı incelemiş ve kanser hastalarında beslenme durumu %90 üzerinde yaşam kalitesinin bağımsız bir belirleyicisi olduğunu bildirmiştir (35). Kemoterapi sırasında nütrisyonel desteğin amacı: antineoplastik tedavinin etkisini arttırmak, yan etkilerinin azaltmak ve yaşam kalitesini iyileştirmektir.

Kanser hastalarının nütrisyonel durumu sık aralıklarla değerlendirilmeli ve eksiklik saptandığında destek tedaviye hemen başlanmalıdır (36). Hastaların günlük enerji ihtiyacı 25-35 kcal/kg (yatan hastalar için 25-30 kcal/kg hareketli hastalar için 30-35 kcal/kg) arasındadır. Protein dışı enerjinin yaklaşık olarak %60'ı karbonhidrat, %40'ı yağlardan sağlanacak şekilde diyet hazırlanmalıdır. Bütün çalışmalarda kemoterapi katabolik bir süreç olduğundan; nütrisyon desteği ve diyet danışmanlığı kemoterapinin gastrointestinal sistem toksisitelerinin ve metabolik sekellerinde kısmi olarak bir iyileşme sağladığı bildirilmiştir. Bunların yanı sıra bir miktar kilo artışı sağlanmış olsalar da her iki yaklaşımın daha çok yaşam kalitesini ve fiziksel fonksiyonları iyileştirdiği gösterilmiştir. Hastaların kastan protein yıkımını azaltmak ve karaciğerde protein sentezinin devamlılığını sağlamak için günlük 1,2 ile 2 gr/kg protein desteği alması sağlanmalıdır. Standart ürünler verilmeli, immün sistemi güçlendiren nütrisyon ürünlerinin ve antioksidandan zengin vitaminlerin sağ kalımı artırdığını gösteren kesin kanıtlar yoktur.

Erken doygunluk hissini azaltmak için prokinetik ajanlar ve pankreas enzimi içeren preparatlar kullanımı tercih edilebilir (36).

Kemoterapi bağlı oral mukozit yada kemoradyoterapide mediyastenal ışınlamaya bağlı özefajit gelişebilir. Her iki durum bazen hastalarda yeme, içme ve yutma güçlüklerine neden olabilir ve enfeksiyon nedeniyle hastaların hastanede kalış süresini uzatabilir. Mukozit ve özefajitin yönetiminde sükralfat, sistemik granülosit-koloni uyarıcı faktör (G-CSF), bal kullanılabilir (37). Beslenme danışmanlığı özefajit ve mukozit tedavisinde hastanın besin ve enerji alımını arttırmak yararlı olabilir. Hastalara yumuşak gıdalar tüketmesi, yüksek kalorili ve yüksek proteinli diyet alması önerilmelidir. Hastalar tütün ve alkol ürünlerini, baharatlı, asidik veya gevrek gıdaları tüketmekten kaçınmalıdır. Hastalara, yavaş yavaş küçük öğünler halinde ve sık beslenme tavsiye edilir. Yemek yerken dik oturma ve hafifçe öne doğru başını eğme, gıdaları yudum yudum almaları ve besinlerin kalori değerini arttırmaları önerilir. Ağız hijyenine özen gösterilmeli ve yemeklerden önce ve sonra ağız bakımı yapılmalıdır (38).

Bulantı ve kusma kemoterapinin son derece üzücü bir yan etkisidir. Bulantı ve kusma birçok faktöre bağlı olarak gelişen karmaşık bir problemdir. Kanser hastalarının çoğu küratif tedavi veya palyatif kanser bakımı süresince bulantı-kusma yaşayabilir. Akciğer kanserinde sisplatin bazlı tedaviler bulantı kusmaya neden olabilir. Bu hastalarda kontrol altına alınmayan bulantı kusma; sıvı-elektrolit dengesizliğine, dehidratasyona, anoreksiye neden olmakta, hastaların günlük aktivitelerini ve psikolojik durumunu olumsuz etkilemektedir. Ayrıca bulantı kusma beyin metastazına, elektrolit dengesizliğine (hiperkalsemi, hiponatremi), üremi, ileus, vestibüler sistem disfonksiyonu, çoklu metastazlar, opiatlar, gastroparez ve psikofizyolojik faktörler gibi farklı nedenler ile de ilişkili olabilir. Tedaviye bağlı bulantı ve kusmalarda ilaç tedavisi bulantı başlamadan önce uygulanmalıdır. Dispepsi bulantı kusma ile karışabilir. Bu nedenle hastalara H2 bloker veya proton pompa inhibitörleri verilebilir. Üç öğünden ziyade, hastaya az miktarda ve sık yemek yemesi ve tatlı, kızartma ve yağlı yiyeceklerden, kafeinli ve gazlı içeceklerden uzak durulması tavsiye edilmelidir. Yiyecek ve içecekler soğuk veya oda ısısında olduğunda daha kolay tüketilir. Tüketeceği suya nane ve limon ekleyerek rahatlama sağlanabilir. Bu sorunun yönetiminde akupunktur, akupressure, hayal/düş kurma, dikkati başka yöne çekme, müzik terapisi, progresif kas gevşeme, biofeedback, sistemik duyarsızlaştırma, hipnoz masaj, psikoeğitim desteği gibi farklı non-farmakolojik yaklaşımın kullanımı tavsiye edilebilir (39).

Akciğer kanserinde kemoterapiye bağlı tat/koku almada değişiklikler de olabilir. Tat değişiklikleri hastalar için sıkıntı verici olup besin alımını azaltarak malnütrisyona yol açabilir. Akciğer kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların %87'sinin tat ve koku değişikliği nedeniyle erken doygunluk yaşadığı; hastaların genellikle metalik tat, karton veya zımpara kâğıdı gibi, tuzlu, tatlı, ekşi, acı ya da hiçbir tat almadıklarını ifade etmişlerdir (40). Bu doğrultuda hastalara kokmayan yiyecekler yenilmesi ve çevrenin de kokusuz olması tavsiye edilmelidir. Bulantı kusmanın azaltılması için diyet önerileri yanı sıra bulantı kusması ya da tat değişikliği olan hastalar düşünülerek enteral ürünlerde hastaların tercihleri doğrultusunda zencefil, limon ve orman meyvesi gibi aromalı gıda takviyeleri geliştirilmiştir. Eğer hastanın erken doygunluk hissi varsa ve önerilen enteral beslenme ürünlerinin miktarı fazla geliyorsa yüksek enerjili ve yüksek protein içerikli formüller tercih edilebilir.

Kemoterapi uygulaması sırasında parenteral nütrisyon ancak ağır malnütrisyonu olan, ciddi mukozit özefajit ya da ciddi bulantı kusması olan, hastalarda uygulanmalıdır. Bazı çalışmalarda enteral ve parenteral nütrisyon uygulamaları karşılaştırılmış ancak parenteral nütrisyon, hastaya ilişkin faktörler dışında belli bir üstünlük sağlamamıştır. Sonuç olarak, ESPEN (Europan

Society for Parenteral and Enteral Nutrition) ve ASPEN (American Society for Parenteral andEnteral Nutrition) parenteral nütrisyonun rutin kullanımı tavsiye etmez. Yutma problemi, kronik gastrointestinal sistem tıkanıklığı, nütrisyon ile ilgili majör semptomları olmayan, vital organları tümör içermeyen, hayat beklentisi 2-3 aydan fazla olup malnütrisyonu tümör progresyonuna değil, açlığa bağlı olan hastalara parenteral nütrisyon verilebilir (41, 42).

RADYOTERAPİ İLE İLİŞKİLİ BESLENME SORUNLARININ YÖNETİMİ

KHDAK'de platin bazlı kemoterapi ile eşzamanlı radyoterapi verilir. Bu hastalarda en sık görülen sorun özefajittir. Akut özefajit hastaların yarısından fazlasında (%50-63) gelişir (43). Ancak özefajit RT tedavi süresi ve doz ile ilişkilidir. Tedaviye ara verilebilir veya süresi kısaltılarak özefajit yangısı azaltılabilinir. Özefajit tedavisinde topikal ilaçlar sukralfat, nystatin ve clotrimazol pastiller veya narkotik analjezikler kullanılmaktadır. Hastalarda ana sorun ağrı ve yutma güçlüğüdür. Bu hasta gurubunda da glutamin kullanımı etkilidir ve beslenmenin desteklenmesinde yüksek protein ve enerji içeren immün modüle formülasyonlar kullanılabilinir. Hastanın besin tüketimi çok az veya haftalık kilo kaybı mevcut ve hastanın hidrasyonu sağlanamıyorsa, gastrostomi tüpü ya da perkütan fonksiyonel endoskopik gastrostomi (PEG) tüpü kullanılabilinir. Nazogastrik tüpler kontrendike olabilir. Oral yolla beslenmenin mümkün olmadığı, gastrointestinal sistemin fonksiyonel olduğu hallerde tüp enteral beslenme tercih edilmektedir. Hastalar beslenmeye başlandığında ilk 3-4 gün ihtiyacın %50-70 ile başlanmalı, gerekli sıvı ve elektrolit replasmanları yapılarak, hastalar yakın takipte tutulmalıdır. Bir diğer tutum parenteral nutrisyon uygulamasıdır. Genellikle radyoterapi dozu azaltılarak, parenteral nütrisyon verilebilir. Gastrointestinal fonksiyonlar ve bütünlük sağlandığında tekrar enteral yolla beslenmeye geçilir. Enteral beslenme ürünlerinde olduğu gibi parenteral beslenme solüsyonlarında hastanın ihtiyacına göre seçilmelidir. Kullanılan solüsyonlar santral venöz yolla verilir. Kısa süre için periferik yolla uygun solüsyonlar verilebilir ancak flebiti engellemek için en kısa sürede santral venöz yol temin edilmelidir (6, 41, 43).

Yiyecekleri yutarken boğazda bir takılma hissi ve göğüs ağrısı, katı yiyecekleri yutarken zorlanma, yutkunma sonrasında rahatsızlık veya ağrı gibi semptomlar tarif ediyorsa hastada özefajit gelişmiştir. Kemoterapide genelde tedavi uygulanmasını takiben 7-10 gün sonra özefajit gelişmekte ancak, radyoterapide semptomlar tedavini 2. haftasında başlamaktadır. Sekonder bir infeksiyon olmadığı sürece, kemoterapötik tedavi veya radyoterapi son dozunu izleyen 3-4 hafta içerisinde özefajit iyileşir. Bu konuda hastaya bilgi verilmelidir. Yutma ağrılı ise yemekten önce ağız içini lokal anestezikler ile çalkalanması sağlanmalıdır. Enfeksiyonları önlemek ve tedavi etmek için hastanın antifungal ve antiseptiklerle gargara yapması sağlanmalıdır. Olası enfeksiyonların erken belirtileri (sıcak ve soğuk yiyeceklere artmış duyarlılık, baharatlı ve asit yiyecekleri alırken yanma) hastada gözlenmelidir. Hastanın büyük öğünler alması mümkün olmuyorsa, hastaya yemek zamanı hoş bir ortam yaratılıp, yiyecekleri az miktarda sık olarak alması sağlanmalıdır. Hastanın beslenme durumu değerlendirilip travmaya neden olmayacak yumuşak yiyecekler alması sağlanmalıdır. Daha ileri aşamada tam sıvı rejim verilmelidir. Hastanın mukoz membranlarının tahriş olmasının engellenmesi için; alkol ve tütün kullanımından, ısı olarak (fazla sıcak veya soğuk), kimyasal olarak (baharatlı veya asitli) ve fiziksel olarak (sert veya pürtüklü) yiyeceklerden kaçınması gerektiği hastaya açıklanmalıdır. Trombosit ve nötrofil sayıları dikkatlice izlenmeli, eğer ağızda kanama varsa bunu önlemek için hastaya küçük buz parçacıkları alması söylenmelidir (44).

CERRAHİ TEDAVİ İLE İLİŞKİLİ BESLENME SORUNLARININ YÖNETİMİ

Kilo kaybı ve malnütrisyon, cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi tedavilerinin başarısını ciddi derecede etkiler. Cerrahi hastalarda önceden var olan malnütrisyon, postoperatif mortalite ve morbidite oranlarını, hastanede kalış süresini ve maliyeteleri arttırır (45). ESPEN de büyük kanser cerrahisi geçirecek olan hastalarda; perioperatif immünonutrisyonu, preoperatif karbonhidrat solüsyonlarının kullanımını ve postop en erken dönemde oral enteral nutrisyon desteğinin başlanmasını önermektedir (45,46). Preoperatif dönemde karbonhidrat yüklemesi, karaciğer ve kas glikojen depolarının doldurulmasını sağlar ve bu da ameliyat sonrası, insülin direncini azaltarak, protein dengesi, yağsız vücut kitlesi ve kasların korunmasına yardımcı olur. Karbonhidrat solüsyonları ameliyattan 2 saat öncesine kadar alınabilir (47,48). Bilku ve ark. yaptıkları çalışmada 1.445 hasta değerlendirilmiş; ameliyat öncesi karbonhidrat içeceklerinin insülin direncini azalttığını ve özellikle açlık, susuzluk, halsizlik, anksiyete ve bulantı gibi problemlerin daha az yaşanmasını sağlayarak cerrahi sonrası hasta konforu sağladığını ifade etmiştir (48).

Ağır malnütrisyonlu hastalar kanser cerrahisi geçiren tüm hastaların %5-10'dan daha azdır. Bu hastalarda beslenme durumunda bozulma; komplikasyon gelişme riskini önemli ölçüde arttırır ki, buda en temel sorundur. İmmünnutrisyon kullanılarak yapılan perioperatif nütrisyon desteği enfeksiyoz komplikasyonları azaltan bir yöntem olarak önerilmekte ve maliyet etkin olduğu düşünülmektedir (50). Elektif toraks cerrahisi geçirecek hastaların nütrisyonel durumu preopetif dönemde değerlendirilmeli ve gerekli ise ameliyat öncesi hastanın nütrisyonel durumu düzeltilmelidir (51,52).

Akciğer kanseri hastalarında perioperatif nütrisyon tedavisi cerrahi sonrası iyi sonuçlara ulaşmada hayati bir rol oynamaktadır. Tewari ve ark 642 KHDAK'li hastayla yaptığı çalışmada; beslenme durumunun, lobektomi sonrası uzun süreli sağ-kalımı etkilediğini bildirmiştir. Preoperatif malnütrisyon riski olan hastaların malnütrisyon riski olmayan hastalara göre; postoperatif dönemde yoğun bakım ünitesinde ve serviste kalış süresinin daha uzun olduğu bildirilmiştir. Perioperatif enteral nütrisyon desteğinin, postoperatif enfeksiyon ve komplikasyon insidansında azalma, yanı sıra yara iyileşmesine katkıda bulunduğu belirtilmiştir (53).

