

Terminal dönemdeki çocuğun palyatif bakımı

Palliative care for children in terminal period

Melahat AKGÜN KOSTAK,¹ Medine AKAN²

¹Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Edirne;

²Edirne Devlet Hastanesi, Edirne

Günümüzde kanser tanısı almış çocukların yaklaşık %75'i iyileşmekte, %25'inde ise hastalığın tekrarlaması ve tedaviye yanıt vermemesi sonucu terminal dönem ve ölüm yaşanmaktadır. Terminal dönemdeki çocuk medikal-küratif tedavilerin sonuç vermediği ancak palyatif olarak tedavisi mümkün olan hasta grubudur. Palyatif bakım, terminal dönem hastalarının sıkıntılarını hafifleten, onların acılarını dindiren, iyi olmalarına yardım eden, hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesinin en yüksek düzeyde tutulmasına yönelik multidisipliner ve holistik bir yaklaşımdır. Çocuklarda palyatif bakım, çocukların ve ailenin fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerini değerlendirme ve yönetmeyi, semptom kontrolünü, hastalık ve yas süreci boyunca aileyi desteklemeyi içerir. Terminal dönemdeki çocuk ve ailesinin gereksinim duydukları bu bakımı sağlamak hemşirenin sorumlulukları arasında yer almaktadır. Terminal dönemde olan çocuklarla ve ailelerle çalışan hemşireler, çocuklarda palyatif bakımı bilmeli ve uygulamalıdır. Bu nedenle, makalede terminal dönemdeki çocuk ve ailesinin palyatif bakımı ele alınacaktır.

Anahtar sözcükler: Çocuk; hemşire; palyatif bakım; terminal dönem.

Currently, 75% of children who have been diagnosed as having cancer recover from this illness while 25% of them go through the terminal period and die due to the recurrence of cancer and not responding to the treatment. A child who is in terminal period belongs to a patient group that cannot get a positive result from the medical-curative treatments and can only benefit from palliative treatment. Palliative care eases the suffering of the patients in terminal period, lessens their agitation, in a way, consoles them. In short, it is a multidisciplinary and holistic approach with the objective that both the patients and their families maintain the quality of their lives as much as possible. Palliative care in children contains the assessment and handling of the childrens' and family's physical, psychosocial and spiritual needs and also symptom control and support to family during the illness and mourning process. It is among the duties of nurses to provide this care which both the child in the terminal period and his/her family desperately need. The nurses who offer their help to the children in terminal period and their families should know about the palliative cure and be able to apply it. For this reason, this paper deals with the palliative cure for children in terminal period and their families.

Key words: Children; nurse; palliative care; terminal period.

Gelişmiş ülkelerde çocuklarda en yaygın ikinci ölüm nedeni olan kanser, ülkemizde de çocuk ölümlerinde ilk 4 sıra içinde yer almaktadır.^[1-3] Devlet İstatistik Enstitüsü 2002 yılı verilerine göre kanser, ülkemizde 5 yaş ve üstü ölüm nedenleri arasında ikinci nedendir.^[1] Dünyada her yıl 200.000'den fazla yeni çocukluk çağı kanseri görülmekte,^[4] ülkemizde de yılda 0-14 yaş grubu çocuklarda 2.500-3.000 civarında yeni kanser vaka-sının görülmesi beklenmektedir.^[2]

Günümüzde kanser tanısı almış çocukların yaklaşık %75'i iyileşmekte, %25'inde ise hastalığın tekrarlaması ve tedaviye yanıt alınamaması sonucu terminal dönem ve ölüm yaşanmaktadır.^[3-5] Terminal dönemdeki çocuk medikal-küratif tedavilerin sonuç vermediği ancak palyatif olarak tedavisi mümkün olan hasta grubudur.^[6] Bu dönemdeki çocuk ve ailesine gereksinim duydukları bakımı sağlamak hemşirenin sorumlulukları arasında yer almaktadır.^[7]

2. Ulusal 1. Uluslararası Akdeniz Pediatri Hemşireliği Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur (16-19 Kasım 2009, Ankara).

İletişim (Correspondence): Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Edirne, Turkey.

Tel: +90 - 284 - 213 30 42 e-posta (e-mail): akgunmel@yahoo.com

© 2011 Onkoloji Derneği - © 2011 Association of Oncology.

Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımı “Yaşamı tehdit eden durumlarla birlikte görülen sorunlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini, ağrıyı ve fiziksel, psikososyal ve spiritüel (manevi) boyuttaki diğer sorunları erken dönemde belirleyerek, kusursuz bir biçimde değerlendirerek ve tedavi ederek geliştiren bir yaklaşım” olarak tanımlamaktadır.^[8-10] Palyatif bakım uygulamaları şunları içermektedir:

- Ağrı ve diğer rahatsız edici semptomların giderilmesini sağlar.
- Yaşamı onaylar ve ölümü normal bir süreç olarak kabul eder.
- Ölümü hızlandırma ya da geciktirme niyeti yoktur.
- Hasta bakımının psikolojik ve inanç yönlerini bütünleştirir.
- Ölüme kadar hastanın olabildiğince aktif olarak yaşamasına yardım etmek için destek sunar.
- Hastanın hastalığı süresince ve kayıptan sonra ailenin sorunla başa çıkmasına yardım etmek için destek sunar.
- Hasta ve ailesinin gereksinimlerini karşılamak için ekip yaklaşımı kullanır.
- Yaşam kalitesini artırır ve hastalığın seyrini olumlu olarak etkileyebilir.
- Hastalığın seyrinde yaşamı uzatmaya yönelik kemoterapi ya da radyoterapi gibi diğer tedavilerle bağlantı içinde erken uygulanabilir.
- Rahatsız edici klinik komplikasyonları daha iyi anlamak ve yönetmek için gereken araştırmaları içerir.^[8,9,11]

