

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİNDE YATAN HASTALARIN
YAŞADIKLARI SEMPTOMLARIN SIKLIĞI, ŞİDDETİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Huri Yeşim ŞEVİK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2019-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**TIBBİ ONKOLOJİ KLİNİĞİNDE YATAN HASTALARIN
YAŞADIKLARI SEMPTOMLARIN SIKLIĞI, ŞİDDETİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Huri Yeşim ŞEVİK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Sema SEZGİN GÖKSU

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2019-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından İç Hastalıkları Anabilim Dalı Onkolojik Eğitim ve Klinik Araştırma Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.26 Haziran 2019

İmza

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. Sema SEZGİN GÖKSU
Akdeniz Üniversitesi

Üye:

Prof. Dr. Hasan Şenol COŞKUN
Akdeniz Üniversitesi

Üye:

Doç. Dr. Banu ÖZTÜRK
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Narin DERİN

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Öğrenci

Huri Yeşim ŞEVİK

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Sema SEZGİN GÖKSU

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin sürecinde ve tez çalışmasının yürütülmesinde, bilgi ve deneyimiyle rehberlik eden değerli hocam Doç. Dr. Sema SEZGİN GÖKSU'ya,

Akademik gelişimime katkı sağlayan, değerli hocalarım Prof. Dr. Hasan Şenol COŞKUN ve Doç. Dr. Ali Murat TATLI 'ya,

Mesleki ve akademik tecrübesiyle, araŐtırmama, bana ve meslektaşlarıma her zaman desteğini, gücünü, bilgisini ve enerjisini aktaran, kliniğimize rehber olan değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Fatma ARIKAN 'a,

Tezimin istatistiksel analizleri ve değerlendirilmesinde yardım aldığım değerli hocam Prof. Dr. Mehmet Ziya FIRAT 'a,

Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün tüm çalışanlarına, çalışmama katılan tüm onkoloji hastalarına, her daim destek veren tıbbi onkoloji kliniği ekip arkadaşlarıma,

Yüksek lisans tecrübemde bana bütün gücüyle yardımcı olan, sırtımı yasladığım, hayatımın zenginliği, sabırlı ve değerli eşim Metin'e, canım kıymetlim kızım Duygu Deniz'e ve en değerlilerim annem, babam ve kız kardeşime sonsuz teşekkür ederim.

Huri Yeşim ŞEVİK

2019, Antalya

ÖZET

Amaç: Bu çalışma Tıbbi Onkoloji Kliniği'nde yatan kanserli hastaların yaşadıkları semptomların sıklığı, şiddeti ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki araştırma, Ocak 2019-Mart 2019 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği'nde yürütülmüştür. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 91 hasta araştırma kapsamına alınmıştır. Verilerin toplanmasında; Hasta Tanıtım Formu, ECOG performans skalası, Braden skalası, İtahi düşme riski ölçeği ve MD Anderson Semptom Envanteri kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, yüzdelik, Ki-kare, Mann Withney U, Kruskal Wallis ve Korelasyon analizi kullanılmıştır. Tüm veriler SPSS paket programının 22.0 sürümü kullanılarak analiz edilecektir ve $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Hastaların %64.84'ü erkek ve hastaların yaş ortalaması 57.22 ± 13.39 'dur. Çalışma kapsamına alınan hastaların tanı süresi 18.86 ± 31.60 ay ve %89.01'i hastalığın dördüncü evresindedir. Hastaların %35.63'ü gastro intestinal sistem kanser tanılıdır. Hastalar onkoloji kliniğine %51.14 destek tedavisi için yatmaktadır. Yatarak tedavi alan hastaların en sık deneyimlediği semptom iştahsızlık ve yorgunluktur. Hastaların kliniğe yatış nedeninin, semptom ve semptomlarının bireyin yaşamına etkisi karşılaştırıldığında, destek tedavisi için yatan hastalarda anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Onkolojide yatan hastaların kusma semptomunun metastaz durumuna göre farklılık gösterdiği, metastazı olanların kusma puan ortalamasının (0.52 ± 1.55) metastaz olmayanlara göre yüksek olduğu belirlendi.

Sonuç: Çalışmamızda Tıbbi Onkoloji Kliniğinde yatan kanserli hastaların yaşadıkları semptomların sıklığını, şiddetini ve etkileyen faktörlerin; ileri evre kanser hastası olmak, yatış nedeninin destek tedavi için olması ve hastaların yatış süresi etkilemiştir.

Anahtar Kelimeler: kanser, semptom, kemoterapi, hemşirelik, bakım

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to investigate the frequency, severity, and the factors affecting the symptoms of the cancer patients in the Medical Oncology Clinic

Method: This descriptive study was conducted in the Medical Oncology Clinic of Akdeniz University's Hospital from January 2019 to March 2019. Patients who met the inclusion criteria were included in the study. In the collection of data; Patient Presentation Form, ECOG and MD Anderson Symptom Inventory were used. Mean, percentage, Chi-square, Mann Whitney U, Kruskal Wallis and Correlation analysis were used to evaluate the data. All data were analyzed using version 22.0 of SPSS package program $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: 64.84% of the patients were male and the mean age of the patients was 58.22 ± 13.39 . The duration of the patients included in the study was 18.86 ± 31.60 months and 89.01% was in the fourth stage of the disease. 35.63% of patients are diagnosed with gastrointestinal system cancer. The patients were admitted to the oncology clinic for 51.14% support. The most frequent symptom experienced by inpatients is lack of appetite and fatigue. When the effects of the symptoms, symptoms and symptoms of the patients on the life of the individual were compared, significant differences were found in the inpatients for supportive care. The symptoms of vomiting in oncology patients differ according to the status of metastasis the mean vomiting score (0.52 ± 1.55) of the patients with metastasis was higher than those without metastasis.

Conclusion: In our study, the frequency and severity of the symptoms of the cancer patients in the Medical Oncology Clinic and the factors affecting them; Being in advanced stage cancer, the reason for hospitalization for the support treatment, the duration of hospital stay was affected.

Key words: cancer, symptom, chemotherapy, nursing, care

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	v
SİMGELER ve KISALTMALAR	vi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	21
2.1. Onkoloji Hastalarında Semptom Yönetimi	3
2.2. Semptomlar	4
2.2.1. Ağrı	4
2.2.2. Yorgunluk	7
2.2.3. Bulantı ve Kusma	13
2.2.4. Mukozit	15
2.2.5. Psikososyal Distres	18
3. GEREÇ ve YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Tipi	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	22
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	22
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	22
3.5. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	22

3.6. Araştırma Veri Toplama Araçları	23
3.6.1. Hasta Tanıtım Formu	23
3.6.2. MD. Anderson Semptom Envanteri	23
3.6.3. ECOG Performans Skalası	23
3.7. Ön Uygulama	25
3.8. Verilerin Toplanması	25
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	25
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi	26
3.11. Araştırmanın Değişkenleri	26
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Zorlukları	26
4. BULGULAR	27
5. TARTIşMA	44
5.1. Onkoloji kliniğinde yatan hastaların yaşadıkları semptomlar	46
5.2. Onkoloji kliniğinde yatan hastaların sosyodemografik özelliklerine semptom şiddeti	47
5.3. Onkoloji kliniğinde yatan hastaların hastalık özelliklerine semptom şiddeti	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	47
KAYNAKLAR	50

EKLER

EK-1: Katılımcı Bilgilendirilmiş Olur Formu

EK-2: Hasta Bilgi Formu

EK-3: MD Anderson Semptom Envanteri

EK-4: İtaki Düşme Riski Ölçeği

EK-5: Basınç Riski Önleme Tedavi Formu (Braden Formu)

ÖZGEÇMİŞ

62



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1	Tıbbi Onkoloji kliniğinde yatarak tedavi gören kanser hastalarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	27
Tablo 4.2	Hastaların sağlık hastalık özellikleri	29
Tablo 4.3	Onkoloji kliniğinde yatan hastalarda kateter bulunma durumu ve kateterlerin yeri	30
Tablo 4.4	Hastaların zamana göre semptom değişim şiddeti	31
Tablo 4.5	Hastaların fiziksel aktivite durumları	32
Tablo 4.6	Hastaların semptomları ve şiddetleri	33
Tablo 4.7	Semptomların zaman içinde değişimi	34
Tablo 4.8	Hastaların cinsiyetine göre semptom şiddeti	36
Tablo 4.9	Medeni durum	37
Tablo 4.10	Hastaların çalışma durumları	38
Tablo 4.11	Hastaların hastalıklarının metastaz durumu	39
Tablo 4.12	Kronik hastalık	40
Tablo 4.13	Hastaların kliniğe yatış nedeni	41
Tablo 4.14	Hastaların sigara kullanma durumları	42

Tablo 4.15 Hastaların Őu anda aldıkları tedaviler 43

Tablo 4.16 Korelasyon tablosu 43



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. ECOG performans değerlendirme tablosu

24



SİMGELER ve KISALTMALAR

CTCAE	:	Ulusal Kanser Enstitüsü Yaygın Toksikite Kriterleri
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
ECOG	:	Eastern Cooperative Oncology Group; Performans Statü Skalası
IARC	:	Uluslararası Kanser Ajansı
NCI	:	Ulusal Kanser Enstitüsü
NCNN	:	Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı Birliği
SPSS	:	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Program

1. GİRİŞ

Kanser; birçok belirtinin bir arada görüldüğü, tedavisi uzun zaman alan, özenli bir bakıma gereksinim duyulan, tüm dünyada hemen her ülkede prevalansı, mortalite ve morbidite oranları açısından gittikçe artan, kronik sağlık sorunlarından biridir (Hindistan ve ark., 2012; Erdoğan ve Emre Yavuz, 2014). Dünyada yeni tanı alan kanserli hasta sayısı ve kanserden kaynaklanan ölümler her geçen yıl artmaktadır (Arslan ve Özdemir, 2015).

Kanser en çok ölüme neden olan hastalıklar arasında Avrupa ülkelerinde ilk üç, Türkiye’de ise ikinci sırada yer almaktadır. Dünyada ve ülkemizde giderek artan kanser prevalansı ve yaşam süresinin uzaması birçok bireyin kanser hastalığı ile yaşamlarını devam ettirmesi gerçeğini ortaya koymaktadır (Uysal ve Kutlutürkan, 2016).

Kanser insidansındaki artışa paralel olarak, kanserin doğası anlaşılmış, tanı ve tedavi yöntemlerinde önemli adımlar (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve immünoterapi) atılmıştır. Kanser tedavi girişimlerindeki gelişmeler son yıllarda, kanserli bireylerin yaşam süresinin uzamasını sağlamıştır (Tuna ve ark., 2018). Bu nedenle kanserin çaresiz bir hastalık değil, kronik bir hastalık olarak kabul edilmesine neden olmuştur. Kronik bir hastalığı olan, kanser hastasına verilecek bakım ve desteğin de çerçevesi genişlemektedir (Aktaş, 2013). Aynı zamanda, yaşam şansı uzamış olmasına rağmen yaşam kaliteleri azalan bu hasta grubu için özel bakım gereksinimleri artmıştır (Özçelik ve ark., 2014). Kanser ilerlemesi, kanser tedavisi, tedavide yaşanan güçlükler ve tedavi toksisitesi hastaların tüm sistemleri üzerinde lokal ve sistemik önemli yan etkiler yaratmaktadır (Karabulutlu ve ark., 2013). Dolayısıyla kanser hastaları hastalığın kendisi ya da tedavisinin neden olduğu çok sayıda semptomu bir arada deneyimlemektedir (Atay, 2015; Süren ve ark., 2015).

Kanserde destekleyici bakımındaki ilerlemelere rağmen, onkoloji kliniğinde yatan hastaların yaşadıkları semptomların semptom deneyimlerinin incelenmesine ihtiyaç vardır (Stark ve ark., 2012; Seven ve ark.,2013). Bu semptomlar ağrı, iştahsızlık, tat almada değişiklik, ağız kuruluğu, mukozit,bulantı, kusma, yorgunluk,uyku bozuklukları,

dispne, kabızlık, kemik iliği supresyonu depresyon ve anksiyetedir (Seven ve ark., 2013; Yıldırım ve ark., 2013; Toprak ve Vural, 2016).

Semptomların iyi yönetilememesi, hastaların tedaviyi bırakmalarına, tedavi dozunun azaltılmasına ve tedavinin sonlandırılmasına neden olabilir (Uysal ve ark., 2015). Bu nedenle sağlık profesyonelleri kanser hastalarına bütüncül yaklaşımla etkin semptom yönetimi sağlamalıdır (Polat, 2011).

Kanser deneyimi boyunca hastalara ve ailelere bilgi ve bakım desteği verme onkoloji hemşireliğinin en önemli sorumluluğudur (Kocaman, 2013; Yıldırım ve ark., 2013). Kanser tanı ve tedavi sürecinde yaşanan sorunların nedeni tam olarak ortadan kaldırılamadığından, ortaya çıkan semptomların başedilebilir, yönetilebilir hale getirilmesi yaşam kalitesine katkıda bulunmayı amaçlayan profesyonel bakımı gerektirir. Kanser hastasının bakımındaki hedef, maksimum semptom kontrolüdür (Aktaş, 2013).

Yaşanan semptomların sıklığı ve bunlara etki eden faktörlerin belirlenmesi etkin bir hemşirelik bakımı verilebilmesi için, öncelikli ve önemli bir konudur (Seven ve ark., 2013). Kanser hastalarının semptomlarını değerlendiren çalışmalar özellikle ülkemizde ağırlıklı olarak gündüz kemoterapi alan hastalara ilişkindir.

Onkoloji kliniğinde yatan hastaların semptomlarını değerlendiren çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmüştür (Stark ve ark., 2012). Bu çalışmada yatarak tedavi alan kanserli hastaların yaşadıkları semptomların sıklığı, şiddeti ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma Soruları

1. Onkoloji kliniğinde yatan kanser hastalarının en sık yaşadıkları semptomlar nelerdir?
2. Onkoloji kliniğinde yatan kanser hastalarının yaşadıkları semptomların şiddeti nelerdir?
3. Onkoloji kliniğinde yatan kanser hastalarının yaşadıkları semptomların şiddetini etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Onkoloji Hastalarında Semptom Yönetimi

Kanser, 21. yüzyılın temel halk sağlığı sorunlarından birisidir. Tıp ve teknolojideki gelişmelere rağmen, dünya çapında önde gelen ölüm nedeni olmaya devam etmektedir (Tuna ve ark., 2018).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her yıl 12 milyon yeni kanser vakası teşhis edildiği, bununla birlikte kanserden kaynaklanan ölüm sayısının 7 milyon olduğu ve kanserli 25 milyon kişinin yaşamını sürdürdüğü bildirilmektedir (Bağ, 2013).

Günümüzde teknolojinin hızlı ilerlemesi, tarama programları, erken tanı ve etkili tedaviler, sağlıktaki başarılı gelişmeler ile hastaların sağ kalım oranları artmaktadır. Tüm diğer hastalıklarda olduğu gibi kanser tedavisinde de amaç hastalığı tümüyle tedavi etmek veya yaşam süresinin uzatılmasını hedeflemektir. Kanser tedavisi ile ilgili yenilikler bir yandan da prognozu iyi olmayan, ileri evre kanser hastalarının sayısını artırmaktadır (Tuna ve ark., 2018).

Bu gelişmelere rağmen, hastaların, uzun dönemde sadece hastalığı ile değil, kanser tedavisinin olumsuz etkileriyle de karşılaşmalarına neden olmaktadır (Karabulutlu ve Karaman 2015).

Hastalık ve tedaviye bağlı gelişen bu semptomlar, bireylerin günlük rollerini gerçekleştirmede, bilişsel ve fonksiyonel temel ihtiyaçlarını karşılamada olumsuz etkilemektedir (Stark ve ark., 2012; Özdemir ve ark., 2017; Uysal ve ark., 2015).

Onkolojide semptomlar ve etiyolojileri çok çeşitlidir. Hastalar kanser tedavisinde kullanılan kemoterapi ve radyoterapinin yan etkilerini çeşitli derecelerde yaşamaktadırlar. Bunlardan başlıcaları: ağrı, anoreksiya, kaşeksi, tat değişiklikleri, alopesi, bulantı, kusma, dehidratasyon, mukozit, ağız kuruluğu, yorgunluk, dispne, kemik iliği supresyonu, depresyon, anksiyete gibi fiziksel ve emosyonel sorunlardır. Bu durumlar tedaviye yanıtı ve hastalığın prognozunu olumsuz etkilemektedir (Thavarajah ve ark., 2012; Karabulutlu, Karaman 2015; Süren ve ark., 2015).

