

Baş-Boyun Kanserli Hastalarda Rehabilitasyon Hemşireliği

Rehabilitation Nursing in Head Neck Cancer Patients

Kamile KIRCA,^a
Sevinç KUTLUTÜRKAN^b

^aHemşirelik Bölümü,
Kırıkkale Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Kırıkkale

^bHemşirelik Bölümü,
Gazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Ankara

Received: 09.06.2017
Received in revised form: 13.11.2017
Accepted: 21.11.2017
Available online: 15.02.2018

Correspondence:
Kamile KIRCA
Kırıkkale Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü, Kırıkkale,
TÜRKİYE/TURKEY
kamilebst@hotmail.com

ÖZET Baş-boyun kanserlerinin %90'ını oluşturan skuamöz hücreli kanserler daha çok genetik yatkınlığı olan, alkol ve/veya sigara tüketen, 40 yaş üzerindeki erkeklerde görülmektedir. Baş-boyun kanseri tanısı konan bireyler, hastalık ve tedavi ile ilişkili olarak birçok semptomu ayrı ayrı veya bir arada deneyimlemektedir. Bu semptomların başlıcaları; yorgunluk, ağrı, kilo kaybı, iştahsızlık, disfaji, ağız kuruluğu, tükürük salgısında azalma, tat almada değişim ve diş problemleridir. Baş-boyun kanserli hastaların rehabilitasyon programının başlıca konuları; konuşma terapisi, beslenme ve stoma bakımı, çiğneme ve yutma terapisi ile ağrı yönetimidir. Hastaların fonksiyonel ve kozmetik sorunlarla baş edebilmesi için sağlık profesyonellerinin interdisipliner ekip yaklaşımıyla hastayı değerlendirmesi gerekmektedir. Ekip üyelerinden rehabilitasyon hemşiresinin hem bir vaka yöneticisi hem de hasta ve ailesinin tedaviye dâhil edilmesi, eğitim (trakeostomi bakımı, evde egzersizlerin yapılması) verilmesi, özbakımı ve öz yeterliliği geliştirme, komplikasyonların önlenmesi ve optimum fonksiyonu sağlama gibi görevleri bulunmaktadır. Baş-boyun kanserli hastalarda rehabilitasyon hemşirelerinin etkin bir şekilde bakıma katılmalarıyla hastaların yaşadıkları semptomların ve yaşam kalitelerinin artacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Baş ve boyun neoplazileri; rehabilitasyon; hemşirelik

ABSTRACT Squamous cell cancer, accounting for 90% of head and neck cancers, often occurs in males aged above 40 years with genetic predisposition, alcohol abuse, or smoking. Patients diagnosed with head and neck cancer experience many symptoms individually or in combination related to the disease and treatment. The main symptoms include fatigue, pain, weight loss, lack of appetite, dysphagia, dry mouth, decreased salivation, taste changes, and tooth problems. Speech therapy, nutrition, the maintenance of stoma, chewing and swallowing therapy, and pain management are the major components of the rehabilitation programs for patients with head and neck cancer. Health care professionals must use a interdisciplinary approach for the evaluation on patients to cope with functional and cosmetic problems. As a member of this team, rehabilitation nurses play a major role as case managers and also engage the patient and family into the treatment plan, providing education (tracheostomy maintenance and home exercises), improving self-care capabilities and self-sufficiency, preventing complications, and ensuring an optimum level of functionality. We suggest that the effective engagement of rehabilitation nurses into the treatment is helpful to alleviate symptoms and increase the quality of life of these patients.

Keywords: Head and neck neoplasms; rehabilitation; nursing

BAŞ-BOYUN KANSERİ

Baş-boyun kanserleri, sindirim sistemi ve üst solunum yolu mukozalarından kaynaklanan skuamöz hücreli kanserlerdir. Skuamöz hücreli karsinom tüm baş-boyun kanserlerinin %90'ını oluşturmaktadır ve

beş yıllık yaşam şansı %40-50 olarak belirtilmektedir.¹⁻³ Baş-boyun kanserleri içerisinde yer alan bölgeler ise dil, dudak, oral ve nazal kavite, farenks, larenks, paranasal sinüsler ve tükürük bezleridir. Baş-boyun kanserinin risk faktörleri arasında; sigara ve alkol tüketimi, Human papillomavirüs, Epstein-Barr virüsü, hijyenik faktörler, genetik faktörler, kötü beslenme, travma, çevresel faktörler, endüstriyel ürünler ve radyasyon yer almaktadır.³⁻⁵

Baş-boyun kanserleri dünyada ve ülkemizde ilk sırada yer almamakla birlikte kansere bağlı ölüm nedenleri arasında bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2014 yılı verilerine göre; yılda 550.000'den fazla baş-boyun kanserli hastaya rastlanmaktadır. Uluslararası Kanser Ajansı (UKA) tarafından yayımlanan Globocan 2012 verilerine göre, tiroid kanseri kadınlarda en sık görülen ilk beş kanser türü içerisinde ve ülkemizde kadınlarda ikinci kanser türü iken, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde dördüncü sırada bulunmaktadır.¹⁻³ Türkiye 2013 yılı kanser istatistiklerinde, tüm yaş gruplarındaki erkeklerde en sık görülen bazı kanser türleri içerisinde larenks kanseri %2,6 ile sekinci ve tiroid kanseri %2,4 ile dokuzuncu sırada yer almaktadır. Kadınlarda da tiroid kanseri %11,6 ile ikinci en sık görülen kanser türüdür. Erkeklerde baş-boyun kanseri görülme sıklığı kadınlara göre 2:1 ve/veya 4:1 oranında daha fazladır.⁶