Palyatif bakım, terminal dönem hastalarının sıkıntılarını hafifleten, onların acılarını dindiren, iyi olmalarına yardım eden, hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesinin en yüksek düzeyde tutulmasına yönelik multidisipliner ve holistik (bütüncül) bir yaklaşımdır. Amerika Birleşik Devletleri’nde palyatif bakımın değerlendirildiği çalışmalarda, palyatif bakım alan terminal dönem hastalarının yaşam süresinin (266 gün) normal bakım alan hastalardan (227 gün) daha uzun olduğu, palyatif bakım alan kanserli hastaların hastanede yatış sürele-

rinin belirgin düzeyde kısaldığı ve istenmeyen yatışların azaldığı, dolayısıyla bakım harcamalarının önemli düzeyde düştüğü belirlenmiştir.^[12]

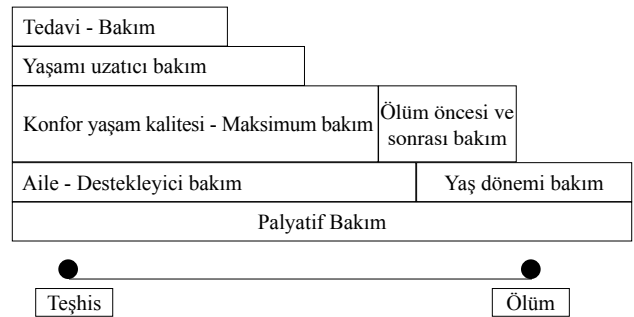
Çocuklarda palyatif bakım, çocukların ve ailenin fiziksel, psikososyal ve manevi gereksinimlerini değerlendirme ve yönetmeyi, semptom kontrolünü, hastalık ve yas süreci boyunca aileyi desteklemeyi içerir. Çocuklarda palyatif bakım fiziksel, duygusal, sosyal ve manevi yönleri içeren aktif, bütüncül yaklaşımdır. Temel amacı, çocuk ve aileye anlamlı bir yaşam sürdürmelerinde yardım ederek yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmaktır (Tablo 1).^[11,13-16]

Çocuklarda palyatif bakım erişkin palyatif bakımından farklıdır. Her iki grupta da palyatif bakımın hedefleri aynı olmasına rağmen tedavi ve bakım değişkenlik gösterir. Çocukların, okullarını, okul arkadaşlarını ve diğer sosyal çevrelerini de içeren özel palyatif bakım gereksinimleri vardır.^[8] Ayrıca çocuğun fiziksel, duygusal ve bilişsel gelişimi sürdürdüğünden, tedaviye nasıl yanıt vereceğini tahmin etmek çoğunlukla güçtür. Çocukların içinde buldukları gelişim dönemleri hastalık ve ölümü algılayışını da etkilemektedir.^[1,5,13,17]

Palyatif bakım veren hemşire, çocuğun fiziksel, psikososyal ve sosyal gereksinimlerini tanımlamalı, değerlendirmeli ve uygun hemşirelik bakımı sağlamalıdır.^[8,18] Hemşire, çocuğun ve ailesinin mümkün olan en iyi yaşamı sürdürmelerinin yanı sıra çocuğun optimal rahatlık seviyesinde yapabileceklerini yapmasını sağlamaktan sorumludur.^[19]

Tablo 1

Palyatif bakım modeli^[15]



Terminal dönemde görülen sorunlar

Terminal dönemde çocuklarda hastalık sürecine bağlı olarak çeşitli fiziksel ve duygusal semptomlar görülmektedir. Kanserli çocuklar terminal dönemde genellikle ağrı, bulantı-kusma, yorgunluk, iştahsızlık, diyare, konstipasyon, dispne, ölüm anksiyetesi, stomatit, spiritüel distress deneyimlerler.^[1,15,16] Bu semptomların çoğu standart hemşirelik bakım yöntemleri kullanılarak çözümlenebilir.^[1] Kanser nedeniyle ölen çocuğu olan ailelerle yapılan bir çalışmada,^[20] ebeveynlerin %89'u yaşamlarının son aylarında çocuklarının en çok ağrı yaşadığını ve bunu yorgunluk, dispne ve iştahsızlığın izlediğini ifade etmişlerdir. Yılmaz ve arkadaşlarının^[21] (2009) yaptıkları bir çalışmada da kanserli çocuğa sahip ebeveynler çocuklarının sırasıyla en sık yorgunluk, bulantı-kusma, kaygı-endişe, kabızlık-ishal, ağrı, solunum güçlüğü yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Terminal dönemde palyatif bakım

Terminal dönemdeki hemşirelik bakımı, çocukta en sık yaşanan, sıkıntıya neden olan ve yaşamdan zevk almasını engelleyen, ağrı, dispne, yorgunluk, stomatit, bulantı-kusma, iştahsızlık, diyare, konstipasyon, gibi bulguların ve yalnızlık, izolasyon, ölüm anksiyetesi, depresyon, spiritüel distress gibi durumların hafifletilmesine ya da giderilmesine odaklanır.^[1,5,15-17,21,22] Terminal dönemdeki palyatif bakım yas danışmanlığı ve güçlendirici bakım ile yas yaşayan ailelerin işlevlerini ve bütünlüklerini sürdürmelerini de amaçlar.^[5,13,15-17,22]

Ağrı

Kanser hastalarında yaşam kalitesini negatif etkileyen semptomların başında ağrı gelmektedir.^[21-24] Yaklaşık her üç kanser hastasından birinin ağrı yaşadığı belirtilmektedir.^[24] Kanser ağrısı, tümör ve tümöre bağlı gelişen vücuttaki yapısal değişiklikler, tedaviler, kanserle ilişkili olmayan faktörler, hareketsizlik, enflamasyon, sinirlerin baskı altında kalması, etkilenen organa kan akışının azalması ya da engellenmesi nedeniyle görülebilmektedir.^[15] Küçük çocuklardaki ağrının %67-80'i girişimlere ve tedaviye bağlı, %20-33'ü kansere bağlı nedenlerden kaynaklanmaktadır.^[18,25]

Amaç: Çocuğun ağrısının geçtiğini sözlü/sözsüz ifade etmesi.

