

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

**MEME VE AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA**  
**SANAT TERAPİSİNİN BULANTI KUSMA ÜZERİNE**  
**ETKİSİ**

Burcu ÇELİK KOCABIYIK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2018-ANTALYA

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

**MEME VE AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA**  
**SANAT TERAPİSİNİN BULANTI KUSMA ÜZERİNE**  
**ETKİSİ**

Burcu ÇELİK KOCABIYIK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DANIŞMAN**  
**Doç. Dr. Ozan SALİM**  
**II. DANIŞMAN**  
**Yrd. Doç. Dr. Fatma ARIKAN**

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

2018-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.12/01/2018

İmza

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Ozan Salim  
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.

Burcu ÇELİK KOCABIYIK



Doç. Dr. Ozan SALİM



## TEŐEKKÜR

Yüksek lisans eğitiminin süresince ve tez çalışmamın planlanmasında, yürütülmesinde ve yazım aşamasında, bilgi ve deneyimiyle yol göstericim olan değerli tez danışmanlarım Doç. Dr. Ozan SALİM'e, Yrd. Doç. Dr. Fatma ARIKAN'a;

Yüksek lisans eğitiminin süresince akademik gelişimime katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Hasan Şenol COŞKUN'a, Doç. Dr. Sema SEZGİN GOKSU'ya;

Araştırmanın istatistiksel analizlerinin yapılmasında destek aldığım değerli hocam Prof. Dr. Can Deniz KÖKSAL'a;

Hastalarımın resim sanatında her türlü desteğiyle öncülük eden güler yüzlü sanat koordinatörümüz Serdar ERDEM'e hastalara ulaşmamda yardımcı olan gündüz kemoterapi ünitesinin çok sevilen danışmanı Fatma AZGER'e ve başta sorumlu hemşirem Yeşim ŞEVİK olmak üzere tüm onkolojideki ekip arkadaşlarıma;

Zorlu tedavi süreci içinde araştırmama katılmayı kabul ederek destek veren sevgili hastalarıma;

Hayatım boyunca örnek aldığım, bana sonsuz emeği geçen sevgili anneme ve babama, her zaman yanımda olan ve bana özveriyle destek veren hayat arkadaşım Yasin KOCABIYIK'a bu süreçte oyun zamanlarından çaldığım en değerlim, sevgili bebeğim Şeref Eymen'ime sonsuz teşekkürlerimi ve minnettarlığımı sunarım.

Burcu ÇELİK KOCABIYIK

Antalya, 2018

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma, meme ve akciğer kanserli hastalarda sanat terapisinin bulantı kusma üzerine olası etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Randomize kontrollü deneysel tipteki çalışma, Eylül 2016-Haziran 2017 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde yürütülmüştür. Çalışmanın örneklemini, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan meme ve akciğer kanseri tanısı olan 30 kontrol ve 30 deney grubu hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında; hasta tanıtım formu ve MASCC antiemezis ölçeği kullanılmıştır. Deney grubundaki hastalar kemoterapinin 1. ve 2. kürlerinde tedavileri sırasında ve tedaviden sonraki 4 günde en az 30 dakika olmak üzere resim terapisi yapmıştır. Hastalar 4 gün boyunca evde resim yapmaları için telefon ile ulaşılarak desteklenmiştir.

**Bulgular:** Bu çalışmada resim yapan hastaların resim yapmayanlara göre kemoterapinin birinci küründe sadece akut kusma, ikinci küründe geç bulantı varlığı ve her iki kürde de akut ve geç bulantı şiddetleri anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

**Sonuç:** Bu çalışmada meme ve akciğer kanseri tanılı hastalarda sanat terapisinin bulantı ve kusmayı azalttığı görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Sanat terapisi, bulantı-kusma, kanser, hemşirelik

## ABSTRACT

**Objektife:** This study aimed to analyze the possible effect of art therapy on the nausea and vomiting of patients with breast and lung cancer.

**Methods:** This randomized controlled experimental study was conducted in the Chemotherapy Day Unit of Akdeniz University Hospital between September 2016 and June 2017. The study sample consisted of 60 patients (30 in the experimental group and 30 in the control group) diagnosed with breast and lung cancers, who met the inclusion criteria. The data were collected using a patient information form and the MASCC Antiemesis Tool. The patients in the experimental group underwent art therapy for minimum 30 min at the first and second chemotherapy cycles during the treatment and for four days after the treatment. They were supported through phone calls to make paintings at home for four days after the treatment.

**Resulse:** The patients who made paintings experienced acute vomiting during the first chemotherapy cycle and late nausea during the second chemotherapy cycle, and the severity of acute and late nausea was significantly lower for these patients compared with those who did not make paintings.

**Conclusion:** This study indicated that art therapy reduced nausea and vomiting in patients with breast and lung cancers.