Toplumda artan kanser prevalansı, onkoloji hemşireliğinin de gelişimini etkilemektedir (Çelik, 2016). Kanseri tanıyan alan kişilere 24 saat süresince bakım hizmeti sağlayan hemşireler, hastaların yaşadıkları fiziksel ve psikolojik semptomları daha yakından gözlemlemektedirler. Onkoloji hemşirelerinin sorumluluğu hasta bakımında hastaların semptomlarını, ne şiddette yaşadıklarını değerlendirerek, yaşam kalitesini ve işlevini en üst noktaya çıkarmaktır. Semptom yönetiminin ilk basamağı hastaların yaşadıkları semptomların varlığını tanımak ve bireye özgü bakım vererek yaşam kalitesinin iyileştirilmesine katkı sağlamaktır (Karadağ ve ark., 2010; Thavarajah ve ark., 2012; Ovayolu, 2013; Seven ve ark., 2013; Kavradım ve Özer, 2013; Çelik, 2016).

2.2. Semptomlar

2.2.1. Ağrı

Kanser günümüzün en önemli sağlık sorunlarından birisidir. Ağrı ise kanser hastalarının yaşam kalitesini ve bütünlüğünü önemli ölçüde etkilemektedir. İlerlemiş kanser vakalarının %70'inden fazlasında hasta ve hasta yakınları için ölümün kendisinden bile daha büyük bir korku kaynağı olan evrensel bir tıp sorunudur (Annals of Oncology 29 (Supplement 4): iv166–iv191, 2018 doi:10.1093/annonc/mdy152 Published online 24 July 2018 ESMO).

Kanseri tanıyan almış çoğu hasta ve ailesi için ağrı çekme olasılığı, tedavi edilmeme ve ölüm ihtimalinden sonra kanser tanısının en korkulan yönü olmaktadır (Çelik,2016).

Ağrının pek çok tanımı olup; Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP) tarafından yapılan tanımlamaya göre, vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan organik bir nedene bağlı olan ya da olmayan kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili, sensoriyel, emosyonel hoş olmayan bir duygu olarak tanımlanmaktadır (Çelik ve ark.,2018). Ayrıca ağrı, doku hasarının bilinçsiz olarak farkına varılması olarak da tanımlanabilmektedir. Margo Mc Caffery'nin tanımıyla "Ağrı, hasta ne tanımlıyorsa odur" şeklinde kabul edilmektedir (Sarıhan ve ark., 2012). Kanseri hastalarda ağrı; hastalık progresyonuna, girişimsel işlemlere, radyoterapi veya kemoterapi tedavilerine bağlı gelişebilecek semptomlar sebebi ile ya da kanser dışı sebeplere bağlı oluşabilmektedir. Kronik ağrının

şiddetinin değerlendirilmesinde Vizuel Analog Skala (VAS) güvenilir ve geçerli bir ağrı ölçüm metodudur (Arslan ve ark., 2016).

Kanser hastalarında ağrı semptomu kontrol altına alınmadan, başarılı bir tedavi sürecinden söz edilemez. Kanser evresi ve ağrı şiddeti paraleldir ve hastalık ilerlediği zaman ağrı şiddetinde artış meydana gelmektedir. Ağrının ortadan kaldırılması hastanın yaşam kalitesini düzeltmek için önemlidir (Karataş İleri, 2017).

Kanser ağrısı kompleks bir kronik ağrı sendromudur ve buna çoğu zaman gerginlik, depresyon ve öfke eşlik etmektedir (Sarıhan ve ark., 2012).

Kanser ağrılarının tedavisinde yaygın olarak kabul edilen ilke Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği “Analjezik Basamak Tedavisi” uygulanmaktadır. Bu yöntemde göre; hafif ağrı için non-opioid ağrı kesici ile başlanır, orta şiddetteki ağrı için zayıf opioid (kodein, oksikodon, tramadol) eklenir ve şiddetli ağrı ya da yetersiz yanıt alınan ağrılar için güçlü opioidler (morfin, fentanil) kullanılmaktadır. Adjuvan analjeziklerin de (antidepresan, antikonvülzan, steroid, anksiyolitik, nöroleptik, bifosfonat vb.) ağrı tedavisinin her aşamasında tedaviye eşlik etmesinin olumlu sonuçları olduğu belirtilmektedir (Arslan, 2016).

Basamak sisteminin doğru uygulanması durumunda kanserli hastaların %80-85'inden fazlasında uygun farmakolojik tedavi ile, geri kalan hasta grubunda ise invazif yöntemlerle ağrı kontrolünün sağlanabildiği belirtilmektedir. Böylece “hiçbir kanser hastası kontrol altına alınamayan ağrı ile yaşamamalı veya ölmemelidir” amacına ulaşılabilir (Kurşun ve ark., 2014).

Ağrı Yönetimi

Opioidlerin major yan etkileri kontrol altına alınabilirse, istenen doza ve başarılı bir ağrı yanıtına ulaşılabilir. Opioidlerin en sık ve en önemli yan etkileri kabızlık, somnolans ve bulantı kusma potansiyelidir. Seyrek görülen yan etkiler idrar retansiyonu, kaşıntı ve deliryumdur. (Karataş İleri, 2017).

Ağrı tedavisinin önündeki bariyerler üç başlık altında toplanmıştır;

*Sağlık bakımı verenlerle ilgili bariyerler

*Sağlık bakım sistemi ile ilgili bariyerler

* Hasta ve ailesi ile ilgili bariyerler

Kanser ağrısı yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek bağışıklığın zayıflaması gibi başka diğer sorunlara da neden olur. İyi bir ağrı yönetimi kapsamlı bir ağrı değerlendirme ile başlamalıdır (Çelik ve ark.,2018).

Seçilen tedavi ve ilaç ağrı şiddetine uygun olmalıdır. Ciddi bir ağrı için genellikle opioidler tercih edilmelidir. Opioidlerin tavan dozu yoktur, ancak bir güvenli titre edilerek doz ayarı yapılmalıdır. Opioidler arasında ve intravenöz ile oral ilaçlar arasında geçiş yaparken bir opioid eşdeğerlik tablosu kullanılmalıdır (Şenel ve ark.,2016). Nöropatik ağrıyı kontrol altına almak için antikonvülsan ve antidepresanların kullanımı daha etkilidir (Kurşun,2015).

Başarılı bir kanser ağrı tedavisinde disiplinlerarası yaklaşım olumlu sonuçlar sağlayacaktır. Ağrı yönetiminde farmakolojik tedavinin yanında, nonfarmakolojik yaklaşımlar da ağrının etkili bir biçimde ortadan kaldırılmasında yardımcıdır. Nonfarmakolojik yöntemler hastanın ağrıya karşı duygusal cevabını azaltmaktadır. Bunlar; masaj, akupunktur, gevşeme ve hayal kurma ve hipnozdur (Öczan ve ark.,2016).

Hasta eğitiminde kanser ağrısının etkili yönetiminin önemi hakkında doğru ve anlaşılır bilgi verilmelidir. Analjezik ilaçların kullanımı, diğer ağrı kesici yöntemler ve klinisyenler ile etkili iletişim kurma, rahatsız edici yan etkileri kontrol altına almak hakkında yöntemler sade bir dille anlatılmalıdır. Hastalara yan etkileri bildirmeleri için fırsatlar verilmelidir (Brown, 2015).

2.2.2. Yorgunluk

Kanser tedavisi hastalar için fiziksel ve psikolojik olarak yaşam kalitesini olumsuz etkileyen zor bir süreç olarak yaşanmaktadır (Bağ, 2013).

Yorgunluk kanser hastalarının günlük yaşamını etkileyen, sürekli devam eden, dinlenmekle geçmeyen ve sosyal iletişimlerini etkileyen, hastaların en sık deneyimledikleri semptomlardan biridir (Bozkurt Kozan, Uğur 2018).

Kansere bağlı yorgunluk hastalarda oldukça yaygındır, hastaların %39 ve %100'e kadar bu önemli ve karmaşık sorunu yaşadıklarını bildirmişlerdir. Yorgunluk yaşayan hasta oranları hem kanser tedavisi sırasında hem de iyileşme süresinde, %90'a varan oranlardadır. Boyuna çalışmalarda göstermektedir ki, hastaların başarılı bir şekilde tedavileri tamamlandıktan sonra yorgunluğun sıklıkla azaldığını gösterir, fakat derin izler bırakmaktadır. Ancak, hastaların yaklaşık %30'u kalıcı veya kronik yorgunluk yaşamaktadırlar. (Bozkurt Kozan ve Uğur 2018; Kuhnt ve ark., 2019).

Kanserli hastalarda görülen yorgunluk Amerikan National Comprehensive Cancer Network/Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı Birliğince (NCCN) “Kanser ya da kanser tedavisiyle ilişkili olarak, hastanın gündelik işlevselliğini etkileyen, yeterli dinlenme ile iyileşmeyen yaptığı etkinlikle orantısız, kalıcı, sıkıntı verici, inatçı subjektif, bilişsel yorgunluk, tükenmişlik hissi” olarak tanımlanmaktadır (LaVoy ve ark., 2016; Karadağ, 2018). Sağlıklı kişilerde yeterli dinlenme ile geçen yorgunluktan farklıdır (Çelik, 2016).

Tedaviye ya da hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan yorgunluk fizyolojik bir cevaptır ve birçok faktörden etkilenmektedir (Giacalone, 2013; Çelik, 2016). Hastanın yorgunluk deneyimi tamamen sübjektiftir ve yorgunlukla ilgili neler hissettiği ve neler yaşadığını aktarmasına dayanmaktadır (Can, 2014). Kanser tedavisi ve tedaviden kaynaklanan semptomlara yönelik birçok çözüm bulunmasına karşın, yorgunluğun yönetilmesinde halen etkili tedavi girişimleri mevcut değildir. Bunun önemli nedenlerinden birisi yorgunluk belirtisinin kanser hastasının, hastalığın tedavisi ve sonrasında duygusal, bilişsel ve fiziksel olarak yaşadığı sübjektif bir duygu olmasından kaynaklanmaktadır (Kuhnt ve ark., 2019).

Yorgunlukla bağlantılı psiko-sosyal sorunlar hastaların umut düzeylerini, yaşam aktivitelerini çalışma yeteneklerini de olumsuz yönde etkisi altına alarak yaşam kalitelerini düşürmektedir (Bağ,2013; Matzo, 2014).

Kanser tedavisi ile ilişkili yorgunluk multifaktöriyeldir; fizyolojik, biyokimyasal, psikolojik, davranışsal ve öznel korelasyonlar ve kanserin kendisine, komplikasyonuna veya tedaviye bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (Bozkurt Kozan ve Uğur 2018; Kuhnt ve ark., 2019).

Yorgunluğun Nedenleri

Günümüzde yorgunluk karmaşık çok boyutlu bir semptomdur (LaVoy, 2016). Kanser hastalarında yorgunluğa neden olan çok çeşitli etmenlerin varlığı tartışılmaktadır. Yorgunluğun belirleyicileri üzerine yapılan çalışmalar sınırlıdır. Sonuçlar, patogenezin dahil olmak üzere çok faktörlü olduğunu göstermektedir.

Fizyolojik, biyokimyasal, psikolojik ve davranışsal faktörler yorgunluğu etkilemektedir. Ancak bu faktörlerin yorgunluğa neden olup olmadığı veya yorgunluğun bir sonucu olarak ortaya çıkıp çıkmadığı açık değildir. Uzunlamasına çalışmalar, tedavinin başlangıcında yorgunluk yaşayan hastaların, hastalık / iyileşme süreçleri boyunca daha fazla yorulmaya maruz kalma ihtimalinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Kuhnt ve ark., 2019).

Yorgunluğun temel mekanizması net olarak bilinmese de periferik ve santral yorgunluk olarak gruplanabilir (Özkan ve Çınar 2009; Matzo, 2014). Periferik yorgunluk, kaslarda ve nöromusküler kavşaklarda meydana gelen olayları ifade ederken merkezi yorgunluk beyinde kaynaklanan olayları ifade eder. Motivasyon eksikliği merkezi yorgunluğa sebep olabilmektedir (LaVoy ve ark., 2016).

Yorgunluk sitokin üretiminin artması, anormal kas metabolitlerinin birikimi, nöromusküler fonksiyonlarda değişiklik, adenosin trifosfat sentezindeki anormallik, serotonin regülasyonunda bozukluk, vagal afferent aktivasyonu, Hb düzeylerindeki azalmaya bağlı meydana gelen anemi nedeniyle oluşmaktadır (Uğur, 2014).

Hastalık ve tedavi süresine bağlı olarak kanser hastalarında yorgunluğun geliştiği düşünülse bile, kesin neden tam belli değildir. NCCN' nin son klinik uygulama rehberinde, kanser hastaların yorgunluğuna yedi nedenin etkili olduğu belirtilmektedir. Bunlar; ağrı, ruhsal sorunlar, uyku bozuklukları, anemi, beslenme, aktivite düzeyi ve diğer eşlik eden hastalıklardır (Özkan, Çınar 2009).

Yorgunluğun Etkileri

- 1.Yorgunluk, kanser hastasının günlük yaşamını olumsuz etkilemektedir.
- 2.Yorgunlukla stres, kaygı veya depresyon gibi psikolojik sorunların görülmesinde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.
- 3.Yaşam kalitesi düşmektedir.
- 4.Uykusuzluk ve yorgunluk arasında bir bağlantı bulunmaktadır.
- 5.Yorgunluğun deneyimlemesiyle hastanın tedavi sonrasında meslek yaşamına dönememesi ya da dönse bile performansında azalma olması hastanın sosyo-ekonomik sorunlar yaşamasına neden olmaktadır (Bağ, 2013).

Yorgunluk Değerlendirme

Hastalar yorgunluk semptomunu anlamaya ve bu deneyimi yaşadıklarında kontrol altına almak veya etkisini azaltmak için neler yapacaklarını bilmeye ihtiyaç duyarlar (Kuhnt ve ark., 2019). Sağlık çalışanları yorgunluğun; başlangıcını, süresini, yoğunluğunu, etkileyen faktörleri, günlük yaşam aktivitelerine olan etkisini, hastaların kullandığı ilaçları, uyku durumunu, nütrisyon, kilo ve iştah durumunu, psikolojik faktörleri, labarotuar bulgularını vb. değerlendirilerek iyi bir anamnez almalıdırlar. NCCN'nin kansere bağlı yorgunluk klinik rehberi hastaları değerlendirmede kullanılacak araçlardan bir tanesidir. Diğerleri;

- NCI (National Cancer Institute)
- WHO toksisite kriterleri [0-4]
- 0-10 VAS (Vusual Analog Skala: 1-3 hafif, 4-6 orta ve 7-10 şiddetli)
- Çok boyutlu ölçeklere örnek olarak; “Kısa Yorgunluk Envanteri”, “Schwartz Kanser Yorgunluk Ölçeği”

- Kanser Yorgunluk Ölçeği”, “Revize edilmiş Piper Yorgunluk Ölçeği”, “Çok Boyutlu Yorgunluk Envanteri”, “Çok Boyutlu Yorgunluk Semptom Envanteri” kullanılabilir (Özkan, Çınar 2009; Can, 2014;).

Yorgunluğun Yönetimi

Kanserin evresi, ileri yaş, yaşam stresörleri, uykusuzluk, yatak istirahati, depresyon ve ağrı, dehidratasyon, beslenme yetersizlikleri, immobilité, kas zayıflığı, kronik hastalığın psikolojik etkileri ve kronik hastalık varlığı yorgunluğu etkiler (Uğur, 2014). Birçok faktörden veya sonuçlardan etkilenen, yüksek oranda çoğu kanserli hastada görülen yorgunluğun hemşirelik bakımı ve yönetimi de bireye özel planlanmalıdır (Can, 2014).

Kansere bağlı yorgunlukla mücadelede sağlık profesyonellerinin danışmanlık ve eğitim yapması, semptom yönetiminin ilk stratejisidir (Aydoğan, Uygun 2011). Hasta ve bakım vericilere, semptom gelişmeden, kronik bir probleme dönüşmeden, yorgunluk olasılığı, yönetimi ve öz bakım aktivitelerine ilişkin bilgi verilmelidir. Hasta eğitimi yorgunlukla baş etmede bireysel planlamalarının etkinliğini artırmaktadır (Kırca, Kutlutürkan 2018; Kuhnt ve ark., 2019).

Pek çok durumda, kanser ile ilişkili yorgunluk, belirli bir sebebe bağlanmamaktadır. Bu durumda yorgunluk semptomuna yaklaşım, farmakolojik ve/veya non-farmakolojik yöntemlerle, genel semptomatik çözümleri içermektedir (Aydoğan, Uygun 2011).