Baş-boyun kanserlerinde tek tip tedavi yerine çeşitli tedavi yaklaşımları uygulanmaktadır. Bunun nedeni ise baş-boyun kanserlerinin birçok dokunun bir arada bulunduğu bir bölgede lokalize olmasıdır. Tedavi yöntemleri içerisinde yer alan cerrahi, kemoterapi, radyoterapiden biri veya birkaçı kanserin türü, bölgesi ve yayılımına göre uygulanmaktadır.^{5,7} Cerrahi tümör, nod ve metastaz evrelemesine göre neoadjuvan veya adjuvan olarak gerçekleştirilmektedir. Neoadjuvan tedavi, esas tedaviden önce tümörü küçültmek için verilen tedavidir. Küçültücü kanser tedavisi olarak da adlandırılmaktadır. Adjuvan tedavi ise tümörün boyutu, özellikleri ve yayılımı dikkate alınarak koruyucu tedavi olarak uygulanan yöntemlerle (kemoterapi, hormon tedavisi, akıllı ilaç ve radyoterapi tedavileri), kanserin tekrarlama olasılığını azaltmayı hedeflemektedir. Radyoterapide ko-

nuşma ve yutma fonksiyonları yönünden olumlu sonuçlar elde edilir iken, hastalarda ağız kuruluğu ve tat değişikliği sıklıkla gözlenmektedir. Kemoterapide primer cerrahi ile fonksiyonel yönden iyi bir koruma sağlanmaktadır. Radyoterapi ile eş zamanlı tedaviler de en etkin tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır. Son yıllarda üzerinde sıkça durulan bir diğer tedavi seçeneği de gen tedavisidir. Gen tedavisinde p53 gen replasmanı ile genetik materyalin doğrudan tümör içerisine enjeksiyonu söz konusudur.^{2-5,8} Hastalar gerek hastalığın kendisi gerekse tedavi ile ilişkili olarak çeşitli semptomları tek başına veya ayrı ayrı yaşamaktadır. Bu semptomlar; ağrı, yorgunluk, iştahsızlık, kilo kaybı, ağız kuruluğu, tükürük salgısında azalma, tat almada değişim, diş problemleri, yutma güçlüğü (disfaji), çiğneme kaslarının kasılmasından ileri gelen çene kilitlenmesi, çiğneme kaslarının tonik felci (trismus), periferik nöropatiler, iletişim sorunları, öz bakım aktivitelerinde güçlük ve "ben kendime benzemiyorum" duygusudur.^{7,9-11}

Luo ve ark. tarafından, kanserli hastalarda yaşam ve ses kalitesine ilişkin yapılan bir çalışmada; cerrahi sonrası ağrı, disfaji, ağız kuruluğu ve konuşma bozukluğu sık karşılaşılan sorunlar olarak saptanmıştır. Bu hastalarda yaşam kalitesinin artırılması için ağrı, ağız kuruluğu ve konuşma terapisi üzerinde yoğunlaşılması gerektiği önerilmiştir.¹²

Aplak ve ark., baş-boyun kanserli hastaların yaşam kalitelerini incelemişlerdir. Yapılan çalışmada, oral kavite kanserlerinde; ağrı ve diş sorunları, ağız açmada zorluk, tat kaybı ve yemek yemede güçlükler, farenks kanserinde; boğaz ağrısı ve sekresyonda azalma; larenks kanserinde dispne ve konuşmada güçlük sorunları en yüksek puanları almıştır.⁷ Wan Leung ve ark.nın radyoterapi alan hastaların yaşam kalitelerine ilişkin yaptıkları bir çalışmada; nazofarenks kanserli hastaların %27,2'sinin tat kaybı, %17'sinin ağrı, %12,7'sinin dispne, %25,1'inin uykusuzluk, %53,5'inin ağız kuruluğu yaşadığı ve %29,6'sının kendisini hasta hissettiği belirlenmiştir. Orofarenks kanserli hastaların %26,4'ünün tat kaybı, %26,8'inin ağrı, %17,8'inin dispne, %30,1'inin uykusuzluk, %49,2'sinin ağız kuruluğu yaşadığı ve %31,5'inin de kendini hasta hissettiği saptanmıştır. Hipofa-

renks kanserli hastaların ise %31,3'ünde tat kaybı, %24,9'unda ağrı, %23,6'sında dispne, %30,7'sinde uykusuzluk, %36,6'sında ağız kuruluğu olduğu bulunmuştur.⁹

Baş-boyun kanserleri görülme sıklığı açısından birçok kanser türünün gerisinde yer almasına karşın, hastalık ve tedaviyle ilişkili sorunlar hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Son yıllarda onkolojik rehabilitasyon ve rehabilitasyon hemşireliğine ilişkin çalışmaların ivme kazanması ile baş-boyun kanserlerinin rehabilitasyon gereksinimi gündeme gelmiştir.