**Key words:** art therapy, cancer, nausea and vomiting

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b>	i
<b>ABSTRACT</b>	ii
<b>İÇİNDEKİLER</b>	iii
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	vi
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b>	vii
<b>1. GİRİŞ</b>	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	3
2.1. Meme Kanseri	3
2.1.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi	3
2.1.2. Meme Kanseri ile İlişkili Risk Faktörleri	3
2.1.3. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları	3
2.1.4. Meme Kanseri Tedavisi	4
2.2. Akciğer Kanseri	4
2.2.1. Akciğer Kanseri Epidemiyolojisi	5
2.2.2. Akciğer Kanseri Etyolojisi	5
2.2.3. Akciğer Kanserinin Belirti ve Bulguları	6
2.2.4. Akciğer Kanserinde Tedavi	6
2.3. Kemoterapiye Bağlı Bulantı Kusma	7
2.4. Kemoterapiye Bağlı Bulantı Kusmanın Sınıflandırılması	7
2.4.1. Akut Bulantı-Kusma	8
2.4.2. Gecikmiş Bulantı-Kusma	8
2.4.3. Beklentsel Bulantı-Kusma	8
2.5. Kemoterapiye Bağlı Bulantı Kusmayı Etkileyen Faktörler	8
2.5.1. Hasta ile İlişkili Faktörler	8
2.5.2. Kemoterapi ile İlişkili Faktörler	9
2.5.3. Antiemetik İlaçlarla İlgili Faktörler	12
2.6. Kemoterapiye Bağlı Bulantı Kusmanın Yönetimi	12



2.6.1.	Farmakolojik Yöntemler	12
2.6.2.	Kemoterapiye Bağlı Bulantı Kusmanın Non-Farmakolojik Tedavisi	13
2.7.	Sanat Terapisi	14
2.7.1.	Sanat Terapisi ve Tarihçesi	14
2.7.2.	Sanat Terapisi ve Önemi	15
2.7.3.	Resim Terapisi	16
2.7.4.	Kanserli Hastalarda Sanat Terapisi ve Resim	17
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM</b>		18
3.1.	Araştırmanın Şekli	18
3.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	18
3.3.	Araştırmanın Evren ve Örneklemi	18
3.4.	Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	18
3.5.	Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	19
3.6.	Araştırma Veri Toplama Araçları	19
3.6.1.	Hasta Tanıtım Formu	19
3.6.2.	MASCC Antiemezis Ölçeği	19
3.7.	Ön Uygulama	20
3.8.	Verilerin Toplanması	20
3.9.	Araştırmanın Etik Yönü	21
3.10.	Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi	21
3.11.	Araştırmanın Sınırlılıkları	22
3.12.	Araştırmanın Değişkenleri	22
<b>4. BULGULAR</b>		23
<b>5. TARTIŞMA</b>		32
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER</b>		35
6.1.	Sonuç	35
6.2.	Öneriler	36
<b>KAYNAKLAR</b>		37

## **EKLER**

**EK-1** Katılımcı Bilgilendirilmiş Olur Formu

**EK-2.** Hasta Tanıtım Formu

**EK-3.** MASCC Antiemezis Ölçeği

## **ÖZGEÇMİŞ**



## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo 2.1.</b>	İntravenöz kemoterapi ajanlarının emetojenik riskleri	10
<b>Tablo 2.2.</b>	Oral kemoterapi ajanlarının emetojenik riskleri	11
<b>Tablo 2.3.</b>	Bulantı Kusmayı Önlemede Uygulama Önerileri	13
<b>Tablo 4.1.</b>	Hastaların sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı	23
<b>Tablo 4.2.</b>	Hastaların kronik hastalık durumlarına göre dağılımı	25
<b>Tablo 4.3.</b>	Hastaların tanı ve tedavi durumlarına göre dağılımları	26
<b>Tablo 4.4.</b>	Hastaların ilk kür bulantı-kusma durumlarının karşılaştırılması	27
<b>Tablo 4.5.</b>	Hastaların ikinci kür bulantı-kusma durumlarının karşılaştırılması	28
<b>Tablo 4.6.</b>	Hastaların ilk kür bulantı-kusma sıklık ve şiddetlerinin karşılaştırılması	29
<b>Tablo 4.7.</b>	Hastaların ikinci kür bulantı-kusma sıklık ve şiddetlerinin karşılaştırılması	30
<b>Tablo 4.8.</b>	Hastaların kürler arasındaki bulantı şiddetlerindeki değişimin karşılaştırılması	30
<b>Tablo 4.9.</b>	Hastaların kürler arasındaki kusma durumlarındaki değişimin karşılaştırılması	31

## SİMGELER ve KISALTMALAR

<b>ADH</b>	: Antidiüretik Hormon
<b>ASCO</b>	: “ <i>American Society of Clinical Oncology</i> ” Amerikan Klinik Onkoloji Derneği
<b>DNA</b>	: Deoksiribo Nükleik Asit
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü ( <i>World Health Organization</i> )
<b>KBBK</b>	: Kemoterapiye Bağlı Bulantı Kusma
<b>KHAK</b>	: Küçük Hücreli Akciğer Kanseri
<b>KHDAK</b>	: Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>MAÖ</b>	: MASCC Antiemezis Ölçeği
<b>MASCC</b>	: “ <i>Multinational Association of Supportive Care in Cancer</i> ” Çok Uluslu Kanserde Destekleyici Bakım Derneği
<b>NCCN</b>	: National Comprehensive Cancer Network- Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı
<b>NK-1</b>	: Reseptör (nörokinin-1) antagonisti. Aprepitant
<b>TAT</b>	: Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi
<b>5-HT3</b>	: Serotonin reseptör antagonistleri

## 1. GİRİŞ

Kanser, vücudumuzdaki organ ve dokuları etkileyen hastalık grubudur. Kanser, hasarlı hücrelerin kontrolsüz bir biçimde çoğalarak bir kitle veya tümör oluşturmasıdır (Ruddon, 2007).

GLOBOCAN 2012 (Global Cancer Rates: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide) verilerine göre, Dünya'da 14,1 milyon yeni kanser vakası gelişmiş ve bu yüzden 8,2 milyon kişi ölmüştür. Dünya da 2025 yılında toplam 19,3 milyon yeni kanser vakası olacağı belirtilmiştir (<http://www.cancer.org/> Erişim Tarihi: 12.08.2017). 2030 yılında yeni kanser olgusunun 21,4 milyon olacağı, yaklaşık 13,2 milyon kişinin kanser nedeniyle yaşamını yitireceği tahmin edilmektedir. <http://www-dep.iarc.fr> Erişim Tarihi: 15.08.2017).