Nonfarmakolojik Yöntemler

Egzersiz Programı: Yorgunluğun yönetiminde egzersizin etkinliği pek çok çalışmada bildirilmiş olsa da gerçekleştirilen çalışmalarda ve meta-analiz raporlarında hala kanserli hastalar için önerilen fiziksel aktivitenin süresi ve yoğunluğu ile ilişkili kanıtlar yetersiz kalmaktadır. Ayrıca hastalığın evresi ve uygulanan tedaviler göz önüne alındığında yorgunluğu azaltmada en yararlı egzersiz tipinin, yoğunluğunun, süresinin ne olması gerektiği ve kanserli hastalarda hangi egzersizlerin güvenli ve hangilerinin güvenli olmadığını belirlenmesi için daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç olduğu bildirilmiştir (Can, 2014) Bu programlara hastaları yönlendirirken mutlaka kemik metastazı, trombositopeni gibi önemli bulgulara dikkat edilmelidir. Hastaların fizik tedavi

ve rehabilitasyon uzmanına danışmasının sağlanması hem ayrıntılı bilgi almasına hem de hastanın motivasyonuna olumlu katkıda bulunarak uyumunu artırabilir (Özkan, Çınar 2009, Bag, 2013).

Psikososyal Destek: Psiko-eğitimsel girişimlerin kullanımı tartışmalı olsa da hastaların pozitif etkinliğinin sağlanmasında, kontrol hissinin artırılmasında, öz-bakımın güçlendirilmesinde, aktif baş etmenin ve emosyonel desteğin sağlanmasında, uyku bozukluklarının önlenmesinde etkili olduğundan hastalara yorgunlukla baş etmede bu yaklaşımların kullanımı önerilebilir (Karadağ,2018).

Diğer tamamlayıcı tedaviler ise; Yoga, Mind Fullnes, Beslenme Tedavisi, Uyku Tedavisi, Fiziksel aktivitenin artırılması, Masaj, Akupunktur, Gevşeme ve hayal kurma, Hipnoz, Reikiki Terapotik dokunma sayılmaktadır.

Farmakolojik Yöntemler

Kansere bağlı yorgunluğun tedavi edilmesi için öncelik non-farmakolojik yöntemlerdir, en son farmakolojik yöntemlere başvurulmalıdır. Farmakolojik yöntemlerde amaç yorgunluğun nedenini belirlemek ve tedavi etmektir. Anti-kanser tedavisine bağlı yorgunlukta doz azaltma, tedavi zamanını geciktirme, çok şiddetli ise tedaviyi sonlandırmak gerekebilir. Farmakolojik girişim örnekleri;

- Hiperkalsemide bifosfanatlar,
- Kilo kaybında megastrol asetat ve kortikosteroidler,
- Hiponatremide sıvı kısıtlama,
- Dehidratasyonda rehidrate etmek,
- Depresyona bağlı yorgunluk tedavisinde antidepresanlar,
- Uyku bozukluklarında ise hipnotik tedavilerden yararlanılmaktadır (Çelik, 2016; Can, 2014).

NCCN tarafından anemi, kanserle ilişkili yorgunlukta tedavi edilebilir bir faktör olarak tanımlanmaktadır. Kemoterapi alan hastaların üçte birinde tedavilere bağlı olarak akut kanamalar, hemolizis, kemik iliği infiltrasyonu, nutrisyonel defisitler anemiye yol açmaktadır. Anemi demir, folik asit, B12 veya eritropoetin stimüle edici ajan veya

eritrosit süspansiyonu transfüzyonu uygulanarak tedavi edilmektedir (Özkan, Çınar 2009).

Yorgunluk ve Hemşirelik Bakım

Yorgunluk kanser hastalarının üzerinde fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik açıdan pek çok yıkıcı etkiye sahip subjektif bir kavramdır. Yorgunluğun yönetiminin önünde subjektif bir deneyim olmasından dolayı çeşitli bariyerler ve neticeleri vardır. Bunlar; Sağlık çalışanları tarafından diğer semptomlara göre göz ardı edilmesi, görünmez bir semptom olması, yorgunluğun yaşamı tehdit etmemesi, hastalık süresince yorgunluğun yaşanmasının doğal kabul edilmesi, tedavi planlamasına dahil edilmemesine ve sonuç olarak da bireyin sorununun çözümü kendi kendine aramasına neden olmaktadır (Karadağ,2018). Bu nedenle yorgunluk tedavi sürecini olumsuz yönde etkilemektedir. Fiziksel olarak yetersiz hale gelen bireyin bağımlılık düzeyi artmakta ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (Çelik, 2016).

Sağlık çalışanlarının, hastaların yorgunlukla baş etmesi için;

- Hasta ve ailesine eğitim ve danışmanlık yapmalı
- Günlük aktivitelerde öncelik belirlenerek enerjinin yüksek olduğu dönemlerde planlaması gerektiği, enerji koruma stratejilerinin belirlenmesi
- Hastalara gerekli olmayan aktivitelerin ertelenebileceği, başkalarına devredilebileceği
- Bireysel olarak yapabilecekleri aktiviteleri tanımlarına destek olunmalı
- Hastanın yorgunluk nedeniyle yaşadığı kaygının ifade edilmesine izin verilmesi
- Gerçek uyku saatinin belirlenmesinde danışmanlık yapılması önemlidir (Özkan, Çınar 2009; Çelik, 2016).

2.2.3. Bulantı ve Kusma

Bulantı; kusma isteği ile çeşitli yollarla kemoreseptör tetikleme alanının uyarılması epigastriyumda hissedilen ve boğazın arkasında deneyimlenen, genellikle gastrik tonusun azalması, peristaltizmin baskılanarak hiposekresyonla birlikte gelişen bir durumdur.

Kusma; mide içeriğinin kısmen sindirilmiş gıda ve sekresyonun güçlü olarak ağızdan dışarı çıkma olayıdır. Subjektif, hoş gitmeyen ve rahatsız edici bir duygu halidir.

(Uğur,2014; Çelik,2016; Özdelikara, Arslan, 2016). Bulantı kusma kanser hastalığına bağlı olarak ortaya çıkan bir semptom olduğu gibi, antikanser tedavi, metabolik hastalıklar, metastazlara veya diğer ilaçlara bağlı olarak da görülebilir (Uğur, 2014).

Kemoterapiye bağlı bulantı-kusma, kanser tedavisi gören hastalar tarafından en sık ifade edilen yan etki olmakla birlikte; ilerlemiş kanserli hastalarda bulantı görülme sıklığı %7-49 arasında değişirken, kusma görülme sıklığı %11-78 arasında görülmektedir. Bulantı ve kusmanın şiddeti ve yoğunluğu hastaya göre değişmektedir. Son yıllarda geliştirilen serotonin (5-HT3) antagonistleri gibi etkililiği fazla olan antiemetik ilaçlara rağmen; kanser tedavisi olan hastaların yaklaşık %38 ile %80'inde kemoterapiye bağlı bulantı ve kusma görülmektedir (Arslan, Özdemir 2015).

Bulantı kusmanın gelişimini etkileyen faktörler tedavi öncesi iyi anlaşılmalıdır. Risk faktörleri;

- Hasta ile ilgili; ilk tedavisi olması, genç olması, kadın olması vs.
- Tedavi ile ilgili; kemoterapi ilacının emetik potansiyeli, dozu, veriliş yolu
- Ek hastalıklar veya ek tedaviler; hiperkalsemi, üremi, antibiyotik, opioid (Can, 2014).

Kemoterapiye tedavisine ilişkin bulantı ve kusma beş şekilde anlaşılmaktadır;

- Akut bulantı kusma; tedaviyle birlikte ilk dakikalarda veya saatlerde görülen ve 24 saat içinde iyileşen kusmadır.
- Gecikmiş bulantı kusma; Tedavi sonrası genellikle 48-72 saatlerde görülür.
- Beklentisel bulantı kusma; Sıklıkla tedavi öncesinde veya sırasında ortaya çıkar.
- Ani kusma; tüm profilaktik tedavi uygulamalarına rağmen, kemoterapiyi takiben ilk 24 saatte tekrarlayan ve ek doz tedavi gereken kusma şeklidir.
- Dirençli kusma; profilaktik tedaviye rağmen, önleyici veya tedavi edici uygulamalara cevap vermeyen ciddi bulantı kusmadır (Brown, 2015).

Değerlendirme

Bulantı ve kusma, bir hastanın tedaviyi tolere etme ve tamamlama yeteneğini etkileyebilir (Mason H et,2016). Bu semptomun kontrol altına alınması çok önemlidir; çünkü hastalarda sıvı elektrolit dengesizliği, dehidratasyon, anoreksi, iştahsızlık gibi ciddi fizyolojik etkilere neden olmaktadır. Hastanın tedaviye uyumunu önemli ölçüde etkilemekte ve hastanın yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (Arslan, 2015).

Onkoloji hemşireliğinde; bulantı kusmanın tanımlanması ve değerlendirilmesi, semptom kontrolünü ve hasta bakım kalitesini artırmaktadır. Bu tanımlama tedaviden önce hastanın ilk değerlendirmesinde başlamakta ve tedavi boyunca devam etmektedir.

Değerlendirmede semptomun sıklığı, şiddeti, süresi ve hasta tarafından algılanma şekli önemlidir. Bu değerlendirmede çok boyutlu ve tek boyutlu ölçekler kullanılmakta fakat klinik uygulamada daha çok Ulusal Kanser Enstitüsünün Toksikite Kriterleri (NCI-CTAE) yaygın olarak kullanılmaktadır (Can, 2014).

Semptom Yönetimi

Bulantı kusmanın değerlendirilmesinde hastanın kendini ifade etmesine izin verilmelidir. Hastanın bu semptomla baş edebilmesi için hemşirelik bakımında şu noktalara dikkat edilmelidir.

- Her hasta ayrı değerlendirilir.
- Bulantı kusmanın zamanı, şekli, oluş biçimi ve şiddeti tanımlanır.
- Bulantı kusmaya neden olan tedavi dışı faktörler değerlendirilir
- Hastanın beslenmesi ve özellikleri ile farkındalığı artırılır.
- Uygun ağız hijyeni sağlanır.
- Bulantı hissini başlatabilecek koku, görüntü ve ortamdan uzak durması sağlanır,
- Bireyin sık sık ve azar azar beslenmesinin önerilmesi
- Kullanılan antiemetiklerin yan etkilerine dikkat etmek gerekir (Can, 2014, Çelik, 2016; Kırca ve Kutlutürkan, 2018).

Farmakolojik Yaklaşımlar

Antiemetik tedavinin temel amacı bulantı ve kusmayı önlemektir, ortaya çıktıktan sonra mücadele etmek daha komplikedir. Antiemetik tedavi seçiminde bulantı kusmanın süresi ve risk faktörleri önemli bir rol oynamaktadır.

Yüksek veya orta derecede emetojenik kemoterapinin uygulanmasının ardından öngörülen antiemetik tedavi minimum dört güne denk gelen tüm risk dönemini kapsamak zorundadır. Farmakolojik yaklaşımlar sırasıyla; dopamain antagonistleri, 5-HT3 antagonistleri, kortikosteroidler, benzodiyazepinler, NK-1 reseptör antagonistleri, antihistaminikler, atipik antipsikotikler (Roila ve ark., 2016).

Non-farmakolojik Yaklaşımlar

Kemoterapi ile ilişkili bulantı kusmanın önlenmesinde ilk adım hasta eğitimidir. Hasta Bulantı ve kusma ile baş ettikçe hem fizyolojik hem de psikolojik olarak rahatlama hissedecektir. Diğer yöntemler ise; dikkati başka yöne çekme ve hayal kurma. Sistemik duyarsızlaştırma, masaj, beslenme düzeninin sağlanması, akupüresür gibi değişik non-farmakolojik yaklaşımlar kullanılmaktadır (Özdelikara ve Arslan 2016).

2.2.4. Mukozit

Mukozit, kemoterapi ve radyasyon gibi kanser tedavilerinin en acı verici ve tehdit edici yan etkilerinden biri olarak sık yaşanmaktadır. Ağız mukozası, hızlı hücre yenilenmesi sebebiyle kemoterapi ve radyoterapi tedavisinin etkisine kolay ve hızlı maruz kalmaktadır. (Çubukçu ve Çınar, 2012).

Kanser tedavisinde kullanılan kemoterapotikler ve radyasyon tedavisinin sitotoksik etkilerinden en çok zarar gören oral mukozadaki epitel hücrelerdir.

Mukozit, hafif yanma hissinden başlayarak, konuşma, tükürüğün yutulması veya yeme gibi temel oral fonksiyonları kısıtlayan, büyük ve ağrılı ülserlere kadar değişen, eritem, ödem veya ülserasyonun da eşlik ettiği, hasta yaşam kalitesini kötüleştiren bir süreçtir.

Kemoterapi ve radyoterapiden sonra sıklıkla 7-10 gün içinde görülebilmektedir (Brown, 2015). Mukozit gelişen hastalarda oral fonksiyon kaybı yaşanmasından dolayı,

anoreksiya, malnütrisyon, kaşeksi, dehidratasyon, uyku bozuklukları ve depresyon da görülebilmektedir (Güngörmüş ve Erdem, 2014; Brown 2015; Kapucu, 2015).

Mukozite ilişkin bu komplikasyonlar kanserli hastaların hastanede kalış süresini, fırsatçı enfeksiyon gelişme riskini ve sepsise bağlı mortalitenin artmasını ve bu süreye bağlı maddi kayıpları artırmaktadır. Hastaların beslenme durumlarını düzeltmek için parenteral beslenme uygulamasını, mukozite bağlı görülen ağrı tedavisinde de narkotik ilaçların uygulanmasını arttırmaktadır. Oral mukozit kanser tedavisini sınırlayarak ve doz kayıplarına neden olmaktadır (Çubukcu, 2012; Güngörmüş, Erdem 2014; Brown, 2015).

Risk Faktörleri

Hasta ile ilgili risk faktörleri

-Tümör tipi, yaş ve cinsiyet, enflamasyon, ağız diş sağlığı durumu, beslenme durumu genetik özellikler tükürük salgısının az olması sigara ve tütün ürünlerinin kullanılması (Chaveli-López B, 2016).

Tedavi ile ilgili risk faktörleri

-Radyoterapi; baş-boyun, toraks bölgesine uygulanan radyoterapiye bağlı mukozitlerin şiddeti ve süresi uzundur. Radyoterapi uzun süre uygulandığında ağız kuruluğu, tükürük salgısının tamamen engellenmesi ve kalıcı doku yıkımına neden olmaktadır.

-Kemoterapi; Fluorouracil (5-FU), methotrexate, etoposide, daktinomisin, adriamisin

-Kemoterapi dozu; yüksek doz kemoterapi ve sürekli infüzyon (5-FU)

-Kombine tedaviler; kemoterapi ve radyoterapinin eş zamanlı uygulanması

-Kök hücre transplantasyonu; allojenik kök hücre nakli yapılan hastalarda oral mukozit oluşma riski otolog nakil yapılan hastalardan daha fazla görülür (Brown, 2015).

Değerlendirme

Oral mukozit değerlendirmede en sık kullanılan ölçekler; Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Ulusal Kanser Enstitüsü Toksikite Kriterleri (NCI-CTCAE) ölçekleridir.

Dünya Sağlık Örgütü'nce önerilen derecelendirme sıklıkla kullanılmaktadır.

Evre 0; mukozit yok

Evre 1; enflamasyon ve başlangıç fazı

Evre 2; epitelyal faz

Evre 3; ülseratif/bakteriyolojik faz

Evre 4; iyileşme fazı

Ulusal Kanser Enstitüsü Toksikite Kriterleri;

Evre 0; mukozit yok

Evre 1; eritem

Evre 2; düzensiz ülserasyonlar

Evre 3; ağrı, kızarıklık, ödem ve ülserler

Evre 4; oral beslenemez, parenteral beslenmeye ihtiyaç var

Evre 5; ölüm (Peterson ve ark., 2015).

Tedavi ve Bakım Hedefleri

Birkaç sağlık meslek örgütleri kanıta dayalı rehberleri, stratejileri ve bakım hedeflerini rapor etmişlerdir. Bu rehberlerin amacı; mukoziti önleme, oluştuğunda tedavi etme ve hasta izlemlerinde olumlu sonuçlar almaktır. Çok Uluslu Mukozit Destek Bakım Çalışma Grubu (MASCC), Uluslararası Oral Onkoloji Derneği (ISOO), Onkoloji Hemşireliği Derneği (ONS), Amerika Klinik Onkoloji Derneği (ASCO), Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı (NCCN).