Beklenen sonuçlar: Çocuğun ağrıyla baş etme mekanizmalarını kullandığını göstermesi, ağrıya iyileşme olduğunun sözel olarak, ağrı değerlendirme ölçekleri ile ve (çocuğa özel) davranışlarla iletilmesi, ağrı deneyimi boyunca rollerinin ve ilişkilerinin sürdürülmesi.

Hemşirelik girişimleri:

- Ağrının şekli, yayılımı, ne zaman başladığı, uyaran faktörler değerlendirilir.
- Ağrının değerlendirilmesinde hemşire ile çocuğun iletişimi önemlidir. Konuşabilen/dil gelişimini tamamlamış çocuklarda her zaman çocuğun ifadesi esastır. Bu nedenle ağrı kontrolü şansının olduğunu çocuğa anlatmak için çocukla oturup konuşmak, dinlemek, zaman ayırmak önemlidir.
- Çocuklarda ağrı algısında gelişim düzeyi, ailenin tutumu, hastaneye yatırılmanın etkileri, ağrının sembolik anlamı ve ağrıya karşı ortaya çıkan fizyolojik yanıt etkilidir. Hemşire ağrıyı değerlendirirken bu özellikleri de dikkate almalıdır.
- Çocuklarda ağrı değerlendirilmesi için çocuğun gelişim dönemine ve düzeyine göre çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Süt çocukluğu ve küçük çocuklarda veya kendini ifade edemeyen çocuklarda gözleme dayalı parametrelerle ağrı değerlendirilir. Genellikle gözleme dayalı bir uygulama olan FLACC (*face*: yüz ifadesi, *legs*: bacaklar, *activity*: aktivite, *crying*: ağlama, *consolability*: avutulabilirlik) kolay kullanılabilen bir yöntemdir. Daha büyük çocuklarda yüz ölçütleri (gülen-ağlayan) veya renk skalaları kullanılabilir. On üç yaşından büyüklerde ise 0-10 arası sayısal skalalar kullanılabilir.^[3,17,25-28]
- Ağrı tedavisinde şiddetine göre çeşitli analjezik ilaçlar kullanılır. Ağrı kontrolünde etkili olmak, ağrıyı 24 saat süreyle kontrol edebilmek için analjezikler sadece gerektiği zaman değil, belirli bir programa göre düzenli olarak verilir.

- Analjezik ilaçlara çocuğun tepkisi gözlenir ve kaydedilir.
- Çocuğun genel durumu izlenir, verilen ilaçların ağrı kontrolünde etkili olup olmadığını değerlendirmede ebeveynlerden de yardım istenir.
- Ağrıyı azaltan ya da arttıran faktörler değerlendirilir ve izlenir.
- Ağrının giderilmesi için öncelikle parasetamol, asetaminofen, ketorolak ve ibuprofen kullanılır. Kemik ağrılarında nonsteroid antiinflamatuarlar (ağır trombositopeni yoksa), bunlarla ağrı devam ediyorsa opioidler ve gerekirse morfin kullanılır. Opioid ilaçların yan etkisi olan kabızlık, bulantı-kusma, sedasyon, solunum depresyonu açısından çocuk gözlenir.
- Çocuğun yaşına göre gevşeme, meditasyon, yardımla hayal etme, akupunktur, ritmik solunum, teröpatik dokunma, hipnoz, dikkati başka yöne çekme, oyun terapisi, müzik terapisi gibi davranışsal ve bilişsel tepkiler, mizah, sıcak-soğuk uygulama gibi nonfarmakolojik yöntemler kullanılır.
- Ağrıya karşı duygusal tepkiler (inkâr, anksiyete, konfüzyon, öfke, beden bilincinde değişiklik) ve baş etme şekli değerlendirilir ve izlenir.
- Çocuğa uygulanacak gereksiz işlemlerden kaçınılır.^[1,5,11,15,19,23,24,26,27,29,30]

Bulantı-Kusma

Çocuğun altta yatan klinik durumundan ya da tıbbi tedaviden (kemoterapi, opioidler gibi) kaynaklan sık yaşanan bir semptomdur. Bulantı ve kusma, fiziksel sorunlar ve tümör nedeniyle sindirim sisteminin tıkanması ya da sıvı elektrolit dengesizlikleri sonucunda da gelişebilir.^[1,11,31] Kemoterapi sonrası bulantı kusmanın sıklığı, sürekliliği çocuğun yaşam kalitesini yakından etkilemekte, günlük yaşam aktivitelerinde azalmaya neden olabilmektedir. Amerikan Onkoloji Hemşireliği Birliği bulantı ve kusmanın kontrolünü hemşirenin sorumluluğu olarak tanımlamaktadır.^[32]

Amaç: Çocuğun bulantısının azaldığını bildirmesi.

Beklenen sonuçlar: Bulantıyı arttırmayan yiye-

cek ve içecekleri öğrenir, bulantının azaldığını bildirir.

Hemşirelik girişimleri:

- Çocuk ile konuşulur ve bulantısının nedeni belirlenir.
- Çocuğa yiyecekler sık aralıklarla az miktarda ve yavaş yavaş verilir.
- Özellikle sabahları kuru ve yumuşak besinler verilir, aşırı yağlı ve tatlı besinlerden kaçınılır.
- Çocuğun diyetinde çok sıcak/soğuk, lifli, yağlı, baharatlı gıdalardan ve kafeinden kaçınılır.
- Öğünlerde sıvı alımı azaltılır.
- Yemekten sonra çocuğun uygun bir pozisyonda (*semi fowler*-yarı oturur) yatması sağlanır, pozisyon yavaş bir şekilde değiştirilir.
- Çocuğun diyetine yüksek kalorili ve yüksek proteinli yiyecekler ve vitaminler eklenir.
- Diyete ek olarak bulantı kusmayı önlemek için yemekten en az yarım saat önce antiemetikler verilebilir.
- Fiziksel çevrenin temiz ve kokusuz olmasına dikkat edilir.
- Ağız hijyenine dikkat edilir.^[1,32,33]