Kanserde en sık kullanılan tedavi seçeneği kemoterapidir. Kemoterapide, kullanılan antineoplastik ilaçlar kanserli hücreyi küçülterek yok etmekte ya da durdurmaktadır (Glaus ve ark. 2004, Henry ve ark. 2008, Kearney ve ark. 2008). Kemoterapinin sağlıklı hücrelere zarar verdiği buna bağlı bulantı-kusma, mukozit, iştahsızlık, kemik iliği depresyonu, ishal, konstipasyon ve saç dökülmesi gibi hastayı rahatsız eden yan etkileri bulunmaktadır (Ballotori ve ark., 2007, Ferreira ve ark. 2008, Hintistan ve ark., 2012). Bulantı ve kusma kanser hastalarını en çok rahatsız eden ve sık rastlanan önemli bir sorundur (Karamehmetoğlu, 2001). Kanser hastaların %80'inde kemoterapiye bağlı bulantı veya kusma görülebilmektedir (Karabulut, 2004). Kontrol edilemeyen bulantı kusma; anoreksiya, dehidratasyon, kilo kaybı, halsizlik gibi komplikasyonlara neden olmaktadır. Bu durum hastanın yaşam kalitesini ve tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir (Ihbe-Heffinger ve ark., 2004; Mollasiotis, 2013; Popovic ve ark., 2013).

Bulantı ve kusmanın kontrolünde antiemetik tedavisi ile birlikte resim sanatının, müzik terapinin, gevşeme egzersizlerinin, hipnozun, telkinin, egzersiz uygulamasının, masajın, yoga ve meditasyonun, akupunktur ve akupresörün hastalar için yararlı yaklaşımlar olabileceği vurgulanmıştır (Tipton ve ark., 2007).

Sanat terapisi kanser hastalarının fiziksel, sosyal, duygusal yönlerini bir arada toplayıp, hastalıkla başa çıkmasını ve yeni çözüm yolları bulmasını sağlar (Deane ve ark., 2000; Oster ve ark., 2007).

Psikoterapi sanat terapisi alanının öncüsü Camillia Connel'e göre; ‘sanat terapisi şiddetli rahatsızlıklara sebep olan güçlü negatif hisleri rahatlatmaya ve hafifletmeye yardımcı olur, sosyalleşmeyi teşvik eder ve hastalar kendilerini daha mutlu hissederler. Kendilerini daha mutlu hisseden kanser hastaları tedavi sürecini ve duygularını daha rahat yönetirler ‘ (Camilla Connel, 1998). Walsh ve ark. (2004), hasta yakınları ile yaptığı bir araştırmada; kanser hastalarının, altı aylık bir görsel sanatlar (el işi, resim, yağlı boya gibi) uygulaması sonucunda hasta yakınlarının hastalarında stres ve kaygılarının azaldığı, duygularında olumlu bir artışın olduğunu ifade etmişlerdir (Walsh ve ark., 2004).

Ülkemizde sınırlı uygulama alanı bulunan sanat terapisi ile ilgili daha fazla çalışma yapılması gerektiği ve kemoterapi uygulanan hastalarda semptom yönetimine etkisinin incelenmesine ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Randomize kontrollü deneysel tipteki bu çalışma, meme ve akciğer kanserli hastalarda sanat terapisinin bulantı kusma üzerine olası etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

Kanser; hücrenin, genetik transformasyonu, çoğalma hızının artması, ölüm sürecinin yavaşlaması veya bitmesi sonucunda kontrolsüz büyümedir. (Yazıcı H. ve ark., 2005).

### 2.1. Meme Kanseri

Meme kanseri, süt bezi ve kanallarında hücrelerin kontrolsüz bir şekilde çoğalarak meme ve diğer dokulara yayılması olarak tanımlanır (Ruddon, 2007) Bu yayılım yıllarca sürebilmektedir (Aydıntuğ S., 2004).

#### 2.1.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Meme kanserli kadınlarda en sık, dünyada ise tüm kanser türleri arasında %11,9 ile ikinci sıradadır (GLOBACAN, 2012; kanser.gov.tr, 2014. Erişim Tarihi: 25.08.2017). Dünyada ortalama insidansı yüz binde 38-40 iken, Avrupa'da bu oran yüz binde 66-67, ülkemizde ise ortalama yüz binde 40 civarındadır. Ülkemizdeki meme kanseri vakalarının %43,6'sı 1. evrede, %56,4'ü ise 2-4. evrededir (Kanser.gov.tr, 2014. Erişim tarihi: 25.08.2017). Türk toplumunda kadınlarda da en sık görülen ve ikinci en çok ölüme neden olan kanser türüdür (Kanser.gov.tr, 2014. Erişim tarihi: 25.08.2017).

#### 2.1.2. Meme Kanseri İle İlişkili Risk Faktörleri

Meme kanserinin etiyojisi tam olarak açıklanamamakla birlikte, kanserin gelişimini arttırdığı ileri sürülen risk faktörleri genetik, hormonal, yaşam şekli ve çevresel faktörler, reproduktif şeklinde gruplandırılabilir (Gençtürk N., 2013).