Sağlık personeli oral mukoza bütünlüğünün sağlanması ve sürdürülmesinin sağlanmasında önemli ve etkin bir rol üstlenmektedir. Günlük mukoza değerlendirilmesi yaparak, mukoza değerlendirilmesini hasta ve ailesine öğretmelidir. İrritan gıdaların

alımını önlemelidir. Günlük oral ağrı değerlendirmesi (0-5 VAS) yaparak hastanın ağrı kontrolüne destek olmalıdır (Güngörmüş ve Erdem, 2104). Ağız bakımı solüsyonu olarak salin solüsyonu veya isteğe göre bikarbonat ve steril su kullanımı önerilebilir. Mukozitlerin şiddetini azaltmak için ağız bakımı protokolleri oluşturulmalıdır. Mukoziti tamamen önlemeye yönelik standart bir tedavi veya bakım uygulamaları yoktur, ama iyi ağız bakımı yapılması ve dişlerin kontrolü şarttır. Mukozit oluşuktan sonra yine ağız içi hijyenik bakım sürdürülmeli, antiseptik ve analjezik etkili gargaralar kullanılmalı, ağrı çok şiddetli ise narkotik analjezik verilmeli ve mukozit nedeniyle beslenmesi bozulan hastaya mutlaka nutrisyonel destek sağlanmalıdır. Non-farmakolojik yöntemler ise; Kriyoterapi, karadut şurubudur. Semptomların hafifletilmesi ve hastaların yaşam kalitesinin artırılması bakımından bu ajanların kullanılması hastalarda yararlı etkilere neden olabilmektedir. Oral mukoziti önleme ve tedavisine ilişkin kullanılacak rehberlerin klinisyenler tarafından bilinmesi kullanılması semptom yönetimi ve bakım kalitesi açısından önemlidir (Uğur, 2014; Çıtlak ve Kapucu, 2015).

2.2.5. Psikososyal Distres

Kanser, fiziksel bir rahatsızlık olmasına ek olarak, psiko-sosyal problemlerin en çok gözlendiği kronik tanılardan biridir. Hastalıkla beraber psikolojik açıdan bireylere büyük bir yük getirir. Sağlık ve iyilik halinin bozulması, endişelerin artması neticesinde kanser hastaları daha çok desteğe ihtiyaç duymaktadırlar (Çalışkan ve ark., 2015).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi; fiziksel ve psikolojik fonksiyon, sosyal etkileşim ve hastalık ile tedavi sürecine bağlı yan etkiler gibi dört ana başlıktan oluşan çok yönlü bir kavramdır. Kanserli hastalarda hastalık sürecinden ve tedavinin yan etkilerinden kaynaklanan semptomlarla ilişkili rahatsızlıkların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu ve tedavi önerilerine uyumu zorlaştırdığı saptanmıştır (Yılmaz Karabulutlu ve Karaman, 2015).

Bireyde kanser tanısının ortaya çıkması ve çeşitli antikanser tedavilere başlanması, bireyin uyum kapasitesini değiştiren başlıca stresörlerden olmakla birlikte, hasta ve bakım vericilerinin emosyonel, fiziksel, sosyal ve ekonomik durumlarını etkileyerek, yaşam kalitesini azaltmaktadır (Taşcı, 2013; Çalışkan ve ark., 2015).

Bireylerin fonksiyonel durumlarının bozulması, temel gereksinimlerini karşılama, günlük rollerini gerçekleştirme engellenmektedir. Fonksiyonel durumun değerlendirilmesi ile bireyin öz bakımını yapabilme yeteneği azalmaktadır (Özdemir ve ark., 2017).

Kanser tedavi sürecinde sıklıkla görülen sosyal işlevselliğin azalması, fiziksel, bilişsel bozuklukların ve somatik semptomların artması, kanserin nüksetme ihtimali, tedavinin mevcut hastalığı yok etmeyeceği korkusu, emosyonel distresle ilişkilidir. “Distres” terimi NCCN (Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı) tarafından tanımlanmış bir terimdir (NCCN, 2016). Distres terimi kanser hastalarının daha az damgalanmış hissetmelerine neden olmaktadır (Çalışkan ve ark., 2015).

Kanser tanısı alan hastalarda duygusal sıkıntı, olumsuz duygu ve düşüncelerin gelişmesi ile birlikte, psikososyal sonuçların ve yaşam kalitesinin azalması kaçınılmaz bir sonudur (Özdemir ve ark., 2017). Kanser tanısı, psikolojik sıkıntı, fiziksel acı ve gelecekle ilgili kaygıları artıran bireyin hayatının en karmaşık dönemlerinden biridir (Soylu, 2014)

Bütün bu olumsuzluklara, yan etkilere rağmen hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi iyileştirilmesi ve devamının sağlanması hastalık seyrinde önemli bir olgudur. Yaşam kalitesi, fiziksel, fonksiyonel, psikoloji ve sosyal iyiliği kapsayan bir kavramdır. Kanser ve kansere bağlı tedaviler hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir. Tedavide hedef, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörlerin etkilerini en aza indirmektir. Yaşam kalitesi ölçümleri hastalardan geribildirim olarak, yaşamlarına ait sözlü/güvenli bilgilerle yapılan tedavinin etkinliğini ölçmektir. Detaylı değerlendirme için EORTC QLQ-C30 Version 3.0 (European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire) Türkçe ve EORTC QLQ-H&N35 (European Organization for Research and Treatment of Cancer) Türkçe, uzun dönemde yaşam kalitesini değerlendirmek için uygun araçlardır (Çukurova ve ark., 2017).

Kanser hastalığının ilerleyici sürecinden dolayı, kanser tanısı sonrasında hastaların acı çekeceği, yaklaşık yarısının öleceği gerçeği, hastalara yönelik etkili psikososyal destek sistemlerinin ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır. Kanser hastalarına yönelik psikolojik müdahaleler başta bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve grup bilişsel davranışçı terapinin

(Grup BDT) yanı sıra psiko-eğitim, destekleyici tedavi, problem çözme ve sosyal beceri eğitimi, farkındalık temelli yaklaşımlar gibi farklı terapi türlerini içermektedir (Soylu, 2014).

Kanserli hastalarda psikolojik distresin tanınması, değerlendirilmesi ve tedavi edilmesinin psiko sosyal önemine rağmen sağlık bakım vericiler bu hastaları belirlemekteki hedefi bulamamaktadırlar. Sadece sıkıntılı olarak bilinen hastalara psikososyal bakım verildiği ve yine bu hastaların çoğunun bu konulardaki yardım ihtiyaçlarının belirlenmediği ve karşılanmadığı belirtilmektedir. Kanser süreci boyunca hastaların distres açısından da taranması gerektiği bildirilmektedir. 2005’de Canadian Strategy for Cancer Control, distress ölçümünü hastaların vital bulguları gibi rutin olarak ölçülmesi gereken bir bulgu olarak tanımlamıştır (Çalışkan ve ark., 2017). NCCN tarafından hazırlanan distres yönetimi rehberi şöyle sıralanmaktadır,

*Distres tanılanmalı, ölçülmeli, kayıt edilmeli

*Hastaların tedavi sürecinde klinik değişiklik gösterdiği zamanlarda distres değerlendirmesi tekrarlanmalıdır.

*Distres taramaları, distresin seviyesini yansıtır nitelikte ve nicelikte olmalıdır.

*Distres klinik prensiplere uygun olarak yönetilmelidir (Can, 2014).

Hemşirelik Bakımı

Kanser tanısı almış çoğu hastanın bütüncül bakımında, psikososyal bakımın amacı sıkıntıları azaltmak ve hafifletmektir (Kocaman ve ark., 2013).

Hastalıkla ilgili kaygı yaratan durumların sürekliliği ve gittikçe artması kanser hastalarının psikososyal desteğe daha çok ihtiyaç duyar hale getirmektedir (Çalışkan ve ark., 2017).

Sağlık profesyonelleri hastaların öncelikle;

- Hastaların psikososyal gereksinimlerini tanımlamalı,
- Anksiyete ve depresyonun sıklığını ve derecesini değerlendirmeli,
- Hastanın kansere yüklediği anlam ve prognozu hakkındaki düşüncelerini öğrenmeli,
- Hasta ve ailesi ile olumlu bir iletişim ve iş birliği içerisinde olmalı,

- Uygun baş etme yöntemini kullanılması için onları desteklemeli,
- Hastaya ve yakınına gevşeme egzersizlerini öğretmeli,
- Hastanın kendisini ifade etmesine anlatmasına izin verilmeli,
- Yeni tanı almış kanser hastalarına tanı, tedavi ile ilgili uyum eğitimleri planlanmalıdır (Uğur, 2014; Kocaman ve ark., 2013).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, Tıbbi Onkoloji Kliniğinde yatan kanser hastalarının yaşadıkları semptomların sıklığı, şiddeti ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği'nde Ocak 2019-Mart 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Tıbbi Onkoloji Kliniği, 46 yataklı iki ayrı klinikten oluşmaktadır. Serviste 25 hemşire çalışmaktadır. Tıbbi Onkoloji kliniğine aylık 165 hasta yatmaktadır. Onkoloji kliniğinde ortalama 8 hastanın bakımından bir hemşire sorumludur. Onkoloji hastaları kliniğe kemoterapi, radyoterapi ve destek tedaviler için poliklinikten veya acil servisten yatmaktadır.

3.3 Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Bu araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji kliniğine gelen, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan kanser hastaları oluşturmaktadır. Bu araştırmanın örneklem büyüklüğü hesaplanmasında Tip I hata $\alpha=0,005$ anlamlılık düzeyinde orta derece etki büyüklüğünde 0,5 ve %90 güç alınarak yapılan örneklem hesabı sonucuna göre örneklem büyüklüğü 91 hasta hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında uzman istatistikçi desteği alınmıştır.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş üstü olması
- Kanser tanısı almış olması
- Onkoloji kliniğinde yatması
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması
- Türkçe anlama ve konuşma yeteneğinin olması

3.5. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Hastanın çalışmadan ayrılmak istemesi
- Hastanın Kliniğe tekrarlı yatışının olması

- Hastanın başka kliniğe nakil olması

3.6. Araştırma Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, Hasta Tanıtım Formu, ECOG ve MD Anderson Semptom Envanteri kullanılacaktır.

3.6.1. Hasta Tanıtım Formu

Hasta tanıtım formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyo-demografik özellikler ikinci bölümde hastalığa ilişkin özellikler yer almaktadır. Araştırmacılar tarafından literatür incelenerek hazırlanan formda 6 soru hastaların sosyo-demografik özellikleri ve 27 soru sağlık-hastalık özelliklerine ait (Kanser tanısını ne zaman aldığı, hangi tedaviyi kullandığı, herhangi bir komplikasyon gelişip gelişmediği, ne zaman ve hangi şikayetle hastaneye yattığı vb.) olmak üzere 33 soru bulunmaktadır (Yılmaz, 2006; Morita et al., 2008; Kamal, Bull et al.,2011).

3.6.2. MD Anderson Semptom Envanteri

Kanserle ilgili semptomların etki ve şiddetini ölçen kısa bir envanterdir. Her bir semptom 11 düzeyde değerlendirilir (0= semptom yok, 10=çok kötü). Ölçek, iki alt boyut ve 19 maddeden oluşmaktadır. Envanterin birinci bölümünde “semptomlar” (13 madde), ikinci bölümünde “bireyin yaşamının engellenme durumu” (6 madde) ile son 24 saatteki durum değerlendirilmektedir. Envanterin ikinci bölümündeki bireyin yaşamının engellenme durumunda; genel aktivite, duygu durumu, iş ve/veya evdeki işler, diğer insanlarla ilişkiler, yürüme, yaşamdan zevk alma değerlendirilmektedir. Puanın yüksek olması semptomun şiddetinde artışı ve yaşamın olumsuz etkilendiğini gösterir. 1999 yılında Anderson tarafından geliştirilen bu semptom envanterinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Erci ve Özdemir tarafından yapılmıştır. Daha önceki çalışmalarda MD Anderson Semptom Envanteri'nin cronbach α değeri, $r= 0.87$ (143) ve 0.85 bulunmuştur (Özdemir, 2008; Cleeland CS, Mendoza TR., Wang, XS, et al. 2000).

Bu çalışmada ölçeğin Cronbach α değeri, $r= 0.87$ (143)

3.6.3. ECOG Performans Skalası

ECOG Performans Statüsü bir numaralandırma ölçeğidir, hasta popülasyonunu tanımlamanın bir yoludur; hastanın tedavi sırasındaki tedavi sonucu işleyiş düzeyindeki

değişiklikleri takip etmenin bir yoludur. Ölçek, şu anda ECOG-ACRIN Kanser Araştırma Grubu'nun bir parçası olan Doğu Kooperatif Onkoloji Grubu (ECOG) tarafından geliştirilmiştir ve 1982'de yayınlanmıştır. Kanser klinik araştırmalarını tasarlayıp değerlendiren araştırmacılar arasında daha fazla standardizasyonu teşvik etmek için kullanılmaktadır. Hastaların genel iyilik halinin değerlendirilmesi için kullanılmaktadır (<https://ecog-acrin.org/resources/ecog-performance-status> erişim tarihi 20.05.2019).

SINIF	EKOG PERFORMANS DURUMU
0	Tamamen aktif,
1	Zor fiziksel aktivite kısıtlıdır,
2	Semptomatik, günlük aktivitelerini yapabilir,
3	Günün yarısından fazlasında yataktadır, günlük aktivite kısıtlıdır
4	Tamamen yatağa bağımlıdır
5	Ölüm

Şekil 3.1. ECOG performans değerlendirme tablosu

3.6.4.İtaki Düşme Riski Ölçeği

Sağlıkta kalite standartlarında hasta güvenliği uygulamalarının bir parçası olarak, hasta düşmelerini önlemek amacıyla kullanılır. Puan arttıkça risk artar. Belirtilen 5 durumda form doldurulur;

1. Yatan hastaların bölüme ilk kabulünde (İlk Değerlendirme)
2. Post- operatif dönemde
3. Bölüm değişikliğinde
4. Hasta düşmesi durumunda
5. Risk faktörleri kapsamındaki durum değişikliklerinde (Ekşi Uymaz ve ark.,2013).

3.6.5. Braden Skalası Basınç Riski Önleme/Tedavi Formu

Hastane kaynaklı basınç yaralarının gelişimi, yatan hastalarda sık görülen, hastanede yatış süresini uzatan, mortaliteyi arttıran ve tedavi giderlerini yükselten bir sağlık bakım sorunudur.

Basınç yaralarının önlenmesinde ilk basamak, risk değerlendirmedir. Risk değerlendirme, erken dönemde uygun tanılama ve önleyici hemşirelik girişimleri ile basınç yarası insidansı önemli oranda azaltılabilir. Puan azaldıkça risk artar (Fırat Kılıç ve ark.,2017).

3.7. Ön Uygulama

Araştırmanın verileri toplanmadan önce Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği'nde yatarak tedavi alan ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 15 kanser tanılı hasta ile ön uygulama yapılmıştır. Anket soruları araştırmacı tarafından hastalara yöneltilmiş ve hastaların verdiği cevaplar araştırmacı tarafından kaydedilmiştir. Ön uygulamaya alınan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırmaya başlamadan önce kurum izni ve etik kurul onayı alınmıştır. Veriler araştırmacı tarafından, hastanın performans durumuna göre, hastadan ve kayıtlardan (hasta dosyası ve hemşire gözlem formları) ya da sadece kayıtlardan (hasta dosyası, hemşire gözlem formları) yararlanılarak toplanmıştır.

Verilerin toplanmasında benzer özellikte hastaların yattığı iki onkoloji kliniği de kullanılmıştır. Çalışmada biası önlemek için kliniklerin ikisinde de yatan hastalardan çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastaların tümü alınmıştır.

Dahil edilme kriterlerini karşılayan her hasta kliniğe yattığı tarihten başlanarak, 24 saatte bir, klinikten ayrılana kadar değerlendirilmiş ve veri toplama formları hasta ile yüz yüze görüşülerek Onkoloji 1-2 kliniklerinde 08-16 saatlerinde doldurulmuştur.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay (EK-5), Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliğinden kurum izni (EK-4) ve katılımcılardan bilgilendirilmiş sözlü ve yazılı

olur (EK-1) alınmış olup, çalışma gönüllülük esasına uygun yapılmıştır. Araştırmada elde edilen bilgilerde gizliliğin korunması etik ilkesine uyulmuş ve hastaların kimlikleri gizli tutulmuştur.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SAS 9.4 paket programı kullanılmıştır. Araştırmanın ölçümle belirlenen nicel değişkenleri için tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama ve standart sapma, sayımla belirlenen nitel değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde şeklinde gösterilmiştir. Kullanılan verilerin öncelikle normal dağılıma uygunluk testleri Shapiro-Wilk testi ile yapılmıştır. Yapılan testler sonucu verilerin normal dağılım gösterdiği anlaşılmıştır ve istatistiksel analizde parametrik testler kullanılmıştır. İki kategorili değişkenler arasındaki ikili karşılaştırmalarda t testi, üç veya daha fazla kategorili değişkenler arasındaki farklılıkları bulabilmek amacıyla Varyans Analizi (F testi) uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Çalışmanın tamamında anlamlılık düzeyi olarak 0.05 değeri kabul edilmiştir.