Stomatit

Stomatit kanser tedavisinin sık görülen bir komplikasyonudur. Stomatit sistemik kemoterapi, baş ve boyuna radyoterapi uygulanması gibi kanser tedavisi alan hastaların ortalama %40'ında gelişir. Pediatrik kanser hastalarında ağız komplikasyonlarının gelişme oranı yetişkinlere göre üç kat fazladır. Yapılan araştırmalara göre çocuklarda kemoterapi sonrası %90 oranında stomatit gelişmektedir.^[34] Stomatit kanser tedavisinin sık görülen bir komplikasyonu olsa da, Armstrong hemşirelerin geliştireceği ve uygulayacağı ağız bakım protokolleri ile stomatitin önemli ölçüde azaltılabileceğini bildirmiştir.^[34] Radyoterapi sonrası 2-4 saatte bir verilen ağız bakımının mukoziti ve enfeksiyon olasılığını azalttığı belirlenmiştir.^[35] Benzer şekilde kemoterapi alan hastalarda düzenli olarak günde 4 kez yapılan ağız bakımının enfeksiyon insidansını %50 azalttığı bildirilmiştir.^[1]

Amaç: Ağız membranının bütünlüğünün ve nemliliğinin sağlanması, ağızdaki ağrılı durumun azaltılması, uygun ağız hijyeninin sağlanması.

Beklenen sonuçlar: Mukoz membrandaki ülserasyonun iyileşmesi ve çocuğun ağrısız yemek yiyebilmesi.

Hemşirelik girişimleri:

- Çocuğun ağız sağlığı ve stomatit (oral mukozit) durumu değerlendirilir. Bunun için sıklıkla Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirdiği, hastanın genel fiziksel ve beslenme durumu ve ağız boşluğunun gözlenmesi/muayenesi gibi subjektif ve objektif kriterleri içeren derecelendirme sistemi kullanılır.^[35]
- Her gün ağız mukozası, dudaklar ve dil değerlendirilir. Ağızda yara, beyaz noktalar, ağrı, yeme ve içmede güçlük ya da kanama varsa tıbbi tedavi uygulanır.^[35]
- Çocuğun oral mukozasının durumuna göre hekim ve diş hekimi başta olmak üzere sağlık disiplininin diğer üyeleri ile işbirliği yapılarak ağız bakımının hangi protokol çerçevesinde ve hangi solüsyonlarla (en sık sodyum bikarbonat, klorheksidin, nistatin kullanılmaktadır) yapılması gerektiği belirlenir.
- Kriyoterapi (kemoterapiden 5 dk. önce ağza buz parçaları alınarak oral kavitenin soğuması ve vazokonstriksiyon oluşturarak kemoterapik ajanın oral mukozaya daha az ulaşmasının sağlanması) ve düşük doz lazer tedavisi gibi non-farmakolojik yöntemler kullanılabilir.^[35]
- Ağız bakımında kullanılacak malzemenin niteliğine karar verirken çocuğun oral mukoz membran durumu değerlendirilir. Duruma göre karar verilir. Örneğin oral mukoziti hafif olan çocuklar yumuşak diş fırçası ile dişlerini fırçalayabilirler. Şiddetli mukoziti ve trombositopenisi olan çocuklarda (50.000/mm³'ün altında) diş fırçalama önerilmez. Oral mukozadaki müküsleri temizlemek için sodyum bikarbonat ve hidrojen peroksit kullanılabilir.
- Yemeklerden önce ve sonra ağız bakımı verilir.
- Ağız mukozasında pıhtı varsa lezyon iyileşme-

den pıhtıya dokunulmaz. Lezyonlar ağrılı ise analjezik verilebilir veya lokal anestetik içeren solüsyonlarla ağız gargarası yapılabilir.

- Daha çok sıvı ya da yumuşak gıdalar verilir.
- Proteinden zengin yiyecekler, bol sebze ve meyve verilir.
- Asitli, tuzlu, sıcak, ekşi, baharatlı besinlerden kaçınılır.
- Tolere edebileceği kadar sıvı alımı desteklenir.
- Çocuğun evdeki bakımı için aile üyelerine stomatitin belirtileri, uygun tedavi yöntemleri anlatılır. Ağız bakımının nasıl yapılacağı öğretilir.^[1,29,32-35]

Yorgunluk

Kanserli çocuklarda sık görülen semptomlardan biri olan yorgunluğun nedeni multifaktöriyeldir. Hastalığın doğal seyri, kemoterapi ve radyoterapinin toksik birikimi, bulantı-kusma, malnütrisyon, diyare, kronik ağrı, depresyon, anksiyete, anemi, elektrolit bozuklukları, uyku sorunları ya da hastalığa eşlik eden diğer sorunların giderilmesine yönelik kullanılan ilaçların yan etkisine bağlı olarak gelişebilir.^[1,11,20,21,36]

Amaç: Çocuğun fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal aktivitelere katılması.

Beklenen sonuçlar: Çocuğun yorgunluğunun nedenlerini anlaması, yaşamı üzerine yorgunluğun etkilerine ilişkin duygularını paylaşması, günlük ve haftalık aktiviteleri için önceliklerini belirlemesi.

Hemşirelik girişimleri:

- Yorgunluğun nedenleri belirlenir ve çocukla birlikte tartışılır.
- Bakımın sağlanması ve sürdürülmesinde çocuk teşvik edilir ve gerekiyorsa yardım edilir.
- Uykusuzluğa neden olabilecek çevresel faktörler önlenir.
- Çocuğun gece en az 7-8 saat uyuması, gündüz uyku periyotları oluşturulması ve aktivite kısıtlaması sağlanır.
- Tedavinin tipine göre hafif egzersizler seçilir.

- Enerji seviyesinin artmasına yardımcı olunur. Dinlenme periyotlarının olması, proteinden zengin ve bol kalorili besinlerin verilmesi sağlanır
- Önemli uygulamaları enerjisinin en yüksek olduğu saatlerde yapması için planlama yapılır.
- Yorgunluğun giderilmesinde, dikkati başka yöne çekme, dinlenme-uyku, masaj, beslenme desteği, sosyalleşme gibi ilaç dışı yöntemler kullanılabilir.
- Çocuğun dinlenmiş olduğu zaman, örneğin sabahları en besleyici besinleri alması, sert zor ve çok çığnenen besinlerin verilmemesi sağlanır. [21,33,36]

İştahsızlık

Tümörler iştahı baskılayan proteinleri sentezleyerek çocuğun tat duygusunu ve yiyeceklere olan ilgisini kaybetmesine yol açar. Ayrıca ağrı, stomatit, ağızda tat ve koku değişikliği, bulantı hissi, psikojenik nedenler, kemoterapi ve radyoterapinin etkisiyle iştahsızlık oluşabilir. [32,37]

Amaç: Çocuğun günlük olarak metabolik gereksinimleri ve aktivite düzeyine uygun besin yemesi.

Beklenen sonuçlar: Normal kiloda, normal laboratuvar değerine sahip olması ve malnütrisyon bulgularının olmaması.

Hemşirelik girişimleri:

- İştahsızlığa neden olan faktörler araştırılır ve tedavi ona göre düzenlenir.
- Çocuğun diyet öyküsü, antropometrik ölçümler ve biyokimyasal testleri değerlendirilerek beslenme durumu değerlendirilir.
- Çocuğun sevdiği, proteinden zengin ve yüksek kalorili gıdalar verilir. Enerji değeri yüksek yiyecekler sabahları verilir. Kızartılmış, yağlı ve tatlı besinler verilmez. Soğuk yenen gıdalar tercih edilir.
- Az miktarda ve sık aralıklarla yemek yemesi sağlanır.
- Çocuğun öğünlerdeki alımını azalttığı için öğün öncesi ve öğün aralarında sıvı alması kısıtlanır,

öğünlerden sonra sıvı alması sağlanır.

- Yeterli ağız hijyeni sağlanır.
- Tedaviden hemen sonra yemek yedirilmez.
- Yemeklerden en az yarım saat önce 5-10 dakika egzersiz yaptırılır.
- Çok çığnenerek yutulan yiyecekler tercih edilmez.
- Çocuğun aile çevresi veya arkadaşlarıyla birlikte yemek yemesi teşvik edilir. [32,33,37,38]

Diyare

Sıklıkla verilen antimetabolit ilaçlara bağlı olarak gelişir. Eğer kemoterapiye bağlı olarak ishal gelişirse, intestinal mukoza düzelinceye ve ishal geçinceye kadar tedaviye ara verilir. [1] Dehidratasyon, malnütrisyon ve elektrolit dengesizliği gibi hayatı tehdit edici komplikasyonları vardır. [36,39]

Amaç: Çocuğun normal sıklıkta ve kıvamda gaita yapması ve düzenli bağırsak fonksiyonlarını tekrar kazanması.

Beklenen sonuçlar: Çocuğun normal sıklıkta ve kıvamda gaita yapabilmesi, önerilen diyetini ve sıvıyı alabilmesi.

Hemşirelik girişimleri:

- Diyareye neden olan/etkileyen faktörler değerlendirilir.
- Diyetisyenle işbirliği içinde çocuğun tolere edemeyeceği besinlerden kaçınarak bir beslenme programı hazırlanır. Katı gıdalar kesilir ve sonrasında yavaş yavaş diyete eklenir. Çocuğa yağsız peynir, yoğurt, pirinç lapası, muz, elma, ayran, balık, tavuk, haşlanmış patates, beyaz ekmek yedirilebilir. GİS'i uyaran ve irrite edebilen tahıl, fındık, yağlı besinler, tane meyve suları, çiğ sebzeler, acı, baharatlı, gaz yapan yiyecekler ve süt verilmez.
- Bol kalorili ve proteinli diyet verilir.
- Aldığı-çıkarıldığı sıvı takibi yapılır ve kaybedilen sıvının yerine konması için uygun girişimlerde bulunulur.
- Perianal bölgenin temizliğine dikkat edilir.

- Potasyum ve sodyum içeren sıvıları alması sağlanır (su, elma suyu gibi)
- BRAT [*Banana*/muz, *Rice*/pirinç, *Apple*/elma püresi, *Tea*/çay] diyeti uygulanabilir.^[1,33,38,39]

Konstipasyon

Kas zayıflığı, aktivite düzeyinin azalması, bazı ilaçların (örn: bazı kemoterapik ilaçlar, opioid analjezikler, kalsiyum kanal blokerleri, antikolinergik ilaçlar) yan etkisi olarak, diyetle sıvı ve lifli yiyeceklerin eksikliği nedeniyle konstipasyon görülebilir.^[1,11]

Amaç: Çocuğun normal sıklıkta ve kıvamda gaita yapması.

Beklenen sonuçlar: Defekasyonda ağrı olmaması, normal sıklıkta ve kıvamda gaita yapılması.

Hemşirelik girişimleri:

- Konstipasyonun nedenleri (az beslenme, yüksek proteinli-düşük karbonhidratlı diyet, dehidrasyon) tartışılır.
- Çocuğun normal barsak boşaltım alışkanlığı (dışkılama zamanı, kahve vb. içeceklerle uyandırılma durumu gibi) değerlendirilerek plan yapılır, düzenli barsak alışkanlıkları sürdürülmesi önemlidir.
- Diyetle yeterli sıvı ve lifli yiyeceklerin bulunması sağlanır. Bebeklerde diyetle meyve (elma hariç), glukoz, çocuklarda kepekli tahıl ürünleri, meyve püresi, meyveler ve sebzeler eklenir. Kuru erik, erik suyu verilebilir.
- Aktivitenin artırılması desteklenir.
- Geçmeyen konstipasyon tıbbi olarak değerlendirilmelidir. Bu durumda laksatiflerin verilmesi yararlı olabilir.
- Kanama ve enfeksiyona yatkın olan çocuklarda lavmandan kaçınılır.^[1,11,33,38]

Dispne

Terminal dönemde tümör metastazı, enfeksiyon ve sıvı retansiyonuna bağlı olarak solunumda değişiklikler görülebilir. Ayrıca anksiyete, solunum yolu tıkanması, koyu solunum yolu sekresyo-

nu, konjestif kalp yetmezliği, anemi, metabolik nedenlerde de dispne görülebilir. Aileler çocuğun solunum güçlüğü sırasında öleceğini düşünürler. Bu nedenle bu durum ailede büyük ölçüde anksiyete yaratabilir.^[1,5,11]

Amaç: Çocuğun etkili solunum yapabilmesi, yeterli ventilasyonun sağlanması.

Beklenen sonuçlar: Akciğerlerindeki hava değişiminde artma göstermesi.

Hemşirelik girişimleri:

- Mümkünse çocuk dik pozisyonda oturtulur.
- Nemlendirici kullanılarak odanın nemi artırılır.
- Gevşeme teknikleri gibi nonfarmakolojik yöntemler kullanılır.
- Gerekirse oksijen verilir.
- İntravenöz sıvı alımı kısıtlanır, eğer aşırı sıvı/ödem varsa hekim istemine göre diüretikler kullanılabilir.
- Davranışsal stratejiler uygulanır (derin solunum egzersizleri, gevşeme, müzik gibi).
- Koyu sekresyonlar aspire edilir. Sekresyonlar için nebulize opioidler ve nebulize salin kullanımının yararlı olduğu çalışmalarda bildirilmiştir.^[1,5,11,19,38]

Ölüm anksiyetesi

Çocuğun yaşı, eğitim düzeyi, kültürel deneyimi, dini inançları, aile üyeleri ve arkadaşları arasında yaşadığı ölüm deneyimleri, onun ölüme ilişkin düşüncelerini önemli ölçüde etkiler.^[1,40] Çocuklarda ölüm algısı 3 yaş civarında başlar.^[41] Bir yaş altı çocuklarda zaman algısı olmadığı için ölüm, terk edilme/yalnız bırakılma ile eş anlamlıdır. 1-3 yaş dönemindeki çocuklar ölümü uykuya dalış olarak algırlar. Onlar için ölümün anlamı, sadece çevresindeki insanları etkilemesidir. 3-6 yaş okul öncesi dönemdeki çocuklar ölümün geçici ve geri dönüşlü olduğuna inanırlar, ölümün hareketsiz olduğunu kavrarlar. 6-12 yaş okul dönemimdeki çocuklar ölüm sürecini daha gerçekçi şekilde algırlar, ölüm olayının geri dönüşsüz ve sürekli bir olay olduğunu anlarlar. 13-18 yaş adölesan döneminde

gerçekler daha çok bilinir. Yetişkinler gibi ölümün geri dönüşsüz, evrensel ve kişisel bir deneyim olduğunu anlarlar. Bu dönemde çocuk ölümün aile ve çevreye etkisinin de farkındadır.^[1,5,42]

Amaç: Çocuğun anksiyetesinin/korkusunun azaldığını bildirmesi.

Beklenen sonuçlar: Ölüme ilişkin duygularını paylaşması.

Hemşirelik girişimleri:

- Ölümle ilgili düşüncelerini paylaşması için çocuğa fırsat verilir.
- Ölüme ilişkin önyargılar ve yanlış anlamalar düzeltilir.
- Ebeveynlerin yanında olması sağlanır.
- Çocuğun sorunları (bulantı-kusma, ağrı) etkin bir şekilde giderilir.
- Yaş ve gelişim düzeyine uygun düşünsel aktivitelere teşvik edilir (örn: dua etme, meditasyon, günlük yazma).^[1,33,38]

Spiritüel distress / Manevi sıkıntı

Kanser gibi kronik, progresif, kriz yaratan, yaşamı tehdit eden hastalıklar bireyde ve aile üyelerinde var oluş, anlam, amaç ve kader hakkında sorular uyandırmakta, manevi sıkıntılar yaşatmaktadır. Bu durum ise hastalığa uyumu zorlaştırmakta, tedaviyi güçleştirmekte, hasta ve ailesinin yardım alma gereksinimini arttırmaktadır.^[18,43] Yapılan bazı çalışmaların sonucuna göre hasta bireylerin hastalıklarının şiddeti arttıkça ve hastalık süresi uzadıkça manevi gereksinimlerinin de arttığı yönündedir.^[44] Özellikle kanser gibi ölümcül hastalığa sahip çocuk ve ailelerinin bakımında, problem çözme/baş etme sürecinde manevi boyut önemlidir.^[45] Pediatri yoğun bakım ünitesinde yaşamını yitirmiş çocuğa sahip 56 ebeveyn ile yapılan bir çalışmada, ebeveynler yaşam sonu bakımın altı önceliğinden birini inanç olarak tanımlamışlardır. Birçok ebeveyne göre inanç, tanrıya yardım etmesi ve yol göstermesi için dua etmek, din görevlilerine danışabilmek ve sosyal ve emosyonel yardım almayı içermektedir.^[46] Çocuğa manevi destek sağlamada hemşirenin sorumluluğu, çocuğun manevi kaynaklarını, bir başka deyişle manevi baş

etme stratejilerini değerlendirebilecek bir bakış açısına sahip olmasıdır. *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) hemşirelik tanıları sınıflamasında “manevi sıkıntı (spiritüel distress)” tanısı hemşirenin bağımsız olarak tanılayıp çözümlenebileceği bir problem olarak ele alınmaktadır.^[38,43,47]

Amaç: Çocuğun manevi durumu/koşulları ile ilgili doyum ifade etmesi.

Beklenen sonuçlar: Sağlığı bozmayan manevi uygulamalarına devam edebilmesi, suçluluk ve anksiyete duygularının azalması.

Hemşirelik girişimleri:

- Hemşire, manevi inanışların yaşam dönemlerine göre gelişimini bilmeli (okul öncesi dönem, okul dönemi gibi) ve buna göre değerlendirme yapmalıdır.
- Çocuğa ve ailesine inançları, etik ve değerleri, yaşam şekli ile ilgili sorular sorularak manevi durumu ile ilgili tanılama yapılır.
- Çeşitli manevi inanç ve uygulamaların kabul edildiği iletilir.
- Önyargısız bir tutum sergilenir, çocuğun kendi şüphelerini, suçluluk duygularını ya da diğer olumsuz duygularını ifade etmesi sağlanır ve dinlenir.
- Çocuğa alışlagelen manevi uygulamaları varsa (örn: dini kitap okuma, yatarken dua etme) bunlara devam etme fırsatı verilir. Bunun için sessiz, huzurlu bir çevre sağlanır. Çocuk için önemli dini semboller varsa tanı çalışmaları ya da cerrahi müdahale gibi aşırı anksiyete yaratıcı uygulamalar esnasında bu sembollerin çocuk üzerinde kalmasına izin verilir.
- Çocuğa diğer insanlarla birlikte dua etmesi ya da kendini bu aktivitelerde rahat hissedilen bir sağlık ekibi üyesi tarafından dua okunması vb. için fırsat sağlanır.
- Manevi sıkıntılarının tanılanması için çocuğun sorduğu ‘Bu neden bana oluyor?’ ya da ‘Tanrı neden bu hastalığı bana verdi?’ gibi sorular tanımlanır.
- Çocukla, hasta olmanın inançlarını (örn: dua-

daki isteklerini) değiştirip değiştirmediği tartışılır.

- Kazaların ve hastalıkların ‘kötü davranışların/ hatalı olmanın’ cezası olmadığı anlatılır.
- Manevi uygulamaları anlamakta güçlük yaşayan adölesanlara destek olunur.
- Gerekirse çocuğun duygularını manevi destek sağlayacak bir kişiyle (örn: görevli din adamı) paylaşması sağlanır.^[38,43,48,49]

Acı çekme / Yas

Palyatif bakım hem terminal dönem hasta bakımını hem de ailenin yas dönemindeki bakımını içerir.^[18,50] Ölümden sonra ailelere destek verilmesi ve güvenin sağlanması yas sürecinde kolaylık sağlayacaktır.

Amaç/beklenen sonuçlar: Aile bireylerinin acısını/kederini ifade etmesi.

Hemşirelik girişimleri:

- Ölümün haber verildiği ortam uygun olmalı.
- Aşırı duygu yüklü ifadeler yerine “Öldüğünü kabul etmek sizin için güç olmalı.” gibi empati içeren ifadeler kullanılmalı. “Ağrısı yoktu, sakin, huzurluydu, son sözleri oldu.” gibi son anlar olumlu anlatılmalıdır.
- Ailenin inkar, öfke, suçlama gibi tepkilerinin doğal olduğu bilinmelidir ve her bir tepkiyi yaşayarak acı çekme/yas tutma aşamalarını geçirmeleri sağlanır.
- Şiddetli kontrol yitimi olmadığı sürece aile bireylerine sedatif verilmemeli, yas yaşamaları için desteklenmelidir.
- İletişimin açık tutulması sağlanmalıdır.
- Aile destek gruplarına yöneltilmelidir. Ölüm duygusunu deneyimleyen insanların bir araya gelmesiyle oluşabilecek gruplar, duyguların paylaşılmasına ve ailelerin yalnız olmadıkları duygusuyla rahatlamalarına olanak verecektir.^[7,14,38]
- Aileler, çocuğun terminal dönemde bakımını yapan palyatif bakım ekibi ile en az 2 yıl boyunca irtibat içinde olmalıdır.^[22]

- Normal yas tutma tedavi gerektirmez. Ancak yas tutma günlük işleri bozuyorsa (sürekli ağlama, yemek yememe, uyumama gibi) doktor istemine göre benzodiazepinlerin kısa süreli ve dikkatli gözlemlerle verilmesi yararlı olabilir.^[11]

Kaynaklar

1. Çavuşoğlu H. Çocuk sağlığı hemşireliği. 1. cilt. 9. baskı. Ankara: Sistem Ofset; 2008.
2. Kutluk T. Çocukluk çağı kanserlerinin epidemiyolojisi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Herkes için çocuk kanserlerinde tanı sempozyum dizisi. No: 49. Mayıs 2006. s. 11-5.
3. Lebel A. Cancer pain and palliative care in children. Techniques In Regional Anesthesia&Pain Management 2005;9(3):145-51.
4. Büyükpamukçu M. Çocukluk çağı kanserlerinde epidemiyoloji. Güncel Pediatri Dergisi 2007;5(1):138-9.
5. Kebudi R. Terminal dönemde kanserli çocuk ve ailesine yaklaşım. Türk Onkoloji Dergisi 2006;21(1):37-41.
6. Babaoğlu E, Öz F. Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi 2003;5(2):24-33.
7. Işıl Ö, Karaca S. Ölüm yaklaşırken yaşananlar ve söylenebilecekler: Bir gözden geçirme. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilimi ve Sanatı Dergisi 2009;2(1):82-7.
8. Liben S, Papadatou D, Wolfe J. Paediatric palliative care: challenges and emerging ideas. Lancet 2008;371(9615):852-64.
9. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: the World Health Organization’s global perspective. J Pain Symptom Manage 2002;24(2):91-6.
10. Dünya Sağlık Örgütü. WHO definition of palliative care. Erişim tarihi: 21.07.2009. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>.
11. Yaman H. Palyatif bakım. Erişim: 21.07.2009. http://www.ailehek.org/dosyalar/PALYAT%C4%B0F_BAKIM_word.pdf
12. Fine RL. The imperative for hospital-based palliative care: patient, institutional, and societal benefits. Proc (Bayl Univ Med Cent) 2004;17(3):259-64.
13. Algier L. Çocuklarda palyatif bakım. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2005;58(3):132-35.
14. Bahar A. Ölüm sürecinde olan hasta: Terminal bakım ve hospis. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007;2(6):147-58.
15. Michelson KN, Steinhorn DM. Pediatric End-of-Life Issues and Palliative Care. Clin Pediatr Emerg Med

- 2007;8(3):212-9.
16. Mon-Sprehe D, Sprehe MR. Pediatric palliative care. *S D Med* 2008;32-4.
17. Goldman A. ABC of palliative care. Special problems of children. *BMJ* 1998;316(7124):49-52.
18. Lanken PN, Terry PB, Delisser HM, Fahy BF, Hansen-Flaschen J, Heffner JE, et al. An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. *Am J Respir Crit Care Med* 2008;177(8):912-27.
19. Sourkes B, Frankel L, Brown M, Contro N, Benitz W, Case C, et al. Food, toys, and love: pediatric palliative care. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2005;35(9):350-86.
20. Wolfe J, Grier HE, Klar N, Levin SB, Ellenbogen JM, Salem-Schatz S, et al. Symptoms and suffering at the end of life in children with cancer. *N Engl J Med* 2000;342(5):326-33.
21. Yılmaz H, Muslu G, Taş F, Başbakkal Z, Kantar M. Çocukların kansere bağlı yaşadıkları semptomlar ve yorgunluğa ebeveyn bakışı. *Türk Onkoloji Dergisi* 2009;24(3):122-7.
22. Beardsmore S, Fitzmaurice N. Palliative care in paediatric oncology. *Eur J Cancer* 2002;38(14):1900-10.
23. Aydınlı I. Kanser ağrısı. *Klinik Gelişim Dergisi* 2004;17(1):3-15.
24. Uçan Ö, Ovaoglu N. Kanser ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007;2(4):123-33.
25. Sevinir B. Çocuklarda kanser ve ağrı. *Güncel Pediatri Dergisi* 2004;2(2):103-8.
26. Güzeldemir E. Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Sendrom Tıp Dergisi* 1995;7(6):11-2.
27. Malviya S. Assessment of pain in children. Erişim tarihi: 06.09.2009. <http://www.pedsanesthesia.org/meetings/2006annual/syllabus/AssessmentofPain-Malviya.pdf>.
28. Öztürk H, Karnak İ, Kurt E, Çetinkuşun S. Çocuklarda elektif inguinal cerrahi sonrası postoperatif analjezi: Lokal bupivakain uygulanması. *Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi* 2009;(1):10-4.
29. Birol L. Terminal evredeki hasta bakımı. Akdemir N, Birol L, editör. *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı*. Ankara: Sistem Ofset; 2005. s. 207-11.
30. Yildirim YK, Fadiloğlu C, Uyar M. Complementary therapies in palliative cancer care. *Agri* 2006;18(1):26-32.
31. Özgüroğlu M. Terminal dönemdeki kanser hastasına yaklaşım: "Hospice" ve palyatif bakım. *Klinik Gelişim* 2004;17(1):1-2.
32. Bolışık B. Kanser hastalarında beslenme ve kaşeksi. Erişim tarihi: 27.10.2009. <http://kansermerkezi.ege.edu.tr/detay.php?SayfaID=126>.
33. Birol L. Hemşirelik esasları. 7. baskı. İzmir: Etki Matbaacılık; 2005.
34. Dalgıç G, Karadağ A, Kuzu N. Kemoterapiye bağlı gelişen stomatitte hemşirelik bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1998;2(2):53-9.
35. Çavuşoğlu H. Oral mukozit yönetiminde kanıt dayalı hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2007;27(3):398-406.
36. Ünsar S, Fındık Ü, Kurt S, Özcan H. Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007;2(5):89-99.
37. Dinler G. Çocuk kanser hastalarında beslenme. *Güncel Pediatri Dergisi* 2009;7(1):31-6.
38. Carpenito LJ. Hemşirelik tanıları el kitabı. Çeviren: Erdemir F. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2005.
39. Büyükyılmaz F, Şendir M. Cerrahi hastalarında barsak boşaltımı sorunlarına yönelik hemşirelik bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi* 2009;2(1):74-81.
40. Akçay C. Kanserli hastalarda destek tedaviler. XIII. TPOG (Türk Pediatrik Onkoloji Grubu) Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi Hemşire Programı 18-22 Mayıs, Kapadokya: 2004. s. 184-5.
41. Goldman A, Christie D. Children with cancer talk about their own death with their families. *Pediatr Hematol Oncol* 1993;10(3):223-31.
42. Peykerli G. Ölümcül hastalıklara psikolojik yaklaşım. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2003;25(4):62-5.
43. Öz F. İnsan, spiritüel gereksinimler ve hemşirelik. *MN-Klinik Bilimler&Doktor* 2004;10(3):266-73.
44. Khorshid L, Arslan G. Hemşirelik ve spiritüel bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;22(1):233-43.
45. Kostak M. Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007;2(6):105-15.
46. Meyer EC, Ritholz MD, Burns JP, Truog RD. Improving the quality of end-of-life care in the pediatric intensive care unit: parents' priorities and recommendations. *Pediatrics* 2006;117(3):649-57.
47. Ergül Ş, Bayık A. Hemşirelik ve manevi bakım. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004;8(1):37-45.
48. Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. Spiritüel bakım ve

- hemşirelik. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007;8(1):47-50.
49. Heilferty C. Spiritual development and the dying child: The pediatric nurse practitioner's role. Journal of Pediatric Health Care 2004;18(6):271-5.
49. Heilferty CM. Spiritual development and the dying child: the pediatric nurse practitioner's role. J Pediatr Health Care 2004;18(6):271-5.
50. Aslan E, Akın S. Kanser ve palyatif bakım. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 2004;17(6):98-102.