#### 2.1.3. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları

Meme kanseri genellikle uzun ve sinsi bir seyre sahiptir. Meme kanserinde genellikle ilk belirti ele gelen kitledir. Nadir olarak da ağrı görülebilmektedir (Sayek, 1996) Diğer belirtiler meme dokusunun portakal kabuğu görüntüsünde olması, meme başında retraksiyon veya çökme, meme üzerindeki deride ödem, lenf nodüllerinde büyüme, deride ülserasyon ve eritem, üst kolda anormal şişlik, tümörlü göğsün yukarıda, dik ve dolgun olması, meme başının kitleye doğru çekilmesi gibi belirtiler görülebilir (Topuz ve ark., 2003).

#### **2.1.4. Meme Kanseri Tedavisi**

Meme kanseri tanısı konulduktan sonra uygulanacak tedavi hastalığın evresi dikkate alınarak cerrahi, radyoterapi gibi lokal tedaviler ile kemoterapi, hedefe yönelik tedaviler ve hormonoterapi gibi sistemik tedavilerden oluşmaktadır. Cerrahi ve radyoterapi lokal ve bölgesel hastalığın tedavisi için uygulanırken, kemoterapi ve hormonal ve hedefe yönelik tedaviler hastalığın sistemik kontrolü sağlamak için uygulanır (Karadakovan ve Aslan, 2009). Hangi tedavinin uygulanacağı hasta ve hastalık ile ilgili özelliklere bakılarak yapılır (Kalaycı, 2002; Karadakovan ve Aslan, 2009).

Meme kanserinde; cerrahi tedavi en geçerli ve en sık başvurulmuş tedavi yöntemidir. Evre I ve evre II meme kanserinde temel tedavi seçeneği cerrahidir. Cerrahi müdahaleler içerisinde yer alan mastektomi; hasta üzerindeki olumsuz etkiye rağmen nüks etme riskini düşürdüğü ve hastanın yaşam süresini uzattığı için doktorlar ve hastalar tarafından sıklıkla tercih edilmektedir (Polat ve Soran, 2010). Meme koruyucu cerrahi sonrası memede nüks gelişmesi durumunda mastektomi en uygun tedavidir (Karadakovan ve Aslan, 2009). Büyük lezyonlarda ise neoadjuvan kemoterapi sonrası meme koruyucu cerrahi ve radyoterapi uygulanabilmektedir (Lippman, 2010; Muss, 2011). Radyoterapi, cerrahi sonrası nüks olasılığını azaltmak için kullanılır (Duran, 2008).

Evre III meme kanseri lokal ilerlemiş ve opere edilemez olarak değerlendirilir. Bu evrede neoadjuvan kemoterapi uygulaması ile evre geriletılarak opere edilebilir. Evre IV meme kanserinde cerrahi, palyatif amaçlıdır ve sistemik tedavi önerilir (Başaklar, 1998; Muss, 2011).

#### **2.2. Akciğer Kanseri**

Akciğer kanseri, akciğer dokusunun malign transformasyonu ile oluşan en sık görülen kanser türüdür. Alt solunum yolları veya akciğer parankiminde gelişen tümörler için akciğer kanseri terimi kullanılır (Beyzadeoglu ve ark., 2010).



### **2.2.1. Akciğer Kanseri Epidemiyolojisi**

Dünya’da en çok tanı konulan kanser %13 ile akciğer kanseridir. Kanserden ölümlerin ise en çok akciğer kanserinden gerçekleştiği belirtilmiştir (GLOBACAN 2012; kanser.gov.tr, 2014. Erişim Tarihi: 25.08.2017).

Akciğer kanserinin ülkemizde batı bölgelerimizde Ege, İç Anadolu ve Akdeniz bölgelerinde görülme sıklığı en yüksek iken, Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgelerimizde ise en düşüktür (Akkoçlu, 2006).

Türkiye’de akciğer kanseri insidansı erkeklerde 69.2 / 100000, kadınlarda ise 8.2 / 100000’dir. Her yıl 53300 kişi yeni tanı almaktadır. Akciğer kanseri ülkemizde erkeklerde en sık, kadınlarda görülen kanserlerde 5. sırada yer almaktadır. Akciğer kanseri en sık 70-74 yaş aralığında görülür (<http://kanser.gov.tr/daire-faliyetleri/kanser-istatistikleri/> Erişim tarihi: 15.06.2017).

### **2.2.2. Akciğer Kanseri Etyolojisi**

Akciğer kanserinde en önemli etyolojik faktör sigaradır (Savaş ve Alper, 2000). Bilinen risk faktörleri elimine edildiğinde akciğer kanseri gelişiminin %85-100 oranında engellenebileceği tahmin edilmektedir (Silvestri ve ark., 1995).

Tüm akciğer kanserlerinin %80-90’ı tek başına sigaraya bağlıdır (İtil, 2000; Spiro ve Porter 2002; Jemal, 2002). İnsidansı içilen sigara miktarı ve süresiyle ilişkilidir. Pasif sigara içimi de akciğer kanserini tetiklemektedir (Ries ve ark., 2003).

Türkiye de akciğer kanseri insidans hızının en çok 75 yasından sonra erkeklerde daha sık görüldüğü belirtilmiştir (Türk Toraks Derneği, 2010). En yüksek insidans siyah ırkta görülürken, İspanyol ırkında en düşük oranlar görülmektedir (Howlader ve ark., 2011). Birinci derece yakınlarında akciğer kanseri bulunan bireylerde akciğeri kanseri görülme riski 2,6 kat daha fazla bulunmuştur (Kreuzer ve ark., 1998).