3.11. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Hastaların semptomları, ağrı, yorgunluk, iştahsızlık, uykusuzluk, kusma, yatış süresi, ECOG puanı, Braden puanı, İtahi puanı

Bağımsız Değişkenler: Hastaların sosyo-demografik özellikleri

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Zorlukları

Çalışmada hasta taburcu olana kadar izlem yapılması ve günlük ziyaretlerin yapılması en önemli zorluktur. Ayrıca veri toplanması için ilk 24 saatin geçmesi gerekliliği, tekrarlı yatışların araştırmaya alınmaması da bu çalışmanın sınırlılığdır.

4. BULGULAR

Tıbbi Onkoloji kliniğinde yatarak tedavi gören kanserli hastaların yaşadıkları semptomların sıklığı, şiddeti ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın istatistiksel analizleri sonuçlarına göre elde edilen bulgular tablolar halinde verilmiştir. Bu bölümde klinikte yatarak tedavi alan kanserli hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı, hastalık sağlık özelliklerine ait veriler, ECOG, İtaki ve Braden skorları ortalamaları verilmiştir. Semptomlar (ağrı, yorgunluk, bulantı, uyku düzensizliği, kusma), semptomlar ve şiddeti, semptom frekansları, semptom ve semptomların bireyin yaşamına etkisinin karşılaştırıldığı bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Tıbbi Onkoloji kliniğinde yatarak tedavi gören kanser hastalarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n=91)

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	32	35.16
Erkek	59	64.84
Medeni Durum		
Evli	79	85.37
Bekar	12	14.63
Sosyal Güvence		
Var	89	97.80
Yok	2	2.20
Eğitim Durumu		
Okur-Yazar Değil	3	3.30
İlkokul	59	64.84
Ortaokul	7	7.69
Lise	16	17.58
Yüksek öğretim	6	6.59

Çalışma Durumu				
Evet		10		9.09
Hayır		81		90.91
	Ort	Ss	Min	Max
Yaş	57.22	13.39	18.00	85.00
Boy	167.83	8.41	142.00	185.00
Kilo	72.79	16.99	42.00	125.00

Tablo 4.1’de dahil edilen hastaların sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Hastaların %64.84’ü erkek ve hastaların yaş ortalaması 57.22±13.39’dur. Hastaların %85.37’si evli ve %90.91’i çalışmamaktadır. Hastaların %64.84’ü ilkokul mezunudur. Hastaların yatış gün ortalaması 3.59±3.13 bulunmuştur

Tablo 4.2. Tıbbi Onkoloji kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların sağlık-hastalık özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	n	%		
Tanı				
Akciger	29	33.33		
Baş Boyun	8	9.20		
GIS	31	35.63		
Meme	3	3.45		
Sarkom	6	6.90		
Ürogenital	10	11.49		
Evre				
Evre I	6	6.59		
Evre II	2	2.20		
Evre III	2	2.20		
Evre IV	81	89.01		
Metastaz				
Var	82	90.11		
Yok	9	9.89		
	Ort	SS	Min	Max
Tanı Süresi(ay)	18.86	31.60	1	175
Yatış Süre(gün)	3.59	3.13	1	18

Tablo 4.2’de araştırmaya katılan hastaların tanı süresi 18.86±31.60 ay ve %89.01’inin hastalık evresi dördüncü evredir. Hastaların %35.63’ünü gastro intestinal kanserler oluşturmaktadır. Hastalara önceki uygulanan tedavilerinin %85.71’i kemoterapi tedavisidir. Hastaların %52.75’inin kronik bir rahatsızlığı bulunmamaktadır. Hastaların kliniğe yatış nedeni olarak %51.14 destek tedavisi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Tıbbi Onkoloji kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların sağlık-hastalık özelliklerine göre dağılımı(devamı)

	n	%
Önceki Tedaviler		
Kemoterapi	78	85.71
Radyoterapi	39	42.86
Cerrahi	50	54.95
Hormon Tedavisi	5	5.49
Hedefe Yönelik Tedavi	12	13.19
Şimdiki Tedaviler		
Kemoterapi	53	58.24
Radyoterapi	6	6.59
Hedefe Yönelik Tedavi	1	1.10
Destek Tedavisi	31	34.07
Kronik Hastalık		
Evet	43	47.25
Hayır	48	52.75
Sürekli Kullanılan İlaç		
Evet	68	74.73
Hayır	23	25.27
Yatış Nedeni		
Kemoterapi	43	48.86
Destek Tedavisi	48	54.54
Sigara		
Evet	44	50.00
Hayır	44	50.00

Tablo 4.2’de hastaların %50’si sigara kullanmaktadır. Hastaların %24.18’i hipertansiyon hastasıdır. Sürekli olarak ilaç kullanan hastalar %74.73 tespit edilmiştir

Tablo 4.3.Onkoloji kliniğinde yatan hastalarda kateter bulunma durumu ve kateterlerin yeri

	n	%
Santral Kateter		
Var	18	20.69
Yok	69	79.31
Periferal Kateter		
Var	73	82.95
Yok	15	17.05
Iv Kateter		
Kızarıklık	6	7.50
Normal	74	92.50
Üriner Kateter		
Var	18	20.93
Yok	68	79.07
Nazogastrik		
Var	3	3.45
Yok	84	96.55
Peg		
Var	4	4.49
Yok	85	95.51

Tablo 4.3’de hastaların %20.69’unda santral kateter bulunmaktadır. Hastaların %82.95’inde periferik kateter oluğu ve bu kateterlerin de %7.50’sinde kızarıklık tespit edilmiştir. Hastaların %20.93’ünde üriner kateter ve %14.77’sinin immobil olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4 Hastaların bilinç düzeyi, ECOG puanı, nütrisyon, bası yarası, mukozit, aktivite durumları

	n	%
Total Parenteral Nütrisyon		
Var	9	10.34
Yok	78	89.66
Bası Yarası		
Var	8	9.76
Yok	74	90.24
Bası Yarası Grade		
Grade0	6	50.00
Grade1	5	41.67
Grade3	1	8.33
Bilinç Düzeyi		
Koopere	88	100.00
Oryantasyon		
Oryante	89	100.00
Mukozit		
Var	16	18.60
Yok	70	81.40
Mukozit Grade		
Grade0	6	35.29
Grade1	9	52.94
Grade2	2	11.76

Tablo 4.4'te hastaların %24.24'ü yetersiz beslenmektedir ve %10.34'ü TPN ile beslendiği belirlenmiştir. Çalışma kapsamındaki hastaların %18.60'ında mukozit saptanmıştır. Hastaların %9.76'sında bası yarası belirlenmiştir. Hastaların %2.35'inde diyare görülmüştür.

Tablo 4.5 Hastaların fiziksel aktivite durumları, ödem, diyare durumları, Braden skala puanı, ECOG ve

FizikselAktivite	n	%		
Mobil	55	62.50		
İmmobil	13	14.77		
Destekle Mobilize	20	22.73		
Ödem				
Var	12	14.12		
Yok	73	85.88		
Ödem Var ise				
+	5	45.45		
++	4	36.36		
+++	2	18.18		
Diyare				
Var	2	2.35		
Yok	83	97.65		
Diyare Grade				
Grade0	3	60.00		
Grade1	2	40.00		
Beslenme Durumu				
Yeterli	50	75.76		
Yetersiz	16	24.24		
	Ort	SS	Min	Max
Braden Puanı	19.92	1.96	12.57	25.00
ECOG	1.87	1.67	0.00	9.00
İTAKİ	8.37	2.15	0.00	16.67

İtaki puanlarının ortalamaları

Tablo 4.5'te hastaların %14.77'sinin immobil olduğu ve %14.12 hastanın ödem varlığı tespit edilmiştir. Tespit edilen ödemlerin ise %18.18'i artı üç olarak bulunmuştur. Hastaların %2.35'inde diyare tespit edilmiştir. Çalışmadaki hastaların Braden Skalası ortalaması 19.92±1.96, ECOG performans skalası puan ortalaması 1.87±1.67 ve düşme riski puanını gösteren İtaki puan ortalaması ise 8.37±2.15 bulunmuştur.

Tablo 4.6.Hastaların semptomları ve şiddeti

	Ort	SS	Min	Max
Ağrı	1.38	2.06	0.00	8.00
Yorgunluk	2.64	2.79	0.00	10.00
Bulantı	1.49	2.09	0.00	10.00
Uyku düzensizliği	1.94	2.44	0.00	10.00
Sıkıntılı olma hissi	2.16	2.95	0.00	10.00
Nefes darlığı	1.25	2.58	0.00	10.00
Hatırlama güçlüğü	0.82	2.15	0.00	10.00
İştahsızlık	3.01	3.29	0.00	10.00
Uykulu olma hissi	1.13	2.56	0.00	10.00
Ağız kuruluğu	0.76	1.56	0.00	10.00
Üzgün hissetme	1.04	2.28	0.00	10.00
Kusma	0.65	1.73	0.00	10.00
Uyuşma ve karıncalanma	0.83	1.85	0.00	10.00
Genel aktivite	3.89	4.58	0.00	10.00
Ruh hali	3.73	4.39	0.00	10.00
İş (ev işi)	4.33	4.85	0.00	10.00
Diğer insanlarla ilişkiler	3.02	4.50	0.00	10.00

Tablo 4.6’da hastaların araştırma kapsamında değerlendirilen şiddeti en yüksek semptomları iştahsızlık ve yorgunluktur. İştahsızlık puan ortalaması 3.01 ± 3.29 olarak bulunmuştur. Yorgunluk ortalaması ise 2.64 ± 2.79 ’dur. Ayrıca semptomların bireyin yaşamına etkisi değerlendirildiğinde hastaların genel aktivite ortalaması 3.89 ± 4.58 , ruh hali ortalaması ise 3.73 ± 4.39 ’dur.

Tablo 4.7. Onkoloji kliniğinde yatan hastaların zaman içinde semptom şiddetlerinin değişimi

	Zaman															F	P
	1			2			3			4			5				
	n	Ort	Ss	n	Ort	Ss	n	Ort	Ss	n	Ort	Ss	n	Ort	Ss		
Ağrı	87	1.83	2.84	68	1.41	2.55	41	1.37	2.29	28	1.68	2.47	22	1.59	1.99	0.35	0.840
Yorg.	88	2.69	3.03	69	2.51	3.14	41	3.12	3.34	28	3.25	3.51	22	4.00	3.68	1.11	0.350
Bulantı	88	1.75	2.51	70	1.09	1.98	41	1.51	2.34	28	1.04	1.73	22	0.68	2.19	1.64	0.165
Uykudz.	90	2.24	3.22	69	1.78	3.06	41	1.34	2.57	28	1.79	3.24	22	2.36	3.06	0.78	0.5394
Distres	89	2.40	3.33	68	2.13	3.36	41	2.12	3.26	28	2.14	2.92	22	2.73	3.27	0.35	0.8457
Dispne	90	1.53	3.09	69	1.58	3.22	41	1.76	3.07	28	1.96	3.24	22	2.32	3.46	1.00	0.4085
Hat.güç	90	0.78	2.13	69	0.86	2.37	41	1.05	2.55	28	1.18	2.83	22	1.91	3.61	0.53	0.7106
İştshz	87	3.15	3.78	67	2.96	3.32	39	3.90	3.83	26	3.65	3.98	21	2.81	3.52	0.21	0.9355
Uykulu	90	1.23	2.61	69	0.77	2.09	41	0.73	1.99	28	1.07	2.49	22	1.00	2.20	0.58	0.6749
Ağzkur	89	0.83	1.94	67	0.93	1.98	40	0.85	1.70	27	1.00	1.66	21	0.67	1.39	0.12	0.9742
Üzgnhis.	90	1.12	2.60	69	1.03	2.67	40	1.60	3.06	28	1.79	3.08	22	1.77	2.89	0.75	0.5617
Kusma	89	0.58	1.69	69	0.41	1.39	40	0.78	1.51	28	0.82	2.18	22	0.45	2.13	0.49	0.7437
Uyuşma	89	0.84	1.89	69	0.65	1.79	40	0.63	1.90	28	0.57	2.08	22	0.14	0.64	0.71	0.5886

Tablo 4.7 'de onkoloji kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların yattığı zaman içerisinde semptom şiddetlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Tablo 4.8. Onkoloji kliniğinde yatan hastaların cinsiyete göre semptom ve semptomların bireyin yaşamına etkisinin karşılaştırılması

	Cinsiyet				t	P
	Kadın(n=32)		Erkek(n=59)			
	Ort.	SS	Ort	SS		
Ağrı	1.23	1.79	1.46	2.20	-0.50	0.6167
Yorgunluk	3.00	2.75	2.44	2.82	0.89	0.3740
Bulantı	1.91	1.93	1.25	2.15	1.43	0.1568
Uyku düzensizliği	1.62	2.05	2.12	2.64	-0.93	0.3570
Sıkıntılı olma hissi	2.45	2.79	2.00	3.05	0.68	0.5000
Nefes darlığı	1.34	2.89	1.20	2.42	0.23	0.8161
Hatırlama güçlüğü	0.93	2.17	0.76	2.16	0.36	0.7179
İştahsızlık	3.37	3.69	2.81	3.06	0.76	0.4493
Uykulu olma hissi	1.41	2.90	0.98	2.36	0.77	0.4417
Ağız kuruluğu	1.07	2.11	0.60	1.16	1.37	0.1753
Üzgün hissetme	1.57	2.59	0.74	2.06	1.67	0.0993
Kusma	0.91	1.96	0.51	1.59	1.04	0.2996
Uyuşma ve karıncalanma	1.19	2.42	0.64	1.45	1.34	0.1849
Semptom	1.69	1.32	1.34	1.04	1.39	0.1671
Bireyin yaşamına etkisi	3.64	4.18	3.80	4.18	-0.17	0.8616

Tablo 4.8’de araştırma kapsamında değerlendirilen hastaların cinsiyete göre ağrı, bulantı, yorgunluk, bulantı, uyku düzensizliği, sıkıntılı olma hissi, nefes darlığı, iştahsızlık şiddeti puan ortalamalarında farklılık olmadığı belirlendi. Ayrıca hastaların toplam semptom puanı ve semptomların bireyin yaşamına etkisi alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel farklılık olmadığı belirlendi.

Tablo 4.9. Onkoloji kliniğinde yatan hastaların medeni duruma göre semptom ve semptomların bireyin yaşamına etkisinin karşılaştırılması

	Medeni Durum				t	P
	Evli(n=79)		Bekar(n=12)			
	Ort	SS	Ort	SS		
Ağrı	1.65	2.20	0.24	0.78	2.10	0.039
Yorgunluk	3.00	2.94	0.90	1.37	2.31	0.023
Bulantı	1.57	2.09	1.15	2.42	0.60	0.550
Uyku düzensizliği	2.12	2.51	0.70	1.44	1.89	0.062
Sıkıntılı olma hissi	2.28	2.93	1.67	2.75	0.66	0.508
Nefes darlığı	1.29	2.56	0.13	0.43	1.57	0.121
Hatırlama güçlüğü	0.85	2.14	0.92	2.87	-0.10	0.923
İştahsızlık	3.19	3.29	2.26	2.88	0.92	0.362
Uykulu olma hissi	1.15	2.58	1.04	1.89	0.14	0.891
Ağız kuruluğu	0.83	1.67	0.38	1.15	0.90	0.370
Üzgün hissetme	1.12	2.35	1.32	2.62	-0.27	0.788
Kusma	0.64	1.69	0.89	2.29	-0.45	0.657
Braden puanı	19.77	2.07	20.91	1.51	-1.75	0.084
ECOG	1.96	1.71	1.40	1.43	0.98	0.329
İtaki	8.62	2.21	7.40	2.19	1.70	0.093
Yatış Süre	3.72	3.20	3.82	3.43	-0.09	0.929
Semptom	1.56	1.17	0.96	0.84	1.71	0.090
Bireyin yaşamına etkisi	4.19	4.25	2.01	3.15	1.69	0.094

Tablo 4.9’da hastaların ağrı semptomunun medeni duruma göre farklılık gösterdiği, evli olanların ağrı puan ortalaması (1.65±2.20) bekar olanlara göre yüksek olduğu belirlendi. Onkoloji servisinde yatarak tedavi gören hastaların yorgunluk semptomunun medeni duruma göre farklılık gösterdiği, evli olanların yorgunluk puan ortalaması (3.00±2.94) bekar olan hastalara göre yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.10. Hastaların çalışma durumlarına göre semptom ve semptomların bireyin yaşamına etkisinin karşılaştırılması

	Çalışma Durumu				t	P
	Evet(n=8)		Hayır(n=79)			
	Ort	SS	Ort	SS		
Ağrı	1.34	2.03	1.32	1.97	0.03	0.977
Yorgunluk	2.31	2.48	2.75	2.85	-0.42	0.674
Bulantı	0.70	1.35	1.63	2.15	-1.18	0.240
Uyku düzensizliği	0.81	1.51	2.10	2.52	-1.42	0.159
Sıkıntılı olma hissi	2.03	3.12	2.19	2.98	-0.15	0.880
Nefes darlığı	1.40	2.26	1.28	2.66	0.12	0.903
Hatırlama güçlüğü	1.25	2.31	0.80	2.18	0.55	0.585
İştahsızlık	1.92	2.14	3.24	3.38	-1.08	0.282
Uykulu olma hissi	0.04	0.12	1.28	2.69	-1.30	0.197
Ağız kuruluğu	0.64	1.31	0.80	1.61	-0.25	0.801
Üzgün hissetme	1.00	2.83	1.05	2.27	-0.06	0.955
Kusma	0.27	0.63	0.71	1.82	-0.69	0.494
Uyuşma karıncalanma	2.35	3.36	0.64	1.54	2.61	0.010
Braden puanı	19.92	2.50	19.85	1.92	0.08	0.932
ECOG	1.43	1.34	1.97	1.71	-0.88	0.382
İTAKİ	9.47	3.59	8.29	1.99	1.47	0.146
Yatış Süre	2.88	1.13	3.71	3.31	-0.71	0.480
Semptom	1.24	0.88	1.52	1.18	-0.64	0.522
Bireyin yaşamına etkisi	2.20	3.11	4.03	4.26	-1.18	0.240

Tablo 4.10'da hastaların uyuşma ve karıncalanma semptomunun çalışma durumuna göre farklılık gösterdiği, çalışan hastaların, çalışmayan hastalara göre uyuşma puan ortalaması (2.35 ± 3.36) yüksek belirlenmiştir ($p=0.010$).