Preoperatif dönemde indüksiyon kemoradyoterapi alan hastalarda immün nütrisyonel destek beslenme hastanın durumunu iyileştirir ve ameliyat sonrası komplikasyonların şiddetini azaltır (52). ESPEN kılavuzunda; oral alımın 14 günden fazla yetersiz olması mortalite oranını arttırdığını belirtilmiştir. Enteral ve/veya parenteral nütrisyon postoperatif dönemde, 7 gün içinde oral beslenemeyecek hastalarda ya da malnütrisyonlu veya ciddi beslenme yetersizliği olan hastalarda endikedir (46).

İLERİ EVRE HASTALARDA BESLENME SORUNLARININ YÖNETİMİ

İleri evre kanser hastalarda gıda alımını etkileyen pek çok neden vardır. Opioid kullanımına bağlı en sık izlenen yan etkiler bulantı-kusma ve konstipasyondur. Ağrı ve opioidlere bağlı bulantı kusma iştahsızlığın gelişiminde oldukça önemlidir. Kanser hastaların %50'sinde sıklıkla opioidlere bağlı olarak bulantı-kusma meydana gelebildiği bildirilmektedir. Bulantı ve kusma ile enteral emilim bozukluğu opioid başlanan hastaların yaklaşık üçte birinde görülür. Birkaç doz tedaviden sonra bulantı ve kusmanın azalacağına dair hasta bilgilendirilmelidir. Bulantı ile birlikte gelişen anksiyete dikkate alınmalı ve hasta ve hasta yakınları bilgilendirilmelidir. Bulantı kusmaya neden olan opioidler doktor önerisi ile değişimi tavsiye edilebilir (morfin oxycone, hidromorfon; fentanyl methadone). Hastaya ve yakınlarına bulantı kusma yönetimi konusunda bilgi

verilmelidir (54). Konstipasyon için, sıvı alımının artırılması, lifli gıdaların tüketilmesi gibi nonfarmakolojik yöntemlerle birlikte farmakolojik proflaksi yapılmalı ve laksatif tedavisi düzenlenmelidir.

Hastaların birçoğu oral gıda alamamaktadır ve bu nedenle parenteral nutrisyon gündeme gelmiştir. Kemoterapi ve radyoterapi hastalarında parenteral nütrisyon kullanımı ile ilgili klinik çalışmalar yeterli sayıda değildir. Bu çalışmalarda ve meta-analizlerde herhangi bir fayda saptanamamıştır. Ancak özellikle şifa sağlanamayacak hastalarda kullanımı tartışmalıdır (55). Bu nedenle kemoterapi ve/veya radyoterapi alan malnütrisyonlu hastalarda bu soru etik açıdan önem kazanmaktadır. Günümüz uygulamalarında hastaların nütrisyon yetersizlikleri kanser tedavi programlarını tehlikeye düşürecek boyutta ise, nütrisyon desteği verilmesi önerilir. Kilo kaybı olan hastalarda düşük dozlarda bile toksitite görülebildiği, tedaviye cevabın ve beklenen yaşam daha düşük olduğu gösterilmiştir. Son dönem çalışmalarında kişiselleştirilmiş uzun dönem beslenme danışmanlığı, beslenme durumundaki bozulmayı önlediği ve yaşam kalitesini artırmada oldukça etkili olduğu görülmüştür (55).

Sonuç olarak, hastalarda uygun beslenmenin sağlanması için onkoloji kliniklerinde kanser ve beslenme konusunda deneyimli beslenme uzmanları ve beslenme hemşireleri ekibe dahil edilmelidir. Kaşeksi mekanizmasının zamanla daha iyi anlaşılmasıyla yeni tedavi yöntemleri günlük pratiğimize yansıyacaktır.

KAYNAKLAR

1. World Cancer Report 2014 (http://publications.cancerresearchuk.org/downloads/product/CS_REPORT_WORLD.
2. Cancer Trends and Incidence and Mortality Patterns in Turkey Jpn J Clin Oncol 2011;41(1)10 – 16.
3. Siegel R, Naishadham D Jemal A; Cancer J Clın. 2013;63:11–30.
4. Laviano A and Meguid MM Nutritional issues in cancer management. Nutrition 1996; 12: 358–71.
5. Fearon K, Strasser F, Anker SD, Bosaeus I, Bruera E, Fainsinger RL, et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. Lancet Oncol 2011; 12: 489-95.
6. Beyaz R, Palmgren E. A retrospective study investigating the impact of radical radiotherapy on the nutritional status of patients with lung cancer. By R. White and E. Palmgren, Department of Nutrition and Dietetics, Guys and St Thomas's NHS Foundation Trust, London British Association of Parenteral and Enteral Nutrition Annual Conference, 26-27 Novem 2013.
7. Van Bokhorst-de van der Schueren MA. Nutritional support strategies for malnourished cancer patients. Eur J Oncol Nurs 2005; 9(Suppl 2): S74-83.
8. Wells V, Ross F, Davie J, Kroll T, Improving standards of nutritional care on acancer ward: the development and evaluationof a nutritional care assistant role. Clinical Audit 2010:2 49–57.
9. Von Haehling S, Anker SD, Treatment of Cachexia: An Overview of Recent Developments. J Am Med Dir Assoc. 2014 Dec;15(12):866-72.
10. Grosvenor M, Balcavage L, Chlebowski RT. Symptoms potentially influencing weight loss in a cancer population. Cancer 1989; 63: 330-4.
11. Hopkinson JB, MacDonald J, Wright DNM, Corner JL. The prevalence of concern about weight loss and change in eating habits in people with advanced cancer. J Pain Symptom Manag 2006; 32: 322-31.
12. Dewys WD, Begg C, Lavin PT, Band PR, Bennett JM, Bertino JR, et al. Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Med 1980; 69: 491-7.
13. Gioulbasanis, VE Baracos, Z. Giannousi, A. Xyrafas, L. Martin, V. Georgoulias, et al. Baseline nutritional evaluation in metastatic lung cancer patients: Mini Nutritional Assessment versus weight loss history. Ann Oncol. 2011; 22 (4): 835-41.
14. Sanchez-L, JG Turcott JG, Juarez E, Guevara P, Nunez-Valencia C, LF Onate-Ocana LF, et al. Association of nutrition parameters including bioelectrical impedance and systemic inflammatory response with quality of life and prognosis in patients with advanced non-small-cell lung cancer: a prospective study. Nutr Cancer. 2012;64 (4):526-34.
15. 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):1345–50.
16. Prado CM, Lieffers JR, Bowthorpe L, Baracos VE, Mourtzakis M, McCargar LJ. Sarcopenia and physical function in overweight patients with advanced cancer. Can J Diet Pract Res. 2013; 74 (2): 69-74.

17. Suzuki H, Asakawa A, Amitani H, Fujitsuka N, Nakamura N, Inui A, Cancer Cachexia Pathophysiology and Translational Aspect of Herbal Medicine. Jpn J Clin Oncol 2013;43(7).
18. Bosaeus I, Daneryd P, Lundholm K. Dietary intake, resting energy expenditure, weight loss and survival in cancer patients. J Nutr. 2002 Nov; 132(11 Suppl):3465S-3466S.
19. Fortunati N, Manti R, Birocco N, Pugliese M, Brignardello E, Ciuffreda L, et al. Pro-inflammatory cytokines and oxidative stress/ antioxidant parameters characterize the bio-humoral profile of early cachexia in lung cancer patients. Oncol Rep 2007; 18: 1521-7.
20. Bozzetti F, Arends J, Lundholm K et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: non-surgical oncology. Clin Nutr 2009; 28(4): 445–454.
21. Lesniak 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.
22. Tomíska M, Tomisková M, Salajka F, Adam Z, Vorlícek J. Palliative treatment of cancer anorexia with oral suspension of megestrol acetate. Neoplasma. 2003;50(3):227–233.
23. Ulutin HC, Arpaci F, Pak Y. Megestrol acetate for cachexia and anorexia in advanced non-small cell lung cancer: a randomized study comparing two diff erent doses. Tumori. 2002, 88, 277- 280.
24. Zhan P, Wang Q, QianQ, Yu LK, Megestrol acetate in cancer patients with anorexia-cachexia syndrome: a meta-analysis.Transl Cancer Res 2013;2(2):74-79.
25. Van der Meij BS, Languis JA, Van Adrichem V, et al. A double blind randomized controlled trialon oral nutritional supplementation of omega-3 fatty acids in non-small cell lung carcinoma. Clin Nutr Suppl. 2008; 3: 111.
26. Dewey A, Baughan C, Dean T, Higgins B, Johnson I. Eicosapentaenoic acid (EPA, an omega-3 fatty acid from fish oils) for the treatment ofcancer cachexia. Cochrane Database Syst Rev. 2007;24(1).
27. Colomer R, Moreno-Nogueira JM, García-Luna PP, García-Peris P, García-de-Lorenzo A, Zarazaga A, Quecedo L, del Llano J, USAN L, Casimiro C. n-3 Fatty acids, cancer and cachexia: a systematic review of the literature. Br J Nutr. 2007 May;97(5):823-31.
28. Van Meij BS, Langius JA, Smit EF, Spreeuwenberg MD, von Blomberg BM, Heijboer AC , Paul MA, van Leeuwen PA Oral nutritional supplements containing (n-3) polyunsaturated fatty acids affect the nutritional status of patients with stage III non-small cell lung cancer during multimodality treatment. J Nutr. 2010 Oct;140(10): 1774-80.
29. Gioulbasanis I, Baracos VE, Giannousi Z, Xyrafas A, Martin L, V. Georgoulias V, Mavroudis D. Baseline nutritional evaluation in metastatic lung cancer patients: Mini Nutritional Assessment versus weight loss history. Annals of Oncol, 2011;(22): 835–841.
30. M. Yildirim, M. Yildiz, E. Duman, S. Goktas, V. Kaya. Prognostic importance of the nutritional status and systemic inflammatory response in non-small cell lung cancer JBUON 2013; 18(3): 728-32.
31. Arrieta O, Ortega RM, Villanueva-Rodriguez G, Serna-Thomee MG, Flores-Estrada D, Diaz-Romero C, Rodriguez CM, Martinez L, Sanchez-Lara K Association of nutritional status and serum albumin levels with development of toxicity in patients with advanced non-small cell lung cancer treated with paclitaxel-cisplatin chemotherapy: a prospective study BMC Cancer 2010.
32. Collins J, Noble S, Chester J, et al. The assessment and impact of sarcopenia in lung cancer: a systematic literature review. BMJ Open 2014.
33. Murphy RA, Mourtzakis M, Chu QS, Baracos VE, Reiman T, Mazurak VC. Supplementation with fish oil increases first-line chemotherapy efficacy in patients with advanced nonsmall cell lung cancer. Cancer. 2011 Aug 15;117(16):3774-80.
34. Kiss NK, Krishnasamy M, Isenring EA The Effect of Nutrition Intervention in Lung Cancer Patients Undergoing Chemotherapy and/or Radiotherapy: A Syst Rew Nutr Cancer. 2014; 66(1):47-56.
35. Lis CG, Gupta D, Lammersfeld CA, Markman M, Vashi PG. Role of nutritional status in predicting quality of life outcomes in cancer a systematic review of the epidemiological literature. Nutr J. 2012 Apr 24;11:27.
36. Arends J, Bodoky G, Bozzetti F, Fearon K, Muscaritoli M, Selga G, van Bokhorst-de van der Schueren MA, von Meyenfeldt M; DGEM (German Society for Nutritional Medicine), Zürcher G, Fietkau R, Aulbert E, Frick B, Holm M, Kneba M, Mestrom HJ, Zander A; ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition). ESPEN guidelines on enteral nutrition: non-surgical oncology. Clin Nutr 2006.
37. Worthington HV, Clarkson JE, Bryan G, Furness S, Glenny AM, Littlewood A, McCabe MG, Meyer S, T Khalid Interventions for preventing oral mucositis for patients with cancer receiving treatment. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Apr 13;(4)
38. Dauncey J, Greedy J, Morgan K. Prevention and management of treatment-related oral mucositis. Cancer Nurs Pract. 2012;11(6):23–28.
39. Buluş M. Onkoloji Hemşireliği, Ed: Can G, Nobel Tıp Kitabevleri, 385-394, İstanbul, 2014.
40. McGreevy J, Orrevall Y, Belqaid K, Wismer W, Tishelman C, Bernhardson BM, Characteristics of taste and smell alterations reported by patients after starting treatment for lung cancer Supp Care Cancer (2014) 22:26,35–44.