Bu çalışmada, baş-boyun kanserli hastaların gereksinim duyduğu rehabilitasyon hizmetlerinin ortaya konması ve bu süreçte hemşirenin rolünün belirtilmesi amaçlanmıştır.

BAŞ-BOYUN KANSERLİ HASTALARDA REHABİLİTASYON SÜRECİ VE HEMŞİRENİN ROLÜ

Baş-boyun kanserlerinin görülme sıklığı akciğer, meme ve kolon kanseri gibi diğer kanser türlerine göre daha alt sıralarda yer almasına karşın, hastalık ve tedaviye bağlı gelişen olumsuz değişimler bireyin günlük yaşam aktivitelerine katılımında güçlükler neden olmaktadır. Baş-boyun kanserli hastalarda özellikle fiziksel fonksiyonlarda olumsuz değişimler meydana gelmektedir. Fiziksel görünümde değişiklik, yemek yemede değişim, konuşma ve ses düzeyinde değişim, ağrı ve yorgunluk fonksiyonel açıdan önemli bir yer tutmaktadır. Baş-boyun bölgesi yemek yeme, solunum ve iletişim sağlayıcı fonksiyonların gerçekleştirildiği alan olması nedeni ile hem hastalık sürecinden hem de uygulanacak tedavi şekline dolaylı olarak bireyin çeşitli semptomlarla baş etmesinde güçlüklerle karşılaşmasına yol açmaktadır. Beslenme sorunlarına beden imgesinde değişiklik, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon, sosyal aktivitelerde azalma, anksiyete, çalışma yaşamında değişim, günlük işlevleri yerine getirmede zorluk ve aile yaşamında değişimler de eklenmektedir.^{9,13-15}

Hastaların, hastalık ve tedavi ile ilişkili yaşadıkları semptomların kontrolünün sağlanması, fonksiyonel bağımsızlığının ve yaşam kalitesinin

artırılması için rehabilitasyon programları oluşturulmaktadır. Onkolojik rehabilitasyon ünitelerinde baş-boyun kanserli hastaların rehabilitasyonu, kanserli bir hastaya hastalığın ve tedavilerin belirlediği sınırlar içerisinde maksimum fiziksel, psikolojik, sosyal ve mesleki fonksiyonların kazandırılmasına katkıda bulunulması amacıyla uygulanmaktadır.^{14,16-18} Baş-boyun kanserli hastaların rehabilitasyonunda interdisipliner ekibin üyeleri olan fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı, fizyoterapist, rehabilitasyon hemşiresi ve diğer disiplinler iş birliği içerisinde çalışmaktadır. Ülkemizde, lisans düzeyinde fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümlerinde onkolojik rehabilitasyon dersi içerisinde baş-boyun kanserlerinde rehabilitasyona yer verilmektedir. Hemşirelik bölümlerinde ise genellikle seçmeli ders olarak veya yüksek lisans ve doktora düzeyinde "rehabilitasyon hemşireliği" dersi yer almaktadır. Avustralya ve ABD'de ise rehabilitasyon hemşireliği bilim uzmanlığı olarak bulunmaktadır. Bununla birlikte, ABD'de "Amerikan Rehabilitasyon Hemşireleri Derneği" ve Avustralya'da "Avustralya Rehabilitasyon Hemşireleri Derneği" gibi sertifikasyon programlarının uygulandığı kuruluşlar yer almaktadır.¹⁸⁻²¹ Nelson ve ark. tarafından yapılan araştırmaya göre, sertifikalı rehabilitasyon hemşirelerinin %6 artışı ile ortalama hastanede kalış süresinde bir günlük azalma olduğu belirlenmiştir.²² Ülkemizde de 2011 yılı "Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte" rehabilitasyon hemşiresinin görev, yetki ve sorumluluklarına yer verilmiştir.²³

Özellikle tedavi sürecinde ve sonrasında sıklıkla sorunları devam eden hastaların desteklenmesinde, sürekliliği olan bir hemşirelik bakımının önemli bir yeri bulunmaktadır. Hemşirenin baş-boyun kanseri tanısı konan ve tedavi planlanan hastada gelişebilecek sorunları bilmesi, bakımda vereceği öncelikleri belirlemesi, hastanın gereksinim duyduğu desteği sağlayabilmesi, hastanın kendi özbakım gereksinimlerini karşılamada aktif rol almasını sağlaması, hasta ve ailesine eğitim ve rebilmesi daha kaliteli bir bakım almasına katkıda bulunacaktır. Üstündağ ve Zengin'in çalışmalarında, hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe öz bakım gücü puanlarının arttığı saptanmıştır.²⁴

Baş-boyun kanserli bir hastada rehabilitasyon hemşiresinin yaklaşımları aşağıdaki gibidir;