Tablo 4.11. Hastaların metastaz durumlarının semptom ve semptomlarının bireyin yaşamına etkisinin karşılaştırılması

	Metastaz				t	P
	Var(n=82)		Yok(n=9)			
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Ağrı	1.50	2.12	0.25	0.75	1.75	0.083
Yorgunluk	2.60	2.83	2.92	2.56	-0.32	0.751
Bulantı	1.39	1.99	2.35	2.77	-1.31	0.192
Uyku düzensizliği	1.98	2.50	1.54	1.91	0.51	0.610
Sıkıntılı olma hissi	2.22	2.96	1.65	3.06	0.54	0.590
Nefes darlığı	1.20	2.48	1.67	3.54	-0.51	0.612
Hatırlama güçlüğü	0.78	2.15	1.11	2.20	-0.43	0.668
İştahsızlık	2.97	3.25	3.37	3.80	-0.34	0.734
Uykulu olma hissi	1.16	2.63	0.83	1.77	0.37	0.715
Ağız kuruluğu	0.68	1.56	1.46	1.54	-1.42	0.159
Üzgün hissetme	1.09	2.38	0.53	0.85	0.70	0.483
Kusma	0.52	1.55	1.80	2.73	-2.15	0.034
Uyuşma ve karıncalanma	0.81	1.85	1.00	2.00	-0.29	0.774
Braden puanı	19.86	2.00	20.44	1.59	-0.84	0.401
ECOG	1.95	1.69	1.12	1.36	1.43	0.157
ITAKİ puanı	8.32	2.16	8.89	2.09	-0.75	0.452
Yatış Süre	3.70	3.22	2.67	2.12	0.93	0.353
Semptom	1.45	1.14	1.57	1.33	-0.30	0.768
Bireyin yaşamına etkisi	4.01	4.18	1.39	3.33	1.81	0.073

Tablo 4.11’de onkolojide yatan hastaların kusma semptomunun metastaz durumuna göre farklılık gösterdiği, metastazı olanların kusma puan ortalaması (0.52±1.55) metastaz olmayanlara göre yüksek olduğu belirlendi (p=0.034).

Tablo 4.12. Hastaların kronik hastalık durumlarının semptom ve semptomlarının bireyin yaşamına etkisinin karşılaştırılması

	Kronik Hastalık				t	P
	Evet(n=42)		Hayır(n=49)			
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Ağrı	1.08	1.59	1.65	2.39	-1.30	0.196
Yorgunluk	2.65	2.58	2.62	3.00	0.04	0.964
Bulantı	1.44	2.18	1.52	2.02	-0.18	0.855
Uyku düzensizliği	2.20	2.44	1.70	2.44	0.98	0.331
Sıkıntılı olma hissi	1.91	2.44	2.38	3.36	-0.74	0.460
Nefes darlığı	1.37	2.62	1.14	2.57	0.44	0.663
Hatırlama güçlüğü	0.90	1.77	0.74	2.46	0.35	0.728
İştahsızlık	3.13	3.56	2.90	3.05	0.33	0.738
Uykulu olma hissi	1.38	2.96	0.90	2.13	0.89	0.375
Ağız kuruluğu	0.70	1.23	0.82	1.83	-0.34	0.734
Üzgün olma hissi	1.12	2.55	0.96	2.04	0.33	0.738
Kusma	0.55	1.44	0.74	1.96	-0.51	0.609
Uyuşma ve karıncalanma	1.04	1.91	0.64	1.80	1.03	0.307
Braden puanı	19.79	2.22	20.04	1.70	-0.61	0.544
ECOG	2.13	1.84	1.62	1.48	1.41	0.160
ITAKİ	8.85	2.11	7.94	2.12	2.05	0.043
Yatış Süre	4.14	3.80	3.09	2.30	1.59	0.114
Semptom	1.50	1.14	1.44	1.18	0.26	0.793
Bireyin yaşamına etkisi	3.92	4.07	3.57	4.28	0.39	0.695

Tablo 4.12’de hastaların İtaki puanlarının kanserle birlikte başka kronik hastalığı olma durumlarına göre farklılık gösterdiği, kronik hastalığı olanların İtaki puan ortalamasının (8.85±2.22) kronik hastalığı olmayanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.13. Hastaların kliniğe yatış nedeninin semptom ve semptomlarının bireyin yaşamına etkisinin karşılaştırılması

	Yatış Nedeni				t	P
	Kemoterapi (n=43)		Destek Tedavisi (n=48)			
	Ort	SS	Ort	SS		
Ağrı	0.76	1.82	2.01	2.17	-2.87	0.005
Yorgunluk	1.61	2.26	3.52	2.80	-3.44	p<0.001
Bulantı	1.69	2.29	1.27	1.91	0.92	0.362
Uyku düzensizliği	1.29	2.28	2.58	2.48	-2.53	0.013
Sıkıntılı olma hissi	1.33	2.53	2.94	3.18	-2.60	0.011
Nefes darlığı	0.07	0.30	2.35	3.25	-4.58	p<0.001
Hatırlama güçlüğü	0.17	0.58	1.50	2.88	-2.96	0.003
İştahsızlık	2.02	2.76	4.03	3.56	-2.92	0.004
Uykulu olma hissi	0.75	2.04	1.58	3.00	-1.50	0.138
Ağız kuruluğu	0.30	0.80	1.23	1.98	-2.84	0.005
Üzgün hissetme	0.48	1.08	1.31	2.64	-1.93	0.057
Kusma	0.62	1.59	0.69	1.91	-0.17	0.868
Uyuşma ve karıncalanma	1.00	2.15	0.71	1.57	0.71	0.479
Semptom	0.93	0.82	1.97	1.21	-4.69	p<0.001
Bireyin yaşamına etkisi	1.82	3.29	5.38	4.07	-4.45	p<0.001
Braden puanı	21.07	1.26	18.84	1.95	6.26	p<0.001
ECOG	0.96	1.17	2.68	1.63	-5.54	p<0.001
ITAKİ	7.76	2.12	9.01	2.08	-2.77	0.006
Yatış Süre	1.95	0.96	5.12	3.74	-5.31	p<0.001

Tablo 4.13'te hastaların bazı semptomları ve yatış nedenine göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Yatış nedeni destek tedavisi olan hastaların, kemoterapi tedavisi için yatan hastalara göre iştahsızlık puanı (4.03±3.56) diğer semptomlara göre en yüksek puanı almıştır. İştahsızlık puanını sırasıyla, yorgunluk (3.52±2.80), nefes darlığı (2.35±3.25), sıkıntılı olma hissi (2.94±3.18) ve ağrı puanı (2.01±2.17) takip ettiği tespit edilmiştir. Yatış nedeni destek tedavi olan hastaların yatış süre puanı da anlamlı olarak daha fazla tespit edilmiştir (5.12±3.74). Destek tedavisi için yatanların, diğer tedavilere göre, bireyin yaşam

aktivitesine etkisi puanı yüksek (5.38±4.07) bulunmuştur. Hastaların destek tedavisi alma durumlarına göre semptom sıklığı, braden puanı, ECOG ve İtaki puanları farklılık göstermektedir.

Tablo 4.14. Hastaların sigara kullanma durumlarına göre semptom ve semptomlarının bireyin yaşamına etkisinin karşılaştırılması

	Sigara				t	P
	Evet (n=44)		Hayır (n=33)			
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Ağrı	1.25	1.94	1.44	2.21	-0.43	0.665
Yorgunluk	2.08	2.83	3.11	2.67	-1.73	0.087
Bulantı	0.88	1.52	2.08	2.43	-2.72	0.008
Uyku düzensizliği	1.76	2.19	1.98	2.58	-0.44	0.662
Sıkıntılı olma hissi	1.64	2.77	2.45	3.03	-1.28	0.203
Nefes darlığı	1.44	2.69	1.14	2.56	0.53	0.596
Hatırlama güçlüğü	0.85	2.38	0.84	1.99	0.03	0.972
İştahsızlık	2.18	2.70	3.82	3.62	-2.35	0.021
Uykulu olma hissi	0.48	1.36	1.62	3.02	-2.27	0.025
Ağız kuruluğu	0.61	1.20	0.89	1.87	-0.82	0.413
Üzgün hissetme	0.59	1.98	1.32	2.28	-1.57	0.119
Kusma	0.20	0.69	1.13	2.30	-2.51	0.013
Uyuşma ve karıncalanma	1.01	2.20	0.61	1.39	1.01	0.314
Braden puanı	19.64	1.84	20.22	2.11	-1.35	0.181
ECOG	1.90	1.86	1.85	1.50	0.13	0.898
İTAKİ	8.74	2.30	8.11	2.00	1.38	0.171
Yatış Süre	4.29	3.65	2.81	2.27	2.24	0.027
Semptom	1.15	0.97	1.72	1.25	-2.41	0.018
Bireyin yaşamına etkisi	3.80	4.32	3.49	4.07	0.34	0.734

Tablo 4.14'te hastaların bulantı semptomunun sigara içme durumlarına göre farklılık gösterdiği, sigara içmeyenlerin bulantı puan ortalaması (2.08±2.43) sigara içenlerin puan ortalamasına göre yüksek olduğu belirlendi (p=0.008). Hastaların iştahsızlık semptomunun sigara içmeyenlere göre daha yüksek oranda

(3.82±3.62) olduğu bulunmuştur. Sigara kullanan hastaların yatış süreleri puanı içmeyenlere göre yüksek (2.81±2.27) olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.15. Hastaların şu anda aldığı tedavi ile ilişkili, semptom ve semptomlarının bireyin yaşamına etkisinin karşılaştırılması

	Şimdiki Tedaviler						F	P
	Kemoterapi (n=53)		Radyoterapi (n=7)		Destek Tedavisi (n=31)			
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss		
Ağrı	0.87	1.81	2.21	2.12	2.05	2.24	3.97	0.022
Yorgunluk	2.10	2.58	3.52	3.68	3.35	2.84	2.31	0.105
Bulantı	1.56	2.19	1.85	1.95	1.29	1.98	0.26	0.769
Uyku düzensizliği	1.64	2.53	2.64	2.14	2.31	2.33	0.99	0.374
Sıkıntılı olma hissi	1.58	2.88	2.56	2.33	3.06	3.01	2.61	0.079
Nefes darlığı	0.55	1.66	2.02	2.44	2.29	3.45	5.19	0.007
Hatırlama güçlüğü	0.41	1.50	2.33	4.08	1.22	2.47	3.11	0.049
İştahsızlık	2.33	2.75	2.15	3.31	4.36	3.80	4.12	0.019
Uykulu olma hissi	0.78	1.93	0.00	0.00	1.95	3.43	2.80	0.066
Ağız kuruluğu	0.40	0.88	0.17	0.33	1.48	2.23	5.69	0.004
Üzgün hissetme	0.60	1.42	0.85	2.03	1.82	3.21	2.90	0.060
Kusma	0.60	1.50	0.02	0.04	0.86	2.18	0.66	0.521
Uyuşma	0.89	1.75	0.00	0.00	0.90	2.18	0.64	0.529
Braden puanı	20.70	1.62	19.69	0.98	18.69	2.01	12.86	p<0.001
ECOG	1.23	1.30	2.32	1.64	2.92	1.76	12.33	p<0.001
İTAKİ	7.92	1.90	9.33	2.66	8.97	2.32	3.10	0.050
Yatış Süre	2.73	2.49	7.00	3.52	4.35	3.44	7.36	0.001
Semptom	1.10	0.98	1.57	0.97	2.06	1.23	7.83	p<0.001
Bireyin yaşamına etkisi	2.24	3.59	7.50	4.18	5.53	3.98	10.58	p<0.001

Tablo 4.15'te hastaların ağrı, nefes darlığı ve hatırlama güçlüğü semptomlarının şimdiki tedavilerine göre farklılık gösterdiği bulunmuştur. Kemoterapi alan hastaların, radyoterapi ve destek tedavi alan hastalara göre ağrı puanının (0.87±1.81) daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yine kemoterapi tedavisi alan hastaların, radyoterapi ve destek tedavi alan hastalara göre nefes darlığı puanının (0.55±1.66) daha düşük olduğu tespit

edilmiştir. Kemoterapi alan hastaların, diğer tedavi alanlara göre hatırlama güçlüğü semptom puanı düşük bulunmuştur. Klinikte destek tedavi alan hastaların iştahsızlık puanı, radyoterapi ve kemoterapi tedavisi alanlara göre yüksek saptanmıştır (4.36±3.80). Radyoterapi tedavisi alan hastaların yatış süreleri, diğer tedavilere göre yüksek bulunmuştur (7.00±3.52). Bireyin yaşam aktivitesi semptom puanı (7.50±4.18) destek tedavi alanlarda yüksek olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4.16. Hastaların yaş, yatış süresi, bası yarası, EOCG ve düşme riski puan ortalamaları arasındaki ilişki

	Yaş	YatışSüre	BradenSkalası	ECOG	İTAKİ
Yaş	1.000				
Yatış Süre	0.082 0.442	1.000			
Braden Skalası	-0.189 0.076	-0.375 <.001	1.00000		
ECOG	0.271 0.010	0.382 <.0001	-0.52018 <.0001	1.000	
İTAKİ	0.207 0.050	0.237 0.026	-0.321 0.002	0.407 <.0001	1.000

Tablo 4.16’da onkoloji kliniğinde yatan hastaların yaşı EOCG puan ortalaması arasında pozitif, yatış süresi ile Braden Skalası ile negatif yönde, EOCG ve İTAKİ puan ortalamaları arasında pozitif yönde korelasyon olduğu belirlendi. Ayrıca Braden Skalası ile EOCG ve İTAKİ puan ortalamaları arasında negatif korelasyon bulundu.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde yatarak tedavi alan kanserli hastaların yaşadıkları semptomların sıklığı, şiddeti ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmış olan araştırmanın elde edilen bulguları literatür ışığında tartışılmıştır.

Çalışmamızda onkoloji kliniğinde yatan hastaların yaşadıkları semptomlar en sık iştahsızlık, yorgunluk, sıkıntılı olma hissi, genel aktivite durumunda bozulma olarak belirlenmiştir. Hastaların %14.77'sinin immobile olduğu tespit edilmiştir. Onkoloji kliniğinde yatan hastalarda görülen iştahsızlık sebebi bulantı, kusma, enfeksiyon olarak sayılabilmektedir.

Tıbbi onkoloji kliniğinde yatarak tedavi alan hastaların cinsiyete göre ağrı, bulantı, yorgunluk, bulantı, uyku düzensizliği, sıkıntılı olma hissi, nefes darlığı, iştahsızlık semptomlarının şiddeti ve semptomların bireyin yaşamına etkisi alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel farklılık olmadığı belirlenmiştir (Tablo4.8). Literatürde semptomların kadın ve erkek cinsiyet arasında farklılık gösteren çalışmalar yer almaktadır. Çalışkan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kadınların anksiyete puan ortalamasının, erkeklerin anksiyete puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Çalışkan ve ark.,2017). Hui ve arkadaşlarının çalışmasında ise semptomların şiddetinde cinsiyetler arası farklılık çıkmamıştır (Hui et al,2016).