41. Bozzetti F. Nutritional support of the oncology patient.. Crit Rev Oncol/Hematol 2013.
42. August DA, Huhmann MB. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Board of Directors A.S.P.E.N. clinicalguidelines: nutrition support therapy during adult anticancer treatmentand in hematopoietic cell transplantation. 2009;33 (5):472–5.
43. Bar-Ad V, Leiby B, Witek M, Xiao Y, Cui Y, Dai Y, Cao J, Axelrod R, Campling B, Both S, Werner-Wasik M Treatment-related Acute Esophagitis For Patients With Locoregionally Advanced Non–Small Cell Lung Cancer Treated With Involved-field Radiotherapy and Concurrent Chemotherapy, Am J Clin Oncol 2014;37:433–437.
44. Uğur Ö. Symptom management of cancer patients. Türk Onkoloji Dergisi 2014;29(3):125-35.
45. Van Venrooij LM, Verberne HJ, de Vos R, Borgmeijer-Hoelen MM, van Leeuwen PA, de Mol BA. Postoperative loss of skeletal muscle mass, complications and quality of life in patients undergoing cardiac surgery. Nutrition 2012;28(1):40-5. McClave SA, Martindale RG, Vanek WV, McCarthy M, Roberts P, Taylor B, Ochoa JB, Napolitano L, Cresci G. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: American Society for Parenteral and Enteral Nutrition and Society of Critical Care Medicine Vol. 33, No. 3, May/June 2009.
46. McClave SA, Martindale RG, Vanek WV, McCarthy M , Roberts P, Taylor B, Ochoa JB, Napolitano L, Cresci G. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: American Society for Parenteral and Enteral Nutrition and Society of Critical Care Medicine Vol. 33, No. 3, May/June 2009.
47. Braga M, Ljungqvist O, Soeters P, Fearon K, Weimann A, Bozetti F. ESPEN guidelines on parenteral nutrition: surgery. Clin Nutr 2009; 28: 378-86.
48. Huhmann MB, August, DA Perioperative Nutrition Support in Cancer Patients Nutr Clin Pract. 2012 Oct;27(5):586-92.
49. Bilku DK, Dennison AR , Hall TC, Metcalfe, MS, Garcea G . Role of preoperative carbohydrate loading: a systematic review. Ann R Coll Surg Engl. 2014 Jan;96(1):15-22.
50. Zheng Y, Li F, Qi B, Luo B, Sun H, Liu S, et al. Application of perioperative immunonutrition for gastrointestinal surgery: a meta-analysis of randomized kontrolled trials. Asia Pac J Clin Nutr 2007; 16(Suppl 1): 253-7.
51. Marion J. O'Connor MJ, Dehavillande JI. Perioperative nutritional support. Surgery (Oxford) Vol 31, Issu 8, Aug 2013, Pag 393–99.
52. Shintani Y, Ikeda N, Matsumoto T, Kadota Y, Okumura M, Ohno Y, Ohta M. Nutritional status of patients undergoing chemoradiotherapy for lung cancer. Asian Cardiovasc Thorac Ann. 2012 Apr;20(2):172-6 Hegazi R, Hustead DS, Evan DC, Preoperative Standard Oral Nutrition Supplements vs Immunonutrition: Results of a Systematic Review and Meta-Analysis J Am Coll Surg. 2014 Nov;219(5):1078-87.
53. Tewari N, Martin-Ucar AE, Black E, Beggs L, Beggs FD, Duffy JP, Morgan WE. Nutritional status affects long term survival after lobectomy for lung cancer Lung Cancer. 2007 Sep;57(3):389-94 Abunnaja S, Cuviello A, ve Sanchez JA, Enteral and Parenteral Nutrition in the Perioperative Period: State of the Art Nutrients 2013, 5, 608-23.
54. Laugsand EA, Kaasa S, Klepstad P. Management of opioid-induced nausea and vomiting in cancer patients: systematic review and evidence-based recommendations. Palliat Med 2011;25(5):442-53. CrossRef
55. Hoda D, Jatoi A, Burnes J, Loprinzi C, Kelly D. Should patients with advanced, incurable cancers ever be sent home with total parenteral nutrition? A single institution's 20-year experience. Cancer 2005; 103: 863- 68.

7 Akciğer Kanseriyle Yaşamak

Nazmiye Kocaman YILDIRIM

GİRİŞ

Akciğer kanserinin sıklıkla ileri evrelerde teşhis edilebilmesi, küratif tedavilerin uygulanmasını önlemekte ve sağkalım süresinin kısa olmasıyla sonuçlanmaktadır. Çoğu hasta, hastalığın hızlı ve ölümcül seyrini, bu süreçte ise diğer kanser hastalarına göre daha fazla distres yaratan semptomları yaşamaktadır. Bu önemli stres aileleri tarafından da deneyimlenmektedir [1,2]. Bu nedenlerle, akciğer kanseri olan hastalarda semptom yönetimini, psikososyal desteği, iletişimi, karar vermeyi, aileye yardımı içeren palyatif/destekleyici bakım son derece önemlidir. Literatürde özellikle ileri evre akciğer kanserli hastalar için standart onkoloji bakımı ile palyatif bakımın erken entegrasyonunun yaşam kalitesini ve duygudurumu iyileştirdiği, sağkalım üzerine olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir. Palyatif/destekleyici bakımın hastalığa yönelik tedavinin kesilmesinden sonrasına kadar geciktirilmemesi gerektiğine dikkat çekilmektedir [2,3]. Ülkemizde de gelişmekte olan palyatif bakımın etkin kullanımında sağlık profesyonellerinin, hastaların, ailelerin ve toplumun algısı, sağlık hizmetindeki yerinin doğru anlaşılması ve yapılanması önem kazanmaktadır.

Destekleyici bakım, hastanın gereksinimlerinin hasta merkezli yaklaşımla belirlenmesi ve etkin biçimde karşılanması olarak görülebilir. Destekleyici bakım gereksinimleri; semptomların ve yan etkilerin yönetimine, uyum ve başetmenin etkinleştirilmesine, optimum anlama ve bilgilendirilmiş karar vermeye, işlevsellikteki azalmanın minimize edilmesine uygun hasta bakımı için gerekenler olarak tanımlanmaktadır [3]. Tanı ve tedavi, iyileşme veya palyasyon, terminal dönem ve yas sürecinde, hastalığın tüm aşamalarında uygulanan detekleyici bakım ile hastanın ve ailesinin baş etmesine, tedavinin yararlarını en üst düzeye çıkarmaya, hastalığın olumsuz etkilerini azaltmaya ve mümkün olduğunca hastaların kaliteli yaşamasına yardım amaçlanmaktadır [4].

Hastaların gereksinimleri çok boyutludur; fiziksel, pratik/günlük yaşam aktiviteleri, psikolojik/emosyonel, kognitif, psikoseksüel, spiritüel/varoluşsal, bilgisel, hasta-klinisyen iletişimi, sosyal, çevresel, kültürel ve ekonomik alanları içerir [3,5]. Bu gereksinimlerin belirlenmesi ve iyi ele alınması hastaların distresinin artmasını, yaşam kalitesinin düşmesini, bakım memnuniyetsizliğini önlemektedir [6]. Hastanın perspektifinden destekleyici bakımın kalitesi, belirlenen ve karşılanan gereksinimlerin ne ölçüde kabul edilebilir olduğuyla ilgilidir [7]. Kanser hastalarının algılanan gereksinimleri ve verilen hizmetin uygunluğu arasında uyumsuzluk olduğunda karşılanmamış gereksinimler açığa çıkar [8]. Akciğer kanseri hastalarının karşılanmamış gereksinimlerinin ve distreslerinin diğer kanser hastalarına göre daha fazla olduğu, bunun kötü prognozun, sorumluluk duygusunun

veya sigara ile ilişkisinden dolayı stigma etkisinin sonucu olduğu bildirilmektedir [9]. Akciğer kanseri olan hastalarda psikolojik distresin diğer kanser hastalarından daha yüksek (%43-62) ve yaygın olduğu, anksiyete oranının %10-82, depresyon oranının %5-52 arasında olduğu bilinmektedir [10].

Hastayı merkeze alarak, her bireyin holistik bakış açısıyla destekleyici bakım gereksinimlerinin tanılanması ve karşılanması gerekir. Hastaların gereksinimlerinin dinamik, hastalığın seyrinde zamanla değiştiği, aynı zamanda gereksinim alanlarının birbiriyle etkileşim halinde olduğu bilinmelidir [4]. Bu bölümde akciğer kanserli hastaların hastalık sürecinin farklı aşamalarında yaşadıkları güçlükler, destekleyici bakım gereksinimleri, karşılanma düzeyleri ve psikolojik boyutta müdahale yöntemleri son yıllarda yapılan çalışmalar değerlendirilerek açıklanmıştır.

AKCİĞER KANSERİ HASTALARININ YAŞADIĞI GÜÇLÜKLER

Kanser yolculuğu başlayan birçok hastadan birinin kendi ifadeleriyle öyküsüne aşağıda yer verilmiştir; tanı konulana kadar geçen zaman kaybı, tanıyı öğrenmesi, hastalığı algılayışı, kendini suçlaması, yaşam kalitesini algılayışı, çevresindeki kişilerin tepkisi, tedavi hakkında karar verme güçlüğü, birçok soru, belirsizlik ve umudu koruma çabasını içermektedir. "*Önce işten geldiğimde olağanüstü bir yorgunluk hissi ve uyuma isteği ile başladığını düşünüyorum. 6 ay kadar sonrasında başlayan kuru öksürük, konuşurken nefes kesilip öksürme ihtiyacı doğması gibi şeyler olmaya başlayınca sigarayı bırakmanın zamanı geldi diye düşünüp bıraktım. Bu arada doktorlar öksürüğün alerjik olabileceğini düşünüp bu yönde ilaçlar verdiler ama fayda etmedi. Sonrasında sol tarafta geceleri başlayan şiddetli baş ağrısı, öksürükle birleşen öğürme ve kusma isteği belirtileriyle dahiliye doktoruna başvurdum. Nöroloji bölümüne yönlendirildim ve ertesi gün nöroloji uzmanına tabloyu anlattığımda, abimin 6 yıl önce primerini bile araştıramadığımız kadar hızlı kanserden öldüğünü söylediğimde, hemen beyin MR'ı çektirmeye karar verdi. MR sonucunda beyinde birbirinden uzak 2 tümör görünüyordu. İki ayrı yerde olması akla tabiki metastazı getirmişti. Sonuç olarak akciğer tomografisi çekildiğinde akciğerde bir büyük kitle ve her iki akciğerde sayılamayacak kadar çok metastazik kitle bulunduğunu ve IV. Evre akciğer kanseri olduğumu doğruluyordu. Evet, bu benim için sürpriz değildi, buna uygun bir hayat yaşamıştım. Şimdi asıl soru* ***"Ne yapmalı?"***

"Normalde" insanlar bu tür hastalıklarını kendileri öğrenmezler *yakınları ile gider, sonrasında doktor hastayı çıkarır ve lisanı münasiple hasta yakınına durumu anlatır, hasta yakını hastaya "Ya önemli bir şey değil ama tedavisi biraz uzun süren bilmem ne hastalığı" imiş falan gibi şeyler söyleyip sonu gelmeyen bir tedavi sürecini başlatır, hasta kuşkulanır, gerçeği anlar ama* ***"kendine bile bile söyleyemediği gerçekle yaşayacakmış gibi"*** *mücadele etmeye başlar ya da ölüme yatar, abimin yaptığı gibi. Oysa ben kendim birinci ağızdan öğrenmiştim ve yanımdaki ablamı teselli etmekle, o üzülmesin diye dik durmakla mükelleftim ve öyle de yaptım. Aklıma gelen ilk şey,* ***"geride bırakacaklarımın geleceğini garanti altına nasıl alabilirim?"*** *oldu. Bir diğeri de hep konforlu yaşamayı seven bir adam olarak* ***"beni ölüme götürecek bu sürecin ne kadarını yaşam kalitem düşmeden yaşayabilecektim"!…***

Benim için verilecek en zor karar; *bir işe yaramayan sadece zamanı, bir hayat düşünüldüğünde anlamsız denebilecek kadar kısa öteleyen bir tedavi sürecini başlatıp başlatmamaktı. Elbette çevremdeki herkesin "yaşama sarılmalısın, yeni doğmuş oğlunu daha çok görmelisin ve yaşayabildiğin kadar çok yaşamalısın, zaten kimin ne zaman öleceği belli mi vb…"* ***bence hiçbir şey ifade etmeyen telkinleri devam ederken*** *bu kararı vermeliydim…* ***"Kimin ne zaman öleceği belli olmaz"*** *Oysa arada çok ciddi bir fark var...* ***Kanser hastalığı olmayan insanlar bir***

ömrü yaşamaya devam ederken, ben kalan zamanımı yaşamaya başladım. *Buna da bir ömür denemez. Çünkü ömür, sonrası tanımsız bir kavram. Eğer tasüreli bir zamanı yaşamıyorsanız tüm hayatınızı ona göre planlarsınız. Oysa kalan zamanınızı yaşıyorsanız, tüm yaşam kurgunuz değişir.*

Ben abimin hastalığı sürecinde, tedavilerin aslında yaşam kalitesini gözetmeksizin sadece neredeyse nefes alıp verme sayısını gözeterek yapıldığını gözlerimle görmüştüm. Bu benim için kabul edilebilir bir yaşama formatı değildi. Her şeyden önce korkulması gereken ölmek ve bu dünyada olmamak fikri değil, bundan sonrasını -ki o her ne kadar zaman ise- konforlu yaşayamamak olmalı. Doğru davranış, tedaviyi reddedip her ne kadar ömür kaldı ise onu keyifli, dostlarla veda geceleri yapıp kendine ve ailene daha fazla zaman ayırmak mı? Benim iyi yaşama algım, entelektüel faaliyetlerimi yürütmek, öğrenmek, mutlu bir ev, huzurlu ve konforlu bir yaşam, sevdiklerimle birlikte olmak, onlarla bir şeyler paylaşmak ve yine öğrenmek. Uzun yaşamak, bu hayat algısının içerisinde yer almıyor. Peki yaşamı bu şekilde algılarken, hayatımın geri kalanını hastanelerde, cihazların altında ya da saatler süren kemoterapi sürecinde ve sonrasında yaşanan semptomlarla uğraşarak geçirmeye, yaşamak denilebilir mi? Tedavi etmekten uzak bu süreci yaşamaya değer miydi? Çünkü bu bir tedavi süreci değil, uzatma çabasından başka bir şey değil, en azından eski jenerasyon yöntemler. Tam da burada modern tıbbın sunduğu paradoksla karşılaşıyor insan. 200 civarında kanser çeşidi var. Elbette bazı hatta önemli kanser türleri için bu tedavi denilen süreçle ömür 2 ila 15-20 yıla kadar çıkarılabiliyor. Yeni gelişmelerin olduğunu öğrendik, gen mutasyonlarıyla ömrün 5-10 senelere çıkabildiğini falan… Benim bahsettiğim kendimin yaşadığı süreç." Akciğer kanserli hastaların ve bakım vericilerin yaşamlarının nasıl etkilendiğini ve gereksinimlerini değerlendiren niteliksel çalışmalar, deneyimlerin her bireye özgü olduğu gibi birçok ortak yönünün olduğunu da göstermektedir. Bertöre ve arkadaşları (2008) opere edilmeyen akciğer kanserli hastalarla yaptığı görüşmelerde "*Her zamanki/alışık olduğu gibi yaşamak*" anlamını barındıran altı tema belirlemiştir. Bunlar; *belirsizlik ve umut deneyimi, destek ağları, ölüm düşünceleri, suçluluk, utanma duygusu ve en yakın akrabaların tepkileri* [11]. Krishnasamy ve arkadaşları (2007) da dört boyut bildirmiştir; *1. Tanının doğrulanması yolu, 2. Tanı, tedavi seçenekleri ve prognoz hakkında iletişim, 3. Koordinasyonun sağlandığı, aile odaklı bakım, 4. Akut hizmet desteği* [12]. Klinik deneyimlerin ve sözü edilen örnek vakanın yanı sıra mevcut çalışmalardan [3,11,12] yararlanarak akciğer kanseri hastalarının yaşadıkları süreç aşağıda açıklanmıştır.