Asbest maruziyetinde akciğer kanseri riski 5 kat artar (Akkoçku, 2006). Akciğer kanserlerinin %3-4 oranında asbest maruziyetinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir (Omenn ve ark., 1986). KOAH (Kronik obstrüktif akciğer hastalığı) başta olmak üzere fibrozise yol açan restriktif hastalıklarda artmış akciğer kanser riski bildirilmektedir (Maitra ve Kumar, 1994). Akciğer kanseri yoksul ve düşük

eğitlimli bireyler arasında yaygındır (Alberg ve ark., 2007). Sağlık imkanlarının azlığı, beslenme yetersizliği gibi faktörlerle ilişkili olduğu düşünölmektedir (Mason ve ark., 2010).

Tüm kanser ölümlerinin %30-40'ının beslenme ve sağlıklı yaşam ile önlenebileceği öngörölmektedir (Divisi D ve ark., 2006). Antioksidan içeren yiyeceklerin (Elma, havuç, brokoli, greyfurt, kırmızı şarap, domates, soya ve çay gibi) kansere karşı koruyucu olabileceği bildirilmistir (Peto ve ark., 1981). Omega-3, omega-6, zeytinyağı ve yağ asitlerinden zengin diyetin akciğer kanseri riskini azalttığı belirtilmiştir (Smith ve ark., 1998; Divisi ve ark., 2006).

### **2.2.3. Akciğer Kanserinin Belirti ve Bulguları**

Akciğer kanseri hastalarının %90'ından fazlası semptomatiktir. Semptomatik akciğer kanseri hastaların %32 si de metastatik hastalığa bağlı şikayetler ile başvurur (Beckles ve ark., 2003; Spiro ve ark., 2007).

Hastaların %12,4'ü asemptomatiktir (Buccheri ve Ferrigno, 2004). Öksürük %50, sistemik semptomlar (ateş, iştahsızlık, halsizlik, kilo kaybı gibi) %49,3, dispne %33,9, göğüs ağrısı %31,5, hemoptizi %29,8, lokal veya uzak yayılıma ait semptomlar %23,3, infeksiyon %19,7 oranında görölmektedir (Buccheri ve Ferrigno, 2004).

### **2.2.4. Akciğer Kanserinde Tedavi**

Hastalığın histolojik tipine göre Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri (KHDAK) ve Küçük Hücreli Akciğer Kanseri (KHAK) olması, hastanın performansı, kilo kaybı, kardiyopulmoner rezervi gibi durumlar da gözönünde bulundurularak evreleme yapıldıktan sonra tedavi planı belirlenir (Yaman, 2007).

KHDAK tedavisinde tek kür şansı cerrahidir. Evre 1'den evre 3A'ya kadar cerrahi tedavi uygulanabilir. Ancak %30-40'ı yerleşim bakımından rezektabldır. Preoperatif kemoterapi yapılması ise cerrahi sonrası saç kalım süresini uzatmaktadır (Collins ve ark., 2007).

KHDAK maalesef kemoterapiye dirençli bir kanserdir. KHDAK' de en etkili kemoterapi ajanlarında bile yanıt oranı %20 civarındadır. Tam yanıt oranı çok

düşüktür. Cerrahi girişim sınırlıdır (Topuz ve ark., 2010). KHAK, radyoterapiye hassaslardır. Adenokanserlerin radyoterapiye duyarlılığı az, büyük hücreli kanserlerin ise çok azdır (Öztürk ve Yurdakul, 2004).

KHAK, toraksa sınırlı hastalıkta temel tedavi eş zamanlı kemoradyoterapidir. İleri evre hastalıkta tedavi sadece palyatif kemoterapi ve radyoterapi uygulanabilir (Alkoçlu ve Öztürk 1999).

### **2.3. Kemoterapiye Bağlı Bulantı Kusma**

Kemoterapiye bağlı bulantı kusmanın gelişimi multifaktöriyeldir. Örneğin, kemoterapinin emetojenik durumu, hastanın yaşı, cinsiyeti, genel performansı bunun yanında hastalığa tepkisi bulantı kusma gelişimini etkiler (Rhodes ve McDaniel, 2001; Taşpınar, 2006).

Bulantı: Epigastrium ve boğazın arkasında deneyimlenen; kusma ile sonuçlanabilen veya sonuçlanmayan, hoş olmayan bir duygudur. Bulantının yoğunluğu kişiye göre değişmekte olup kişinin kendi ifadesi ile anlaşılabilir.

Öğürme; Hiçbir şey çıkarmaksızın kusmaya teşebbüs etmektir.

Kusma: Mide duodenum ya da jejunumdaki içeriğin güçlü bir şekilde ağızdan dışarıya atılmasıdır (Grunberg, 2004).

Bulantı kusma birlikte oluşmuşsa “emezis” olarak adlandırılır. Nöbetler halinde geldiğinde ise emetik atak olarak adlandırılır (Esener, 2006)

Bulantı kusma kemoterapi tedavisi gören hastalar tarafından en sık ifade edilen yan etki olup, şiddeti ve yoğunluğu hastaya göre değişmektedir (Rhodes ve McDaniel, 2001; Bergkvist ve Wengström, 2006). Spichiger ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada hastaların %42,2’si bulantı, %24,5’i kusma şikayetlerinin olduğu bildirilmiştir (Spichiger ve ark., 2010).

### **2.4. Kemoterapiye Bağlı Bulantı Kusmanın Sınıflandırılması**

Kemoterapiye bağlı bulantı kusma (KBBK) başlangıç zamanına göre 3 alt başlıkta incelenebilir (Rhodes ve McDaniel, 2001).

#### **2.4.1. Akut Bulantı Kusma**

Kemoterapi uygulamasını izleyen 24 saat içinde gelişen bulantı ve kusma reaksiyonları akut emezis olarak adlandırılır. Tedaviden sonra 1-2 saat içinde başlayıp, 5-6 saat içerisinde en şiddetli düzeye ulaşır. Tedaviye hızlı cevap verir (Karabulut, 2004).