Çalışmamızda yatarak tedavi gören hastaların yattığı zaman içerisinde semptom şiddetlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Tablo4.7).

Araştırmamıza katılan hastaların ağrı ve yorgunluğun medeni duruma göre farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Kanserli hastalarda en sık görülen semptomlar ağrı, yorgunluk, kilo kaybı, iştahsızlık, bulantı, anksiyete, nefes darlığı ve konfüzyondur. Bu semptomların ana nedenleri hastalığın ilerlemesi ve kemoterapi ve / veya radyasyon tedavisi gibi tedavilerin

komplasyonları ile ilgilidir. Semptom sıkıntısı, ileri kanser hastalarında yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisidir (Rhondali, W., 2013).

Araştırmamızda hastaların kusma semptomunun metastaz durumuna göre farklılık gösterdiği, metastazı olanların kusma puan ortalaması (0.52 ± 1.55) metastaz olmayanlara göre yüksek ($p=0.034$) olduğu belirlenmiştir. Kanser ilerledikçe yaşanan semptomların sayısı ve şiddeti artmaktadır (Thavarajah et al, 2012).

Araştırmaya katılan hastaların İtaki puanlarının kanserle birlikte başka kronik hastalığı olma durumlarına göre farklılık gösterdiği, kronik hastalığı olanların İtaki puan ortalamasının (8.85 ± 2.22) kronik hastalığı olmayanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo4.12).

Çalışmamızda yatış nedeni destek tedavisi olan hastaların, kemoterapi tedavisi için yatan hastalara göre iştahsızlık puanı (4.03 ± 3.56) diğer semptomlara göre en yüksek puanı almıştır. İştahsızlık puanını sırasıyla, yorgunluk (3.52 ± 2.80), nefes darlığı (2.35 ± 3.25), sıkıntılı olma hissi (2.94 ± 3.18) ve ağrı puanı (2.01 ± 2.17) takip ettiği tespit edilmiştir. Yatış nedeni destek tedavi olan hastaların yatış süre puanı da anlamlı olarak tespit edilmiştir (5.12 ± 3.74). Destek tedavisi için yatanların, diğer tedavilere göre, bireyin yaşam aktivitesine etkisi puanı yüksek (5.38 ± 4.07) bulunmuştur. Hastaların destek tedavisi alma durumlarına göre semptom sıklığı, braden, ECOG ve İtaki puanları farklılık göstermektedir (Tablo 4.13).

Araştırmamızda hastaların sigara kullanma durumlarına göre semptom ve semptomlarının bireyin yaşamına etkisinin karşılaştırılmasında, sigara kullanmayanların bulantı puan ortalamasının (2.08 ± 2.43) yüksek tespit edilmiştir. Sigara kullanmayan hastaların iştahsızlık puan ortalaması (3.82 ± 3.62) sigara içenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Sigara içen hastaların yatış süresi (4.29 ± 3.65) içmeyenlere göre daha uzun tespit edilmiştir. Ayrıca hastaların toplam semptom puanı sigara içmeyenlere göre daha yüksek (1.72 ± 1.25) olduğu bulunmuştur (Tablo 4.14).

Çalışmamızda kliniğe kemoterapi tedavisi için yatan hastaların, radyoterapi ve destek tedavisi için yatan hastalara göre ağrı puan ortalamasının (0.87 ± 1.81) daha düşük olduğu bulunmuştur. Kemoterapi alan hastaların nefes darlığı (0.55 ± 1.66) ve hatırlama güçlüğü

(0.41±1.50) puan ortalamaları, radyoterapi ve destek tedavisi için yatan hastalara göre düşük olduğu tespit edilmiştir. Yine kemoterapi için yatan hastaların, radyoterapi ve destek tedavisi için yatan hastalara göre Braden skala puanları yüksek (20.70±1.62) bulunmuştur. Radyoterapi tedavisi için yatan hastaların yatış süresi puan ortalaması (7.00±3.52) kemoterapi ve destek tedavisi için yatan hastaların puan ortalamalarından yüksek tespit edilmiştir. Radyoterapi tedavisi alan hastaların bireyin yaşamına etkisi puan ortalaması (7.50±4.18) daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda destek tedavisi için yatan hastaların iştahsızlık puan ortalaması (4.36±3.80) ve ağız kuruluğu puan ortalaması (1.48±2.23) kemoterapi ve radyoterapi tedavisi alanlara göre yüksek bulunmuştur. Destek tedavisi alan hastaların ECOG puan ortalaması (2.92±1.76) ve toplam semptom puan ortalaması (2.06±1.23) diğer tedavilerin puan ortalamasına göre yüksek tespit edilmiştir (Tablo4.15).

Çalışmamıza katılan hastaların en şiddetli semptomlarının iştahsızlık, yorgunluk, sıkıntılı olma hissi olduğu belirlenmiştir. Kanserli hastalarda iştahsızlık tat alma değişikliğine bağlı olarak görülmektedir. Kanser tedavisi psikolojik ve fizyolojik etkileriyle iştahsızlığa neden olmaktadır (Bal Yılmaz ve Bilsin, 2018).

Çalışmamızda hastaların genel aktivite, iş, ruh hali, diğer insanlarla ilişkileri de bireyin yaşamını olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Kanser hastalarının, kanser ve tedavisine bağlı olarak görülen yorgunluk semptomu hastaların sosyal, ruhsal ve fiziksel faaliyetlerini etkileyen çok boyutlu bir deneyimdir (Özkan ve Çınar 2009; LaVoy ve ark., 2016). Yorgunluk özellikle ileri evre hastalığı olanlarda daha çok yaşanmaktadır. Uysal ve arkadaşları çalışmalarında yorgunluk semptom ortalamasını (6.9±2.1) diğer semptomlara göre yüksek bulmuşlardır (Uysal ve ark., 2015). Çalışma sonuçlarımıza benzer olarak Seven ve arkadaşlarının araştırmalarında yorgunluk semptom şiddeti ortalaması (5.33±2.09) bulunmuştur (Seven ve ark., 2013). Süren ve arkadaşlarının 113 hasta ile yaptıkları çalışmada %98.3 oranında halsizlik semptomunu tespit etmişlerdir (Süren ve ark.,2015).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Tıbbi onkoloji kliniğinde yatarak tedavi alan hastaların semptomlarını, semptom sıklığını, şiddetini ve etkileyen faktörleri incelediğimiz çalışmamızda, kanserin ileri evre olması, hastaların kanser ve kanser tedavi ve tedaviye bağlı semptomlar nedeniyle destek tedavisi için hastaneye yatmak olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda semptom sıklığına baktığımızda iştahsızlık, yorgunluk ve sıkıntılı olma hissi diğer semptomlardan daha fazla görülmüştür.

Hastalar kliniğe destek tedavisi için yattıklarında, kemoterapi için yatanlarla karşılaştırıldıklarında sekiz ayrı semptomu (iştahsızlık, yorgunluk, sıkıntılı olma hissi, uyku düzensizliği, nefes darlığı, ağrı, hatırlama güçlüğü ve ağız kuruluğu) daha yüksek yaşamışlardır.

Yatış süresi, semptom toplam puanı, performans durumları, düşme riski, basınç ülseri oluşma riski ve bireyin yaşamına etkisi de destek tedavi için yatanlarda daha yüksek tespit edilmiştir.

Onkoloji kliniğinde yatan hastaların yaşı ve EOCG puan ortalaması arasında pozitif, yatış süresi ile Braden Skalası ile negatif yönde, EOCG ve İTAKİ puan ortalamaları arasında pozitif yönde korelasyon olduğu belirlendi.

Öneriler

Kanser hastalığı tanı ve tedavi süreçlerinden kaynaklanan fiziksel ve emosyonel semptomların yoğun olarak yaşandığı bir hastalık kümesidir.

Onkoloji hemşiresi hastanın gereksinimini tanımlamada ve karşılamada primer rol ve sorumluluklara sahiptir Hastaların kliniğe kabul edildiği ilk andan itibaren düzenli değerlendirilmesi semptomların erken tanınması açısından önemlidir.

Hastaların yaşadıkları semptomların düzenli ölçülmesi ve ona göre bakım planı yapılması hasta bakımına olumlu yansıtacaktır. Hastaların ve ailelerin baş etmeye çalıştıkları bu semptomlar çoğu zaman onların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir.

Onkoloji hemşireleri, tedavileri süresince hastalara ve ailelerine, hastanın bakımına ilişkin gereken bilgileri, tedavi ve bakımın gerekçelerini aktararak, optimal semptom yönetimini sağlamak ve geliştirmekte önemli rol üstlenmektedirler.

Onkoloji hemşiresi semptom şiddetini etkileyebilecek komorbid etkenleri de göz önünde bulundurmalıdır; örneğın ağrı bandı kullanan hastanın bakım planı ve eğitimi, bu ilacın yan etkilerini de içermelidir. Kanser deneyimi boyunca hastaların bakım verenleri de unutulmamalıdır. Onların da destekleyici bakım ve semptom değerlendirme konularında eğitime ve güçlendirilmelerine ihtiyaçları vardır.

Hastaların semptom ve semptom skorlarını belirlemek için hemşire gözlem formlarına zaman almayan mini yorgunluk ölçeği, uykusuzluk ölçeği eklenebilir. Fakat semptom değerlendirmek için kullanılacak her ölçek hemşire iş yükünü ve tükenmişliği artırarak, onkoloji kliniklerindeki personel devir hızının da artmasına neden olacaktır. Tüm bu nedenler de semptom yönetimini olumsuz etkileyecektir. Onkoloji kliniklerinin hasta profili, bakım ve destek tedavisinin fazla olması, antineoplastik ilaçlara maruziyet, kan ve kan ürünlerinin yoğun kullanılması nedeniyle hastane yönetimleri tarafından özelliklı birim olarak kabul görmesi gerekmektedir.

Onkoloji kliniklerinde rehabilitasyon ve taburculuk eğitim hemşiresine ihtiyaç duyulmaktadır. Rehabilitasyon hemşiresi, kanserli bireyin semptom yükünü azaltmasına, temel fonksiyon düzeyini sürdürmesine, gelişebilecek komplikasyonların önlenmesine ve yaşamını yüksek bir kalitede rahat ve bağımsızlığını artırmayı ve sürdürmesine yardımcı olur.

Taburculuk eğitimi, hastanın hastaneye yatması ile başlayan, taburculuk sonrası bakımını sürdürebilmesi için hazırlanan bir süreçtir. Hasta ve ailesinin taburculuk planlaması temelde hemşirenin sorumluluğundadır. Taburculuk eğitimi hasta ve bakım vericilere, evde semptom yönetimi, acil durumlar, ilaç yönetimi, sosyal fiziksel ihtiyaçlar ve bakımının optimal düzeyde sürdürebilmesini sağlayan destekleyici, sistemli bir eğitimi kapsamaktadır. Rehabilitasyon ve taburculuk eğitim hemşiresi kanserli hasta ve hasta yakınlarının güçlendirilmesi için bir gerekliliktir. Onkoloji hastalarının tedavi ve bakım sürecinde, semptomlar ve yönetimi ile ilgili, hasta ve bakım vericilerin desteklenmesi

gereksiz tıbbi yardım almayı, tekrarlı yatışları da engelleyeceğinden onkoloji ekipleri için semptom yönetimi önemli bir sorumluluktur.



KAYNAKLAR

Arslan M, Özdemir L. Kemoterapiye bağlı gelişen bulantı-kusmanın yönetiminde kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri. Türk Onkoloji Dergisi. 2015; 30(2): 82-89.

Atay S. Kanserli Hastalarda İstatistiksel Yöntemlerle Belirlenen Semptom Kümeleri: Literatür İncelemesi Türk Onkoloji Dergisi. 2015; 30(4): 175-187.

Aydoğan, F. & Uygun, K. Kanser hastalarında palyatif tedaviler. Klinik Gelişim. 2011.24(3), 4-9.

Bag, B. Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar/Long-Term Psychosocial Problems in Cancer Patients. Psikiyatride Guncel Yaklasimler, 5(1),2013; 109-126.

Bozkurt Kozan F, Uğur Ö. Hemşirelerin Kanserli Hastaların Yorgunluk Durumuna Farkındalığı, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2018;21(4):231-238.

Carlton G. Brown, PhD, RN, AOCN®, FAAN A Guide to Oncology Symptom Management</i>, edited by Carlton G. Brown, Oncology Nursing Society, 2015. ProQuest Ebook Central

Chaveli-López B, Bagán-Sebastián JV. Treatment of oral mucositis due to chemotherapy. J Clin Exp Dent. 2016;8(2): e201-9

Çalışkan T, Duran S, Karadaş A, Ergün S, Tekir Ö, Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi KÜ Tıp Fak Derg 2015; 17(1): 27-36

Çelik, Sevim, et al. Hemşirelerin Ağrı Yönetimi Hakkındaki Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi. Bakırköy Tıp Dergisi 2018: 17-23.

Peterson D.E., Boers-Doets, C.B., Bensadoun R.J., Herrstedt, J. ESMO Guidelines Committee 2015

DeVita, J. V. T., Lawrence, T. S., & Rosenberg, S. A. (Eds.). Devita, hellman, and rosenberg's cancer : Principles & practice of oncology. 2014

Fırat Kılıç, H., Sucu Dağ, G. Basınç Yarası Değerlendirilmesinde Sık Kullanılan Ölçekler. JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi 2017;3.1: 49-54.

Sarihan E., Kadioğlu E., Artıran, F. Kanser Ağrısı Tedavi Prensipleri ve Dünya Sağlık Örgütü Ağrı Basamak Tedavisi,,İğde Nobel Med 2012; 8(1): 5-15

Genç, A., & Oğuz, S. Kanserli Hastalarda Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Kemoterapinin Yan Etkileri Üzerine Etkisi 2018.

Giaccalone, A., Quitadamo, D., Zanet, E., Berretta, M., Spina, M., & Tirelli, U. Cancer-related fatigue in the elderly.Supportive Care in Cancer,21(10), 2013; 2899-911.

Güngörmüş Z, Bulut Erdem Ö. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Oral Mukozit. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 5(1)

Hindistan S, Çilingir D, Nural N, Akkaş Gürsoy A. Hematolojik Kanserli Hastaların Kemoterapiye Bağlı Yaşadıkları Semptomlara Yönelik Uygulamaları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 1(3):153-164.

Karabulutlu, E. Y., Karaman, S. Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi,2014; 2(3), 271-284.

Karadağ, E., Yaşlı Kanser Hastalarında Yorgunluk, DEUHFED 2018, 11(4), 328-333

Karataş F., İleri Evre Kanser Hastalarındaki Ağrının Tedavisinde Opioid Kullanımı,2017; 10.21601/Ortadoğu Tıp Dergisi.

Kocaman Yıldırım N, Kaçmaz N, Özkan M. İleri Evre Kanser Hastalarının Karşılanmamış Bakım Gereksinimleri. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2013; 4(3): 153-158.

Kuhnt, S., Friedrich, M., Schulte, T., Esser, P., & Hinz, A. Predictors Of Fatigue İn Cancer Patients: A Longitudinal Study. *Supportive Care in Cancer*, 2019; 1-9.

Kurşun Y, Ağrılı Kanser Hastalarında Metastaz Varlığının Ağrı Tedavisine Etkileri: Retrospektif Çalışma, *Turk J Anaesth Reanim* 2014; 42: 33-9

Kurşun Y,Yıldız, F.Kaymaz, Ö. Önal, S.A. Ağrılı Kanser Hastasının Tedavisinde Analjezik Basamak Tedavisinin Yeri 2015;27(1):26-34

Matzo, M., & Sherman, D. W. (Eds.). *Palliative care nursing, fourth edition : Quality care to the end of life.* 2014

Ovayolu, Ö., & Ovayolu, N., *Onkolojide Semptom Yönetiminde Kullanılan Kanıt Temelli Tamamlayıcı Yöntemler ve ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1.2013; (1), 83-98.

Ozcan, S., Hizli Sayar, G., & Tarhan, N. (2016). *Nonpharmacological Treatment Approach to Pain.*, 2016:3-2

Özçelik H, Fadıloğlu Ç, Karabulut B, Uyar M, Elbi H, Eyigör S, Önen Sertöz Ö, Eyigör C, Hophancı Bıçaklı D, Çalışkan Z, Özaydemir G, Güzel Y, Kuzeyli Yıldırım Y. Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimine Dayalı Multidisipliner Bakım Protokolü. *Ağrı*. 2014; 26(2): 47-56.