Hastaların tanıyı öğrenme sürecinde yalnız olmalarının sıklıkla aileye iletme sorumluluğunu getirdiği ve bunun hastalar için travmatik ve aile üyeleri için kabul edilemez bir uygulama olarak görüldüğü anlaşılmaktadır. Bu uygulamanın distresi, anksiyeteyi ve izolasyonu artırdığı, çoğu hastanın aile üyelerine yük olmakla ilgili kaygılar yaşadıkları, hastaların duygusal gereksinimleri tanımlanmasına rağmen bakım vericilerin çoğunun desteksiz hissettikleri belirtilmektedir. Bazı hastalar yakınlarını korumak veya doğru anın gelmesini beklemek amacıyla yakınlarına söylemek uygun olana kadar kötü haberi kendi içlerinde tutmayı tercih etmektedirler. Hastalar zor bir sürece girseler de, aile üyelerinin yaşayacakları hakkında endişe içinde oldukları örnek vakanın ifadelerinde de dikkat çekmektedir. Ancak ülkemizde, son yıllarda daha azalmakta ise de, tanının aileye söylenmesi yaygın bir uygulamadır ve kalitatif çalışmalarda belirtilen, tanıyı yalnız öğrenen hastaların yaşadığı sıkıntılarla bu sefer aileler karşılaşmaktadır. Hastayı korumak için tanıyı gizleme, duygularını bastırma, her zamanki gibi yaşayarak durumu minimize etme çabası içine girmektedirler.

Tanının belirlendiği ve tedavinin başlangıcındaki aşamada; hastaların olası gecikmeye karşı frustrasyon, öfke yaşadıkları

ve tedavi seçenekleri, süreci, ne yapacakları hakkında konfüze oldukları, genellikle bilgi ve destek gereksinimlerinin ön planda olduğu görülmektedir. Tanı, tedavi ve tedavinin sonuçları hakkında tüm sorular belirsizliği öne çıkarmakta ve düşüncelerini meşgul etmektedir. Önce tanı için korku içinde beklediklerini, sonra daha fazla üzüntü, belirsizlik, tekrar daha fazla zaman harcayarak tedavi ve sonuçları için beklediklerini, beklerken aşırı derecede fazla zaman harcadıklarını, bu sürede metastaz olabileceğini veya beklemenin tedavide olumsuz etkilere yol açabileceğini düşünmektedirler. Hastalar ve aileleri için belirsizlik, yaygın ve işlenmesi zor deneyimlerden biridir. Hastalar belirsiz bir resim açığa çıktığında bile doğrunun söylenmesini tercih ettiklerini belirtmektedirler.

Umut ve umutsuzluk arasında gidip gelen hastalar özellikle opere edilmeyen akciğer kanseri tanısı almanın korkunç ve şok edici olduğunu ama umutlu hissettiklerini, hayatta kalmak istediklerini ve bu nedenle tedavisi ve bir çaresi olması gerektiğini düşünmektedirler. Bazen eğer tedavi ve tüm yan etkilerle baş ederlerse, durumları ve bedenleri üzerinde kontrol duygusuna sahip olduklarına, bu sinyalleri yönetebildiklerine, yaşamın devam edeceğine inanıp, umutlandıklarını ve bunun öneminden dolayı yan etkilerin çok rahatsızlık verici gelmediğini hissetmektedirler. Bazen ise hastalıktan daha çok tedavinin yan etkilerinin daha kötü olduğuyla karşılaşmaktadırlar. Bazı zaman da sonuç hakkında hem belirsizlik, hem de umut olduğunu hissetmektedirler. Umut, tedavinin hayatlarını uzatmasıyla ilgili olduğu gibi, bazen de umut iyi yaşam sürdürmek hakkındadır. İyi bir yaşam sürdürmekle ilgili umut edilenler, örnek vakanın ifadelerinde de yer aldığı gibi, yaşam kalitesini, farklı aktiviteler planlayabilmeyi, yaşamdan zevk alma zamanına sahip olmayı, sıkıntılı olmamayı içermektedir.

Kanser tanısı ve tedavisi sürecinde hastalar için aldıkları tüm destek değerli fakat yakın akrabalardan aldıkları destek özel bir önem arz etmekte ve onların tepkilerine duyarlı olmaktadırlar. Bazı zaman yakınları kendilerinden daha fazla tepki verebilmekte, acı yaşayabilmekteler. Bu sıkıntı verici durumda, yakınlarının da desteğe ihtiyacı varken, onları korumakla kendi destek gereksinimlerini sürekli dengelemek gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Özelikle çocukları ve yaşlı ebeveynleri olan hastalar endişelerini yönetmekte zorlanabilmektedirler. Hasta ve yakınları arasında karşılıklı etkileşim vardır. Kanser tanısı alındığında, evde ve diğer aktiviteler sırasında pratik destek kadar emosyonel destek hissetmek, durum hakkında konuşmak ve ortaya çıkan duyguları paylaşmak oldukça değerlidir.

Bu hastaların hissettiği güçlü duygular arasında suçluluk ve utanç duygusu üzerinde durulmalıdır. Akciğer kanseri olan hastalarda sorumluluk hissi ve suçlanmanın ya da kendini suçlamanın getirdiği yoğun duygulanım ve yük ön plandadır. Sigara kullanan akciğer kanserli hastalar tanıdan kendilerini sorumlu tutarak, utanç ve pişmanlık hissederler. Bu nedenle hastalar, hastalıklarına kendilerinin neden olduğu stigmasıyla karşı karşıyadırlar. Hastalar, toplumda, sağlık bakımında, yakınlarının sözlerinde akciğer kanseri tanısının suçluluk ve utanç duygusuyla bağlantılı olduğunu, negatif tutumlarla karşılaştıklarını belirtmektedirler. Bazı hastalar uzun yıllar sigara kullandıklarından hastalığa neden oldukları için kendilerini sorumlu görmekteler ve suçlu hissetmekteler. Bazıları ise semptomların kaybolmasını bekledikleri ve daha erken yardım almadıkları için kendilerini suçlayabilmekteler. Tanıyla bağlantılı olarak utanç yaşanabilmekte, hem hastalar hem de yakınları damgalandıklarını düşünebilmektedirler. Bu nedenle hastalığı gizleme davranışı görülebilmekte, sosyal aktiviteler sınırlanabilmektedir.

Suçluluk, kişinin kendi davranışları hakkında negatif duygularını (ben kötü bir şey yaptım) tanımlarken, utanç, kişinin kendi (self) hakkındaki negatif duygularını (ben kötü bir kişiyim) tanımlamaktadır [13]. Suçluluk rahatsız edici bir duygu olabilir, ancak genellikle çözülebilir; aksine,

utanç "benliğin özünde - kişinin kendini kusurlu, aşağı veya yetersiz olarak yargıladığı zaman" oluşur ve aşırı derecede acı verici olabilir [9]. Akciğer kanseri hastalarında suçluluk ve utanç duygusunun sıklıkla ortaya çıktığı, hastaları ve yakınlarını zorladığı çeşitli araştırmalarda da bildirilmektedir [9,13,14]. LoConte ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan akciğer, meme, prostat kanseri olan hastaların değerlendirildiği çalışmada, kanserle ilgili algılanan stigma akciğer kanserinde yüksek bulunurken, suçluluk ve utanç duyguları tümör tipine bakılmaksızın sigara kullanma öyküsü olan hastalarda yüksek düzeyde bulunmuş ve zaman içinde de değişmediği görülmüştür. Utanç ve suçluluk duygusunun depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğu ancak utancın depresyon ve anksiyeteyle daha fazla ilişkili olduğu bulunmuştur. Sosyal geri çekilme de gözlenebilmektedir. Suçlanmanın yada suçlamanın getirdiği yalnızlık ve izolasyon duyguları kederin başlamasına da yol açabilir [13]. Ayrıca utancın yüksek düzeylerinin depresyon, kortizol düzeyi ve proinflamatuar sitokinleri arttırdığı bildirilmiştir [15]. Else-quest ve arkadaşları (2009) tarafından benzer örneklemde yapılan başka bir çalışmada kendini suçlamanın akciğer kanseri hastalarına özgü olmadığı ancak akciğer kanseri hastalarında içsel nedensel atıfların (sigara kullanımı veya yaşam biçimi gibi) meme ve prostat kanserine göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Çalışmanın önemli sonuçlarından bir diğeri, kendini suçlamanın zayıf psikolojik uyumla tutarlı biçimde bağlantılı olduğudur. Öğrenilmiş çaresizlik modeliyle uyumlu olarak, kendini suçlamanın, algılanan stigma ve psikolojik uyum arasındaki bağlantıya aracılık ettiği, hastalık için utanan, suçlu ve sorumlu hisseden kişilerin ruh sağlığının olumsuz etkilendiği bildirilmiştir. Hastalık hakkında kendini suçlama ve stigma sağlığın geliştirilmesinde önemli engellerden biri olabileceği gibi sağlık davranışları üzerinde olumlu etkilere de sahip olabileceği belirtilmiştir. Makalede, klinisyenlerin sigara kullanmanın kanserin ilk nedeni olmasından daha çok nüks ve metastaz üzerindeki olası rolünü vurgulaması önerilmekte, bunun hastayı güçlendireceği veya uzman hissettireceği gibi sigarayı bırakmasına da teşvik edebileceği açıklanmaktadır [14]. Dirkse ve arkadaşları (2014) akciğer kanserli hastalar ve eşleri ile yaptığı utanmanın partner ilişkisine etkisini değerlendirdiği kalitatif bir çalışmada, utanmadaki artışın eşlerle iletişimin ve evlilik memnuniyetinin düşük düzeyleri ve artan distresle ilişkili olduğu bulunmuştur. Sözel olmayan utanma davranışının depresyon düzeyinde ve sigara kullanımında artış ile de ilişkili olduğu saptanmıştır. Özellikle son yıllarda sigara kullanımının yüksek olması depresyonla ilişkili bulunmuştur. Çalışmada, utancın hastaların eşinden ve tedavi ekibinden yardım istemesinin önünde engel olduğu, sosyal izolasyonu artırdığı belirtilmiştir. Gizlemenin aksine, açık, destekleyici iletişim kuran çiftlerde büyük ölçüde evlilik uyumu daha iyi olduğu gibi distres daha azdır ve hastaların kansere uyumuna da yardım eder [9].

Sağlık bakım profesyonellerinin desteği de önemlidir, özellikle hemşirelerin hastalık ve tedavi sürecini etkileyen önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir. Her görüşmede veya telefonla kontakt kurarak konuşmak ve destek için hemşireler ulaşılabilir kişiler olarak algılanmaktadır. Hemşireler yakın akrabalara da destek olmaktadırlar ve bu, hastalar için de değerli ve takdir ettikleri bir yaklaşımdır. Hekimlerin desteği hakkında da benzer duygular ifade edilmekte, özellikle hekimlerin uzman, hastalık hakkında bilgili, deneyimli olması, kendilerini güvende ve emin hissetmelerine yol açmaktadır. Belirsizliği azaltmak, tedaviye katılımı artırmak için bilgilendirme gereklidir ayrıca hastanın hakkı ve onkoloji ekibinin sorumluluğudur. Farklı sağlık personeliyle karşılaşılması ve farklı kişilerden çelişkili bilgiler alınması gibi bakımda tutarsızlık; belirsizliği artırmakta, hastalar ve bakım vericiler tarafından önemli olarak görülmedikleri ve hastalığın yakından izlenmediği biçiminde değerlendirilmektedir.

Zaman geçtikçe, özellikle hastanın fiziksel bağımlılığı arttıkça, izolasyon duygusu yaşanmaktadır. İzolasyon ve kontrol eksikliği duygusu, tedavi sonrası takipte ne bekleyeceklerini veya nereden destek alacaklarını bilememeleriyle de ilgilidir. Destekleyici bakımın koordinasyonunda eksiklikler olduğunda palyatif bakıma geçiş yapmak da zorlaşmaktadır. Sağlık hizmet kurumları arasında iletişim ve dürüst, açık bilgilendirme eksikliğinin önemli bir sorun olduğu, hastane ile aile hekimliği arasında iletişimin yetersiz olduğu belirtilmektedir. Bu durum hastaların tedavi veya takip randevuları arasında kendilerini güvensiz hissetmelerine, bakım vericilerin hastane ekibiyle düzenli bir bağlantı olmadan, sevdikleri birinin sorumluluğunu almakta güçlük yaşamalarına, olası komplikasyonlarla uğraşmak hakkında üzüntü ve distrese, acil bir durumda kiminle bağlantıya geçecekleri veya ne yapacakları hakkında belirsizliğe, kendilerini desteksiz ve izole hissetmelerine yol açmaktadır. Uzman kanser, palyatif bakım klinisyenleri ve aile hekimi arasında paylaşım eksikliği ifade edilen problemlerden bir diğeridir. Akciğer kanseri tedavisinde palyatif kemoterapinin kullanımı artarken, akut tedavi ve palyatif bakım arasında sorunsuz, akıcı bir geçiş sağlamadaki güçlükler daha da önem kazanmaktadır. Ülkemizde de tedavi kararı, palyatif bakım hizmetine geçiş, ailenin gereksinimlerinin ele alınmaması yaygın sorunlar olarak gözlenmekte ve gelecekte daha fazla gündemde yer alacak konular arasındadır.

Görüşülen hasta ve bakım vericilerin çoğunun ölüm ve ölüyor olma hakkında samimiyetle konuştuğu fakat palyatif bakım ekibi uzmanlarından destek almayı kabul etmedikleri anlaşılmaktadır. Hastalar tanıyı öğrendiklerinde ilk düşündüklerinin "kanser tanısı ölüme eşittir" biçiminde olduğunu ifade etmektedirler. Bilgiyi absorbe etmekte güçlükler yaşamışsalar da bir süre sonra kişilik özelliklerine ve aldıkları desteğe göre, kelimelerin içine ölüm korkusunu koymak, yakınlarıyla ölüm hakkında konuşmak ve cenaze töreni gibi pratik şeyler hakkında konuşmak gibi eyleme geçmeye başladıklarını açıklamışlardır. Gelecek hakkında endişe, "hayatlarını sonuçlandırmak ve herkese, her şeye veda etmek için zaman var mı" sorusunun zihinlerini meşgul etmesi baş edilmesi gereken düşüncelerden biridir. Bazıları da ölümü düşünmelerine rağmen kelimelere dökmek istemediklerini, bunun yerine adapte olmak için bolca vaktin olacağına inanmaktadırlar. Bir hasta girişte verdiğim hastanın da söylediği gibi "kanserin 200 türü var, insanlar bunu bilmedikleri için kanseri ölümle eşit görüyorlar, iyi de olabilir ama süreç ne kadar zaman ertelenebilir ve hala kaliteli yaşanabilir meselesi var" biçiminde düşüncelerini ifade etmiştir. Bazı hastalar ölüm hakkında konuşmaya başlamışsalar da görüşülenlerin tümü hayattan ayrılmaya hazır olmadıklarını ve yapmak için geriye kalan çok şeyleri olduğunu bildirmişlerdir. Ailelerinin gelişimlerinin, arkadaşlarıyla ilişkilerinin ve normal yaşamın parçası olmayı istemektedirler. Ölümden korkmadıklarını fakat sevdiklerinden ayrılmanın üzüntü verici olduğunu da söylemişlerdir. Ölene kadar bağımsızlıklarını sürdüremezlerse, yakınlarına yük olma hakkında endişelerinin olduğu anlaşılmaktadır.

Görüşülen hastalar için bağımsızlığı ve bütünlüğü sürdürme yol gösterici yıldız olmuş, güçlü bir şekilde yaşam kalitesine bağlı olduklarını hissetmişlerdir. Kişi olarak değerli olmayı ve her şeyin her zamanki gibi olmasını, alışık oldukları gibi yaşamayı istemişlerdir. Bunun yaşam kalitesini güçlendiren bir çeşit kontrol ve güvenlik duygusu verdiği bildirilmiştir. Bu açıklamalar, yaşam kalitesinin anlamını anlamayı sağlamaktadır. Dar köprünün bir ucunda umut deneyimi ve destekleyici ağ yaşam kalitesini pozitif etkilerken, belirsizlik, ölüm düşünceleri, suçluluk ve utanç duyguları, yakınlarının tepkileri de negatif olarak etkilemektedir. Yaşam kalitesi veya ifade edilen her zamanki yaşamı deneyimlemek amacıyla bu dar köprüde denge sağlamak gerekir. Sağlık profesyonelleri; yakınlarının desteğini sağlayarak, belirsizliği azaltmak için açıkça

bilgi vererek, hastalık hakkında konuşmaya ve soru sormalarına fırsat vererek, gerçek dışı beklentiler vermeksizin hastada umudu koruyarak yardım edebilirler.

DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİ

Akciğer kanserli hastalara yeni tanı konduğu ve devam eden süreçte dispne, öksürük, yorgunluk, ağrı, iştahsızlık, sekresyon gibi bedensel belirtilerin ön planda olduğu bildirilmektedir [1,6,16,17,18]. Bir çalışmada akciğer kanseri hastalarında en fazla (%75) karşılanmayan gereksinimin, enerji azlığı ve yorgunluk olduğu saptanmıştır [6]. Özellikle yorgunluk, günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir [3]. Sistematik bir derlemede semptom yükünün psikolojik iyilik üzerinde de önemli etkilere sahip olduğu, akciğer kanserli dört kişiden birinin depresyon veya diğer psikososyal problemlerden birini yaşadığı bildirilmiştir [19]. Carlson ve arkadaşları (2010) meme kanserli hastaların yarısında ve akciğer kanserli hastaların üçte ikisinde distres bildirmiştir [20]. Akciğer kanserli hastalarda distres; enerji eksikliği, ağrı, aileyle ilgili endişeler, kendi gereksinimlerini karşılayamamayla ilgili engellenmişlik ve hastalığın ilerlemesi korkusuyla ilgilidir [1]. Prospektif çalışmalarda, tedavi önerilmeyen, tanıya yakın zamanda depresif belirtileri olan, daha az eğitimli kişilerin depresyon için yüksek risk oluşturduğu bulunmuştur. Psikososyal taramaların depresyonu önleyebileceği ve yaşam kalitesini iyileştirebileceği belirtilmiştir [19]. Son yıllarda Sullivan ve arkadaşları (2014) tarafından 3869 akciğer kanserli hastanın değerlendirildiği çalışmada depresyon oranı %14 olarak saptanmıştır. Kanser tanısı öncesi iki yıl içinde hastaların %55'inin en az bir kez psikiyatri kliniğine başvurduğu ve %28'inin depresyon nedeniyle hastane yatışı olduğu bulunmuştur. Depresyon tanısının artan mortaliteyle ilişkili olduğu saptanmıştır. Mortalite artışına neden olabilecek çeşitli mekanizmalar arasında; depresif hastaların sigara kullanımının daha muhtemel oluşu, tanı sonrası sigara kullanımına devam etme, daha ileri aşamada tanı konması, cerrahi tedavi sonrası komplikasyon gelişmesi, komplike kanser tedavileri ve tedaviye uyumsuzluk belirtilmiştir [21].

Çeşitli kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerinin araştırıldığı bir çalışmada, tanının akciğer kanseri olmasının hastaların günlük yaşam ve psikolojik gereksinimlerinin yüksek düzeyde olması için bağımsız bir prediktör olduğu saptanmıştır. Akciğer kanserli hastaların karşılanmayan gereksinimlerinin diğer kanser türlerine sahip hastalara göre daha fazla olduğu görülmüştür [22]. Sanders ve arkadaşlarının (2010) altı ay içinde akciğer kanseri tanısı konan hastaların destekleyici bakım gereksinimlerini araştırdıkları çalışmada en fazla fiziksel ve günlük yaşam alanında gereksinimlerin olduğu, bunu psikolojik, sağlık sistemi, bilgi, hasta bakımı ve destek gereksinimlerinin takip ettiği bildirilmiştir. Hastaların %37.5'inde distres ve %37.4'ünde depresyon bulunmuştur. Destekleyici bakım gereksinimlerinin tümü kanserle ilgili intrusif düşünceler, distres, depresif semptomlarla pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Hastaların karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimleri sağlık bakım memnuniyetiyle, fiziksel fonksiyonla negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Psikolojik boyutta %78'inin, sağlık sistemi ve bilgi boyutunda %66'sının, hasta bakım desteği boyutunda %57'sinin en az bir karşılanmamış gereksinimi olduğu, üçte birinin durumu, tedavisi, takibi, yapabilecekleri hakkında konuşmak için bir profesyonele ulaşmakla ilgili gereksiniminin karşılanmadığı saptanmıştır [6]. Bir başka çalışma da yeni tanı konmuş hastaların psikososyal gereksinimlerinin tedavi ekibi tarafından ele alınmadığını, erken dönemde ele alınmaya başlanması gerektiğini göstermiştir [16].

Tanı döneminde hastalar günlük yaşamda kısıtlılıklar ve bağımsızlığın kaybı hakkında üzüntü yaşamakta [3], sigarayı bırakma büyük bir hayal kırıklığı ve günlük

yaşamda kayıp olarak görülebilmektedir [23]. Akciğer kanseri olan hastalarda endişe, üzüntü, suçluluk, düşük benlik saygısı ve yük hisleri, tanı ve tedavi sürecinde boşa zaman geçirdiğini düşünme, bekleme süresinin uzaması, tedavinin etkilerini kontrol edememe kanserin yayılması, ağrı ve fonksiyonel güçlükler hakkında korkular, hastalığı kabullenme gibi psikolojik/emosyonel problemlerin yaygın olduğu bildirilmiştir. Bazı hastalar destekleyici, yaşamı devam ettiren tedavi ve resüsitasyon hakkında kendi tercihlerini ifade edememek hakkında endişeler yaşamaktadırlar. Bazıları da klinik ekiple iletişim sürecinde bakım vericilerin bulunmasının yararlı olacağı görüşündedir [3]. Çeşitli çalışmalarda aile üyeleri üzerinde hastalığın etkilerinin de hastalar için önemli bir endişe kaynağı olduğu bulunmuştur [1,16,24]. Hastaların, ailenin bakımı hakkında sorumluluk duygusu açığa çıkmaktadır. Lehto ve Therrien (2010) de hastaların ölümle ilgili düşüncelerinin "onlar olmaksızın ailelerin yaşamlarını devam ettirmeyle baş etmeleri" hakkında olduğunu tanımlamışlardır [25]. Ugalde ve arkadaşları (2012) hastaların %39.8'inde distres ve %19.4'ünde klinik olarak önemli depresyon saptarken, en sık (%62) karşılanmayan gereksinimin "ailenin korkuları ve üzüntüleriyle uğraşma" olduğunu ve gereksinimlerin çoğunun tıbbi iletişimle ilgili olduğunu bildirmiştir [24]. Sağlık durumları, tedavi ve takibin tüm boyutları hakkında anlaşılır terimlerle, dürüstçe konuşabileceği bir klinisyene ulaşma, hastaların en belirgin destek gereksinimi arasındadır. Akciğer kanserli hastaların bulunan en tutarlı gereksinimlerinden biri de; kendine bakım için yapabilecekleri şeyler, hastalığın yönetimi ve tedaviler hakkında tam ve zamanında bilgi almakla ilgilidir. Buna ek olarak, hastaların mümkün olan en iyi bakımın ve tedavinin sunulduğundan emin olma ihtiyacı vardır [3].

Spiritüel boyutta tanı döneminden terminal döneme kadar uzanan süreçte yaygın (%13-64) bildirilen gereksinim "gelecek hakkında belirsizlik" ile ilgilidir [1,6,16]. Hastalar belirsizliği, bilinmeyen korkusu ve gelecek hakkında korku olarak yorumlamıştır. Bu bağlamda, yaşam amacı ve anlam bulmada yetersizlik, geri kalan zamanda öncelikleri tekrar gözden geçirme ve olumlu bakmayı muhafaza edebilme hakkında endişeler sıklıkla görülmektedir [3]. Hastaların en az yarısının ölüm ve ölmek hakkında endişeli olduğu [25], uyku esnasında, hızlı ve ağrısız "iyi ölüm" düşüncesinin rahatlatıcı olduğu bildirilmiştir [26]. Son iki yıl içinde akciğer kanseri tanısı alan kadın ve erkek hastaların psikolojik tepkilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada spiritüel uygulamalar ve sigara kullanımı açısından fark olduğu saptanmıştır. Kadınların dini başa çıkma yöntemini daha fazla kullandığı, yaşam misyonuna sahip olduğu ve ilahi planın bir parçası olma gibi spiritüel uygulamaların erkeklerden daha fazla olduğu bulunmuştur. Depresif semptomların iyileşmesinde ve yaşam sonunda önem kazanan bu konuda özellikle kadınlara yönelik müdahalelerin dini uygulama ve baş etmeyi içermesi önerilmiştir. Çalışmada, erkeklerin sigara kullanımına başlama yaşının kadınlardan daha erken olduğu ve sigara kullanım oranı açısından önemli ölçüde fark olduğu görülmüştür. Hayatta kalma oranı, sosyal destek ağları, bilgi ihtiyacı, tedavi kararı memnuniyeti, fonksiyonel sağlık, yaşam doyumu ve ekonomik etkileri açısından fark olmadığı ortaya çıkmıştır [26].

Finansal güçlükler de ayrıca bazı çalışmalarda belirtilmekte ve stigmatize edilme korkusu, hastalığın doğası, sağlık profesyonelleri adına başarısızlık, bürokratik sorunlar uygun finansal desteği elde etmedeki engeller olarak gösterilmektedir. Maguire ve ark. (2012) tarafından yapılan bir sistematik derlemeye göre akciğer kanserli hastaların günlük yaşam ve kognitif gereksinimlerinin (unutkanlık, konfüzyon vb.) yeterince araştırılmadığı, mevcut çalışmalarda hastaların mümkün olduğunca normal yaşama çabasında olduğu gösterilmiştir [3].

Anksiyete ve depresyonu tanılamada ve tedavi etmede yetersizlik yaşam kalitesinin

düşme riskini ve hastalıkla ilgili morbidite ve mortalite olasılığını artırmaktadır. Kanserin kronik veya geç tıbbi etkilerinin bazıları önlenemese de, klinisyenler negatif duygusal ve davranışsal sekelleri azaltmada hayati bir role sahip olduklarını farketmelidir [27]. Distresin ve gereksinimlerin taranması, riskli grubun, etkileyen faktörlerin belirlenmesi kadar bu hastaların profesyonel yardıma ulaşmaları da üzerinde durulması gereken bir konudur. Kanser hastalarında distres oranı yüksek olmasına rağmen formal danışmanlık alma oranının %10'dan daha az olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Ayrıca akciğer kanserli beş hastadan birinin yönlendirilmesine rağmen psikolojik danışmanlık almadığı da belirtilmiştir [28]. Fitch ve Steele (2010) hastaların yarısının karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmak için kanser merkezindeki personelden yardım istediğini ama diğer önemli bölümünün (%45-58) yardım istemediğini bildirmiştir [1]. Endo ve arkadaşları (2008) tarafından akciğer kanseri olan hastaların psikolojik bakım almayla ilgili engellerini değerlendirdiği çalışmada hastaların en fazla (%71) "emosyonel yük ilaçla azaltılamaz" algısının, ikinci sırada (%56) "acaba gerçekten zihin üzerine etkili ilaçlar kullanmam gerekiyor mu" düşüncesinin, benzer oranda hiçbir hekimin hastanın emosyonel distresini sormamasının, %54'ünün psikotrop ilaçların bağımlılık olasılığı hakkında endişelenmesinin, %52'sinin "hiçbir hekimin emosyonel durumumu tartışmak için zamanı yok" düşüncesinin, hastaların yarısının da "primer tedavimin bir bileşeni değil" ve psikotrop ilaçların yan etkileri hakkında endişelerinin engel olduğu bulunmuştur. Doğru bilginin eksikliği ve/veya tedavilerin yanlış algılanmasının en yaygın nedenler olduğu görülmektedir. Danışmanlık hizmeti almaya göre psikotrop kullanımına karşı olumsuz görüşlerin daha fazla olduğu diğer önemli bir bulgudur. Danışmanlık hakkında en sık bildirilen engel (%32) "genelde duygularım hakkında konuşmayı sevmem", ikinci sırada (%30) "hekimlerle duygularımı konuşmam tedavimi radikal olarak değiştirmeyecektir" ve %27'sinde "psikoterapi/danışmanlık emosyonel distresi azaltmada etkili değildir" düşüncesi olduğu saptanmıştır. Psikiyatri konsültasyonu hakkında saptanan en önemli engeller (%47 ve %44) "acaba gerçekten psikiyatri kliniğini ziyaret etmem gerekiyor mu, bu konuda tereddütlüyüm çünkü benim için neler yapabileceklerinden emin değilim" düşüncelerinin, %20 oranında da psikiyatri kliniğinin kötü imajının ve diğer kişilerin hasta için ne düşüneceği hakkında endişelerinin olması gibi stigmanın engelleyici olduğu görülmektedir. Çalışmada psikolojik distresi ciddi düzeyde olan hastaların psikiyatrik yardım alması daha muhtemel olduğu ifade edilmiştir. Ancak istatistiksel olarak ilişkili bulunan tek faktör cinsiyet olarak bulunmuştur. Erkeklerin emosyonel ilişki kurmayla ilgili engelleyici algısı kadınlara göre daha yüksek olarak saptanmıştır [29]. Ülkemizde de kanser hastalarına yeterli psikolojik tedavinin ulaşmamasında geçerli engeller olarak kabul edilebilecek bu düşüncelerin ve algının hem çalışmalarla daha net ortaya konması, hem de müdahalelerin geliştirilerek etkinliğinin değerlendirilmesine ihtiyaç olduğu açıktır.

PSİKOSOSYAL MÜDAHALE YÖNTEMLERİ VE ETKİNLİĞİ

Günlük yaşam devam ederken yarınımızın nasıl olacağı konusunda bir fikrimiz vardır. Genellikle uzun ve sağlıklı yaşayacağımızı kabul ederiz. Kanser tanısı özellikle akciğer kanseri bu varsayımı bozar, gelecek belirsizleşir ve ölümün uzak olmadığı düşüncesi ortaya çıkabilir. İnsanlar kendi ölümlerinin bilincine uyum sağlamayı öğrenmesi ve yaşaması gereken eşsiz varlıklardır. Hayatı tehdit eden bir hastalık saptandığında prognoz ve yaşam beklentisi hakkında sorular olduğu gibi "şimdi ne olacak?" diğer bir sorudur. Kemoterapi ileri evre akciğer kanserinde etkin tedavi olarak kabul edilmesine rağmen hastalık semptomları kadar tedavinin

yan etkilerinin yüksek prevalansı semptom distresini azaltmak ve yaşam kalitesini iyileştirmek için kaliteli palyatif ve destekleyici bakıma olan ihtiyaç yüksektir [30]. Akciğer kanseri hastalarına özgü olmamakla birlikte kanser hastalarında psikolojik distresin, anksiyete ve depresyonun taranmasına, değerlendirilmesine ve müdahale yöntemlerine yönelik çeşitli klinik rehberler yayınlanmıştır [27,31,32]. Ülkemizde hemşirelerin konsensus toplantıları, kanıta dayalı verilerin ve klinik deneyimlerin tartışılmasına fırsat vermiş ve ortaya çıkan kararlar yayınlanmıştır [33,34,35]. Dört yıl önce yayınlanan "Akciğer Kanserinde Tedavi ve Bakım" kitabı da kapsamlı ve kolay ulaşılabilir bir kaynaktır [10]. European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC) tarafından yayınlanan palyatif bakımda depresyonun yönetimi için klinik rehber de yayınlamıştır [36]. Bu kaynaklardan yararlanılarak distres, anksiyete ve depresyon yönetiminde onkoloji ekibinin klinik uygulamasında yararlanılacak bilgilere yer verilmiştir.

Psikolojik Distres

Distres/sıkıntı kavramı, güçsüzlük, hüzün, korku, depresyon, anksiyete, panik, endişe, üzüntü gibi çok çeşitli duyguları kapsar. Kanser, tedavisi ve fiziksel semptomları ile bireyin etkin baş etme yetisini engelleyen, hoş olmayan duyguları, kanser tedavisinin ve bakımının psikolojik, sosyal ve spritüel yönlerini tanımlar [31]. Distres kelimesinin psikiyatrik, psikolojik, emosyonel stigmayı en aza indirebileceği, yardım istemede ve yönlendirmede daha kabul edilebileceği düşünülmektedir. Kanser hastalarında distres taramasının 6. vital bulgu olarak yer alması tanımlanmaktadır [37]. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) distres yönetimi için yayınladığı klinik rehberde kullanışlı, güvenilir, kolay, hızlı ve pratik uygulanabilir bir ölçüm aracı ile distresin düzenli takip edilmesi ve rutin kanser bakımına dahil edilmesi önerilmektedir. Distres düzeyi ve kaynaklarının hastayla yapılan ilk görüşmede ve sonrasında aralıklı olarak düzenli belirlenmesi gerekir. Distres düzeyi 0 ile 10 puan arasında değerlendirildiğinde hasta 4 ve üzerinde puan bildirdiğinde, aşırı üzüntü veya ruminasyon, iritabilitede artma, konsantrasyon güçlükleri, uykusuzluk, zevk almama, sosyal geri çekilme, yalnızlık, çaresizlik hisleri, iştahta bozulma, başağrısı, bulantı, çarpıntı, diyare veya konstipasyon gibi belirtiler daha yoğun yaşandığında distresin orta veya yüksek düzeyde olduğu anlaşılır. Literatürde, hastaların çoğunluğunun psikiyatrik tanı ölçütlerini karşılamayan, orta düzeyde emosyonel distres yaşadığı bildirilmektedir. Bu distres psikiyatrik tedavi gerektirmeyebilir ancak etkili psikososyal müdahalelerin uygulanmasını gerektirir [38]. Psikolojik distrese yönelik gerektiğinde farmakolojik müdahalelerin yanı sıra hastanın sıkıntısını kabul etme ve güven oluşturma, bakımın sürekliliğini sağlama, destek grupları, aile danışmanlığı, progresif relaksasyon, meditasyon, yaratıcı terapiler, egzersiz, ruh sağlığı çalışanlarına yönlendirme önerilen müdahalelerdir [31].

Anksiyete

American Society of Clinical Oncology (ASCO) yayınladığı klinik rehberde yer alan algoritmaya göre; tüm sağlık profesyonelleri emosyonel distresi ve spesifik olarak anksiyete semptomlarını rutin olarak taramalıdır. Tarama ilk görüşmede, tedavi döneminde uygun aralıklarla, klinik olarak gerek görüldüğünde ve özellikle değişim dönemlerinde (tedavi sonunda, nüks, palyatif bakıma ve terminal döneme geçişte) yapılmalıdır. Tarama için geçerli, güvenilir, distresin doğasını (problemleri ve endişeleri) ve düzeyini belirleyecek araçlar seçilmelidir. Taramada orta veya ciddi düzeyde anksiyete semptomları belirlenen hastaların tanıya yönelik değerlendirilmesi önerilmektedir.

Tanılama klinik ekibin paylaştığı bir sorumluluktur. Tanılamada hastalarda kendine veya diğerlerine zarar verme riski, ajitasyon, psikotik belirti ve deliryum semp-

tomlarının değerlendirilmesi önceliklidir. Acil müdahale gerektiren bu belirtiler tespit edildiğinde psikiyatriste yönlendirilmesi gerekir. Anksiyetenin belirtileri (panik ataklar, titreme, terleme, takipne, taşikardi, çarpıntı, terli avuç içleri gibi), kanser semptomlarının ciddiyeti, olası stresörler (günlük yaşamda bozulma gibi), risk faktörleri (ailede anksiyete öyküsü, özgeçmişte psikiyatrik bozukluk, alkol-madde kötüye kullanım öyküsü ve halen devam ediyor olması, diğer kronik hastalıkların varlığı) değerlendirilmelidir. Anksiyetenin tıbbi nedenleri belirlenmeli, ağrı, yorgunluk gibi semptomların hafifletilememesinin anksiyeteye sebep olabileceği, akciğer kanseri hastalarında kullanılan bazı ilaçların (bronkodilatatörler, steroidler, antiemetik olarak kullanılan antipsikotik etkili metoklopramid vb.) anksiyeteye yol açtığı unutulmamalıdır.

Anksiyete hafif düzeyde ise primer onkoloji ekibi her zamanki destekleyici bakımla endişeleri yönetmeyi seçebilir. Orta veya ciddi düzeyde ise ruh sağlığı uzmanına yönlendirilir. Bunun için klinik ekip hasta ile karar sürecini paylaşmalı, nedenlerini, olası yararlarını birlikte gözden geçirmelidir. Tedavi ve bakım seçenekleri olarak öncelikle kendine veya diğerlerine zarar verme riski olan hastaların birebir yakın gözlenmesi, güvenli bir çevre yaratılması klinik ekibin yapması gerekenlerdir. Anksiyete tedavisi için yönlendirilmesinden sonra hastanın uyumunun ve tedavi sürecinin, sonuçlarının takibi de önerilmektedir [27].

Depresyon

Kanser hastalarında depresyonun taranmasına yönelik ilk adımda belirtilenler anksiyetede açıklandığı gibidir. İkinci adım olarak klasik depresif semptomları değerlendirmede kullanılan iki item veya iki soru (çökkün duygudurum ve anhedoni) ile tarama yapılmasıdır. Son iki haftadır, hemen hemen her gün veya zamanın yarısından daha fazlasında her iki semptom varsa üçüncü adımda ülkemizde de geçerlilik güvenilirliğinin yapıldığı KISA sağlık anketinin (PHQ) depresyon bölümündeki itemlerin uygulanması istenmektedir. Tüm itemlerin uygulanması gerekecek hasta oranının %25-30 olacağı tahmin edilmektedir. Hastaların kendine veya çevresine zarar verme riskinin belirlenmesi de ayrıca vurgulanmaktadır [27]. Önceki yıllarda yayınlanmış literatürde de depresyonun taranmasında kombine edilmiş bu iki sorunun duyarlı ve özgün olduğu [39], palyatif bakım ünitelerinde de kullanılmasının uygun olacağı bildirilmiştir [40]. Depresyonun palyatif bakımda ilerlemiş hastalıklarda tanılanmasına yönelik Antunes ve arkadaşları (2014) da iki itemle depresyon taramasının çeşitli kanser hastalarında ve akciğer kanseri hastalarında da duyarlı ve özgün olduğunu saptamıştır. Depresyonun taranmasının depresyon tanısı olmadığına ve terapötik ilişki kurularak iyi klinik öykünün alınması gerektiğine de dikkat çekilmiştir [41]. Depresyonun onkoloji klinisyenleri tarafından tanınması gerekmektedir. Rhondali ve arkadaşları (2012) onkologların, palyatif bakım hekimlerinin ve aynı yazarın (2014) hemşirelerin depresif semptomlara yönelik algısını değerlendirdiği çalışmalara göre bilgilerinin yeterli olduğu, Tablo 1'de verilen spesifik ve önemli semptomları spesifik olmayanlardan ayırt edebildikleri ancak çalışma çevresiyle ilişkili olarak depresyonun yeterince tanılanmadığı bildirilmiştir. Hemşireler tarama araçlarını rutinde kullanamadıklarını, depresif semptomların yönetiminde eğitime ihtiyaçları olduklarını ve ileri değerlendirme, antidepresan tedavi gereken hastaları yönlendirmek için hekimleri ikna etmekte zorlandıklarını ifade etmişlerdir [42,43]. Ülkemizde de çalışma çevresiyle ilgili engeller, hemşirelerin psikiyatrik değerlendirme istenmesi gereken hastalara hekimlerin konsültasyon istemesini sağlamada zorlanmaları ve psikiyatrik yardımın sağlık uygulamaları tebliğine göre geri ödemesiyle ilgili sınırlandırıcı koşullar kanser hastalarına psikoonkoloji hizmetini ulaştırmanın önündeki engeller arasındadır.

Tablo 1. Kanser hastalarında depresyon tanısı için semptomların önemi ve özgünlüğü

Önemli ve Özgün Semptomlar	Önemli ve Özgün Olmayan Semptomlar	Önemsiz ve Özgün Olmayan Semptomlar
• İntihar düşüncesi	• İştahsızlık	• Korku
• Uyku bozukluğu	• İrritabilite	• Kararsızlık
• Zevk kaybı	• Anksiyete	• Kilo kaybı
• Umutsuzluk	• Ses tonu	• Ajitasyon
• Öz-geçmişte depresyon öyküsü	• Yorgunluk	• Delüzyonlar
• Ölümü hızlandırma talebi	• Somatizasyon	• Ağlama
• Günlük yaşama etkisi	• Suçluluk duyguları	
• Üzüntü		
• Psikomotor bozulma		

Taramada orta veya ciddi düzeyde depresyon semptomları belirlenen hastaların tanıya yönelik değerlendirilmesi önerilmektedir. Depresyonun belirtileri, kanser semptomlarının ciddiyeti (yorgunluk gibi), olası stresörler, risk faktörleri (ailede depresyon öyküsü, özgeçmişte psikiyatrik bozukluk, alkol-madde kötüye kullanım, önceki depresif bozukluk, ilerleyici, ileri evre hastalık veya nüks, kansere ek olarak diğer kronik hastalıkların varlığı, yalnız yaşama, işsizlik veya düşük sosyoekonomik düzey, kadın cinsiyet) tespit edilmelidir [27]. Özgeçmişte veya kanser tanısı öncesi depresyon varlığının sorgulanması özellikle önemlidir. Sullivan ve arkadaşları (2014) kanser tanısından 2 yıl öncesinde antidepresan kullanımı, psikiyatri başvurusu, hospitalizasyon gibi ölçümlere göre depresyon tanısı olan akciğer kanserli hastalarda mortalite riskinin arttığını bildirmiştir. Özellikle son zamanlarda depresyon öyküsü olan hastaların tanı döneminde daha agresif psikoterapötik ve farmakolojik tedavinin uygulanmasının önemli olduğunu belirtmiştir [21].

Depresyon hafif düzeyde ise, destekleyici bakım ve önlem, orta düzeyde ise psikolojik/psikososyal müdahaleler ve ciddi düzeyde ise psikolojik ve psikiyatrik müdahale seçenekleri önerilmektedir. Orta ve ciddi düzeyde depresyon semptomları saptandığında klinik ekibin hastayla karar sürecini paylaşması, ruh sağlığı uzmanına yönlendirmesi ve süreci takip etmesi önemlidir [27]. Hart ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan metaanaliz çalışması, kanser hastaları arasında depresyonun psikoterapötik veya farmakolojik yöntemler kullanılarak tedavi edilebileceği sonucunu bildirmiştir [44]. Walker ve arkadaşlarının (2013) akciğer kanserli hastalarda depresyon tedavisini değerlendirdiği randomize kontrollü sistematik derlemede bildirdiği sonuçlardan biri, akciğer kanserli kişilerde depresyon tedavisinin tamamlandığı bir çalışmaya ulaşılamadığı; ikincisi, antidepresan tedavi veya kognitif davranışçı terapi gibi diğer hasta gruplarında depresyonun tedavisinde etkin olduğu bilinen tedavilerin uygulandığı bir çalışmaya da ulaşılamadığı; üçüncüsü, depresif akciğer kanserli hastaların tedavisinde rehber olacak kanıtların eksik olduğudur [45].

Tablo 2. Depresyon ve üzüntü arasındaki farklar

Depresyon	Üzüntü
• Kimsesiz, dışlanmış ve yalnızlık duygusu hisseder	• Diğerleriyle yakın bağlantıda olduğunu hisseder
• Duygular kalıcıdır	• Duygular bir gün sona erecek
• Düzeltilemez hatalar hakkında ruminasyon, pişmanlık,	• Mutlu anlardan zevk alabilir
• Öz-değer kaybı / kendinden nefret etme	• Kendini değerli hisseder
• Sürekli ve aralıksızdır	• Dalgalar halindedir
• Gelecek ilgisi ve umudu yoktur	• Bir şeyleri sabırsızlıkla bekler
• Birkaç aktiviteden hoşlanır	• Zevk alma kapasitesini korur
• İntihar düşünleri / davranışları vardır	• Yaşamaya isteklidir

European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC) tarafından yayınlanan palyatif bakımda depresyonun yönetimi için klinik rehber yayınlamıştır [36]. Rehberde, depresyonu önleme, değerlendirme ve tedavi önerileri yer almaktadır. *Özetle;*

Önlemede yer alan öneriler; İyi palyatif bakımın, yaşam sonunda depresyonun önlenmesi için anahtar bir strateji olduğu, semptomları, distresi kontrol etmek ve optimum yaşam kalitesi için fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel bakımı entegre ettiği belirtilmiştir. Palyatif bakımda tüm sağlık profesyonelleri holistik ilkeleri uygulamaları gerekir.

- İletişim çok önemlidir. Hastaların problemlerini, tercihlerini, sorularını ve endişelerini, dinleyin, öyküsünü işitin. Göz teması kurun, postürünüz özenli ve ilgili olsun. Empati, açık uçlu soru sorma ve özetleme yöntemleriyle hastanın kendini ifade etmesini teşvik edin. Açık, ilgili ve yargılayıcı olmayan, klinik dilden kaçınarak iletişim kurun. Hastanın aile üyeleriyle ilişki kalitesini değerlendirin. Multidisipliner ekibin iletişimine ve işbirliğine önem verin.
- Hastaların isteklerine göre uygun bilgi verin ve tedavi kararına katılımını sağlayın.
- Hastaların fiziksel semptomlarını (ağrı, nefes alamam, yorgunluk gibi) değerlendirin ve yönetin.
- Psikososyal destek verin ve baş etme stratejilerini (aktif olmaları, destek ağlarını korumaları gibi) kolaylaştırın.
- Depresyon kriterlerini karşılamayan üzüntü veya distres yaşayan hastalar destekten, bilgilendirmeden, palyatif bakımdan ve psikolojik müdahalelerden yarar sağlayabilir.
- Depresyon açısından yüksek riskli hastaları (öz-soy geçmişte depresyon öyküsü, semptomların kontrol altına alınamaması, kötü performans, sosyal destek eksikliği, eş zamanlı yaşam stresörleri, genç yaş gibi) belirleyin, ilave destek sağlayın ve yakından gözleyin, takip edin.
- Kompleks hastaları ilave destek ve uzmanlık sunabilecek özelleşmiş palyatif bakım hizmetlerine yönlendirin.

Tanılamada yer alan öneriler; Palyatif bakımda depresyon prevalansının yüksek olduğu, depresif semptomların dikkat ve yüksek bilinç gerektiği belirtilmiştir. Palyatif bakımda depresyonu belirlerken yorgunluk, uykusuzluk gibi somatik semptomlar özellikle zorlayıcı olabilir, ileri evre hastalık veya tıbbi tedavi depresyona yol açabilir. Ayrıca,

palyatif bakımda depresyon terminal hastalığa sıklıkla eşlik eden normal korku ve üzüntüden ayırmak güç olabilir. Kısacası, kişinin hastalığına üzülmesi doğaldır ancak kendine üzülmesi depresyonu düşündürür. Ayrıca depresyon-üzüntü ayrımı için Tablo 2'den de yararlanılabilir;

- Çökkün duygudurum, ilgi kaybı, suçluluk, utanç, değersizlik, umutsuzluk ve intihar fikirleri depresyonun anahtar semptomlarıdır. Beden dilinin (kederli tavır, hareket eksikliği, yığılmış postür, düz (flat) afekt, emosyonel tepkilerde azalma gibi ipuçları) de farkında olunmalıdır.
- Hastanın duygudurumu rutin semptom tanılamasının bir parçası olmalıdır.
- Değerlendirmenin geçerliliği ile güçsüz hastaya yük olmayacak kadar kısa olması arasında denge olmalıdır.
- Tarama araçları depresyonun saptanmasında yararlı olabilir. Yine de tarama için kullanılan araçlarla tanı konulmaz. Eğer depresyon şüphesi varsa klinik görüşme yapılarak, standardize tanı kriterlerine göre depresyon tanısı konmalıdır. Kültürel faktörler de dikkate alınmalıdır. Depresyon tanısı, utanç verici olarak görülebilir bu nedenle duyarlılık ve güvence gereklidir
- Semptomların sayısı, içeriği, süresi, ciddiyeti ve işlevsellikte bozulma değerlendirilmelidir. Depresyon anksiyeteyle de yakından ilişkili olduğundan anksiyete semptomları da değerlendirilmelidir.
- Deliryum, demans, ilaç reaksiyonları, hipotroidizm gibi alternatif tanılar düşünülmelidir.
- Ağrı gibi kontrol altına alınamamış semptomlar, steroidler gibi ilaçlar, hiperkalsemi gibi metabolik faktörler, tanıyla ilgili bilgi eksikliği, prognozla ilgili korkular, ölüm sonrası yakınlarıyla ilgili endişeler, diğer kayıplar, varoluşsal/spiritüel distres, ekonomik güçlükler, ailede çatışma, sosyal izolasyon gibi eşlik eden faktörler düşünülmelidir.
- Depresyonun ve tedaviye yanıtın ciddiyetini ölçmek için geçerli tanılama araçları kullanın.
- İntihar düşünceleri, planları, araçlara ulaşımı araştıran duyarlı yöntemler kullanın ve değerlendirin. Psikolojik distres yaşayan hastalara kendine zarar verme düşüncesi olup olmadığını direkt sorun.
- Hasta ciddi depresif veya tanı kesin değilse de, kompleks psikiyatrik bozukluk öyküsü varsa, intihar düşüncesi belirtileri tespit edilmişse, hasta tedaviye cevap vermiyorsa ruh sağlığı uzmanına yönlendirin.

Tedavide yer alan öneriler; Palyatif bakımda tedaviye yönelik kanıtlar azdır fakat radikal olarak farklı bir yaklaşım gerektiği önerisinde de bulunulmaktadır. Dikkate alınması gereken önemli konular hastanın tanısını, prognozunu, semptomlarını, olası kontrendikasyonlarını ve kişisel tercihlerini içerir.

- Hafif depresyonda iyi palyatif bakım sağlanması, kendi kendine yardım grupları, uygun yazılı materyal ve destek, aile üyeleriyle ilişkilerinin kolaylaştırılması, kısa psikolojik müdahale, etkin iletişimi ve sosyal desteği kolaylaştırmak düşünülebilir.
- Orta düzeyde depresyon için yukarıdakilere ek olarak kognitif davranışçı terapi ve antidepresan tedavi yararlı olabilir.
- Ciddi düzeyde depresyon için yukarıdakilere ek olarak intihar riskinin yönetilmesi, ajitasyon, anksiyete belirtileri gösteren hastalarda benzodiazepinler, uyku bozukluğunda hipnotik veya sedatif ilaçlar yararlı olabilir ve ruh sağlığı uzmanına yönlendirilmesi gerekir.
- Tedaviye dirençli depresyon için psikiyatrik tedaviye uyumun değerlendirilmesi ve diğer seçenekler için ruh sağlığı uzmanına yönlendirilmesi gerekir.
- Hastayı tüm tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirin.
- Hastanın tercihlerini, önceki tedavi deneyimlerini ve sonuçlarını dinleyin.

- Etkili tedavi için gereken zamanı ve hastanın muhtemel yaşam beklentisini dikkate alın.
- Antidepresan tedavinin ilk haftasında yan etkileri değerlendirin.
- Tedavi yanıtını değerlendirmek için her 2 haftada bir hastanın duygudurumunu tekrar tanılayın.
- Kognitif davranışçı terapi disfonksiyonel düşünce biçimini tanılamaya ve yapılandırmaya odaklanır. En yaygın olarak kullanılan ve çalışmalarda etkinliği bildirilen psikolojik terapidir.
- Problem-çözme terapisi hastaların spesifik sorunlarını belirlemeye, tartışmaya ve çözmeye yardım eden müdahalelere odaklanmış, kısa bir terapi yöntemidir.
- Diğer terapiler (kişilerarası terapi, eş terapisi, grup terapisi, bilinçli farkındalık temelli (mindfulness-based) terapi gibi) ileri evre hastalığı olanlar için yararlı olabilir fakat kanıtlar sınırlıdır.
- Palyatif bakımda kısa müdahalelerin tercih edilmesi uygun olur.
- Yaratıcı terapiler (müzik ve sanat gibi) relaksasyon sağlamak, ağrı kontrolü ve iyilik hali sağlamak, duygusal ve spiritüel dışa vurumu destekleyerek palyatif hastalarda yararlı olabilir.
- Herhangi bir antidepresanın diğerlerine göre tercih edilmesi gerektiğini gösteren kanıtlar yoktur. Antidepresan seçiminde hastanın tercihi, semptomları, kontrendikasyonları ve yan etkileri dikkate alınır. Mirtazapin, sertralin ve sitalopram etkili ve iyi tolere edilen antidepresanlar arasındadır, palyatif bakım hastaları için de iyi seçimler olabilir. Trisiklik antidepresanlar nöropatik ağrısı olan hastalarda yararlı olabilir. Hastanın fiziksel hastalığı, komorbid hastalıkları, semptom profili, ilaç etkileşimleri, yarılanma ömrü, olası yan etkileri, önceki tedavi cevabı, hastanın ve klinisyenin tercihi dikkate alınarak seçim yapılır.

Temel ve arkadaşları (2010) metastatik akciğer kanserli hastalarda standart bakım alan hastaları erken palyatif bakım alan hastalarla karşılaştırdıklarında, erken palyatif bakımın yaşam sonunda daha az agresif bakım olduğu, duygudurumu, yaşam kalitesini, sağkalımı yaklaşık iki ay iyileştirdiği bulunmuştur. Bu hastalarda standart onkoloji bakımı ile palyatif bakımın erken entegrasyonunun olumlu sonuçları olduğu vurgulanmıştır [46]. Rueda ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan Cocharane Kütüphanesinde yayınlanan akciğer kanserli hastalarda semptomları, psikolojik fonksiyonu ve yaşam kalitesini iyileştirmek için sağlık profesyonellerinin müdahalelerinin etkinliğini değerlendirmeyi amaçlayan randomize veya yarı randomize çalışmalar incelendiğinde; nefes darlığının yönetiminde uygulanan müdahalelerin ve hemşire takip programlarının semptom deneyimi, performans durumu ve emosyonel fonksiyonlarda yararlı olduğu gösterilmiştir. Yapılandırılmış hemşirelik programlarının da benzer yararları yanı sıra bakım memnuniyetinde de pozitif etkileri olduğu bulunmuştur. Danışmanlığın emosyonel semptomlarla daha etkili baş etmeye yardım ettiği ancak kanıtların kesin olmadığı belirtilmiştir. Psikoterapötik, psikososyal ve eğitimsel müdahalelerin etkileri de değerlendirilmiş ve akciğer kanserli hastaların yaşam kalitesini iyileştirmede bazı rolleri olduğu bulunmuştur. Bakım vericileri de içeren baş etme becerileri eğitiminin veya destek temelli telefon seanslarının ağrı, depresyon, yaşam kalitesi ve öz-etkililikte iyileşme sağladığı saptanmıştır. Egzersiz programlarının etkisini inceleyen bir çalışmada kişinin kendini güçlü hissetmesinde, beslenmeye yönelik müdahalenin enerji miktarını artırmada yararlı olduğu bulunurken, egzersizin ve beslenme programının yaşam kalitesinde değişim sağlamadığı görülmüştür. Refloksolojinin ise anksiyete ve ağrı düzeyinde kısa süreli olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir [30].

Onkoloji ekibi tarafından hastalara ve ailelere yönelik psikolojik destek iletişimi, bilgilendirmeyi, fiziksel semptomların yönetimini ve psikososyal, spiritüel gereksinimlerin belirlenmesini ve ele alınmasını,

riskli grubun belirlenmesini, tarama ve tanılama yöntemlerini, tedavi seçeneklerini ve ruh sağlığı uzmanına yönlendirilmesini içerir [35]. Onkolojideki gelişmeler, hastalara psikiyatrik-psikososyal hizmetleri sunmak için konsültasyon liyezon psikiyatrisi servislerinin genel hastanelerde daha yaygın yapılanmasını, psikiyatrik tıp şemsiyesi içinde psikoonkoloji disiplininin şekillenmesini sağlamıştır. Psiko-onkoloji, hastanın ve aile üyelerinin önlemeden erken teşhise, tedaviden hayatta kalmaya, palyatif ve yaşam sonu bakımına, yas sürecinde aileye destek olmaya kadar tüm süreçte psikososyal ihtiyaçlarını ele alır. Bu alan, kanser hastalarının psikososyal bakımına multidisipliner ve koordineli yaklaşımı teşvik eder. Tedavi ve bakımda hasta merkezli bütüncül yaklaşım esastır.

KAYNAKLAR

1. Fitch MI, Steele R. Supportive care needs of individuals with lung cancer. Canadian Oncology Nursing Journal 2010;20:15-22.
2. Smith CB, Nelson JE, Berman AR, et al. Lung cancer physicians' referral practices for palliative care consultation. Ann Oncol. 2012;23(2):382-7.
3. Maguire R, Papadopoulou C, Kotronoulas G, et al. Systematic review of supportive care needs of people living with lung cancer. European Journal of Oncology Nursing 2012;13:1-16.
4. Kocaman Yıldırım N, Kaçmaz N, Özkan M. Yetişkin kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ve verilen hizmet arasındaki boşluk. DEUHYO ED 2013;6(4): 231-40.
5. Howell D, Mayo S, Currie S, et al. Canadian Association of Psychosocial Oncology (CAPO); Cancer Journey Action Group of the Canadian Partnership Against Cancer (CPAC). Psychosocial health care needs assessment of adult cancer patients: a consensus-based guideline. Support Care Cancer 2012;20(12):3343-54.
6. Sanders SL, Bantum EO, Owen JE, et al. Supportive care needs in patients with lung cancer. Psychooncology 2010;19(5):480-9.
7. Kocaman Yıldırım N, Kaçmaz N, Özkan M. İleri evre kanser hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2013;4(3):153-58.
8. Harrison JD, Young JM, Price MA, et al. What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. Support Care Cancer 2009;17(8):1117-28.
9. Dirkse D, Lamont L, Li Y, et al. Shame, guilt, and communication in lung cancer patients and their partners. Curr Oncol 2014;21(5):718-22.
10. Kocaman Yıldırım N. Akciğer kanserinde tedavi ve bakım. Aydıner A, Can G, editörler. Akciğer Kanserleri. 1. Baskı. İstanbul:Kültür ve Turizm Bakanlığı Sertifika No:14803, 2010, p.137-48.
11. Berterö C, Vanhanen M, Appelin G. Receiving a diagnosis of inoperable lung cancer: patients' perspectives of how it affects their life situation and quality of life. Acta Oncol 2008;47(5):862-9.
12. Krishnasamy M, Wells M, Wilkie E. Patients and carer experiences of care provision after a diagnosis of lung cancer in Scotland. Support Care Cancer 2007;15(3):327-32.
13. LoConte NK, Else-Quest NM, Eickhoff J, et al. Assessment of guilt and shame in patients with non-small-cell lung cancer compared with patients with breast and prostate cancer. Clin Lung Cancer 2008;9(3):171-8.
14. Else-Quest NM, LoConte NK, Schiller JH, Hyde JS. Perceived stigma, self-blame, and adjustment among lung, breast and prostate cancer patients. Psychol Health 2009;24(8):949-64.
15. Dickerson SS, Gruenewald TL, Kemeny ME. When the social self is threatened: shame, physiology, and health. J Pers 2004;72:1191–216.
16. Hill KM, Amir Z, Muers M, et al. Do newly diagnosed lung cancer patients feel their concerns are being met?. European Journal of Cancer Care 2003;12:35–45.
17. Joyce M, Schwartz S, Huhmann M. Supportive care in lung cancer. Semin Oncol Nurs 2008;24(1):57-67.
18. Yılmaz E, Özalevli S, Ersöz H, et al. Comparison of health-related quality of life and exercise capacity according to stages in patients with non-small cell lung cancer. Tuberk Toraks 2013;61(2): 131-39.
19. Carlsen K, Jensen AB, Jacobsen E, et al. Psychosocial aspects of lung cancer. Lung Cancer 2005;47(3):293–300.
20. Carlson LE, Groff SL, Maciejewski O, et al. Screening for distress in lung and breast cancer outpatients: a randomized controlled trial. J Clin Oncol 2010;28:4884-91.
21. Sullivan DR, Ganzini L, Duckart JP, et al. Treatment receipt and outcomes among lung cancer patients with depression. Clin Oncol (R Coll Radiol) 2014;26(1):25-31.
22. Li J, Girgis A. Supportive care needs: are patients with lung cancer a neglected population? Psychooncology 2006;15,509–16.
23. Lehto RH. Identifying primary concerns in patients newly diagnosed with lung cancer. Oncology Nursing Forum 2011;38:440-7.
24. Ugalde A, Aranda S, Krishnasamy M, et al. Unmet needs and distress in people with inoperable lung cancer at the commencement of treatment. Support Care Cancer 2012;20:419–23.

25. Lehto R, Therrien B. Death concerns among individuals newly diagnosed with lung cancer. Death Studies 2010;34:931-46.
26. Jacobs-Lawson JM, Schumacher MM, Hughes T, Arnold S. Gender differences in psychosocial responses to lung cancer. Gend Med 2010;7(2): 137-48.
27. Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, et al. American Society of Clinical Oncology. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. J Clin Oncol 2014;20;32(15):1605-19.
28. Huhmann M, Camporeale J. Supportive care in lung cancer: clinical update. Semin Oncol Nurs 2012;28(2):1-10.
29. Endo C, Akechi T, Okuyama T, et al. Patient-perceived barriers to the psychological care of Japanese patients with lung cancer. Jpn J Clin Oncol 2008;38(10):653-60.
30. Rueda JR, Solà I, Pascual A, Subirana Casacuberta M. Non-invasive interventions for improving well-being and quality of life in patients with lung cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2011;7(9):CD004282.
31. National Comprehensive Cancer Network. National Comprehensive Cancer Network Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Distress Management. In:National Comprehensive Cancer Network Clinical Practice Guidelines in Oncology. 1.2012 ed. Fort Washington, PA:National Comprehensive Cancer Network; 2012.
32. Howell D, Keller-Olaman S, Oliver T, et al. A Pan-Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Care of Psychosocial Distress (Depression, Anxiety) in Adults with Cancer, Toronto: Canadian Partnership Against Cancer (Cancer Journey Action Group) and the Canadian Association of Psychosocial Oncology, August 2010.
33. Küçükkaya P, Kutlu Y, Üstün B. Psikososyal Sorunlar-Depresyon. Can G, editör. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım, İstanbul: Nobel Yayınevi, 2010, p.283-5.
34. Kocaman Yıldırım N, Küçük L, Kayış A. Psikososyal sorunlar, uyumsuzluk. Can G, editör. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım 2010, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2010, p. 309-19.
35. Kocaman Yıldırım N. Psikososyal bakımda onkoloji hemşiresi. Can G, editör. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım 2014, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2014, p.1043-56.
36. Rayner L, Higginson IJ, Price A, Hotopf M. The Management of Depression in Palliative Care: European Clinical Guidelines. London: Department of Palliative Care, Policy & Rehabilitation (www.kcl.ac.uk/schools/medicine/depts/palliative)/ European Palliative Care Research Collaborative (www.epcrc.org); 2010.
37. Holland JC, Alici Y. Management of distress in cancer patients. J Support Oncol 2010;8(1):4-12.
38. Velikova G. Patient benefits from psychosocial care: screening for distress and models of care. J Clin Oncol 2010;28(33):4871-73.
39. Mitchell AJ. Are one or two simple questions sufficient to detect depression in cancer and palliative care? A Bayesian meta-analysis. Br J Cancer 2008;98:1934-43.
40. Payne A, Barry S, Creedon B, et al. Sensitivity and spec-ificity of a two-question screening tool for depression in a specialist palliative care unit. Palliat Med 2007;21:193-8.
41. Antunes B, Murtagh F, Bausewein C, et al. EURO IMPACT. Screening for Depression in Advanced Disease: Psychometric Properties, Sensitivity, and Specificity of Two Items of the Palliative Care Outcome Scale (POS). J Pain Symptom Manage. 2014;15:S0885-3924(14)00408-4. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2014.06.014.
42. Rhondali W, Perceau E, Saltel P, et al. Depression assessment by oncologists and palliative care physicians. Palliat Support Care 2012;10(4):255-63.
43. Rhondali W, Leprince T, Chirac A, et al. Nurses' perceptions of depression in patients with cancer. Palliat Support Care 2014;26:1-10.
44. Hart SL, Hoyt MA, Diefenbach M, et al. Meta-analysis of ef ficacy of interventions for elevated depressive symptoms in adults diagnosed with cancer.J Natl Cancer Inst 2012;104:990-1004.
45. Walker J, Sawhney A, Hansen C H, et al. Treatment of depression in people with lung cancer: A systematic review. Lung Cancer 2013;79:46-53.
46. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 2010;363: 733-42.

İndeks

A

Adjuvan analjezikler (koanaljezikler) 29
Ağrı 25
Ağrıyı değerlendirme 27
Ağrının özellikleri 27
Ağrı şiddetini değerlendirme 28
Ağrıyla ilgili özel durumlar 28
Akciğer kanseri 1
Akciğer kanseri hastalarının yaşadıkları süreç 73
Akciğer tümörü ile ilişkili ağrı 26
Akupressure 49, 57
Akupunktur 32, 49, 57
Akut ağrı 26
Anksiyete 73, 75, 80, 81
Anksiyolitikler 40
Anlık "breakthrough" ağrı 26
Antidepresan tedavi 84, 85
Aromaterapi 32

B

Bakım verenin yaşam kalitesi 17
Belirsizlik 73, 74, 75, 76, 78
Benzodiazepinler 55
Beslenme 49
Beslenme durumunun değerlendirilmesi 62
Beslenme sorunlarının yönetimi 64
Bilgilendirme 75, 76, 83, 85
Bireyselleştirilmiş entegre palyatif bakım modeli 7
Bronkodilatörler 40
Bronkoskopik 37
Bulantı ve kusma 30, 65

C

Cerrahi tedavi ile ilişkili beslenme sorunlarının yönetimi 67
Cinsiyet 79

D

Depresyon 75, 77, 78, 83, 84
Depresyon 81, 82
Destek 74, 75, 76, 78, 83
Destekleyici bakım gereksinimleri 77
Destekleyici bakım 3, 71, 72, 76, 81, 86
Dikkati dağıtma 48, 56
Disnenin nedenleri 35, 36
Dispne 35
Dispne tedavisinde basamak yaklaşımı 38
Dispneyi değerlendirme 35

Distres 77, 78, 80, 84
Diyet 57

E

Eğitim ve danışmanlık 46
Egzersiz 47
Eikosapentaenoik asit (EPA) 63
Ekonomik sorunlar 19
Enerji tüketimini azaltma 47
Etkili iletişim 14
Eve dayalı palyatif bakım 10

F

Finansal güçlükler 78
Fiziksel sorunlar 18

G

Gevşeme egzersizleri 31, 57
Glutamin 63
Görsel analog skala (VAS) 28, 36, 37

H

Hastaların gereksinimleri 71
Hastalık dışı nedenlere bağlı ağrı 27
Hastaneye dayalı palyatif bakım hizmetleri 10
Hasta ve ailenin eğitimi 20
Hayal kurma 31
Hipnoz 31, 57

İ

İleri evre hastalarda beslenme sorunlarının yönetimi 67
İletişim 83, 85
İnterdisipliner ekip 9
İzolasyon 73, 75, 76, 84

K

Kalıcı plevral kateter 37
Kanıta dayalı uygulamalar 1
Kanser kaşeksisi 61
Kaşeksinin yönetimi 63
Kaşıntı 31
Kemoterapiye bağlı ağrı 27
Kilo kaybı 62
Klinik rehber 80, 83
Konstipasyon 30
Kortikosteroidler 55
Kötü haberlerin söylenmesi 15
Kronik ağrı 26

M

Malnütrisyon 65
Masaj 32, 57
Medical Resarch Council (MRC)'a göre dispne sınıflandırması 37
Medical resarch council (MRC) dispne ölçeği 36
Modafinilin 49
Mukozit 65
Multidisipliner ekip 8
Multidisipliner ekip modeli 8

N

NCI (National Cancer Institute) toksisite kriterleri 44
Nebulize furosemid 40
Netupitant plus palonosetron (NEPA) 55
Noninvazif pozitif basınçlı ventilasyon (NPBV) 38
Non-opioid analjezikler 29

Nörokinin-1 reseptör antagonistleri 55
Nöropatik ağrı 26
Nosiseptif ağrı 25

O – Ö

Oksijen tedavisi 37
Omega-3 yağ 63
Opioidler 30, 40
Ortamın serinletilmesi 40
Öğrenilmiş çaresizlik 75
Ölüm 76, 78, 79

P

Palyatif bakım 1, 2
Palyatif bakımda iletişim 13
Palyatif bakımda standartlar 5
Palyatif bakım ekibi 7
Palyatif bakımın temel öğeleri 5
Palyatif bakım modelleri 6
Palyatif bakım yaklaşımı 7
Parenteral nütrisyon 65
Postoperatif torasik ağrı 27
Progesteron türevleri 63
Psikolojik bakım almayla ilgili engeller 79
Psikolojik danışmanlık 79
Psikolojik sorunlar 18, 28, 78
Psikolojik terapi 85
Psikolojik uyum 75
Psikososyal müdahale 79

R

Radyoterapi ile ilişkili beslenme sorunlarının yönetimi 66
Radyoterapiye bağlı ağrı 27
Reiki 32

S

Sayısal ölçek 28
Sedasyon 31
Semptom kontrolü 11
Semptom yönetimi modeli 12
Serotonin (5-HT3) reseptör antagonistleri 54
Sigarayı bırakma 75
Sistemik duyarsızlaştırma 57
Soğuk-sıcak uygulama 31
Solunum depresyonu 31
Solunum teknikleri 38
Somatik ağrı 25
Spiritüel boyut 78
Stigma 74, 75, 79, 80
Stigmatize 78
Suçluluk 74, 75, 76, 84

T

Tamamlayıcı tedaviler 12
Tanı ve tedavide kullanılan yaklaşımlar
İle ilişkili ağrı 27
Tanıyı öğrenme 73
Tarama 80, 81, 82, 84, 86
Tat/koku almada değişiklik 65
TENS (transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu) 32
Topluma dayalı palyatif bakım 10
Transdisipliner ekip 9

U – Ü

Umut 74, 76
Umutsuzluk 74, 84
Utanç 74, 75, 76, 84
Utanç duygusu 74
Üriner retansiyon 31

V

VAS (vusual analog skala) 44

W

WHO (World Health Organisation) toksisite kriterleri 44

Y

Yaşam kalitesi 76, 77, 78, 83, 85
Yorgunluğa ilişkin nedenleri tanılama 45
Yorgunluğun yönetimi 45, 46
Yorgunluğu tanılama 44
Yorgunluk 43

View publication stats