

Kanser Hastalarında Beslenme ve Hemşirelik Yaklaşımı

Nutrition of Cancer Patients and Nursing Approach

Gül ERTEM

Yrd. Doç.,
Ege Üniversitesi,
Sağlık Yüksekokulu,
İZMİR

ÖZET

Diyet kanser tedavisinin en önemli bölümünü oluşturmaktadır. Doğru besin maddeleri ile beslenme tedavi öncesinde, sırasında ve sonrasında kanser hastasının kendini iyi hissetmesi açısından çok önemlidir. Kanser ve kanser tedavisinin yan etkileri nedeniyle iyi beslenmek oldukça zordur. Yutma sırasında ağrı, ağız içi yaraları, konstipasyon, diyare, bulantı, kusma gibi bazı semptomlar anoreksiye benzer şekilde olan yemek yemeyi engellemektedir. Malnutrisyon sonucunda hastada, kanser tedavisine veya enfeksiyonlara karşı dirençsizlik, yorgunluk ve güçsüzlük gelişebilir. Protein ve kalori açısından fakir beslenme pek çok kanser hastasının karşılaştığı olduğu, sık rastlanılan beslenme sorunudur. Protein ve kalori iyileşme, enfeksiyonlarla savaşma ve enerji temini açısından çok önemlidir. Kanser tedavisi boyunca hastanın iyi beslenme alışkanlığının olması kanser ve kanser tedavisi ile baş etmede oldukça yararlıdır.

Anahtar kelimeler: Kanserde beslenme, kanserde bakım, kanser

SUMMARY

Diet is an important part of cancer treatment. Right nutrition before, during and after treatment can help the patient feel better and stay stronger. Some side effects of cancer and cancer treatments make it difficult to eat well. Symptoms that interfere with eating include anorexia, nausea, vomiting, diarrhea, constipation, mouth sores, trouble with swallowing and pain. Malnutrition can result, causing the patient to be weak, tired and unable to resist infections or withstand cancer therapies. Eating too little protein and calories is the most common nutrition problem facing many cancer patients. Protein and calories are important for healing, fighting infections and providing energy. Good eating habits during cancer care help the patient cope with the effects of the cancer and its treatment.

Key words: Cancer nutrition, cancer care, cancer.

İletişim Adresi:

Gül ERTEM
Ege Üniversitesi,
Sağlık Yüksekokulu
Ödemiş / İZMİR
Tel: 0 232 544 34 50
Faks: 0 232 544 34 50
E-mail: gul.ertem@ege.edu.tr

GİRİŞ

Uygun bir beslenme kanser tedavisinin başarısı ve özellikle hastalıktan kaynaklanan komplikasyonların gelişme riskinin azaltılması açısından çok önemlidir ve tedavi sırasında uygun beslenmede güçlükler yaşanmaktadır (1, 2, 3).

Kemoterapi ve radyoterapi gibi tedaviler ile ilişkili yan etkiler; besin alımında azalma, bulantı, kusma, besinden hoşlanmama (tikinti), erken doyma, konstipasyon, diyare, emilim bozukluğu, stomatit ve tat değişiklikleri yoluyla kilo kaybına katkıda bulunabilir (1, 3).

Kontrol edilemeyen ağrı veya ağrıya bağlı yemek yiyememe, tümörün anatomik yerleşimi (lokalizasyonu) veya diğer anatomik değişimler yemeyi, yutkunmayı veya midenin boşalmasını etkileyebilir. Epitel hücresi siklusunun yarıda kesilmesi stomatit ve ağız yaralarına yol açabilir; bu da ağrı, rahatsızlık ve oral alımın azalmasına neden olur (1).

Kanser aynı zamanda besin dengesini etkileyebilir. Kaşektin (TNF) kanser hücreleri tarafından salınan biyolojik tepki değiştirici bir maddedir ve kimyasal dengesizlikler yaratarak iştahı etkileyebilir. TNF biyoterapötik ajan olarak kullanıldığında hastanın kanser kaşeksisi ile ilişkili değişiklikler yaşadığı gösterilmiştir (1, 3).

Steroidler, kemoterapiye ilave edilerek sıklıkla kullanılmaktadır. Bu kullanım sonucunda hiperglisemi, peptik ülserasyon, sodyum ve su retansiyonu, Ca gereksiniminde artış ve kas nitrojen değişimi görülür. Steroid tedavisi aynı zamanda kanserli hastada ileri denecek protein malnütrisyona neden olmaktadır (1). Bu fiziksel değişimlere bir de psikolojik bo-yutlar (anksiyete, depresyon, ümitsizlik ve izolasyon duyguları) eklendiğinde oral alım daha da azalabilir. Bu da beslenme değişimlerine neden olarak mevcut sorunları daha da artırabilir (3).

Tüm bu nedenlerle kanserli hastada anoreksi ve protein kalori malnütrisyonunu önlemek her zaman mümkün olmayabilir. Ancak, kemoterapi uygulanan hastada beslenme desteği, anoreksi ile malnütrisyonun azaltılmasında ve durdurulmasında yararlı ve etkili olduğu gibi hastanın yaşam kalitesi ve süresi üzerine de önemli etki sağlayabilir (3).

Hemşire ve kanser tedavisine katkıda bulunan tüm sağlık çalışanlarının beslenmedeki erken tanı ve girişimleri, kemoterapiye eşlik eden malnütrisyonun önlenmesinde çok önemlidir.

KANSER KAŞEKSİSİ

Kaşeksi kötü durum anlamına gelen Yunanca "caces" ve "hexis" kelimelerinden gelmektedir. Malnütrisyonun en ciddi şekli ilerleyici kilo kaybı; değişen metabolizma ve anoreksiye bağlı kas ve vücut yağlarının kaybı ile karakterize bir sendrom "**kanser kaşeksisi**"dir. Bazı kanser hastalarında gözlenen malnütrisyon veya makro besin eksikliği sonucu daha ciddi bir sorun olan kanser kaşeksisine dönüşebilir (1, 4). Kanser kaşeksisi; anoreksi, erken doyma hissi, ilerleyici kilo kaybı, osteopeni ve bunlara eşlik eden yağ dokusu, iskelet kısı ve son aşamada visseral organ atrofisiyle sonuçlanan bir sendromdur. Yeni tanı almış kanser hastalarının %31-87'sinde kilo kaybı mevcuttur (1). Kaşeksi; immüsupresyon nedeniyle enfeksiyonlara eğilimi artırır. KT'ye yanıtı ve toleransı azaltır. RT'ye toleransı azaltır. Perioperatif komplikasyonları artırır. Kanser kaşeksisinin etyolojisi kesin bilinmemekle birlikte besin alımında azalma metabolizmadaki değişiklikler ve tümöre bağlı faktörlerin bir kombinasyonudur (4).

BESİN ALIMINDA AZALMA

Anoreksi; besin alımında ani ve istem dışı azalmadır ve kemoterapinin klinik yan

etkilerinden en erken ortaya çıkarılır. Kanser hastalarının %15-40'ında vardır. Primer tümör veya metastazları da GIS traktusta lokal etkilerle beslenme bozukluğu yaratabilirler (1, 4).

Malnütrisyon

Malnütrisyon kanserli hastalardaki en yaygın sekonder tanılardan birisidir. Tüm kanser hastalarının %40-80'inin değişen derecelerde yaşadığı malnütrisyon aynı zamanda majör bir morbidite ve mortalite nedenidir. Malnütrisyon yetersiz besin alımı, emilim bozulması veya metabolizma artışı sonucunda hücrelere yetersiz besin desteği sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Malnütrisyonun derecesi tümörün yerleşim bölgesiyle ve kemoterapinin süresi, miktarı ve kombinasyonu ile yakından etkilenmektedir. Sadece kilo kaybına değil, kas iskelet kaybına, viseral proteinlerde azalma ve immün fonksiyonlarda gerilemeye yol açar.

Anoreksi ve malnütrisyon çoğu kez birlikte görülür fakat kaşeksi, yeterli kalori ve protein alınmasına rağmen besinlerin malabsorpsiyonu sonucu gelişir (1, 5).

Kanser hastalarında karbonhidrat, lipid ve protein metabolizması, sıvı ve elektrolit dengesi bozulur. Kalorik alım azaldığında (aynı açlıkta olduğu gibi bazal metabolizma seviyesi artar veya nötropenik sepsiste olduğu gibi) kilo kaybı gelişir. Normal açlıkta, vücut bazal enerji üretimini azaltarak adapte olmaya çalışır. Bu normal yanıt, kanser hastalarında oluşmaz (1, 4).

BESLENMEYİ ETKİLEYEN PSİKOSOSYAL FAKTÖRLER

Birçok psikososyal faktörün, kanser hastalarının beslenmesi üzerine etkili olduğu bilinmektedir. Kanser hastalarında gözlenen depresyon iştah kaybına ve halsizliğe neden olur. Endişe ve korku gibi psikolojik problemler oral alımı azaltır. Kanser tedavisi sonucu hastada zayıflık, halsizlik, iştah

kayıbı ve yemek yemeye karşı isteksizlik görülür. Kanser hastalarındaki fizyolojik ve psiko-sosyal faktörler metabolik ihtiyacı artırarak ve günlük gıda alımını azaltarak beslenmeyi etkiler. Beslenme eksikliği problemi erken ve tutarlı biçimde en kısa sürede çözümlenmelidir. Özellikle aktif tedavi gören hastalara kapsamlı beslenme biçimleri ayarlanmalıdır. Bu problemlerin çözülmesinde beslenmenin tam olarak değerlendirilmesi gereklidir (6).

BESLENME DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Beslenmenin değerlendirilmesi hastanın öyküsünü (anoreksi, disfaji, bulantı-kusma, tat değişimi, gastrointestinal sistemin değerlendirilmesi) fizik bakışını, antropometrik ölçümleri ve laboratuvar verilerini değerlendirerek yapılır. Amaç beslenme stratejisini belirlemektir.

Beslenmeyle ilgili değerlendirme, kişinin beslenme durumunu veya besin ihtiyaçlarının ve enerjisinin mevcut besinlerle ne kadar karşılandığını belirlemek için yapılır. Beslenme bozukluğunun tespit edilmesi özellikle de hastanede yatan hastalar ve kanser tanısı almış hastalar için büyük önem taşır (4).

BESLENMEYLE İLGİLİ DEĞERLENDİRMEİN AMAÇLARI

Beslenmeyle ilgili değerlendirme birçok nedenden ötürü yapılabilir.

- 1- Beslenme problemleri geliştirmeye yönelik yüksek risk taşıyan kanser hastalarının taranması
- 2- Beslenme anomalileri mevcut olan bu hastaları belirlemek
- 3- Beslenme gereksinimlerinin belirlenmesi ve uygun beslenme girişimlerinin yapılabilmesi
- 4- Beslenme tedavisine verilen yanıtların izlenmesi
- 5- Mevcut beslenme durumunun saptanması

Öyküde kilo kaybı (ideal kilodan %10'dan fazla kayıp) beslenme alışkanlıkları, semptomlar, medikal problemler, cerrahi girişimler, kullandığı ilaçlar ve psikososyal faktörler ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır (4, 7). Beslenme durumunu değerlendirmek için Destsky ve arkadaşları subjektif global değerlendirme sorgulamasını önermişlerdir. Bu sorgulama değerlendirildikten sonra kendi subjektif bakış açısı ile malnütrisyonun ağırlığı hakkında karar vermesine dayanır. Birinci bölümde hastaya kilo kaybı ve yemek alışkanlığı ile ilgili değişiklikler sorulur. İkinci bölümde hastanın beslenmesini olumsuz yönde etkileyen GIS semptomları olup olmadığı, fonksiyonel kapasitenin durumu ve hastalığının ne olduğu sorulur. Üçüncü bölümde fizik muayene ile hastanın protein ve yağ dokusu hakkında bilgi edinilmeye çalışılır. Dördüncü bölümde toplanan bilgiler analiz edilip çıkan sonuç değerlendirmenin subjektif bakış açısı ile bitirilir. Beslenme durumunun klasik laboratuvar göstergeleri serum albümin, prealbümin ve transferin düzeyleridir (7, 8).

Nutrisyonel Gereksinimler

Beslenme girişiminin planlanması sırasında ilk basamak hastanın günlük kalori ihtiyacının hesaplanmasıdır. Hastada malnütrisyon varsa, kayıpları karşılamak için yeterli besin ve sıvı alamıyorsa, kilo alabilmesi için ilave kalori desteği sağlanmalıdır. Nutrisyonel desteğin tipine bakmaksızın haftada 2500 kalori ilave gerekir. Bu ortalama günlük 500 kalori olmalıdır. Malnütrisyonlu hastaların günlük kalori gereksinimi 300 kaloridir.

Her ne kadar kalori, protein, vitamin ve mineral genel besinler olarak düşünülse de su ve sıvı alımı da sağlanmalıdır. Uygun sıvı alımı kilo başına yaklaşık 30 ml. olmalıdır. Gastrointestinal kayıpları karşılamak ve kemoterapötik metabolik atıkları

vücuttan uzaklaştırmak amacıyla sıvı alımı artırılabilir. Hastanede yatan ve metabolik stresi olmayan hastanın günlük kalori ihtiyacı 25-35 cal/kg'dır (1, 8).

Beslenmede su dengesinin ayarlanması da önemlidir. Homeostaz için su çok önemlidir. Kişinin ideal hidrasyon durumu vücudunda alınan ve vücuttan atılan sıvı miktarının eşit olduğu zamandır. Ortalama koşullarda bir erişkinin tükettiği her 1 kalori için 1 ml suya ihtiyaç vardır. Çocuklarda bu miktar kalori başına 1.5 mililitredir. Sıvı ihtiyacı vücut ağırlığına göre de hesaplanabilir. Günlük alınması gereken su miktarı da erişkinde 30-35 ml/kg'dır. Çocuklarda bu miktar yaşa göre değişmekte olup 90-135 ml/kg'dır. Eşlik eden kardiyak, hepatik ve renal bozukluklarda uygun ayarlamalar yapılmalıdır (1, 4). Kemoterapötik metabolik atıkları vücuttan uzaklaştırmak amacıyla sıvı alımı artırılmalıdır (1).

NUTRİSYONEL TEDAVİ

Kanser hastalarında nutrisyonel destek 4 basamakta yapılır: Diyetin ayarlanması, Ek oral beslenme, Enteral destek ve Parenteral nutrisyondur. Desteğin düzeyi hastanın nutrisyonel durumuna, hastalığın gidişine ve uygulanan antineoplastik tedaviye göre değişir. Sağkalım uzamasa bile hastanın tedaviye yanıtı ve toleransı artar, hayat kalitesi yükselir (1, 4).

Diyetin ayarlanması; kanser hastalarının hastalıklarına verdikleri davranışsal, duygusal ve algısal yanıtlar beslenme azlığına katkıda bulunur. Hastalar hastalıklarının gidişi ve beslenmenin önemi hakkında bilgilendirilmeli, besin değeri yüksek, dengeli beslenme konusunda önerilerde bulunulmalıdır. Oral beslenme ile ilgili olarak hekimin veya hemşiresinin hastasına ve hastanın çevresindekilere hastanın şikayetlerine yönelik bazı önerilerde bulunması gereklidir. Birtakım basit değişikliklerle hastaların oral alımında artış kolaylaştırılabilir (9).

Kanser Tedavisi ve Diyete İlişkin En Sık Rastlanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri

-İştahsızlık, Bulantı-Kusma, Malabsorpsiyon, Diyare, Konstipasyon, Koku ve tat almada değişiklik, Erken doyumluk hissi (şişkinlik), Hazımsızlık, Mukozit, Stomatit, Ağız ya da boğazda ağrı, Yutma güçlüğü'dür. Hasta bu yönden değerlendirilmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır.

İştahsızlık

Kilo kaybı kontrol altına alınamayan kanserin en önemli bulgusudur. Tümörler iştahı baskılayan proteinleri sentezleyerek, hastaların tat duyularını ve yiyeceklere olan ilgilerini kaybetmelerine yol açarlar. Birçok kemoterapötik ilaç özellikle karın bölgesine uygulanan radyoterapi ve anestezi iştah kaybına neden olur. Hastada iştahsızlığa neden olan faktörler araştırılır ve tedavi ona göre düzenlenir (5).

İştahsızlık ve yorgunluk durumundaki hemşirelik girişimleri

-Hastanın sevdiği, kalorisi yüksek gıdalar hazırlanmalı. Az miktarda fakat sık olarak yemek verilmeli. Yemek sırasında sıvı alımı kısıtlanmalıdır. Hastanın aile çevresi veya arkadaşlarıyla birlikte yemek yemesi teşvik edilmelidir. Yemek pişerken hastanın mutfağa girmesi yasaklanmalıdır. Yemeklerden en az yarım saat önce hastaya 5-10 dakika egzersiz yaptırılmalıdır. Yemek sırasında hasta her türlü stresten uzak kalmalıdır. En besleyici yemek sabahları verilmelidir. Tedaviden hemen sonra yemek verilmemelidir. Tedaviden hemen sonra yemek yedirilmemelidir. Çok çiğneyerek yutulan yiyecekler verilmemelidir (5, 9).

Tat Değişimi

Birey tarafından deneyimlenen tat algısındaki değişimlerdir. Bunlar;

Hipogezi: Tat hissini duyarlılığında azalma,

Disgezi: Alışılmamış bir tat algılaması,

Agezi: Tat hissini olmamasıdır.

Kanserli hastalar çoğunlukla "**yiyeceklerin tatsız olduğundan**" yakınır. Tümör

ve tedavi her ikisi de tat ve kokuyu içeren hücrelerde ciddi hasara neden olurlar. Tat genellikle dil, yanak mukozası, dudak ve yanaklar tarafından ayırt edilir. Dil tuzlu ve tatlı hislere en duyarlı, damak ise ekşi ve acı hislere en duyarlıdır. Tat duyularını (tatlı, acı, tuzlu ve ekşi) değiştiren tümör hücrelerinden amino-asit benzeri maddelerin salınımıdır. Bazı kemoterapiye bağlı ilaçlar tat duyusuna etkilidirler. Tat değişimini değerlendirmede, tat değişiminin başlama zamanı, sıklığı, süresi, derecesi, gün içerisinde en az veya en çok olduğu zaman dilimi, iyileştiren veya kötüleştiren yiyecek çeşitleri tat değişiminin beslenme durumu ve alışılmış yaşam şekline etkisi tat değişimine neden olan veya katkıda bulunan faktörler, ağız hijyeni uygulamaları bilinmelidir (5, 9).

Tat değişimindeki hemşirelik girişimleri

-Güzel kokulu yiyecekler hazırlanmalı. Hastanın istediği yemekler verilmelidir. Baharat olarak hastanın tercih ettiği baharat yemeğine ilave edilmelidir. Salivasyonu sağlamak için hastaya nane şekeri veya limonlu şekerleri emmesi önerilebilir. Yemeklerden önce ve sonra ağız çalkalanmalıdır. Yüksek miktarda protein vermek için yumurta, peynir çeşitleri ve yoğurttan yararlanılmalıdır (1, 4).

Yutma güçlüğü, disfaji olan hastalar-daki hemşirelik girişimleri

-Yumuşak diyet uygulanmalı, katı gıda ve sert ekmek kabuğu, peksimet gibi yiyecekler verilmemelidir. Alkollü içecekler ve tütün kullanılmamalıdır. Az miktarda ve sık beslenme uygulanmalıdır (4, 5).

Erken doyma hissi (şişkinlik) ve hazımsızlıktaki hemşirelik girişimleri

-Yağlı ve yağda kızartılmış yiyecekler, gaz yapan içecekler, gaz yapan yiyecekler verilmemelidir. Hasta yiyeceklerini yavaş yemeye teşvik edilmelidir. Gerektiğinde pankreas enzimleri ve safra asitleri içeren preparatlar kullanılmalıdır. Öğün yemek-

leri az miktarlarda ve sık sık alınmalıdır. Hiperasidite varsa yemeklerden önce ve yatarken antiasitler kullanılmalıdır. Hastaya yemeklerden hemen sonra yatmaması söylenmelidir. Baharatlı, yağlı ve yağda kızartılmış yiyecekler, süt ve süt ürünleri verilmemeli, gerektiğinde yardımcı ilaçlar kullanarak sütlü ürünlerin protein içeriğinden yararlanılmaya çalışılmalıdır. Meyve suları, et suyu içeren sebze püreleri, blendırdan geçirilmiş meyveler verilmelidir (4, 5).

Bulantı ve Kusma

Bulantı ve kusma kemoterapi ile ilişkili en yaygın görülen iki semptomdur. Kemoterapi sonrası bulantı ve kusmanın sıklığı ve sürekliliği hastanın yaşam kalitesini yakından etkilemektedir. Amerikan Onkoloji Hemşireliği Birliği bulantı ve kusmanın kontrolünü hemşirenin sorumluluğu olarak tanımlamaktadır. 1978 yılında onkoloji hemşireleri için en acil problem olarak tanımlanmıştır. Kemoterapiye bağlı bulantı-kusmayı etkileyen faktörler hasta ile ilişkili faktörler, kemoterapi protokolü ve antiemetik ilaçlar ile ilişkili faktörler olarak gruplanabilir (1, 4, 5).

Bulantı ve kusma ile baş etmek için hemşirelik girişimleri

-Antiemetik ilaçların yemekten en az yarım saat önce verilmesi. Ağız bakımının sık verilmesi, protez varsa tedavi sırasında çıkarılması. Bulantı-kusma sırasında ağızdan nefes almanın önemini anlatılması (derin derin nefes alma). Kemoterapiyi düşünmek bile bulantıya sebep olabileceğinden, tedaviden önce ve tedavi sırasında gevşeme teknikleri kullanılması önerilir ve öğretilir. Her hastanın kendine özgü bazı baş etme yöntemleri olabilir, bunların dikkate alınması, dikkatin başka tarafa çekilmesi, masaj, basınç bantları yararlı olabilir (El bileğinin üzerine üç parmak koyulup 1 cm aşağısında fleksör carpi radialis ve palmaris longus arasındaki bölge antiemetik noktadır). Fiziksel çev-

renin temiz ve kokusuz olmasına dikkat edilmelidir. Uygulamanın, hastanın rahat edebileceği bir pozisyonda tedaviden 15-20 dk. önce yapılmasına özen gösterilmelidir. Tedaviden önce ve tedavi sırasında gözler üzerine soğuk pet uygulanması. Öğünlerin azar azar ve sık sık alınması. Öğünlerde sıvı alımından kaçınılması. Yiyeceklerin özellikle kuru gıdalardan seçilmesi. Yemeklerden sonra hastanın dinlenmesi. İyi tolere edildiğinden soğuk ve yumuşak besinlerin tercih edilmesi. Bulantı-kusmalarda dehidratasyon, malnütrisyon yönünden hastanın izlenmesi gerekir. Aşırı yağlı ve tatlı yiyecekler verilmemeli ve barsak motilitesini düzenleyici ajanlar verilmelidir. Ağız hijyeni sağlanmalıdır (3, 4, 9).

Mukozit

Kemoterapi sonrası tüm gastrointestinal sistem mukozası hasar görebilir ve genellikle oral mukozal hasar görülür. Barsaklardaki mukozit enfeksiyöz olmayan diyare şeklinde ortaya çıkar.

Mukozitlerdeki hemşirelik girişimleri

-Taneli, çiğ, asitli, çok sıcak, çok soğuk, acı, ekşi, baharatlı yiyeceklerden kaçınılmalıdır. Yumuşak kıvamlı yiyecekler yedirilmelidir. Lokal anestetik içeren solüsyonlar yemek öncesi gargara şeklinde uygulanmalıdır.

Stomatit

Ağız mukozasının inflamasyonudur. Kemoterapi, radyoterapi ve birçok sistem hastalıkları oral sorunlara yol açmaktadır. Lezyonlar ağrılıdır, kanama ve sekonder enfeksiyonlara yol açabilir (3, 4, 5, 9).

Stomatitlerde hemşirelik girişimleri

-Hastaya iyi bir ağız hijyeni sağlanmalıdır, ağız temiz, yumuşak ve nemli tutulmalıdır. Yemeklerden önce ve onra ağız bakımı verilmelidir. Ağız mukozasında pıhtı varsa, lezyon iyileşmeden pıhtıya dokunulmaz. Alkol ve sigara kullanılmaması önerilir. Dudaklar kuru ise, yumuşatıcılar kullanılır. Lezyonlar ağrılı ise sistemik analjezik verilir

ya da anestetik solüsyonlarla düzenli ağız çalkalanır. Yumuşak diş fırçası kullanması önerilir. Takma dişler irritasyona neden oluyorsa çıkarılır. Hatsa için asitli, tuzlu, baharatlı besinlerden kaçınılması önerilir. Hastaya bol sıvı verilir (4, 5, 9).

Diyare

Barsak alışkanlığının normal şekinden farklı olarak, dışkının sıvı içeriği veya miktarında artıştır.

Diyarede hemşirelik girişimleri

-Bireyin tolere edemeyeceği besinlerden kaçınarak bir diyet planı yapmak. Lifli ve sert yiyecekleri azaltması. Sık ve az yemesi. Aldığı ve çıkardığı sıvı takibi ve kaybedilen sıvının yerine konması. Bol kalorili ve proteinli diyet verilir. CIS'i uyaran ve irite edebilen tahıl, fındık, yağlı besinler, iri taneli meyvelerin suları, çiğ sebzeler, acı, baharatlı ve gaz yapan yiyecekler, çay, kahve ve alkollü içecekler verilmez. Yukarıda önerilenlerin yanında, yağsız peynir, yoğurt, pirinç lapası, muz, elma, ayran, balık, tavuk, haşlanmış patates, beyaz ekmek önerilir. Yiyecekleri ve sıvıları oda ısısında sunmak. Perineal bölgeyi 8 saatte bir değerlendirmek (3, 4, 5).

Konstipasyon

Konstipasyon diyareden daha sık deneyimlenmektedir. Bunun bir nedeni ağrı kontrolü için kullanılan opioidlerdir. Kanserli hastalarda %50 gibi yüksek bir oranda görülmekte ve bunun %78'ini terminal dönem kanserli hastalar oluşturmaktadır. Konstipasyonun oluşmasında antidepresanlar, narkotikler, kas gevşeticiler, antihistaminikler, antikolinerjikler, analjezikler, alüminyum ve kalsiyum içeren antiasitler, diüretikler, fenotiazinler, nöroleptikler, Fe preparatları etkilidir. Hareketsizlik veya yeme alışkanlığındaki değişiklikler de konstipasyona neden olmaktadır.

Konstipasyonda hemşirelik girişimleri

-Lifli besinler önerilir (sebze, meyve, yulaf vb.). Sıvı alımı sağlanır (günde en az 2 -3 lt).

Aktivite önerilir. Nonfarmakolojik yarar sağlanamadığında laksatifler verilebilir. Günlük bir boşaltım programı uygulanır (5,9).

Kansere bağlı anemideki hemşirelik girişimleri

-Demirden zengin yiyecekler artırılır. Demir emilimini artırmak için C vitamini alımı artırılır. Folik asit içeren yiyeceklerin alımı artırılır. B₁₂ vitamini içeren besinlerin alımı artırılır. Demir emilimini azalttığı için çay ve antiasit kullanımından kaçınılmalıdır. Folik asit ve demir tabletleri ile diyet desteklenmelidir (5).

Oral beslenme

Her ne kadar yeterli kalori sağlayacak miktarlarda olmasa bile kanserli hastaların çoğu oral beslenmeyi tolere eder. Beslenme desteğinde temel kural olarak oral-enteral yolun kullanılması tercih edilmelidir. Oral-enteral yolun kesinlikle kullanılmayacağı veya yeterli olmayacağı hallerde parenteral yol tek başına veya enteral yol ile kombine kullanılır.

Nutrisyonel desteğin yeterliliğinin denetimi

İster enteral ister parenteral yolla yapılsın beslenme yeterliliğinin denetlenmesi gerekir. Kanıta dayalı tıp anlamında TNT'nin hastaya yararı objektif kriterlerle gösterilmelidir. Ancak bu sanıldığı kadar kolay değildir. Beslenme desteği olmadığı primer hastalığın kötüye gideceği bellidir. Ama beslenme desteğinin varlığı primer hastalığın iyileşeceği anlamına gelmez. Nutrisyon destek tedavisinden hastanın yarar gördüğünü düşündüren belirti ve bulgular şunlardır:

Hastanın kendini iyi hissetmesi, kognitif fonksiyonların düzelmesi, hastanın depresyondan çıkması, anksiyetenin azalması, oral yolla beslenmek istemesi (TPN iştah duygusunu yok eder), hastanın varsa ödemlerinin gerilemesi, Oral-enteral toleransın artması, hastanın kilo alması, prealbumin düzeyinin yükselmesi (CRP düzeyi

yüksek seyrediyorsa prealbumin yükselmez), albumin düzeyinin yükselmesi (yarı ömrü uzun olduğundan zaman alır), Na, K, Mg, P, Cl gibi elektrolitlerin stabilizasyonunu sağlamakta kolaylık, hastanın fonksiyonel kapasitesinde düzelme.

Beslenme ve nutrisyonel tedavi ile ilgili sık yapılan yanlışlar

Hastaların primer problemleri ile uğraşırken beslenme ile ilgili problemleri fark etmemek. Malnutrisyonu tanımamak, ciddiye almamak. Hastanın beslenmesi ile ilgilenmemek, kilo kaybetmeye devam etmesine izin vermek. Nutrisyon destek ekibinin bilgi ve deneyimlerinden yeterince yararlanmamak. Oral-enteral yolu yeterince denemeden parenteral yolu kullanmak. Hastaya daha yararlı olur düşüncesiyle hiperkalorik beslenme uygulayarak hiperkalorik beslenme olmamak. Beslenme amacı ile konan santral ven kateterlerini başka amaçlar için kullanmak, hijyenik kurallara uymamak. Nutrisyon destek ekibi tarafından hazırlanan ve tüm besin öğelerinin tek bir torbaya doldurulduğu ürünü 24 saatten daha uzun bir sürede göndererek ürünün bakteriyolojik açıdan emniyetini tehlikeye sokmak. Ürün kullanımında endüstrinin etkisi altında kalarak özel olduğu iddia edilen ürünleri lüzumundan fazla kullanarak maliyeti artırmak. Hastaları evlerine gönderdikten sonra ilişkiyi koparmak ve beslenme ile ilgili devam eden problemleri fark etmemek (4, 7, 8).

SONUÇ

Kanser hastalarında beslenmenin değerlendirilmesi doktorları, hemşireleri, diyetisyenleri ve sosyal hizmetlileri içeren multidisipliner bir takım tarafından yapılmalıdır.

Nutrisyonel tedavi hastaya özgü ve hiyerarşik dönemde yapılmalı, en basit basamaktan başlanıp yanıt alınmadığında bir sonrakine geçilmelidir.

KAYNAKLAR:

1. Barclay V (Çev. Ed. Platin N). Beslenmede Hemşirenin Rolü, Kanser Hemşireliğinde Temel Kavramlar, Uluslararası Kanserle Savaş Birliği, Teknik Raporlar Serisi, I. Baskı, 1987, Ankara: 49-52.
2. Birol L (Ed. Akdemir N). Onkoloji Hemşireliği, İç Hastalıkları El Kitabı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 1998, No: 9: 74-78.
3. Kirkwood JM, Latge MT, Yoksa SM. Current Cancer, Current Medicine INC., Third Edition, 1998, Philadelphia.
4. Karadokvan A. İlerlemiş Kanser Olgularında Beslenme Sorununun Çözümü, Ege Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1990, 6:1.
5. Grant M, Ropka MA. Management of Major Clinical Nursing Problems, Alterations in Nutrition, Cancer Nursing A Comprehensive Textbook, 1996, 919:941.
6. Platin N, Terakye G. ESO Onkoloji Hemşireliği, Onkoloji Hemşireliği Derneği, Avrupa Onkoloji Okulu İşbirliği Kurs Notları, 1980, 8-10 Haziran, Ankara.
7. Regina S, Bell C, Bell R. Nutrition in Cancer: An Overview, Seminars in Oncology Nursing. May 2000, 16:2, 90-98.
8. Rust D, Gill C. Nutritional Support, Oncology Nursing Secrets, 1997, Henleyst Belfus: 262.
9. Yaska SM. Nursing Management of Symptoms Associated With Chemotherapy, Pharmacia Oncology, 2001, 5th Edition.