- Ayrıntılı sağlık öyküsü ve fizik muayenenin yapılması,
- Hastanın hastalığa ve tedaviye uyumu, baş etme yöntemleri, çevresel faktörler, bilişsel ve duygu durumu, aile dinamikleri ile iletişim kurma durumu açısından değerlendirilmesi,
- Kanserın lokalizasyonu ve tedavi ile ilişkili gelişebilecek semptomların belirlenmesi, kontrolü (ağrı, trismus, yorgunluk vb.),
- Preoperatif ve postoperatif fonksiyonlarının değerlendirilmesi (ses-konuşma, kozmetik, yutma, beslenme, ağrı vb.),
- Hasta ve ailesinin tedavinin merkezinde yer almasının sağlanması ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi (trakeostomi bakımı, evde egzersizlerin yapılması),
- Hastanın beslenme durumunun değerlendirilmesi (kilo kaybı, iştahsızlık, tat değişimi, bulantı/kusma, antropometrik ölçümlerin yapılması, kalori ihtiyacının hesaplanması vb.),
- Özbakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve öz yeterliliğin değerlendirilerek geliştirilmesi,
- Maksimum bağımsızlık seviyesine cesaretlendirme, hastanın sürekli desteklenmesi ve zaman ayrılarak hastanın dinlenilmesi,
- Optimum fonksiyonun sağlanması için egzersiz programlarının uygun şekilde diğer disiplinlerle iş birliği içerisinde yaptırılması,
- Komplikasyonların önlenmesi.^{10,14,17,18,20-22,25}

Baş-boyun rehabilitasyonunda özellikle fonksiyonel ve kozmetik deformiteler üzerinde durulmaktadır. Bununla ilgili olarak; konuşma terapisi, beslenme desteği, yutma ve çiğneme terapisi, ağrı kontrolü ve trakeostomi bakımı baş-boyun kanserli hastaların rehabilitasyonunda yer almaktadır.^{13,14}

KONUŞMA TERAPİSİ

Konuşma ve sesli iletişim kurma becerisi genellikle hafife alınan, ancak günlük yaşamda birçok faaliyetleri esas olan benzersiz bir insan özelliğidir. Konuşma; bir seri hızlı, kompleks nöromusküler

eylemin hassas koordinasyonunu gerektirmektedir. Baş-boyun kanserli hastalarda konuşma anlaşılabilirliği genellikle sınırlı düzeydedir.^{12,26} Konuşma üretimi öncelikle dili, ağız boşluğunun diğer yapılarını veya gırtlığı ilgilendiren tümörler tarafından etkilenmektedir. Özellikle larenjektomi yapılan hastalarda ses kaybı yaşam kalitesinde ciddi bir düşüşe yol açabilmektedir. Jacobi ve ark.nın kemoradyoterapi uygulanan ilerlemiş baş-boyun kanserli hastalarda ses ve konuşma sonuçlarını sistematik bir derleme ile incelemişlerdir. Tedavi etkilerinin radyasyona bağlı fibroz, vokal kord atrofisi, larıngeal ve farıngeal dokuların şişmesi, tümör invazyonu ile ilişkili olabileceği ilgili çalışmada belirtilmiştir.^{27,28} Tüm baş-boyun kanseri hastalarında tedavi öncesinde konuşma ve yutma değerlendirmesi yapılmalıdır. Konuşma terapisinde konuşma patoloğunun desteği ile ses fonksiyonlarının restore edilmesi için mekanik cihazlar ve trakea-özofageal konuşma eğitimleri uygulanabilmektedir. Dil ve çene için pasif ve aktif hareket içeren ROM egzersizleri (ve dudaklar, gerektiği gibi), dil kontrol egzersizleri, dil güçlendirme egzersizleri, termal/dokunsal uyarım, intraoral protez yapımı, uygun şekilde manevralar, konuşma egzersizleri de konuşma terapisi içerisinde yer alan uygulamalardır.^{12,26-28}

BESLENME DESTEĞİ

Baş-boyun kanserli hastalar tümörün yerleştiği bölge, cerrahi alan, kemoterapinin ve radyoterapinin yan etkisi olarak bulantı-kusma, iştahsızlık ve tat değişiklikleri gibi nedenlerle beslenme desteğine ihtiyaç duyabilmektedir. Bu hastalarda, peroperatif dönemde yapılan beslenme desteğinin hastalık süresini ve hastalığa bağlı ölümleri azalttığı da literatürde belirtilmektedir. Beslenme desteğinin etkili olabilmesi için ise operasyondan yaklaşık 7-15 gün önce ağız yoluyla, tüp ile veya damar yoluyla başlanması gerekmektedir.^{29,30}

Beslenme desteğinde bütün baş-boyun kanserli hastalar tedavi öncesi gıda alımı ve beden kitle indeksi açısından değerlendirilmeli, kilo kaybına dikkat edilmelidir. Akkaş ve ark.nın, 2013 yılında baş-boyun kanserli hastalarla yapmış oldukları çalışmada, radyoterapi alan hastaların %95'inde kilo

kayıbı görüldüğü saptanmıştır.³¹ Bu nedenle, baş-boyun kanserli hastalar hastalık ve tedavi süresince rehabilitasyon hemşiresi, hekim ve diyetisyenin gözetimi altında olmalıdır. Baş-boyun kanserli hastalar, tanıda geçerli bir tarama aleti kullanılarak nütrisyonel olarak taranmalı ve daha sonra her tedavi aşamasına göre aralıklarla tekrar edilmelidir. Beslenme durumunu değerlendirmek için geçerliliği onaylanmış bir beslenme değerlendirme aracı kullanılmalıdır. Baş-boyun kanserli hastaların diyeti, özellikle disfaji sorunu olanlar için yumuşak ve çiğnenebilir olmakla birlikte; pozitif nitrojen dengesini sağlayan, gereken enerji, sıvı, vitamin ve mineral ihtiyacını karşılayan özelliklere sahip olmalıdır. Besinlerin hastaya verilmiş yollarına göre dikkat edilmesi gereken bazı özellikler bulunmaktadır.^{32,33} Ağız yoluyla beslenmede, yumuşak gıda ve kıvamın seçimi ile enerji, sıvı, mineral, vitamin miktarının gereksinimleri karşılanması; tüp yoluyla beslenmede, hastanın kilosu, elektrolit düzeyleri, tam kan sayımı, albumin ve prealbumin değerleri, mamaya uyum, bulantı, şişkinlik/hazımsızlık, diyare, konstipasyon, kan glukoz düzeyleri, alınan mama miktarı, tüp bakımı ve özellikle gastrotomi ve jejunostomi hastalarında tüp çevresi cilt bakımındır. Damar yoluyla beslenmede ise hastanın enfeksiyon ve metabolik bozukluk riski açısından izlenmesi gerekmektedir.³⁰⁻³⁵ Beslenme ve yutkunma dâhil yaşam kalitesi parametreleri, teşhiste ve tedavi sonrasında düzenli aralıklarla ölçülmelidir.

YUTMA VE ÇIĞNEME TERAPİSİ

Yutma zorluğu olan baş-boyun kanserli hastalar öksürme veya yemek yerken boğulma, ağrılı yutma, belirgin kilo kaybından şikâyet edebilmektedirler. Haefner ve ark.nın, radyoterapi alan 238 hasta ile retrospektif olarak yaptıkları çalışmada ise akut dönemde 131 hastada yutma güçlüğü belirlenmiştir.³⁶ Baş-boyun kanserli hastalarda yutma ve çiğneme güçlüğü tümörün lokalizasyonu, cerrahinin ilgili doku ve organlara hasarı ile özellikle radyoterapinin geç yan etkisi olan trismus ile ilişkilidir. Trismus, çiğneme kaslarının tonik kontraksiyonu olarak tanımlanmaktadır. Temporomandibular eklem ve çiğneme kasları radyasyona maruz kaldığında spazm gelişebilmektedir. Buna bağlı ola-

rak trismus, ağız açmada kısıtlılığa neden olmaktadır.^{15,37,38} Ciddi trismus hâlinde oral hijyen, çiğneme ve yutma fonksiyonları olumsuz yönde etkilenmekte ve aspirasyon riski artmaktadır. Trismus yavaş geliştiğinden aylarca fark edilmeyebilmektedir. Ağız kuruluşunun da katı besinlerle beslenmeyi zorlaştırması nedeni ile trismus göz ardı edilebilmektedir. Radyoterapi uygulanan hastalarda trismusun primer nedeni, hızlı kollajen formasyonu olup sinir hasarı veya bunların kombinasyonu da etkili olabilmektedir. Baş-boyun bölgesine uygulanan radyoterapi sonrası ortaya çıkan trismus prevalansı %5-38 arasında değişmektedir. Rehabilitasyon hemşiresi, hastayı pasif ve aktif hareket içeren egzersizler konusunda bilgilendirmeli, parmakla germe, yay içeren apareyler, akrilik kamalar, mandallar gibi çeşitli mekanik metotların uygulanmasında fizyoterapist ile işbirliği yapmalıdır.³⁷⁻⁴⁰ Diyet oldukça yumuşak olmalıdır ve tedavi sırasında sert gıdalardan kaçınılmalıdır. Nemli ısının ağrılı kaslar için yararlı olduğu belirtilmektedir. Pasif eklem hareketleri, çene hareketinin yeniden eğitimi, çene kaslarına güçlendirme egzersizleri cerrahi veya kemoradyoterapiden sonra hayati rol oynamaktadır.⁴¹

AĞRI YÖNETİMİ

Baş-boyun kanserli hastalarda boyun ve omuz ağrısı, ağız içerisinde ağrı ve disfaji ile ilişkili ağrı sıklıkla gözlenmektedir.³⁸ 2009 yılında, radyoterapi alan hastalarla yapılan bir çalışma sonucunda; hastaların %55,2'si tedavinin ortasında, %59,4'ü tedavi sonunda ve %51,6'sı da tedaviden bir ay sonra ağrı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, ağrının sık görülen semptomlardan biri olduğu ve tedavi almadığı süre içerisinde semptomun gerilediği belirtilmiştir.⁴² Ağrı yönetiminde DSÖ'nün analjezik merdiven tedavisi uygulanabilmektedir. Böylelikle ağrının şiddetine göre analjezik seçimi basamak prensibi doğrultusunda yapılmaktadır. Birinci basamakta, ağrısı hafif olanlar için parasetamol veya nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) ajanlar; ikinci basamakta, ağrısı hafif-orta olanlar için zayıf opioidler±parasetamol veya NSAİ ajanlar; üçüncü basamakta orta- şiddetli ağrısı olanlar için kuvvetli opioidler±parasetamol veya NSAİ ajanlar uygulanmaktadır.⁴³⁻⁴⁴

Ağrı ile baş etmede farmakolojik yöntemlerin yanı sıra dikkati başka yöne çekme, gevşeme teknikleri, hayal kurma, masaj, aromaterapi gibi yöntemler de kullanılmaktadır.⁴⁵⁻⁴⁶ Bu yöntemlerin kanıt düzeyi açısından daha fazla randomize kontrollü çalışmalar ile desteklenmesi gerekmektedir.

TRAKEOSTOMİ BAKIMI

Larenksin obstrüktif karsinomlarında mümkün olduğunca en yakın zamanda trakeostomi açılmalıdır. Böylelikle aspirasyon tehlikesi ortadan kaldırılmakta ve hava akımına olan direnç azaltılarak alveolar ventilasyon daha etkin hâle getirilmektedir. Trakeostominin avantajlı yönleri arasında, trakeanın temizlenmesinin kolaylaşması ve trakeal yolla ilaç tatbiki mümkün olması da sayılabilmektedir.^{10,47,48}

Trakeostomili hastada aspirasyon yaşamsal öneme sahiptir. Uzamış trakeostomide ise hem motor nöronlar ve bunların nükleusundaki davranış değişiklikleri hem de kasların tonuslerini kaybetmelerinden dolayı dekanülasyon döneminde aspirasyon ve solunum sıkıntısı gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir. Hasta ve hasta yakınına aspirasyonun hangi sonda ile ne sıklıkta ve ne kadar derinlikte yapılması gerektiği anlatılmalıdır. Bununla birlikte, aspirasyonda asepsinin önemi ve kanül çevresinin temizliği hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir.^{10,47,48}

AĞIZ KURULUĞU YÖNETİMİ

Baş-boyun kanserlerinde radyoterapi sıklıkla tedavi hacmindeki tükürük bezlerini içermekte; tükürük bezlerine verilen hasar, tükürük akışını önemli derecede azaltmaktadır. Bu duruma ağız kuruluğu ve mukozitler de sıklıkla eşlik edebilmektedir. Literatürde radyoterapi uygulanan baş-boyun kanserli hastaların %100'e yakın oranlarda oral komplikasyonlar yaşadığı bildirilmektedir.⁴⁹⁻⁵¹ Ağız kuruluğunun birkaç seans uygulanan 2 Gy'lik doz radyoterapi sonucunda ortaya çıkabileceği belirtilmektedir. Genellikle de toplamda 60 Gy'lik doza kadar geri dönüşümlü olabileceği kabul edilir iken, bazı hastalarda 30 Gy'lik total doz radyoterapilerin dahi kalıcı ağız kuruluğuna sebep olduğu saptanmıştır.⁵²

Ağız kuruluğu saptanmış hastalarda, yaşam kalitesinin azalmasına neden olan birtakım sorunların öncelikle semptomatik tedavisinin uygulanması, sonra ise peridontit, diş çürükleri gibi geç dönemde görülebilecek sorunlara yönelik önleyici girişimlerin planlanması gerekmektedir.⁵² Semptomatik tedavide; hastanın sık aralıklarla küçük miktarlarda su içmeye teşvik edilmesi, ağız gargaraları, jeller, spreyler ve yapay tükürük preparatlarının kullanılması, ağız bakım ürünlerinin nötral veya alkalin pH'li, alkolsüz-şekersiz olması, kurumuş dudak mukozası için E vitamininden zengin nemlendiricilerin tercih edilmesi, yiyecek ve içeceklerin aşırı sıcak ve soğuk olmaması, alkol, sigara ve kafein kullanımından kaçınılması, ev ve iş ortamının yeterince nemlendirilmesi önerilebilmektedir.⁴⁹⁻⁵³

Baş-boyun kanserleri, diğer kanser türlerine göre daha alt sıralarda yer almasına karşın gün geçtikçe daha yaygın hâle gelmektedir ve hastaların yaşam kalitesini fiziksel, emosyonel ve sosyal yönlerden etkilemektedir. Baş-boyun kanserlerinde tek başına veya kombine olarak çeşitli tedavi yöntemleri uygulanmakta olup, sağkalım süresinin uzamasına olumlu yönde katkı sağlamaktadır. Ancak, hastalık ve tedavi süreciyle ilişkili olarak hastaların baş etmekte güçlük çektikleri birçok semptom bulunmaktadır. Bu semptomlar kanserin lokalizasyonu da yakından ilişkili olmakla birlikte; yemek yeme, solunum, fiziksel aktivite ve konuşma gibi birçok fonksiyonu etkilemektedir. Hastaların gereksinim duyduğu bakım hizmetlerinde interdisipliner ekibin bir üyesi olan rehabilitasyon hemşiresi, diğer disiplinlerle iş birliği yaparak bireyselleştirilmiş rehabilitasyon hedefleri ve stratejiler ile bakım modelleri geliştirmelidir. Böylelikle baş-boyun kanserli hastaların rehabilitasyonunda pozitif hasta sonuçları elde edilebilecektir.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, her-

hangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Bu çalışma hazırlanırken tüm yazarlar eşit katkı sağlamıştır.

KAYNAKLAR

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015;36(5):E359-86.
2. American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2017*. Atlanta: American Cancer Society; 2017. p.4-33.
3. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2017. *CA Cancer J Clin* 2017;67(1):7-30.
4. Corvò R. Evidence-based radiation oncology in head and neck squamous cell carcinoma. *Radiother Oncol* 2007;85(1):156-70.
5. Demiröz C, Özşahin EM. [Chemoradiotherapy in the head and neck squamous cell cancer]. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2011;37(1):61-5.
6. Akkas EA, Yücel B, Kılıçkap S, & Altuntaş EE. Evaluation Of Quality Of Life In Turkish Patients With Head and Neck Cancer. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013;14(8): 4805-9.
7. Aplaç B, Malkoç M, Gelecek N, Şen M. Quality of life Turkish patients with head and neck cancer. *Turkish Journal of Cancer* 2007;37(4):129-35.
8. Rashnonejad A, Durmaz B, Özkinay F. [The principles of gene therapy and recent advances]. *Ege Journal of Medicine* 2014;53(4):231-40.
9. Wan Leung S, Lee TF, Chien CY, Chao PJ, Tsai WL, Fang FM. Health-related quality of life in 640 head and neck cancer survivors after radiotherapy using EORTC QLQ-C30 and QLQ-H&N35 questionnaires. *BMC Cancer* 2011;11:128.
10. Can SÖ, Ünal N. [Home care and treatment]. *Türk Yoğun Bakım Demeği Dergisi* 2008;6(4): 5-13.
11. Yıldırım Y, Tokem Y, Bozkurt N, Fadilğlu C, Uyar M, Uslu R. Reliability and validity of the Turkish version of the memorial symptom assessment scale in cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011;12(12):3389-96.
12. Luo J, Wu J, Lv K, Li K, Wu J, Wen Y, et al. Analysis of postsurgical health-related quality of life and quality of voice of patients with laryngeal carcinoma. *Medicine (Baltimore)* 2016;95(1):e2363.
13. Ringash J. Survivorship and quality of life in head and neck cancer. *J Clin Oncol* 2015; 33(29):3322-7.
14. van der Molen L, van Rossum MA, Burkhead LM, Smeele LE, Hilgers FJ. Functional outcomes and rehabilitation strategies in patients treated with chemoradiotherapy for advanced head and neck cancer: a systematic review. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2009;266(6):889-900.
15. Louise Kent M, Brennan MT, Noll JL, Fox PC, Burri SH, Hunter JC, et al. Radiation-induced trismus in head and neck cancer patients. *Support Care Cancer* 2008;16(3):305-9.
16. Chevillat AL. Cancer rehabilitation. *Semin Oncol* 2005;32(2):219-24.
17. Taşpınar O, Aydın T, Akçakaya A. [The importance of palliative care in cancer rehabilitation]. *Bezmialem Science* 2014;1:31-7.
18. Akdemir N, Akkuş Y. [Rehabilitation and nursing]. *Journal of Hacettepe University School of Nursing Dergisi* 2006;82-91.
19. Nathenson P. Application of holistic nursing in the rehabilitation setting. *Rehabil Nurs* 2012;37(3):114-8.
20. Camicia M, Black T, Farrell J, Waites K, Wirt S, Lutz B. The essential role of the rehabilitation nurse in facilitating care transitions: a white paper by the association of rehabilitation nurses. *Rehabil Nurs* 2014;39(1):3-15.
21. Mauk KL. [Rehabilitation nursing]. Sütçü Çiçek H, Özdemir L, çeviri editörleri. *Rehabilitasyon Hemşireliği*. 1. Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım; 2014. p.51-62.
22. Nelson A, Powell-Cope G, Palacios P, Luther SL, Black T, Hillman T, et al. Nurse staffing and patient outcomes in inpatient rehabilitation settings. *Rehabil Nurs* 2007;32(5):179-202.
23. Resmi Gazete (8.3.2010, Sayı: 27515) sayılı Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik; 2011. p.53.
24. Üstündağ H, Zengin N. [The evaluation of self care in patient that surgical operation due to head and neck cancer]. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;11(1): 63-8.
25. Chang HK, Park YH. Cancer rehabilitation from the perspectives of oncology nurses in Korea. *Nurs Health Sci* 2013;15(2):144-50.
26. Heijnen BJ, Speyer R, Kertscher B, Cordier R, Koetsenruijter KW, Swan K, et al. Dysphagia, speech, voice, and trismus following radiotherapy and/or chemotherapy in patients with head and neck carcinoma: review of the literature. *Biomed Res Int* 2016;2016:6086894.
27. Lazarus CL. Management of Swallowing in the Treated Head and Neck Cancer Patient. NYU Voice Center, Department of Otolaryngology New York University School of Medicine, Director, Hearing & Speech Department; 2007. p.118.
28. Jacobi I, van der Molen L, Huiskens H, van Rossum MA, Hilgers FJ. Voice and speech outcomes of chemoradiation for advanced head and neck cancer: a systematic review. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2010;267(10): 1495-505.
29. Jacobi I, Timmermans AJ, Hilgers FJ, van den Brekel MW. Voice quality and surgical detail in post-laryngectomy tracheoesophageal speakers. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2015;273(9):2669-79.
30. Yılmaz B, Erdem D, Kemal Y. [Nutrition support treatment in cancer]. *İç Hastalıkları Dergisi* 2011;18:133-43.
31. Atasever Akkaş E, Yücel B, Kılıçkap S, Akgül Babacan N, Altuntaş EE. [Results and prognostic factors in patients with head and neck cancer]. *Cumhuriyet Med J* 2013;35:66-75.
32. Langius JA, Zandbergen MC, Eerenstein SE, van Tulder MW, Leemans CR, Kramer MH ve et al. Effect of nutritional interventions on nutritional status, quality of life and mortality in patients with head and neck cancer receiving (chemo)radiotherapy: a systematic review. *Clin Nutr* 2013;32(5):671-8. doi: 10.1016/j.clnu.2013.06.012.
33. Erdoğan B, Çiçin İ. [Nutrition of cancer patients]. *Klinik Gelişim* 2011;24:25-9.
34. Kömürçü Ş. [Nutritional problems in head and neck cancer patients]. *KBB ve BBC Dergisi* 2004;12(2):101-8.
35. Bossola M. Nutritional interventions in head and neck cancer patients undergoing chemoradiotherapy: a narrative review. *Nutrients* 2015;7(1):265-76.
36. Haefner MF, Lang K, Krug D, Koerber SA, Uhlmann L, Kieser M, et al. Prognostic factors, patterns of recurrence and toxicity for patients with esophageal cancer undergoing definitive radiotherapy or chemo-radiotherapy. *J Radiat Res* 2015;1-8.

37. Bulut E. [Trismus in head and cancer patients]. Süleyman Demirel Üniv Diş Hek Fak Derg 2009;1(1):31-43.
38. Özyar E, Karakaya E, Yıldız F, Atahan L. [Factors related with development of treatment induced trismus in nasopharyngeal cancer patients]. Türk Onkoloji Dergisi 2006;21(2):57-62.
39. Cousins N, MacAulay F, Lang H, MacGillivray S, Wells M. A systematic review of interventions for eating and drinking problems following treatment for head and neck cancer suggests a need to look beyond swallowing and trismus. Oral Oncol 2013;49(5):387-400.
40. Özşaran Z, Yalman D, Yıldırım G, Parvizi M, Esassolak M, Haydaroğlu A. [Evaluation of late radiation toxicity in patients with head and neck cancer]. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2003;23(3):195-9.
41. Guru K, Manoor UK, Supe SS. A comprehensive review of head and neck cancer rehabilitation: physical therapy perspectives. Indian J Palliat Care 2012;18(2):87-97.
42. Kim E, Jahan T, Aouizerat BE, Dodd MJ, Cooper BA, Paul SM, et al. Changes in symptom clusters in patients undergoing radiation therapy. Support Care Cancer 2009;17(11):1383-91.
43. Arslan D, Tatlı AM, Üyetürk Ü. [Cancer-related pain and treatment]. Abant Med J 2013;2(3):256-60.
44. World Health Organization (WHO). Cancer pain relief: with guide to opioid availability. 2nd ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1996. p.62.
45. Özveren H. [Non-pharmacological methods at pain management]. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal 2011;83-92.
46. Ovacolu Ö, Ovacolu N. [Evidence-based supplementary methods for symptom management]. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2013;1(1):83-98.
47. Morris LL, Whitmer A, McIntosh E. Tracheostomy care and complications in the intensive care unit. Crit Care Nurse 2013;33(5):18-30.
48. Jefferson GD, Wenig B, Spiotto MT. Predictors and outcomes for chronic tracheostomy after chemoradiation for advanced laryngopharyngeal cancer. Laryngoscope 2016;126(2):385-91.
49. O'Sullivan B, Irish J, Siu L, Lee A. [Head and Neck Cancers]. In: Pollock RE, Doroshow JH, Khayat D, Nakao A, O'Sullivan B, eds. Güllü İ, çeviri editörü. Klinik Onkoloji. 8. Baskı. Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği (tarafından basılmıştır) Ankara; 2007. p.335-56.
50. Keçeci D, Özdemir F. [Contemporary approach to the etiology and therapy of xerostomia]. S.D.Ü. Tıp Fak Derg 2005;12(4):58-67.
51. Cohen EE, LaMonte SJ, Erb NL, Beckman KL, Sadeghi N, Hutcheson KA, et al. American Cancer Society Head and Neck Cancer Survivorship Care Guideline. CA Cancer J Clin 2016;66(3):203-39.
52. Akkaş İ, Toptaş O, Özcan F. [Dry Mouth]. Acta Odontol Turc 2014;31(1):54-6.
53. Gülezer GN, Taşçı S, Kaplan B. The Experience of Symptoms and Information Needs of Cancer Requirements of Cancer Patients Undergoing Radiotherapy. J Cancer Educ 2012;27(1): 46-53. doi: 10.1007/s13187-011-0254-7.