#### **2.4.2. Gecikmiş Bulantı Kusma**

Kemoterapinin uygulanmasından sonraki 2.-5. günler arasında görülür. Kontrol altına alınması ve önlenmesi akut bulantıya göre daha zordur (Rhodes ve McDaniel, 2001). Kemoterapi alan hastaların %57'si geç bulantıyı, %41'i geç kusmayı yaşamaktadır (Grunberg, 2004; Sadiggha ve Nurai, 2008).

#### **2.4.3. Beklentsel Bulantı Kusma**

Beklentsel bulantı kusma tedaviden günler önce başlayabildiği gibi kemoterapi öncesi 1-4 saat içerisinde başlayabilir. İkinci kür kemoterapide görülmeye başlar. Önce ki tedavilerinde bulantı deneyimi yaşamış kişilerde görsel, çağrışımsal olduğu düşünülmektedir (Rhodes ve McDaniel, 2001; Feeney ve ark., 2007; Dewan ve ark., 2010). Beklenti bulantısı hastaların %29'unda, beklenti kusması ise %11'inde görülmektedir (Aslan ve ark., 2006).

### **2.5. Kemoterapiye Bağlı Bulantı Kusmayı Etkileyen Faktörler**

Bulantı kusmayı etkileyen faktörler hastaya, kemoterapiye ve antiemetik ilaçlara yönelik üç başlık altında toplanmaktadır.

#### **2.5.1. Hasta ile İlişkili Faktörler**

Araştırmalara göre ileri yaştaki hastaların genç hastalara göre kemoterapiyi daha iyi tolere ettiği; kadın hastaların ise erkeklere göre daha çok bulantı kusma deneyimlediği belirlenmiştir (Grunberg ve Hesketh, 1993; Akechi ve ark., 2010; Molassiotis ve ark., 2013). Aşırı alkol alan ya da alkol bağımlısı olan hastalarda bulantı kusma sıklığının daha düşük; olduğu bildirilmiştir (Molassiotis, 2008; Hilarius ve ark. 2012).

Özellikle önceki kemoterapilerinde bulantı kusması kontrol edilemeyen, kadın hastaların gebeliği döneminde bulantı kusma deneyimlemiş, seyahat hastalığı öyküsü

bulunan hastaların ve yüksek anksiyete yaşayan hastaların kemoterapiye bağı bulantı kusmayı daha sık yaşadığı bildirilmektedir (Rhodes ve McDaniel, 2001; Genç, 2011; Hilarius ve ark. 2012; Salsman ve ark. 2012; Bouganım ve ark 2012).

### **2.5.2. Kemoterapi ile İlişkili Faktörler**

#### **Kemoterapi İlacının Emetojenitesi**

Kemoterapi ilaçları emetojenik risklerine göre dört sınıfa ayrılırlar:

- 1- Yüksek risk (> %90 emezis),
- 2- Orta risk (%30-90 emezis),
- 3- Düşük risk (%10-30 emezis),
- 4- Minimal risk (<% 10 emezis) (Molassiotis ve ark. 2008; Pirri ve ark. 2013).

Kemoterapi ilaçlarının emetojenik risklerine göre sınıflaması Tablo: 2.1 ve Tablo: 2.2'de özetlenmiştir.

**Tablo 2.1.** İntravenöz kemoterapi ajanlarının emetojenik riskleri

<b>SINIF</b>	<b>YÜKSEK RİSK</b>	<b>ORTA RİSK</b>	<b>DÜŞÜK RİSK</b>	<b>MİNİMAL RİSK</b>
<b>EMETOJENİTE</b>	<b>&gt;%90</b>	<b>%30-90</b>	<b>%10-30</b>	<b>&lt;%10</b>
<b>İLAÇLAR</b>	Karmustin Sisplatin Siklofosfamid $\geq$ 1500 mg/m <sup>2</sup> Dakarbazin Daktinomisin Mekloreタミン Streptozosin	Alemtuzumab Azasitidin Bendamustin Kabazitaksel Karboplatin Klofaribine Siklofosfamid<1500 mg/m <sup>2</sup> Sitarabin>1000 mg/m <sup>2</sup> Daunorubisin Denilokindiftitoks Doksorubisin Epirubisin Idarubisin Ifosfamid Irinotekan Oksaliplatin Pralatreksat Temozolomide	Bortezomib Carfilzomib Sitarabin $\leq$ 1000 mg/m <sup>2</sup> Dosetaksel Eribulin Etoposid Fluorourasil Gemsitabin Iksabepilon Methotreksat Mitomisin Mitoksantron Paclitaksel Panitumumab Pegylatedliposomal doksorubisin Pemetreksed Romidepsin Temsirrolimus Topotekan Trastuzumab	Klorodeoksiadenozin Bevasizumab Bleomisin Busulfan Cetuksimab Fludarabin Rituksimab Vinblastin Vinkristin Vinorelbin