Özdelikara A., Arslan B, *GÜSBD* 2017; 6(4): 218, 223 *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Derleme*

Özdemir, Ü., Taşcı, S., Kartın, P., Çürük, G. N. Ç., Nemli, A., & Karaca, H. Kemoterapi Alan Bireylerin Fonksiyonel Durumu Ve Bakım Yükü.*ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2017.;4(1), 49-61.

Özkan, İ, Çınar S. Kanserli Hastalarda Yorgunluk *İÜ.F.N. Hem. Derg* (2009) Cilt 17- Sayı 1: 61-68

Polat Ü. İleri Evre Kanser Hastalarında Semptom Yönetiminde Bakım Veren Roller ve Destek Gereksinimleri. Türk Onkoloji Dergisi. 2011; 26(4):193-198.

Rhondali, W., Yennurajalingam, S., Chisholm, G., Ferrer, J., Kim, S. H., Kang, J. H., Bruera, E. Predictors of Response To Palliative Care Intervention For Chronic Nausea In Advanced Cancer Outpatients. Supportive Care in Cancer, (2013).21(9), 2427-2435

Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş. Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013: 12(3):220-224.

Stark, L., Tofthagen, C., Visovsky, C., & McMillan, S. C. The symptom experience of patients with cancer. Journal of hospice and palliative nursing: JHPN: the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association, 2012;14(1), 61.

Süren M, Doğru S, Önder Y, Çeltik NY, Okan İ, Çıtıl R, Karaman S, Başol N. Son Dönem Kanser Hastalarında Semptom Kümelerinin İncelenmesi. Ağrı. 2015; 27(1): 12-17.

Şenel, G., Oğuz, G., Koçak, N., Karaca, Ş., Kaya, M., & Kadioğulları, N. Palyatif bakım kliniğinde yatan kanser hastalarında ağrı tedavisi ve opioid kullanımı.2016;28(4):171-176

Thavarajah, N., Chen, E., Zeng, L., Bedard, G., Di Giovanni, J., Lemke, M., & Chow, E. Symptom clusters in patients with metastatic cancer: a literature review. Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research,2012; 12(5), 597-604.

Tuna, H. İ., Ünver, G., & Molu, B. Palyatif Bakım Alan Son Dönem Kanser Hastalarında Semptom Kümeleme ve Hemşirelik Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi 2018, (2), 64-69

Uğur, Ö. Kanser hastasının semptom yönetimi. Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi, 2014; 29(3).

Uymaz, P., Nahcivan, N., Yaşlılar İçin Düşme Davranışları Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2013;21(1): 22-32.

Uysal N, Kutlutürkan S. Kanserli Bireylerde Semptom Kontrolünde Refleksoloji Uygulaması. Bakırköy Tıp Dergisi. 2016; 12:103-109.

Ünal Toprak F, Vural G. Jinekolojik Onkolojide Navigasyon ve Navigatör Hemşirenin Rollerini. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 19(1): 65-70.

Ünlü, H., Karadağ, A., Taşkın, L., & Terzioğlu, F. Onkoloji Alanında Çalışan Hemşirelerin Yerine Getirdikleri Rol ve İşlevler. Turkish Journal of Research & Development in Nursing,.2010; 12(1).

Yeşilbalkan ÖU. Kanser Hastalarında Yorgunluk. In: Can G, ed. Onkoloji Hemşireliği. İstanbul, 2014.

Yılmaz Karabulutlu E, Akyıl R, Karaman S, Karaca M. Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Uyku Kalitesi ve Psikolojik Sorunlarının İncelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi. 2013; 28(1):1-9.

EKLER

EK-1

KATILIMCI BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı,

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Onkolojik Eğitim ve Araştırmalar yüksek lisans öğrencisiyim. Tıbbi Onkoloji Kliniğinde yatan kanser hastalarının yaşadıkları semptomların sıklığı, şiddeti ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla tez çalışması planlamaktayım. Bu çalışmada hastalığınızla ve yaşadığınız semptomlarla ilgili sorular bulunmaktadır.

Sorulara vereceğiniz yanıtlar ve kişisel bilgileriniz tamamen gizli kalacak, sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Araştırmacı H.Yeşim Şevik tarafından çalışma hakkında bilgilendirildim.

Çalışmaya katılmayı kendi isteğimle kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcının adı-soyadı:

İmzası:

Araştırmacının imzası:

HASTA BİLGİ FORMU**I. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER****Anket No:****Protokol No:****1)Cinsiyet :** a) Kadın b) Erkek**2)Yaş:****3)Medeni Durumunuz:** a) Evli b) Bekar**4)Sosyal Güvenceniz:** a) Var b) Yok**5)Eğitim Durumunuz:** a) Okur-yazar değil

b) İlkokul

c) Ortaokul

d) Lise

e) Yükseköğretim

6)Çalışıyor musunuz? a) Evet b) Hayır**II.HASTALIK BİLGİLERİ****1)Hastalığın Tanısı:** **Evre:****2)Tanı Süresi (ay):****3)Metastaz:** a) Var b) Yok**4)Kanser tedavisinde daha önce uygulanan tedaviler:**

a) Kemoterapi

b) Radyoterapi

c) Cerrahi

d) Hormon tedavisi

e) Hedefe yönelik tedavi

5) Şu an yapılan tedaviler:

a) Kemoterapi

b) Radyoterapi

c) Hormon tedavisi

d) Hedefe yönelik tedavi

e) Destek tedavisi

6) Hastaneye yatış nedeni?

a) Kemoterapi b) Destek tedavisi

7) Santral kateter var mı? a) Var b) Yok

8) Periferik kateter var mı? a) Var b) Yok

9) İv.kateter giriş yeri a) Kızarıklık b) Ağrı
c) Akıntı d) Hassasiyet

10) Üriner kateter var mı? a) Var b) Yok

11) Nazogastrik var mı? a) Var b) Yok

12) PEG var mı? a) Var b) Yok

13) Total Parenteral Nutrisyon alıyor mu?

a) Evet b) Hayır

14) Braden skalası puanı:

15) Dekübit ülseri var mı? a) Var b) Yok

Var ise;

- a) Grade 0
- b) Grade 1
- c) Grade 2
- d) Grade 3
- e) Grade 4
- f) Evrelendirilemeyen
- g) Derin doku hasarı

16) Bilinç düzeyi a) Koopere b) Koopere değil

17) Oryantasyon a) Oryante b) Disoryante

18) ECOG puanı:

19) İTAKİ puanı:

III.SAĞLIK ÖYKÜSÜ

1)Boy: Kilo:

2)Başka kronik hastalığı var mı? a) Evet b) Hayır

Evet ise nedir?

3)Sigara kullanma durumu: a) Evet b) Hayır

4)Sürekli kullandığı ilaç var mı? a) Evet b) Hayır

Evet ise nedir?

5) Mukozit var mı? (NCI-CTCAE v4.03) a) Var b) Yok

Var ise;

a) Grade 0

b) Grade 1

c) Grade 2

d) Grade 3

e) Grade 4

6)Fiziksel aktivite durumu;

a) Mobil

b) İnmobil

c) Destekle mobilize

7) Ödem var mı? a) Var b) Yok

Var ise;

a) +

b) ++

c) +++

8) Diyare var mı? a) Var b) Yok

Var ise;

a) Grade 1

b) Grade 2

c) Grade 3

d) Grade 4


MD ANDERSON SEMPTOM ENVANTERİ**Kısım I- Kaç tane ciddi semptomunuz var?**

Son 24 saat içerisinde kaç tane ciddi semptomunuz olup olmadığını soruyoruz.

Lütfen aşağıdaki ifadeleri dikkatlice okuyup 0'dan 10'a kadar sayılardan uygun olanı işaretleyiniz. (0:Semptom Yok 10:Çok Kötü)

Kısım I- Kaç tane ciddi semptomunuz var?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Ağrınız çok kötüdür.											
2.Yorgunluğunuz çok kötüdür.											
3.Bulantınız çok kötüdür.											
4.Uyku düzensizliğiniz çok kötüdür.											
5.Sıkıntılı olma hissiniz çok kötüdür.											
6.Nefes darlığınız çok kötüdür.											
7.Hatırlama güçlüğüünüz çok kötüdür.											
8.İştahsızlık probleminiz çok kötüdür.											
9.Uykulu olma hissiniz çok kötüdür.											
10.Ağız kuruluğunuz çok kötüdür.											
11.Kendinizi üzüntülü hissetmeniz çok kötüdür.											
12.Kusmanız çok kötüdür.											
13.Uyuşma ve karıncalanmanız çok kötüdür.											
Kısım II-Semptomlarınız yaşamınızı nasıl etkiliyor?	Hiç engellemedi						Tamamen engelledi				
14.Genel aktivite.											
15.Ruh hali											
16.İş (ev işi)											
17.Diğer insanlarla ilişkiler											

İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ



İtakî DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı Soyadı : _____
Yattığı Bölüm : _____

Doküman Kodu:	DK.FR.07	Yayın Tarihi:	06.11.2013
Revizyon Tarihi:	25.01.2018	Revizyon No:	01
Sayfa No/Sayısı:	1/1		

Risk Değerlendirme Tarihi : _____


DEĞERLENDİRME GEREKÇESİ / NUMARASI					
1	İlk Değerlendirme	2	Post –op dönem	3	Hasta Düşmesi
DEĞERLENDİRME NUMARASI					
DEĞERLENDİRME TARİHLERİ					
/ / / / / / / / / /					
RİSK FAKTÖRLERİ					
1	65 yaş üstü	1	1	1	1
2	Bilinci kapalı	1	1	1	1
3	Son 1 ay içinde düşme öyküsü var	1	1	1	1
4	Kronik hastalık öyküsü var.*	1	1	1	1
5	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği,kışi desteği vb)ihtiyacı var	1	1	1	1
6	Üriner /Fekal kontinans bozukluğu var.	1	1	1	1
7	Görme durumu zayıf.	1	1	1	1
8	4'den fazla ilaç kullanımı var.	1	1	1	1
9	Hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı var.**	1	1	1	1
10	Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor.	1	1	1	1
11	Yürüme alanlarında fiziksel engel (ler) var.	1	1	1	1
12	Bilinç açık ,koopere değil.	5	5	5	5
13	Ayakta /yürürken denge problemi var.	5	5	5	5
14	Baş dönmesi var.	5	5	5	5
15	Ortostatik hipotansiyonu var.	5	5	5	5
16	Görme engeli var.	5	5	5	5
17	Bedensel engeli var.	5	5	5	5
18	Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.**	5	5	5	5
19	Son bir hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.***	5	5	5	5
TOPLAM PUAN					
DEĞERLENDİRMEYİ YAPAN HEMŞİRE ADI SOYADI İMZA					

RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU	
<input type="checkbox"/>	DÜŞÜK RİSK Toplam Puanı 5'in altında.
<input type="checkbox"/>	YÜKSEK RİSK Toplam puanı 5 ve 5'in üstünde (4 yapraklı yonca figürü kullanılır)

**!!! DİKKAT !!! RİSK FAKTÖRLERİ KONUSUNDA BİLGİLENDİRME TABLOSUNA BAKINIZ.
İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ BİLGİLENDİRME TABLOSU**

NOT: düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir.
İtakî Düşme Riski Ölçeği yalnızca yetişkin yatan hastalarda kullanılır.

BASINÇ ÜLSERİ RİSKİ ÖNLEME / TEDAVİ FORMU



AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜ
BASINÇ ÜLSERİ RİSKİ ÖNLEME / TEDAVİ FORMU
(BRADEN SKALASI)

HASTANIN


ADI - SOYADI :	CİNSİYET:	DOSYA NUMARASI :	YAŞ:
KLİNİK BİRİMİ:	TANI:	KİLOSU (BOY/KİLO ORANI=KG/BOY ²) :	

BASINÇ ÜLSERİ RİSK FAKTÖRLERİ

<input type="checkbox"/> Obezite (VKİ>30)	<input type="checkbox"/> Ödem	<input type="checkbox"/> Steroid Kullanımı	<input type="checkbox"/> Travma
<input type="checkbox"/> Beslenme Bozukluğu	<input type="checkbox"/> Anemi	<input type="checkbox"/> Hipertermi	<input type="checkbox"/> Anoreksia
<input type="checkbox"/> Diyabet	<input type="checkbox"/> Hipotansiyon	<input type="checkbox"/> Hipotermi	<input type="checkbox"/> SVO
<input type="checkbox"/> Yağlılık	<input type="checkbox"/> NGS ile Beslenme	<input type="checkbox"/> Yatağa Bağımlılık	<input type="checkbox"/> Periferik Vask. Hastalık
<input type="checkbox"/> Zayıflık (VKİ<20)	<input type="checkbox"/> Hareket Kısıtlılığı	<input type="checkbox"/> Büyük Ameliyat	<input type="checkbox"/> Sigara

KRİTERLER	GÖZLEM	TARİH		TARİH		TARİH		TARİH		TARİH		TARİH	
		PUAN	PUAN	PUAN	PUAN	PUAN	PUAN	PUAN	PUAN	PUAN	PUAN	PUAN	PUAN
DUYUSAL ALGILAMA Basınçla ilgili rahatsızlıklara anlamlı cevap verme yeteneği	<input type="checkbox"/> 1 Tamamen Sınırlı <input type="checkbox"/> 2 Çok Sınırlı <input type="checkbox"/> 3 Hafif Sınırlı <input type="checkbox"/> 4 Bozulma Yok												
NEM Derinin Neme Maruz Kalma Derecesi	<input type="checkbox"/> 1 Sürekli Nemli <input type="checkbox"/> 2 Çok Nemli <input type="checkbox"/> 3 Arasıra Nemli <input type="checkbox"/> 4 Nadiren Nemli												
AKTİVİTE Fiziksel Aktivite Derecesi	<input type="checkbox"/> 1 Yatağa Bağımlı <input type="checkbox"/> 2 Sandalyeye Bağımlı <input type="checkbox"/> 3 Arasıra Yürüyor <input type="checkbox"/> 4 Sık Sık Yürüyor												
HAREKETLİLİK Vücut Pozisyonu Değiştirilme ve Kontrol Edebilme Yeteneği	<input type="checkbox"/> 1 Tamamen Hareketsiz <input type="checkbox"/> 2 Çok Sınırlı <input type="checkbox"/> 3 Hafif Sınırlı <input type="checkbox"/> 4 Sınırlama Yok												
BESLENME Normal Beslenme Örneği	<input type="checkbox"/> 1 Çok Kötü <input type="checkbox"/> 2 Kısmen Yetersiz <input type="checkbox"/> 3 Yeterli <input type="checkbox"/> 4 Çok İyi												
SURTUNME ve YIRTILMA	<input type="checkbox"/> 1 Sorun Var <input type="checkbox"/> 2 Potansiyel Sorun <input type="checkbox"/> 3 Görünen Sorun Yok												
TOPLAM PUAN		Toplam puan	Toplam puan	Toplam puan	Toplam puan	Toplam puan	Toplam puan	Toplam puan	Toplam puan	Toplam puan	Toplam puan	Toplam puan	Toplam puan
< 9 Puan	<input type="checkbox"/> Çok Yüksek Risk												
10-12 Puan	<input type="checkbox"/> Yüksek Risk												
13-14 Puan	<input type="checkbox"/> Orta Dereceli Risk												
15-18 Puan	<input type="checkbox"/> Hafif Risk												
19-23 Puan	<input type="checkbox"/> Risk Yok												

18 ve altındaki skorlarda basınç ülseri riski her gün değerlendirilir.
NOT : Eğer oluşmuş bir basınç ülseri varsa aşağıdaki "Basınç Ülseri Riski Özellikleri" bölümünü doldurunuz.



BASINÇ ÜLSERİ ALANI

<input type="checkbox"/> Sacrum
<input type="checkbox"/> Topuk
<input type="checkbox"/> Dirsek
<input type="checkbox"/> Ayak Parmakları
<input type="checkbox"/> Patella (diz)
<input type="checkbox"/> Scapula (kürek kemiği)
<input type="checkbox"/> Kulak Keçesi
<input type="checkbox"/> Trokanter (kalça yan yüzü)
<input type="checkbox"/> Diğer

HEMŞİRE NOTLARI :

Form - 70 02 40 60 88
Sayfa 1/2
Rev.No: 00

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Huri Yeşim	Uyruğu	T.C
Soyadı	ŞEVİK	Tel no	
Doğum tarihi	30.05.1976	e-posta	yesimsevik@akdeniz.edu.tr

Eğitim Bilgileri

	Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Lise	ŞAİK Lisesi	1994
Lisans	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik	1998
Yüksek Lisans		
Doktora		

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi	1998-2000
Hemşire	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi	2000-

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)

Burslar-Ödüller:

Yayınlar ve Bildiriler: