**ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**

**2017- 2018 EĞİTİM-ÖĞRETİM YILI**

**DERS NOTU FORMU**

**DERSİN ADI:** Kanserde ağrı ve destek tedaviler

**DERSİ VEREN ÖĞRETİM ÜYESİ:** Prof.Dr. Filiz Çay Şenler

**DÖNEM**: 4

**DERSİN VERİLDİĞİ KLİNİK STAJ**: İç Hastalıkları-1

|  |
| --- |
| **KLİNİK STAJLAR İÇİN;**  **DERSİN AÜTF ÇEKİRDEK EĞİTİM PROGRAMINDAKİ ÖĞRENME DÜZEYİ:**  **T □ TT X Ön tanı □ A □İ □ K** |

|  |
| --- |
| **DERS İÇİN BİLİNMESİ GEREKEN ÖN BİLGİLER**  Ağrı fizyopatolojisi, analjezik tedavi |

|  |
| --- |
| **ÖĞRENME KAZANIMLARI**  Kanserli hastada ağrı ve diğer semptomların yönetimi ile destek tedaviler hakkında bilgi sahibi olur, destek tedavi ihtiyacına yönelik anamnez alır, fizik muayene yapar, gerekli ön işlemleri yaparak tanı koyar, tedavisini yapar ve birinci basamak düzeyinde izler,  gerekirse sevk eder. |

|  |
| --- |
| **DERSİN İÇERİĞİ**  Kanserde destek tedavinin tanımı  Kanser ağrısına yaklaşım  Kanser ağrısında farmakolojik tedavi  Kanserde beslenme desteği  Psikososyal sorunlar |

**DERS NOTU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kanser tedavisindeki gelişmeler günümüzde bu hastalıktan şifa bulma olasılığını artırırken, pek çok hastanın da yaşam süresini uzatmayı başarmıştır. Şifa sağlamanın ya da yaşam süresini uzatmanın mümkün olmadığı hastalarda ise, tedavinin amacı sadece palyasyon olmaktadır. Tedavi yaklaşımlarında bu amaçların yanında, hastaların tümünde yaşam kalitesi ve destek tedavileri önemli bir yer tutmaktadır. Kanser ve tedavileri ile ilişkili olarak ortaya çıkan sorunlar, hastaların yaşam kalitelerini bozmaktadır. Destek tedavileri ile semptomların kontrolü ve kanserli hastaların kaliteli bir yaşam sürmeleri amaçlanır. Hastaların biyopsikososyal bir varlık olarak, sosyal çevreleri ve ailesi ile birlikte bütüncül değerlendirilmesi ilkesine dayanmaktadır. Destek tedavi yaklaşımları sadece tıbbi tedavi olanağı kalmamış hastalara değil, tüm kanserlilere ve tanıdan terminal döneme kadar geçen süre içinde uygulanmalıdır.  Kanserde destek tedavileri tıbbi ve psikososyal sorunların çeşitliliği göz önüne alınırsa, pek çok yaklaşımı içerir ve ekip çalışmasını gerektirir. Bu bölümde sadece destek tedavisinde temel nitelikte olan ve önem taşıyan konular işlenecektir. Bunlar ağrı tedavisi, beslenme desteği ve cinsel danışmanlık konuları olacaktır.  Destek tedavilerinin yeterince verilebilmesi için öncelikle hasta iyi bir şekilde değerlendirilmelidir. Ancak bu şekilde, hastaya en uygun tedavi planı yapılabilir.    **KANSER AĞRISINA YAKLAŞIM**                Kanserde kronik ağrı sorunu çok sık karşılaşılan, yaşam kalitesini ciddi olarak bozan ve depresyon, anksiyete gibi psikolojik sorunların eşlik ettiği bir tablodur. Günümüzde ağrı tedavisindeki gelişmelere karşın, kanserli hastaların ağrıları yeterince kontrol altına alınamamaktadır. Terminal dönemki kanser hastalarının %25-50’si ağrılı olarak ölmektedir. Bu durumun başlıca nedenleri, hastaların ağrı tedavisi olanaklarını bilmemesi, subjektif olan ağrı sorununun hekim tarafından yeterince değerlendirilememesi ile hasta ve bazen hekimlerdeki bağımlılık ve yan etkiler yönünden opiyatlara karşı duyulan korkudur.  **Ağrı prevalansı, patofizyolojisi ve etyolojisi**  Ağrı tüm kanserli hastalarda %60 oranında, çok sık karşılaşılan bir sorundur. İleri evredeki hastalarınsa tamamına yakınında (%90) görülmektedir. Kanser ağrısı fiziksel ve ruhsal boyutları olan, karmaşık bir durumdur.  Ağrı fizyopatolojisinde çeşitli nörotransmitterler (serotonin, prostaglandinler, subtans P) ve nöromodülatörler (endorfin, enkefalin, bradikinin, histamin) tanımlanmıştır. Kanserde ağrı akut ve kronik ağrı olmak üzere iki şekilde karşımıza çıkmaktadır. Asıl önemli sorun kronik ağrıdır. Kronik kanser ağrısı, 3 aydan uzun süren ve organizma için bir alarm işareti olmaktan çok, patolojik ağrı yollarının ve ruhsal sorunların ortaya çıktığı bir süreçtir.  Kanser ağrısının nedeni her zaman tam olarak belirlenemeyebilir. Tablo 1’de kanserde ağrı nedenleri özetlenmiştir.    Tablo 1. Kanserde ağrı nedenleri.    **Ağrının değerlendirilmesi**  Hekim önce hastanın ağrısına inanmalıdır. Ağrı sorunu olan hastadan alınacak anamnezde ağrının nitelikleri, kanser ve tedavisine ilişkin bilgiler ile hastanın psikososyal durumu çok iyi şekilde değerlendirilmelidir. Ardından ayrıntılı fizik muayene, gerektiğinde kan testleri ve görüntüleme yöntemleri uygulanmalıdır. Hastada öncelikle ağrının nedeni belirlenmelidir, böylece hem hasta için uygun tedavi yaklaşımı planlanabilir, hem de olası ciddi komplikasyonlar (patolojik kırıklar, spinal kord basısı gibi)  için önlemler alınabilir.  Ağrının niteliklerinin sorgulanmasında değerlendirilmesi gereken sorular şunlardır:  1-                              Ağrının yeri ve yaylımı  2-                             Şiddeti, süresi  3-                             Ağrının tipi  4-                             Ağrıyı artıran ve azaltan durumlar  5-                             Ağrıya eşlik eden diğer belirtiler  6-                             Ağrının günlük etkinlikler ve uyku üzerindeki etkisi  7-                             Hastanın daha önce kullandığı analjezikler ve dozları, bunlardan gördüğü yarar.  **Ağrıyı ölçme yöntemleri**  Ağrı subjektif bir sorundur ancak, bazı yöntemlerle ölçülebilir. Bu yöntemler, ağrı hakkında bilgi edinmek ve ağrı tedavilerinin başarısını değerlendirmek için kullanılmaktadır. Bunların arasında en sık kullanılanı, basit ve pratik olması nedeniyle görsel analog skaladır (VAS). Güvenilir ve objektif sonuçlar için, tüm ölçümlerde bilgiler mutlaka hasta tarafından doldurulmalıdır. Aşağıda ağrıyı ölçme yöntemleri sıralanmıştır:  1-                              Ağrı skalaları      Semantik (ağrının derecesi sorgulanır)      Görsel analog skala-VAS (ağrının derecesi üzerinde sayılar olan bir cetvele işaretlenir)                  Sayısal analog skala (ağrı derecesi giderek artan sayılar şeklinde ifade edilir)  2-                             Beden haritaları: Daha çok çocuklarda ağrının yerini, şiddetini ve süresini belirlemek için renkli beden şekilleri kullanılır.  3-                             Ağrı sorgu formları: Ağrının şiddeti ve değişiklikleri ayrıntılı olarak anket şeklinde sorgulanır.  **Ağrı tedavisinin prensipleri**  Kronik kanser ağrısı olan bir hasta öncelikle, iyi değerlendirilmeli ve ağrının etyolojisi belirlenmelidir. Ardından, hem nedene yönelik mümkün olan tedaviye, hem de uygun ağrı tedavisine aynı anda başlanmalıdır. Algolojide tanımlanan yeni bir yaklaşım da, ağrı prevensiyonudur; burada temel prensip ağrı oluşmadan ve kronik ağrıya bağlı patolojik süreçler (ağrı belleği gibi) gelişmeden önlem almaktır. Ağrı tedavisinde amaçlar şunlardır:  1-                              Ağrıyı en kısa sürede geçirmek  2-                             Günlük yaşamı ağrıdan tamamen arındırmak  3-                             Kullanılan ağrı tedavisine bağlı yan etkileri en aza indirmek  4-                             Hastada normal günlük yaşamı ve uykuları sağlamaktır.  **Ağrının farmakolojik tedavisi**  Kanserli hastalarda ağrı farmakolojik tedavi ile önemli ölçüde kontrol edilebilmektedir. Hastaların yaklaşık %10’dan azı analjeziklere dirençli bulunmakta ve bu hastalarda non-farmakolojik yöntemler uygulanmaktadır. Analjezikler 3 grupta sınıflandırılır:  1-                              Opiyat olmayan analjezikler      asetaminofen      nonsteroidal anti-inflamatuarlar  2-                             Opiyatlar      zayıf opiyatlar      güçlü opiyatlar  3-                             Adjuvan (yardımcı) ilaçlar.  Dünya Sağlık Örgütü’nün önerdiği basamak tedavisi farmakolojik tedavinin temelini oluşturur. Buna göre, ilk basamakta asetaminofen ya da nonsteroidal anti-inflamatuarlar yer alır. Hastada bu tedavi ile ağrı kontrolü sağlanamazsa, zayıf opiyatların bu ajanlara eklendiği ikinci basamağa geçilir. Dirençli hastalarda seçilen üçüncü basamakta ise, güçlü opiyatlar bulunur. Tüm basamaklarda adjuvan ilaçların yeri vardır. Bazı koşullarda basamak tedavisine uyulmaksızın güçlü opiyatlara geçilebilir. Opiyat olmayan analjeziklerin, opiyatların ve adjuvan ilaçların kombinasyonu ile kanser ağrısının kontrolü hastaların büyük bir çoğunluğunda sağlanabilmektedir.  *Opiyat olmayan analjezikler*: İlk basamakta yer alan bu ilaçlar, daha çok hafif ve orta şiddetteki ağrılarda ilk seçilecek yaklaşımdır. Kronik kanser ağrısında genellikle oral yolla uygulama seçilir. Bu grupta asetaminofen ve nonsteroidal anti-inflamatuarlar yer alır. Ayrıca, günümüzde ağrı ve romatizmal hastalıkların tedavisine yeni giren siklooksijenaz inhibitörlerinin kanser ağrısındaki etkinliği ve güvenilirliği araştırılmaktadır.  Tablo 2’de bu ilaçların adları, dozları ve yan etkileri sıralanmıştır.    Tablo 2. Opiyat olmayan analjezikler.    *Opiyatlar:* Tarihi 5000 yıl öncesine dek uzanan opiyatlar, zayıf ve güçlü opiyatlar olarak ikiye ayrılır. Kısa, orta ve uzun etkili olan, farklı opiyat reseptörleri üzerinde değişik afinitelere sahip bulunan, tam ya da parsiyel agonist etkide opiyat ilaçlar vardır. Çok sayıda farklı opiyat türevi ilaç kanser ağrısında başarı ile kullanılmaktadır. Uygulama yolu olarak, kronik ağrıda oral ve transdermal yol yeğlenir. Bazı durumlarda hasta konrollü analjezi yaklaşımlarında intravenöz, subkütan ya da spinal yol (sürekli infüzyon, bolus ya da aralıklı uygulama) seçilir. İntramüsküler yol, emilim sorunları nedeniyle kronik ağrıda önerilmez. Ülkemizde yazık ki, opiyat ajanların çeşitleri çok azdır. Bu ilaçlar uyuşturucular arasında olduğu için, ülkemizde tramadol yeşil, diğerleri ise kırmızı reçeteye yazılmak zorundadır. Kırmızı reçete için, her reçeteye yazılabilecek maksimum ilaç dozları yasa ile belirlenmiştir. Meperidin kısa etkili olması ve santral sinir sistemi ve böbrek üzerinde ciddi yan etkileri olması nedeniyle, kronik kanser ağrısında kullanılmaması gereken bir opiyattır. Tablo 3’de ülkemizde bulunan opiyat analjeziklerin adları, morfine göre etki potansiyelleri, bir reçeteye yazılabilecek maksimum doz ve yan etkileri özetlenmiştir.    Tablo 3. Opiyat analjezikler.    Opiyatların yan etkilerine ve bağımlılık oluşturmasına karşı duyulan yersiz korku, ağrı tedavisinde ciddi bir sorundur. Yan etkilerin önemli bir kısmı, genellikle antiemetikler ya da laksatiflerin eklenmesi gibi basit önlemlerle giderilebilir. Sedasyon gibi yan etkilere de zamanla tolerans geliştiği için genellikle sorun oluşturmayabilir. Ancak, yüksek doz ve intravenöz uygulamada bazı yüksek riskli hastalarda (pulmoner ve renal disfonksiyonlu yaşlılar gibi) solunum depresyonu ve koma görülebilir. Ayrıca, hekimler arasında bazen bağımlılık ile tolerans durumu birbirine karıştırılmaktadır. Tolerans durumu, bağımlılık olarak yanlış değerlendirilmektedir. Opiyatlarda görülen tolerans, birkaç hafta içinde gelişen ve hastanın aynı analjezik etki için daha yüksek doz ilaca gereksinim duyması durumudur. Bu ilaçlar için fizyolojik olan tolerans gelişiminde, kanserin ilerlemesine bağlı gereksinme artışı da katkıda bulunur. Bu hastalarda mutlaka aşamalı olarak ağrıyı giderecek şekilde doz artırılmalıdır. Bağımlılık ve opiyatların kötüye kullanımı, ağrılı kanser hastalarında son derece seyrek görülen bir sorundur.  *Adjuvan (yardımcı) ilaçlar*: Kanser ağrısının tüm basamaklarında hastanın özelliklerine göre seçilen, ağrının kontrolünde analjeziklere katkı sağlayan ilaçlardır. Aslında analjezik olmayan bu ilaçlar heterojen bir gruptur ve hastalarda değişik endikasyonlarda kullanılır. Adjuvan ilaçlar arasında, antidepresanlar, glukokortikoidler ve antikonvülzanlar yer alır. Tablo 4.’de adjuvan ilaçların grupları ve kanser ağrısında kullanım endikasyonları sıralanmıştır.    Tablo 4. Adjuvan (yardımcı) ilaçlar.    **Ağrının anestezik yöntemlerle tedavisi**  Ağrılı kanserli hastaların içinde yaklaşık %10-20 kadarında farmakolojik tedavi yetersiz kalmaktadır. Anestezik yöntemler, bu hastalar arasında özellikle iyi lokalizeedilebilen ağrısı olanlar için önerilmektedir. Kanser ağrısının tedavisinde kullanılan anestezik yaklaşımlar aşağıda sıralanmıştır:  1-                              Lokal anestezik kullanımı (intravenöz, subkütan ya da transdermal yolla)  2-                             Sinir blokajları (periferik, epidural, intratekal)  3-                             Otonomik sinir blokajları (Stellate gangliyon, lomber sempatikler, Celiak pleksus)  4-                             Lokal anesteziklerin opiyatlarla birlikte epidural ya da intratekal  uygulanması  5-                             Lokal anesteziklerin opiyatlarla birlikte intraventriküler infüzyonu.  **Ağrının nörosirürjikal yöntemlerle tedavisi**  Bu yaklaşımlar antitümör ve antinosiseptif olmak üzere iki grupta değerlendirilir.  Kanser ağrısının tedavisinde uygulanan nöroşirürjikal yöntemler aşağıda özetlenmiştir:  1-                                  Antitümöral yaklaşımlar (spinal metastazlarda cerrahi, ağrı ve inmobilizasyonun tedavisinde çok etkindir)  2-                                 Antinosiseptif yaklaşımlar  Nöroablatif işlemler (rizotami, kordotomi, miyelotomi)  Nörostimülan işlemler (periferik sinir, spinal kord ya da talamusun uyarılması).    Tablo 1. Kanserde ağrı nedenleri.   |  |  | | --- | --- | | **Kanserde ağrı etyolojisi** | **Sıklık (%)** | | Tümöre bağlı nedenler    kemik metastazları (kemik ağrıları)    yumuşak doku ve sinir sistemi infiltrasyonu    (nöropatik ağrı)    organ metastazları (visseral ağrı) | 70 | | Kanser tedavisi ile ilişkili ağrı    cerrahi tedaviye veya  invaziv tanısal             girişimlere bağlı (akut ve kronik ağrı)    radyoterapi sonrası ağrı (akut-mastalji, kronik-pleksopati, osteonekroz)    kemoterapiye bağlı ağrı (nöropati, aseptik nekroz, peptik ülser) | 20 | | Diğer nedenler    infeksiyon (sellülit, abse)    intestinal obstrüksiyon, asit    yatak yaraları    paraneoplastik sendromlar    postherpetik nevralji | 10 |       Tablo 2. Opiyat olmayan analjezikler.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **İlacın adı** | **Günlük doz (mg)** | **Başlıca yan etkiler** | | Asetaminofen | 4 x 500-1000 | Gastrointestinal toksisite, hepatotoksisite, allerjik reaksiyonlar | | Nonsteroidal anti-inflamatuar ilaçlar | | | | Aspirin (salisilatlar) | 4-6 x 500-1000 | Gastrik iritasyon ve ülser, kanama diyatezi | | Propiyonik asit türevleri      İbuprofen      Naproksen | 4-6 x 200-400  2-3 x 250-550 | Gastrik iritasyon, bulantı, ödem, baş dönmesi, hematüri, nefropati, nötropeni, allerjik reaksiyonlar, kulak çınlaması | | Asetik asit türevleri      İndometazin      Diklofenak      Etodolak | 2-3 x 50-100  2-4 x 25-50  3-4 x 200-400 | | Oksikam | 1 x 20 | | Siklooksijenaz inhibitörleri | | | | Selekoksib | 1 x 100-200 | Baş dönmesi, allerjik reaksiyonlar, minimal gastrik yan etkiler |         Tablo 3. Opiyat analjezikler.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **İlacın adı** | **Günlük doz ve uygulama yolu (Bir reçeteye yazılabilecek maksimum doz)** | **Başlıca yan etkiler** | | Zayıf opiyatlar      Kodein        Tramadol      Oksikodon | Etkinliği morfinin yarısı,  oral, (1000 mg)  4-6 x 50-100 mg, oral, i.v.  4-6 x 10-20 mg oral | Bulantı, kusma, konstipasyon, allerjik reaksiyonlar, kaşıntı, sedasyon, konfüzyon, hallüsinasyon, koma, konvülsiyon, hipotansiyon, tolerans | | Güçlü opiyatlar      Morfin HCL        Morfin sülfat      Fentanil          Yavaş salınımlı hidromorfon | İntravenöz, intramüsküler,  (300 mg)  2-3 kez oral (2700 mg)  oral morfinin 30-60 katı etki, trans dermal (1.5 mg)    Günde bir kez 8-32 mg, oral |         Tablo 4. Adjuvan (yardımcı) ilaçlar.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **İlaçlar** | **Endikasyonlar** | **Başlıca yan etkiler** | | Antidepresanlar      amitriptilin | Nöropatik ağrı, eşlik eden depresyonun varlığı | Ortostatik hipotansiyon, sedasyon, antikolinerjik etki | | Antikonvülzanlar      Karbamazepin      Pabapentin      Pregabarin | Nöropatik ağrı (hiperestetik) | Sedasyon, ataksi, bulantı, kusma, hepatotoksisite | | Lokal anestezikler      lidokain | Tedaviye dirençli nörojenik ağrıda (subkütan yolla) |  | | Glukokortikoidler      deksametazon | Spinal kord, periferik sinir basıları, beyin metastazı (antiödem etki) | Gastrik iritasyon, ülser, hipertansiyon, öföri | | Bifosfonatlar      Pamidronat      Zolendronik asit      İbandronat | Kemik metastazları | Nefrotoksisite |    Ağrı tedavisinde etyolojiye yönelik yaklaşımlar Ağrılı kanser hastasında eğer altta yatan neden kanserle ilişkili ve tedavi edilebilirse, radyoterapi ve kemoterapi yaklaşımları etkili yöntemlerdir. Kemik metastazının neden olduğu ağrılarda radyoterapi, hastaların önemli bir kısmında etkilidir. Ayrıca, medulla spinalis basıları, beyin metastazı ve sinirlere bası yapan nodüler lezyonlar için de radyoterapi yararlıdır. Kemoterapi ise, kemoterapiye duyarlı tümörlerde ağrı kontrolünde başarılıdır.    **BESLENME DESTEĞİ**  **A. Malign kaşeksinin mekanizması** fazla anlaşılmamıştır. Kanser kaşeksisinin karakteristikleri, yağ ve iskelet kasından dengeli mobilizasyonun olmasıyla, bazal metabolizma hızının normal ya da artmış olmasıyla, karaciğerin metabolik aktivitesinin artmasıyla, artmış ya da normal glukoz dönüşümüyle ve protein yıkımıyla açlık kaşeksisinden (daha çok yağ mobilizasyonu tercih edilir, metabolizma hızı düşer, glukoz dönüşümü azalmıştır, protein yıkımı azalmıştır) farklıdır. Aşağıda sınırlı olmakla birlikte ilişkili faktörler sıralanmıştır:  **1. Maligniteye bağlı kaşeksisinde metabolik anomaliler**  **a. Karbonhidrat metabolizm**: düşük kan glukoz düzeyleri, düşük glikojen depoları ve insülin duyarlılığında azalma; artmış glukoneogenezis, artmış Cori siklus aktivitesi, artmış glukoz dönüşümü ve serum laktat düzeylerinde artış.  **b. Yağ metabolizması**: lipoprotein lipaz aktivitesi azalır, yağ depoları azalır; lipoliz artar, serum trigliserid düzeyleri artar ve glukoz dönüşümü artar  **c. Protein metabolizması**: iskelet kas sentezi azalır; iskelet kas katabolizması ve protein dönüşümü artar; negatif nitrojen dengesi olur  **d**. **Sitokin anomalileri** olarak tümör nekrozis faktör, IL-1, IL-6, interferon gamma, lösemi inhibitör faktör ve diğerleridir.  **2. Gıda alımında azalma**  **a**. **Anoreksi.** Pek çok tümör anoreksi ile birliktedir, tipik olarak gıdadan tiksinme olarak görülür. Yetersiz ağrı kontrolü, stomatit, kemoterapi, RT ve değişmiş tat hissi ve koku da iştah kaybına yol açar. Malnütrisyon ya da anoreksinin gastrointestinal nedenleri, tümöre ya da dış basıya bağlı (hepatomegali) gastrik rezervin azalması, tümör ya da tedavisine bağlı disfaji ve fistül oluşumunu içerir. Depresyon ve organ yetmezlikleri de diğer nedenlerdendir.  **b. Mekanik obstrüksiyon** intestinal yolun herhangi bir yerinde olabilir ve oral alımı imkansız kılabilir. İleri evreler, baş ve boyun tümörleri ve over kanseri sıklıkla yemeyi olanaksız kılar.  **c. Bulantı ve kusma.**  **d. Tanısal yaklaşımlar** da sıklıkla aç kalmayı gerektirir; eğer bu tetkikler etkili olarak yürütülmezse hastaların beslenmesinde bir başka sorun olabilir.  **3. Artmış kayıplar**  **a. Biyokimyasal anomaliler.**  **b. Diyare.** Ciddi diyare ya da malabsorbsiyon sendromları karsinoid sendrom, gastrinoma, medüller tiroid karsinomları, pankreas kanseri, ince bağırsakların lenfatik obstrüksiyonları, aşırı kalın bağırsak rezeksiyonu, bazı sitotoksik ajanlar ve radyasyon enteriti ile ilişkilidir.  **c.** **Laktaz eksikliği** protein açlığında sıktır ve bazı kemoterapilerden sonra süt ürünlerinin alımı uygun değildir.  **4. Doğal süreç.** Artmış vücut protein kaybı sonucunda anemi progresif olarak kötüleşir; hipoalbüminemi, hipotransferrinemi, hücresel immünitede bozulma, çalışma gücünde azalma, derin nefes alma yetisinde azalma ile pnömoni riskinde artış, öz bakımında yetersizlik ve sonunda kalkıp oturmada yetersiz ortaya çıkar.  **B. Beslenme durumunun değerlendirilmesi**. Sepsis riski ve ölüm hakkında prognostik bilgi sağlayan değişik ölçümlerin parametreleri aşağıdadır:  **1.** **Ağırlık ve serum albümin düzeyleri.** Gerçek protein-kalori malnütrisyonu, hastalık öncesindeki stabil ağırlığın %10’undan fazlasının kaybı ve anlamlı hipoalbümeni (< 3.0 g/dl) ile karakterizedir. Albüminin serum yarı ömrü yaklaşık 3 haftadır ve albümin düzeylerindeki değişiklikler, beslenme durumunda bozulma ya da düzelmeyi doğrudan yansıtmaz.  **2. Transferrin** bir haftalık bir yarılanma ömrüne sahiptir ve beslenme durumundaki değişikliklerden albüminden daha hızlı etkilenir. Serum transferini,  beslenme durumuyla ilişkili olmayan hidrasyon ve infeksiyon gibi faktörlerden albümine göre daha az etkilenir.  **3. Cilt testleri.** Alışılmış ağırlığın %10’undan fazlasının kaybı ile ortaya çıkan yetersiz beslenme anerji ve immün yanıtta depresyon ile sonuçlanır. Şunlardan iki ya da daha fazla cilt test antijeni pozitif intradermal reaksiyon verdiği zaman, beslenme durumu ve immünokompetens yeterli demektir: tüberkülin, kabakulak, Candida sp. ve streptokinaz-streptodornaz.  **4. Beslenme gereksinmeleri.** Sağlıklı bireylerin günlük kalori gereksinmesi 2 000 ile 2 700 kaloridir (25 cal/kg), kalori kaynaklarının dağılımı şöyledir: %15 protein (1 g/kg vücut ağırlığı için), %50 karbonhidrat (3 g/kg) ve %35 yağ (1g/kg).  Pozitif azot dengesine ve istenen ağırlığa ulaşmak için, kaşektik hastaların 2 700 ile 4 000 kalorilik hiperalimentasyon ile normallere önerilen günlük miktarın iki katı kadar aminoasit ve esansiyel nutrientlere gereksinmesi olacaktır. Bu kanserli hastaların gereksindikleri hiperalimentasyon için hesaplamalar (aşağıya bakınız).  **C. Anoreksi ve kaşeksinin tedavisi**  **1.** **Anorektik ve kaşektik hastaların palyatif bakımı.** Progresif kilo kaybı, progresif kanser sürecinin bir parçasıdır. Beslenme desteği eğer kanser kontrol edilemiyorsa, yaşamı uzatmaz. Pek çok hasta ve ailesi buna rağmen, altta yatan hastalık ne olursa olsun beslenme durumunun esas olduğuna inanmaktadır.  **a.** Hekim özellikle aktif kanser tedavisi yardımcı olmadığı zaman, diyet desteği yanında psikolojik palyasyonla da ilgilenmelidir. Kullanışlı teknikler olarak, hastayı bir diyet uzmanına refere etmek, yöresel diyet önerilerinde bulunmak, ek kalori desteğini kullanmak ile hasta ve ailesine yaptıkları ile ilgili olumlu duygusal geri bildirim verilmesi olarak tanımlanmıştır. Hekim sağlıksız diyet ve “sağlıklı gıda” olarak tanımlanan preparatların potansiyel toksik etkilerine karşı önerilerde bulunmalıdır.  **b.** Hekimin, ailesi ve arkadaşları tarafından iyi niyetle beslenmesi için zorlanan tükenmiş durumdaki terminal dönem hastasının isteklerini desteklemesi çok önemlidir. Hastanın ailesine ilgilerinden memnun olduğunu, ancak hastayı yemesi için zorlamanın onu tüketeceği ve psikolojik yönden acılarını artıracağını söylemelidir. Hekim zorla beslemenin eziyet verici psikolojik etkilerini tekrarlamalıdır. Beslenmeyi reddetme hastanın biyolojisi ve kararıdır.  **2.** **Bazı yaklaşımlar gıda alımını reddeden hastalar için yardımcı olabilir:**  **a.** Tolere edebildiği kadarı ile küçük porsiyonlar, günde 6 ve üzerindeki sayıda sık öğünler öner.  **b.** Diyet öyküsünü al. Gün içinde iştahlı olduğu zamanlar var mı? Eğer varsa, asıl kalori alımı bu zamana yerleştirilebilir.  **c.**  Küçük tabaklarda küçük porsiyonlar iyidir, büyük yemek tabağı kullanma.  **d**. Hasta acıkınca yemeği hemen hazırlanmalıdır.  **e.** Eğer mümkünse, yemek için masaya oturulmalı ve kıyafet giyilmelidir.  **f.** Stomatit, ağız kuruluğu ve kötü tat hissini düzelt.  **g.** Vitaminler aşırı olmamak üzere kullanılabilir. Vitamin C tümöre karşı etkili olmayan bir tedavi yöntemidir, ama önerilen tedaviler için disüri, diyare ve doygunluk hissi oluşturmayacak dozlarda en azından zararsızdır.  **h.** Hastayı rutin olarak tartmayın.  **3.** **İştah açıcılar** olarak aşağıdakiler yardımcı olabilirler:  **a.** Megesterol asetat, 400 ile 800 mg/gün. Yan etkileri yüksek maliyet, venöz tromboz, ödem, hipertansiyon ve hiperglisemidir.  **b.** Deksametazon, 4 mg sabah tok karına. Bu doz amprik olarak belirlenmiştir. Yan etkileri proksimal miyopati, sıvı retansiyonu, mental durum değişiklikleri ve immün süpresyondur.  **c.** Metoklopramid, 10 mg öğünlerden önce ve yatarken, anoreksi, bulantı, erken doyma ve dismotilite belirtileri olan hastalarda endikedir. Yan etkileri distonik reaksiyonlar ve aşırı hareketliliktir.  **d.** THC, 2.5 ile 7.5 mg kahvaltı ve öğle yemeğinden sonra, düşük dozda başlanır ve giderek eskale edilir. Yan etkileri kısmen yaşlılarda örülen sersemlik hissi, sıvı retansiyonu, uyku hali ve disosiasyondur. Henüz yapılmış placebo kontrollü klinik çalışma anoreksi-kaşeksi sendromunda kannabinoidlerin yararsız olduğunu göstermiştir.  **e.** Antidepresanlar depresyona bağlı anorekside kullanışlı olabilir.  **f.** Hidrazin sülfat, siproheptadin, anabolik steroidler, dronabiol ve pentoksifilin kontrollü çalışmalarda kanserli hastalar için etkisiz bulunmuştur.  **g.** Psikostimülanlar, metilfenidilat gibi, depresyonda kullanıldığında iştahı açabilir.  **4.** **Diğer yaklaşımlar**  **a.** Dental bakım sakız çiğneme yetisini ve yüz görünümünü olumlu etkiler.  **b.** Yeni bakıcılar için hastanın insani yönünü fark ettirmek için, hastanın eski bir fotoğrafı yardımcı olabilir.  **c.** Hastanın ailesi, arkadaşları ve bakıcıları ile çekilmiş yeni bir fotoğrafı, bu “yeni” insanın değerini fark ettirmek için yardımcıdır.  **d.** Eğer ödenebilirse, hasta en az bir tane şimdiki beden ölçüsüne uygun yeni kıyafet edinmelidir.  **D.** **Kanser hastalarında beslenme desteği**. Beslenme yetersizliği immün yetmezlik, yara iyileşmesinde gecikme ve antitümör tedaviye toleransın azalmasına yol açar. Beslenme desteği yönünden prognozu uygun olan hastalar için, enteral beslenme (EB) ya da parenteral hiperalimentasyon (PH)  verilebilir.  **1**.**EB endikasyonları**. “Eğer sindirim sistemi çalışıyorsa kullan”. Fonksiyonel gastrointestinal sisteme sahip olan, ama oral alımı yeterli olmayan hastalarda EB endikedir. EB PH’dan daha az pahalı, daha fizyolojik ve daha az komplikasyonludur.  **2. PH endikasyonları**  **a.** Şifaya kavuşabilir neoplazmı olan, ama tedavi nedeniyle sindirim sisteminde düzelmesi uzun sürecek sorunlar olanlarda (örneğin, geniş bağırsak rezeksiyonu).  **b.** Tümörden iyileşmiş, ama beklenmeyen bir cerrahinin gerektiği ve rezidüel beslenme sorunları olan hatalar (örneğin, enterokutanöz fistüller).  **c.** Postoperatif uzun süreli nazogastrik dekompresyon gerektiren(4 ile 7 gün) hastalar, oral alımdan kaçınılmanın zorunlu olduğu durumlarda.  **d.** Diyet düzenlemeleri ile giderilemeyen ciddi malabsobsiyon, kusma, benign durumlardan kaynaklanan özofagial obstrüksiyon ya da disfajili hastalarda.  **e.** Kemoterapinin yol açtığı şiddetli diyare ya da kilo kaybına yol açmış uzamış stomatitli hastalar.  **3. Hiperalimentasyon için kontrendikasyonlar**  **a. EB kontrendikasyonları** dirençli kusma, üst gastrointestinal kanama ya da intestinal obstrüksiyondur.  **b. Hiperalimentasyon aşağıdaki durumlardaki hastalarda kullanışlı değildir:**          (1) Hafif beslenme eksikliği          (2) Tedaviye dirençli progresif kanserin neden olduğu kilo kaybı          (3) Tedaviye dramatik yanıt veren agresif tümörler (örneğin, lenfoma ve küçük hücreli akciğer kanseri)  **E. Enteral feeding(beslenme tüpleri)** sıvı şekilde hazırlanmış diyetin sindirim sistemine oral yolla ya da feeding (beslenme) tüpleri aracılığı ile uygulanması olarak tanımlanır. Gastrostomi tüpü ve diğer tüp enterostomiler, eğer nazogastrik feeding tüp yerleştirilemezse ya da hasta tarafından tolere edilemezse kullanılır. Perkütan endoskopik yolla yerleştirilmesi, hızlı olması ve minimal cerrahi insizyonla yapılması avantajlarına sahiptir.  **1. Hazırlama.** Çok sayıda enteral ürün kullanılabilir, amasağlam sindirim sistemi olan hastalar için standard bir formül genellikle yeterlidir. Yüksek azot ve ılımlı kalori yoğunluğu (1 ile 2 kcal/ml) içeren izotonik solüsyonlar hastaların %90 kadarında yeterli olmaktadır. Yüksek aminoasid  konsantrasyonu içeren ürünler, kansere bağlı gelişen ete karşı tiksinme duyan hastalar için sıklıkla kabul edilebilir değildir.  Yüksek kalorili ürünler kalori replasmanı için önerilmektedir, ama sıklıkla diyareye neden olmaktadır ve o kadar yoğundur ki hastaların çoğu tarafından reddedilmektedir. Hastalara lezzet için tercihleri sorulduğunda bildirilen eşit miktarda su ile seyreltilmesi ve yarısından fazla olmamak üzere buzla birlikte sunulması şeklindeki hazırlama önerileri gerçekleştirilebilirse, hastalar için daha kabul edilebilir olabilir. Bu soğuk seyrelti,  hastalarınca öğünlerden sonra, öğün arasında ya da öğün olarak tolere edebildiği kadar tüketildiğinde günde 1 000 kalorinin üzerinde ek sağlayabilir.  **2. Uygulama**. Tüple beslemeye 30 ml kadar tam dolduran solüsyonla başlanır. Toleransa göre infüzyon hızı, 2 ile 3 gün içinde, 12 ile 24 saatte bir 10 ile 25 ml kadar artırılır.  **3. EB komplikasyonları**  **a. Sık görülen komplikasyonlar ve düzeltilmesi**  **(1)** Kusma ve çıkarma: akım hızını azalt  **(2)**  Diyare ve kramp: akım hızını azalt; solüsyonu seyrelt; antidiyareik ilaçla tedavi et; farklı solüsyon türlerini tartış. Diyare özellikle hastaların kullandığı geniş spektrumlu antibiyotiklerle ilişkili olabilir.  **(3)** Hiperglisemi: akım hızını azalt; insülin ver.  **(4)** Ödem: genellikle tedavi gerekli değildir; diüretikler kullanılabilir.  **(5)** Rahatsız edici koku ve tat: lezzet artırıcı ekle.  **(6)** Nazofagiyal rahatsızlık: şekersiz sakız çiğnenmesi, ılık su ile gargara ve ağız çalkalama, topikal anestetikler.  **(7)** Serum sodyum, potasyum, kalsiyum, magnezyum ya da fosfor düzeylerinde anomaliler: formülün içeriğini düzenle.  **b. Az görülen komplikasyonlar ve düzeltilmesi**  **(1)** Konjestif kalp yetmezliği: sıvıları daha yavaş ver ve kardiyak dekompenzasyonu tedavi et.  **(2)** Yağ malabsorbsiyonu: düşük yağlı formül kullan; pankreatik enzimler ekle.  **(3)** Serum transaminazlarında yükselme: formülün karbonhidrat içeriğini azalt.  **(4)** Akut otitis media: antibiyotik ekle; nazogastrik tüpü diğer burun deliğine tak.  **(5)** Lümenin tıkanması: suyu ile yıka ya da tüpü değiştir.  **c. Çok seyrek görülen komlikasyonlar ve düzeltilmesi**  **(1)** Aspirasyon pnömonisi (yatağın başı 45 derece kaldırıldığında oluşması beklenmez, aşırı volüm reddedilir ve öksürük refleksi çalışır)  **(2)** Nazogastrik tüpe bağlı özofagial erozyon  **(3)** Akut pürülan sinüzit  **(4)** Hiperosmolar koma.    **PSİKOSOSYAL SORUNLAR**  Kanserde ciddi tıbbi sorunlar yanında, önemli psikososyal sorunlar da sık olarak görülmektedir. Hastaların yaşadığı psikososyal ya da psikiyatrik sorunlar, hem hastaların tedaviye uyumunu, hem de yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Kanserli hastalarda yaşam kalitesini artırmak için uygulanan destekleyici yaklaşımlar arasında, gerektiğinde psikiyatrik tedavi ve sosyal yardım da bulunur. Bu amaçla, ihtiyaç duyulan durumlarda liyezon psikiyatri ekibi ve sosyal hizmet uzmanları ile işbirliği yapılmaktadır.  Kanserde diğer organik hastalıklarda görülenden daha sık psikiyatrik morbidite izlenmektedir. Degoratis ve arkadaşlarının 1983’de yayınladıkları 215 kanser hastasını içeren çok merkezli bir çalışmada, hastaların %47’sinde psikiyatrik hastalık bulunduğu gösterilmiştir. Bu sonuç genel hastalıklar için bildirilenden daha yüksektir. Tablo 1’de bu çalışmada saptanan psikiyatrik hastalıklar sıralanmıştır.    Tablo 1. Kanserli hastalarda psikiyatrik hastalıklar    Ruhsal hastalıkların yanı sıra, kanserli hastalarda hastalığa karşı normal tepki sayılamayacak bazı emosyonel durumlar da gözlenebilmektedir. Burada uyum amaçlı tepkiler, uyum bozuklukları, ruhsal hastalıklar ve hekim-hasta ilişkileri özetlenecektir.   KANSERLİ HASTALARDA RUHSAL TEPKİLER, UYUM REAKSİYONLARI VE UYUM BOZUKLUKLARI            Ölümcül bir hastalıkla karşılaşan kişilerde gelişen tepkilerin amacı, yaşamı ve geleceği tehdit eden bu duruma uyum sağlamaya yönelik olmaktadır. Ancak, bazı hastalarda uyumu bozan davranışlar ortaya çıkabilir. Hekim ve tedavi ekibinin uyuma yönelik tepkileri, uyum bozukluğunu ve psikiyatrik hastalık belirtilerini tanımaları çok önemlidir. Normal tepkilerden sapma durumlarının erken dönemde ayırt edilmesi ve psikiyatri ile işbirliği yapılarak çözümlenmesi, hastanın tedavisine büyük katkı sağlar. Kanserli hastalarda uyuma yönelik tepkiler ve uyum bozuklukları Tablo 2’de özetlenmiştir.    Tablo2. Kanserli hastalarda ruhsal tepkiler.    Kanserli bireyde ortaya çıkabilecek ruhsal tepkileri, ilk olarak E. Kübler Ross 5 aşama şeklinde tanımlamıştır. Ancak, tanımlanan bu aşamalar her hasta için geçerli olmayabilir; bazı hastalar aşamalardan birine takılıp kalırken, bazılarında bu sıra izlenmeyebilir. Günümüzde kansere uyum tepkileri olarak değişik ölçekler geliştirilmiştir ama, pek çok yerde bu ilk tanımlama kullanılmaktadır.   Kanserli hastalarda ruhsal tepki aşamaları *1-                  İnkar:* İlk  tepki: “Hayır, olamaz, bu doğru değil” Kanser tanısı öncesinde ya da daha sıklıkla, tanı  sırasında ortaya çıkan ilk tepkidir. Hastada şaşkınlık, inanamama durumu gözlenir. Tepkinin temelinde, kanser gibi ciddi kaygı ve korku veren, gelecek ve yaşam hakkında tehdit oluşturan yeni duruma karşı uyum sağlamak için zaman kazanma amacı vardır. İnkar genellikle geçicidir ancak, bazı hastalarda uzun sürebilir. Bu evredeki hastada uygun hekim tutumu hastaya saygı duymak, inkara gerektiği kadar izin vermek ve sabırlı olmaktır. Eğer uyum bozukluğu saptanırsa, liyezon-psikiyatri konsültasyonu gereklidir.  *2-                 Öfke:* **“**Neden ben? Bunu hak etmek için ne suç işledim?” İnkar aşamasının ardından, hastalık durumunun  anlaşılmasından sonra görülür. Bu  evre aile, tedavi ekibi ve hekim için güçlükler taşır; bazen ilişkilere zarar verebilir. Bu aşamada uygun  hekim tutumu öfkenin bir tepki olduğunu bilmek, hastanın öfkesini kişisel olarak algılamamak, savunmaya geçmemek, hoşgörülü olmak, hastanın öfkesini açığa vurmasına olanak vermek ve dışlamamak olmalıdır.  *3-                 Pazarlık:* “Anlaşma ve rica ile belki durum düzelir” Bu evrede hasta tedavi olmaktadır ve yan etkilerle baş etme çabası içinde olduğu gözlenebilir. Bu sırada kaygı, yan etkiler sonucunda günlük etkinliklerde sınırlanma ve başkalarına bağımlı olmak gibi zorluklar yaşanabilir. Bu aşamada uygun hekim tutumu tedavi ve yan etkiler hakkında hastayı bilgilendirmek ve destek tedavilerini uygulamak olmalıdır.  *4-                 Depresyon:* Bu aşamada yoğun bir kayıp duygusu egemendir. Kanser ve tedavisine ilişkin gerçekler, hastada depresif duygu durumuna neden olabilir. Bu evrede uygun hekim tutumu gerçek dışı suçluluk ve utanç duygusunu yok etmek, yası yaşamasına izin vermek ve paylaşmak olmalıdır. Eğer major depresyon varsa, liyezon-psikiyatri konsültasyonu gereklidir.  *5-                 Kabullenme:* Eğer ulaşılabilirse, hastalar için tanımlanmış son aşamadır. Terminal dönemde ölüme yaklaşan hastanın bu sonu kabullenerek beklemesi izlenebilir. Kanserli hastada uyumu etkileyen faktörler Kanserli hastada uyumu etkileyen faktörler aşağıda sıralanmıştır:  1-                  Hastalığın evresi, tedavi şekli gibi özellikler uyumu büyük ölçüde etkileyebilir. Mastektomi ile meme koruyucu cerrahi ya da erken dönemde meme rekonstrüksiyonu yapılan hastalar arasında, uyum yönünden farklılık saptanmıştır. Psikiyatrik morbidite mastektomi grubunda daha çok görülmektedir. Meme ikincil bir cinsiyet organıdır ve kadının cinsel kimliğini temsil etmektedir. Mastektomili kadınlarda libido azalması daha sık gözlenmektedir. Cinsel sorunların temelinde, kadınlığın kaybı inancı bulunmakta ve bu da ruhsal sorunlara yol açmaktadır.  2-                 Hastanın daha önceki tıbbi sorunlarına ilişkin deneyimi ve uyum becerisi, bu yeni duruma uyumunu etkileyebilir. Daha önce uyum bozuklukları yaşamış hastalar yüksek risklidir.  3-                 Geleceğe yönelik planlar için oluşan tehdit düzeyinin yüksekliği ve kayıp duygusunun fazlalığı uyumu olumsuz etkileyebilir. Bu durum, özellikle genç kadınlar ya da küçük çocuğu olan hastalarda kaygı düzeyinin yüksekliği şeklinde görülmektedir.  4-                 Çevre destek sistemleri güçlü olan hastaların uyumu daha kolay olmaktadır. Özellikle eşin desteği son derece önemlidir.  5-                 Hastanın genel kişilik özellikleri de fiziksel ve ruhsal potansiyel yönünden uyumu etkileyebilir.   KANSER HASTALARINDA DİĞER PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR            Kanser hastalarında en sık görülen psikiyatrik patoloji uyum bozukluklarıdır. Bunun ardından sıklık sırasına göre,  major depresyon, organik ruhsal bozukluklar, kişilik bozuklukları ve anksiyete gözlenmektedir. Major depresyon Depresyon kanserli hastalarda sık görülür ve semptom kontrolünü zorlaştırır. Hastalarda uyuma yönelik olarak beklenebilecek üzüntü ve depresif duygu durumu ile major depresyonun birbirinden ayrılması önemlidir.Major depresyonun belirtileri ciddi psikolojik ve kognitif komponentler içerir. Hasta kendini değersiz hissetmektedir ve intihar etme düşüncesi vardır. Ayrıca halsizlik, iştahsızlık, zayıflama gibi fiziksel belirti ve bulgular da bulunur.İlginç olarak tanımlanan bu somatik belirtiler kanserin kendisine ya da tedavilere de bağlı olabilir. Depresyonun uyum tepkisinden ayrılması, bazen zor olabilir ve bu konuda hastanın hekiminin yaklaşımı çok önemlidir.  Tedavide antidepresan ilaçlar uygulanır. Ayrıca, psikoterapi yaklaşımları ve hastanın bilgilendirilmesi de farmakolojik tedaviye eklenmelidir.  Depresyon tedavisi terminal dönem hastada farklıdır, çünkü hasta ve ailesi antidepresan ilaçların etkisini bekleyecek kadar zamana sahip değildir. Bu durumda psikostimulanların (amfetamin ve türevleri) kullanımı önerilmektedir. Bu yaklaşımla depresyon belirtileri genellikle birkaç gün içinde düzelir. Özellikle ağrılı ve ağır depresif hastalardaki intihar düşüncesine karşı farmakolojik tedavi yanında, hasta ailesi ve tedavi ekibinin işbirliği çok önemlidir.  **Organik beyin sendromları (deliryum)**  Bu sendromlar içinde deliryum ve demans yer alır. Deliryum karmaşık bir mental durumdur ve acil bir sorun olması nedeniyle önemlidir. Terminal dönemdeki hastalar deliryum için yüksek risklidir ve bu tablo ölüm öncesinde hastaların yaklaşık %85 kadarında görülebilir. Kanserli hastalarda deliryuma neden olabilecek faktörler aşağıda sıralanmıştır:  1-                              Beyin metastazı  2-                             Metabolik sorunlar (hipoksemi, hiponatremi, hiperkalsemi)  3-                             İlaçlar ( opiyatlar, sedatifler, antikolinerjikler, steroid, bazı kemoterapi ajanları)  4-                             İnfeksiyonlar (sepsis)  5-                             Karaciğer ve böbrek yetmezliği, ileri yaş, serebro-vasküler hastalıklarını varlığı.  Deliryum, hastada genellikle gece ve aniden saatler ve günler içinde ortaya çıkan bilinç bulanıklığı, ajitasyon, hallüsinasyon ve hezeyanlar, uyku bozuklukları, bellek ve konuşma yetersizlikleri ile görülebilir. Aslında, bilinç, oryantasyon ve davranış bozuklukları ortaya çıkmadan önce, hastaların çoğunda haberci bulgular gözlenebilir. Erken dönemde huzursuzluk, öfke ve tepkili davranış gibi durumlar, özellikle deliryum yönünden yüksek riskli olan hastalarda dikkatle ve düzenli olarak değerlendirilmelidir.   Tedavide hasta öncelikle diğer hastalardan uzaklaştırılmalıdır. Uyaranlardan uzak, sakin ve güvenli bir ortama alınmalı ve yanında yakınları olmalıdır. İntramüsküler uygulanan 2-5 mg haloperidol, tedavi için en uygun ilaçtır. Daha sonra 0.5-3.mg dozunda günde üç kez oral ya da parenteral yolla sürdürülmelidir. Ayrıca, bazı hastalarda haloperidol tedavisine benzodiazepin eklenmesi ya da fenotiyazin olarak 12.5-50 mg oral ya da parenteral yolla klorpromazinin uygulanması alternatif yaklaşımlar olarak tanımlanmıştır. Anksiyete Kanserli hastalarda kaygı durumu, uyum süreci içinde çok sık olarak gözlenmektedir. Hastalık ve tedaviye ilişkin belirsizlikler, sıkıntılar bu kaygının nedenidir. Aşırı ve yaşamı olumsuz etkileyen durumlarda anksiyete bozukluğu söz konusudur. Ayrıca, anksiyete deliryum ya da depresyon gibi ruhsal patolojilere eşlik edebilir.  Bu sorun genellikle hem hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir, hem de hasta yakınları ve tedavi ekibi ile hasta iletişimini bozmaktadır. Anksiyetenin erken belirtileri çabuk sinirlenme, dalgınlık, dikkat ve ilgide azalmadır.  Bulgu olarak ise taşikardi, dispne, terleme, diyare, bulantı-kusma gibi otonomik hiperaktivite gözlenmektedir. Bazen panik ataklar şeklinde de görülebilir. Hastaların önemli bir kısmında yetersiz ağrı kontrolü sorunu da anksiyeteye eşlik etmektedir. Anksiyetenin kontrolü hasta ve çevresi açısından çok önemlidir. Tedavide hastalarda psikoterapi yaklaşımları yararlı olmaktadır. Hastaların bir kısmında hasta ile anksiyete kaynakları hakkında konuşmak, bilgilendirme ve hasta ile olumlu iletişim ortamı oluşturmak etkili ve yeterli olabilir. Konuşma tedavisi yanında, çeşitli gevşeme tekniklerini uygulamak da yararlıdır. Non farmakolojik tedavi yanında, hastalarda anksiyolitik olarak öncelikle benzodiazepinler kullanılmalıdır. Diazepam rutin olarak günde iki ya da üç kez  günlük 15-20 mg dozunda uygulanmalıdır. Eğer ağrı sorunu da varsa, uygun tedavi düzenlenmelidir. Anksiyeteli hastada deliryum ya da hallüsinasyonlar gibi organik sendromlar da eşlik ediyorsa, tedavide antipsikotikler, haloperidol seçilmelidir. Ayrıca, morfin ve benzodiyazepini birlikte kullanan, performansı bozuk hastalarda oluşabilecek santral inhibisyonu önlemek için benzodiyazepin yerine antihistaminikler tercih edilmelidir. Panik atak tedavisinde ise trisiklik antidepresanlar (imipramin) ve benzodiyazepinler birlikte kullanılmalıdır.HASTA VE HEKİM İLETİŞİMİ            Kanser hastalarında tanı ve tedavinin her aşamasında hekime önemli görevler düşmektedir. Hekimin sorumlulukları arasında kanser ve tedavisi ile ilişkili ciddi tıbbi komplikasyonlarla baş etmek yanında, hasta ve hasta ailesine psikososyal destek vermek de yer alır. Kanserli hastanın uyum aşamalarına göre, hekim-hasta ilişkilerinde bazı zorluklar da yaşanabilir. Terminal dönemdeki hastanın takibi ya da hasta ve ailesine kötü haber vermek zorunda kalmak gibi durumlar da hekim için özel güçlükler taşır. Kanserli hastalarla ilgilenen tedavi ekibi ve bunun bir parçası olan hekimde de kaygı ve ruhsal sorunlar sık görülmektedir.  Psikoonkoloji alanında son yıllarda çok sayıda araştırma yayınlanmıştır. Hekim ile hasta ve hasta ailesi arasındaki ilişkiler için rehber olabilecek öneriler tanımlanmıştır. Ölümcül hastalarla özellikle, terminal dönemdeki kanserli ile karşılaşan hekim yeni ve zor bir rol üstlenmek zorunda kalmaktadır. Bu alışılagelmiş ve benimsenmiş tedavi edici rol yerine, hastasının ölümüne eşlik etmektir.    *Öncelikle hekimin kaçınması gereken davranışlar aşağıda sıralanmıştır:*  1-                  Hastaya ömür biçilmemelidir.  2-                 Terminal dönemdeki ya da ‘kötü haber’  verilmesi gereken hastalardan sakınma ve kaçma davranışı uygun değildir. Hekimin kendi benliğini korumasına yönelik bu savunma yaklaşımı, hekimin hastadan uzaklaşmasıdır. Uzaklaşma davranışı hastayı görmemek şeklinde değil, onunla yüzeysel konuşma, gözlerini kaçırma, hastayı dinlememe ya da ona dokunmama olarak yaşanabilir. Hasta hekimin uzaklaşmasını, kendisini terk etmesini kolayca fark eder. Bu ruhsal durumunu çok olumsuz etkiler.  3-                 Hekimlerin geliştirdiği bir başka savunma yaklaşımı da aşırı koruyucu, kollayıcı tavırdır. Burada hekim her şeyi biliyordur, duruma her zaman egemendir ve hasta adına en doğru kararları almaktadır. Paternalistik hekim tutumu, kanser gerçeğini yaşaması gereken hastada gerçek dışı beklentiler ile sonunda düş kırıklığı ve güven sorunu oluşturması nedeniyle doğru bir davranış değildir.    Hekim-hasta ilişkilerindeki olumlu tutumu tanımlamak için önce iyi iletişim koşulları bilinmelidir. *İyi iletişim koşulları aşağıda özetlenmiştir:*  1-                  Görüşmeler sakin ve uygun ortamda yapılmalıdır. Hasta ve hasta yakınlarının koridorda ya da ayaküstü konuşma istekleri randevu verilerek geri çevrilmelidir.  2-                 Önyargısız yaklaşım ve yargılayıcı olmayan tutum iletişimin temel taşıdır.  3-                 Aktif dinleme uygulanmalıdır. Farklı kültürel ve ruhsal yapıdaki hasta ile görüşürken, hekim sık sık ne anladığını kendi sözleri ile geri bildirmelidir.  4-                 Empati yapmak yoluyla hastaların duyguları daha iyi anlaşılır.    Kanserli hasta ile görüşme ve bilgilendirme sırasında hekimin tutumunu özetlemeden önce hastaların hekimden ne beklediklerini tanımlamak uygun olacaktır. *Kanserli hasta hekiminden ne bekler:*  1-                   Hekimin dürüstlüğüne güvenmek  2-                  Kendi tedavisi için gereken her şeyin yapılacağını ve yapıldığını bilmek  3-                  Her zaman umudunun korunması  4-                  Hekimin kendisi ile ilgilendiğini bilmek  5-                  Hekimi tarafından anlaşıldığını hissetmek  6-                  Hekimi tarafından asla terk edilmeyeceğini bilmek, terminal dönemde tıbbin tüm olanakları tükendiğinde bile istediğinde görüşebileceğini ve kaygılarını anlatabileceğini bilmek.   Kanserli hastanın tanı, prognoz, tedavi ve olası komplikasyonlar hakkında bilgilendirilmesi “Söylemek ya da söylememek, işte bütün mesele bu”  Halen gerçeğin hastalara söylenmemesi yönünde görüşler bulunmaktadır. Bu tutumun temeli, hastanın gerçeklere dayanamayacağıdır. Ama günümüzde hasta haklarındaki ilerleme ve etik (bazı ülkelerde yasal) zorunluluklar hastanın bilgilendirilmesini gerekli kılmaktadır. O zaman asıl soru: “Bu bilgiyi hastamla nasıl paylaşabilirim?” olmalıdır. Tartışılması gereken bilgilendirmenin yöntemi olmalıdır. Hastaların tepkileri üzerinde bilginin veriliş şeklinin önemli etki yaptığı bilinmektedir. Ancak, standart bir bilgi verme yaklaşımı tanımlanamaz. Her hasta ve hekim için farklı koşullara uygun yaklaşım şekilleri vardır. Sonuçta, hekimler kendi tarzlarını belirlemektedir. Bu konuda sadece öneriler verilebilir.  Bilgilendirme yöntemi için öneriler aşağıda sıralanmıştır:  1-                                          Bilgi hastanın kabul edebileceği şekilde verilmelidir. Hasta ile kurulan iletişim, hastanın gerçeği nereye kadar duymak istediği hakkında yol gösterir.  2-                                         Her zaman umut korunmalıdır. Hastalar için küratif olmasa bile palyatif olarak yapılabilecek yaklaşımların olduğu ve tıbbın geliştiği söylenebilir.  3-                                         Öncelikle, hekimin kendisinin ölümle yüzleşebilir olması gereklidir. Kanserli hastaya yaklaşımda hekimlerin sorunlarının kaynağında, hekimin ölüme ilişkin kaygıları bulunmaktadır. Bu durumda hastanın inkar gereksinimi, hekiminki ile doğru orantılıdır.  4-                                         Hastayı tanımak, o konuşmak istediği zaman ve hazır olduğu kadar bilgi verileceği mesajını iletmek, gerekli açıklamayı buna göre yapmak önemlidir.      Tablo 1. Kanserli hastalarda psikiyatrik hastalıklar   |  |  | | --- | --- | | **Psikiyatrik Patoloji** | **Oran (%)** | | Uyum bozukluğu | 68 | | Depresyon | 13 | | Organik ruhsal bozukluk | 8 | | Kişilik bozukluğu | 7 | | Anksiyete | 4 |       Tablo 2. Kanserli hastalarda ruhsal tepkiler.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Klinik Aşamalar** | **Uyuma Yönelik Tepki** | **Uyum Bozukluğu** | | Tanı öncesi | Kanser olasılığı ile ilgili kaygılı bekleyiş | 1-                  Kanser olasılığının inkarı, tanı ve tedaviyi geciktirme davranışı (memedeki kitleyi saklama )  2-                 Kanser tanısı konmadan hastalık belirtileri geliştirme | | Tanı aşaması | 1-                  Dona kalım, inanamama  2-                 Kısmi inkar  3-                 Kaygı  4-                 Kızgınlık, isyan, suçlayıcı davranış  5-                 Depresif duygu durumu | 1-                  Kesin inkar ve tedaviyi reddetme (özellikle mastektomi, kolostomi)  2-                 Ölümün zaten kaçınılmaz olacağı inancıyla tedaviyi reddetme | | Tedavi aşaması | 1-                  Tedavinin geciktirilmesi  2-                 Beden algısı ile ilgili değişiklikler (mastektomi,alopesi)  3-                 Yan etkilerden korkma  4-                 Kaygı, depresif duygu durumu  5-                 Terk edilme korkusu (eş) | 1-                  Cerrahi sonrası reaktif depresyon  2-                 Tedavi sonrası yas reaksiyonu | | Tedavi sonrası iyileşme | Hastalık ve tedavi sınırları içinde yaşama dönüş | Kaygı ve depresif duygu durumu | | Hastalık progresyonu ve nüks | Yeni bilgilerin ve tedavi seçeneklerine yönelik arayış, kaygı | Major depresyon | | Terminal dönem | 1-                  Terk edilme, ölüm ve bilinmezlik korkusu  2-                 Ölüm düşüncesine bağlı yas ve kabulleniş | 1-                  Major depresyon  2-                 Akut deliryum | |

|  |
| --- |
| **ÖNERİLEN KAYNAKLAR:**  Basılı Kaynaklar:  1. Tıbbi Onkoloji. Editör: Prof. Dr. Fikri İçli.  ANTIP Yayınları.  2. Harrison's Principles of Internal Medicine 19th. Edition  3. Goldman-Cecil Medicine 25th Edition    Elektronik Kaynaklar:  1.  2.    Diğer Kaynaklar: |

|  |
| --- |
| **Dersle ilgili kısa sınav soruları ve/veya doğru-yanlış soruları**     1. Destek tedavi sadece terminal dönemde uygulanır D/Y 2. Kanserde destek tedavi sadece tıbbi onkoloji uzmanlarının görevidir. D/Y 3. Vertebrada kemik metastazı olan hastada uygulanabilecek adjuvan analjezikler ……. ve….. …… ….dır. 4. Opiyoid analjeziklerde toleransın tanımı……………..dır. Bu ruhsal bağımlılık olarak kabul edilemez. D/Y 5. Kanserde beslenme desteği terminal dönemde önerilmez. D/Y 6. Kanserde beslenme desteğine erken başlanmalıdır. D/Y 7. Tüm kanser hastalarında psikiyatri konsültasyonu istemek gereklidir. D/Y |