Kris M.G., J Clinical Oncology, 2006; Roila ve ark., 2010

**Tablo 2.2.** Oral kemoterapi ajanlarının emetojenik riskleri

<b>SINIF</b>	<b>YÜKSEK RİSK</b>	<b>ORTA RİSK</b>	<b>DÜŞÜK RİSK</b>	<b>MİNİMAL RİSK</b>
<b>EMETOJENİTE</b>	<b>&gt;%90</b>	<b>%30-90</b>	<b>%10-30</b>	<b>&lt; %10</b>
<b>İLAÇLAR</b>	Heksametilmelamin Prokarbazin	Altretamin Bosutinib Busulfan(>4mg/gün) Crizotinib Siklofosfamid İmatinib Lomustin Temozolomid Tretinoin Vandetanib Vinorelbin	Afatinib Aksitinib Beksaroten Kapesitabin Setuksimab Dasatinib Estramustin Etoposid Everolimus Fludarabin İbrutinib Lapatinib Lenalidomid Nilotinib Panitumumab Pazopanib Sunitinib Tegafururasil Talidomid, Topotekan	6-Tioguanin Klorambusil Erlotinib Gefitinib Hidroksiüre Melfalan Metotreksat Regorafenib Sorafenib

(Roila ve ark., 2010)

## **Kemoterapi İlaçlarının Kombinasyonu**

Kemoterapi ilaçları genellikle ikili ya da üçlü kombinasyonlar halinde verilir. Tedavi protokollerinin emetojenite düzeyi, emetik potansiyeli en yüksek olan ilaç temel alınarak yapılır (Molassiotis ve ark. 2013).

## **Kemoterapi İlaçlarının Dozu, Veriliş Yolu ve Hızı**

Kemoterapi ilaçlarının dozu değiştikçe emetojenite riski değişir. Kemoterapi ilaçlarının yavaş infüzyonu emetogen etkileri azaltırken, hızlı verildiğinde bu etki artar (Genç, 2011; Hesketh ve ark. 2012).

### **2.5.3. Antiemetik İlaçlarla İlgili Faktörler**

Antiemetik ilaçlar tek kullanıldıklarında etkili olmayıp, yan etkileri daha fazla görülebilir. Antiemetik ilacın kombinasyonu, bulantı kusmanın kontrolünü sağlamada etkilidir (Rhodes ve McDaniel, 2001; Molassiotis ve ark., 2008).

## **2.6. Kemoterapiye Bağlı Bulantı Kusmanın Yönetimi**

Bulantı kusmanın etkin yönetimi için, bulantı kusmanın ortaya çıkmadan önlenmesinin gerekliliği belirtilmiştir (Goodman, 1997; Morrow ve ark., 1998).

### **2.6.1. Farmakolojik Yöntemler**

Antiemetik profilaksisi uygulanan kemoterapi protokolünün ematojenite düzeyine ve bulantının başlangıç zamanına göre planlanmalıdır (Aydiner ve Topuz, 2006; Can, 2007). Serotonin reseptör antagonistleri akut bulantı kusma gelişiminde rol alan transmitterdir. Ancak geç bulantı-kusmayı önlemede etkisiz olduğu bildirilmiştir (Cohen ve ark., 1995; Lindley ve ark., 2005; Genç, 2011). NK-1 Reseptör Antagonistleri ise akut ve geç bulantı kusmayı önlemede etkisi olduğu bildirilmiştir. 5HT-3 antagonistleri ile kombine olarak kullanılırlar (Navari, 2004). Aprepitant (Emend), Sisplatin kemotrapi rejimi alan hastalarda tedaviye ek olarak kullanıldığında kusmanın %20 oranlarında azaldığı gösterilmiştir (Kayaalp, 2011).

Kortikosteroidler (Deksametazon), akut ve gecikmiş bulantı kusma tedavisinde diğer ilaçlarla kombine kullanıldığında ve gecikmiş bulantı kusma profilaksisinde aprepitant ile kombine edildiğinde oldukça etkilidir (Navari, 2009). Dopamin reseptör antagonistleri, benzodiazepinler, antihistaminler ve kanabinoidler antiemetik özellikleri düşük ve yan etkilerinin çok görülmesinden dolayı kullanımı sınırlıdır



(Hesketh, 1997; Jordan ve ark., 2005; Kamen ve ark., 2014). Bulantı kusmayı önlemede onkoloji gruplarının önerileri ve sık kullanılan antiemetik ilaçlar Tablo 2.3. de gösterilmiştir.

**Tablo 2.3.** Bulantı Kusmayı Önlemede Uygulama Önerileri

<b>GRUP</b>	<b>AKUT</b>	<b>GEÇİKMİŞ</b>
<b>MASCC</b>	5-HT3RA +Dexamethazon+Aprepitant	Dexamethazon+Aprepitant
<b>ASCO</b>	5-HT3RA +Dexamethazon+Aprepitant	Dexamethazon+Aprepitant
<b>NCCN</b>	5-HT3RA +Dexamethazon+Aprepitant  /Lorazepam	Dexamethazon+Aprepitant/Lorazepam

([Http://www.mascc.org.2013.pdf](http://www.mascc.org.2013.pdf), Erişim tarihi:04.09.2017)

### **2.6.2. Kemoterapiye Bağlı Bulantı Kusmanın Non-Farmakolojik Tedavisi**

Hastalar bulantı-kusma gibi tamamen ortadan kaldırılamayan semptomlar için, farmakolojik tedavilerin yanında tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerine başvurumaktadırlar (Yıldırım ve ark., 2006). Non-farmakolojik yöntemler antiemetiklerle birlikte kullanıldığında, antiemetik dozunu ve hastaların ilaç alma sıklığını azalttığı saptanmıştır (Rhodes ve McDaniel, 2001). Bununla birlikte hastalar, hastalıklarının nüks riskini önlemek, semptomları azaltmak, immün sistemi güçlendirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek içinde non-farmakolojik yöntemleri kullanmaktadırlar (Özçelik ve Fadılloğlu 2009). KBBK kontrolünde, kişinin çevresindeki rahatsız edici uyarıların en aza indirilmesi ya da elimine edilmesi önemlidir. Bulantıyı başlatabilen koku, görüntü, ses gibi uyaranlar varsa azaltılmalı veya uzaklaştırılmalı, bulunduğu ortam sık sık havalandırılmalıdır. Öğünler az ve sık yenmeye çalışmalıdır. Kemoterapi sonrasında ilk gün yumuşak ve sıvı gıdalar tercih

edilmeli, bulantı sırasında su ve sıvı gıdalar yemeklerle beraber değil, yemeklerden en az bir saat önce veya bir saat sonra içilmelidir. Baharatlı, çok tuzlu, yağlı, kızartılmış ve çok tatlı gıdalardan kaçınılmalıdır. Bulantı sırasında elma, kızılçık gibi asitsiz meyve suları, kafein içermeyen sodalı içecekler ve tost, bisküvi, tuzlu kraker ve ekmek gibi kuru gıdaları tercih etmesi önerilebilir (Miller ve Kearney 2000; Tipton ve ark., 2007).

Kanser hastalarında bulantı kusmayı azaltmada ve hastayı rahatlatmada etkinliği kanıtlanmış diğer yöntemler arasında Müzik, resim yapma, progresif gevşeme egzersizleri, düş kurma, hipnoz, masaj, aromaterapi, akupunktur ve akupresur yer almaktadır. (Miller ve Kearney, 2000). Müzik yavaş, yatıştırıcı bir ritimde, kısık bir tonda olmalıdır. Kanser hastalarının müziği kullanmakta ki amacı tedaviye bağlı stresi, ağrıyı, kan basıncını depresyonu, anksiyete, bulantı ve kusmayı azaltmak yaşam kalitesini yükseltmektir (Deng ve ark., 2004; Dibble ve ark., 2007; Tipton ve ark., 2007; Jones ve ark., 2008; Arabacı ve Aslan, 2012; Chien ve ark., 2013).

## **2.7. Sanat Terapisi**

### **2.7.1. Sanat Terapisi ve Tarihçesi**

Sanat terapisinin, bütünleştirici ve tedavi edici potansiyele sahip olduğu bilinmektedir. Sanat terapisi ilk çağlardan başlayarak sosyal hayatın içinde yer almıştır. Evlenme, hasat ya da ekin törenleri, doğum, ölüm dini, ruhsal ve fiziksel iyileşme ritüelleri sanatla birlikte yapılmıştır (Moreno, 2001; Malchiodi, 2005).

Sanat terapinin tarihçesi üç dönemde incelenir. İlk olarak 1930-1960 yılları arasında, hastane ortamında sanatın bir tedavi aracı olarak kullanılabilmesi savunulmuştur. II. Dünya Savaşı'nın sona ermesiyle birlikte savaştan çıkan toplumun psikolojilerini düzeltmek için değişik tedavi arayışları içerisine girilmiştir. Bu yüzden sanat terapisinin keşfi 1940'lara dayanır ve profesyonelleşmesi 1960'larda başlamıştır (Spaniol, 2001).

Sanat terapisi terimi 1942 yıllarının başlarında sanatçı Adrian Hill tarafından, Kral VII. Edward sanatoryumundaki tüberküloz hastalarında uygulanmıştır. Resimin hastaların anksiyete ve travmalarını ifade etmek için bir araç olduğunu keşfetmiştir. Sanatla terapi psikoterapi yöntemlerine cevap vermeyen hastalar için önemli bir

kendini ifade etme imkânı sağlamıştır (Waller, 1993). Sanat terapisi 1950 yıllarında Amerika Birleşik Devletleri'nde birçok hastanede tedaviye destek olarak kullanılmıştır (Spaniol, 2001).

Sanat terapisi, 1980 sonrası dönemde profesyonelleşmiştir. İlk iki dönem, sanat terapistlerine terapötik çalışmayı miras bıraktı. Sanat terapistleri, yaptıklarının bir oyalanma, hoş vakit geçirme ya da boş bir uğraşı terapisi olmadığını, iletişim kurma aracı, yorumlama ve kendini ifade etme yöntemi olduğunu söyleyerek, çeşitli psikoterapi yaklaşımları sergilemişlerdir (Case ve Dalley, 2006).

### **2.7.2. Sanat Terapisi ve Önemi**

Sanat terapisi kısaca gelişim, görsel sanatlar (çizim, boyama, heykel ve diğer sanat formları) ve yaratıcı sürecin psikoterapi modelleriyle bütünleşmesidir (American Art Therapy Associations, 2007).

Sanat yoluyla hastaları anlama ve yardım etmenin temelinde, her bireyin doğuştan, yaratıcı bir potansiyele sahip olduğu yer almaktadır. Bireylerde sanat yoluyla, karar verme kapasitesinde artma, engellenme durumuna katlanma ve öfke kontrolü öğrenilebilmekte ve uygulanabilmektedir (Franklin ve Siemon, 2008).

Tıbbi sanat terapisinin gelişimi son yıllarda olmuştur ve hala gelişmeler devam etmektedir. Kendini ifade etme aracı olarak başlamış, sonrasında sağlık kuruluşlarında farklı hasta gruplarıyla sanat terapistlerinin sanat ürünleri üretmesiyle gelişmiştir. Fiziksel olarak hasta, bedensel travmaya uğramış, ameliyat ya da kemoterapi gibi girişimsel ya da agresif tıbbi işlemlere maruz kalmış kişilerle çeşitli zihinsel düşlerin yeniden hatırlanması ve kendini ifade etmenin klinik uygulamasıdır (Malchiodi, 1993). Tamamlayıcı ve bütünleyici tıp içerisinde değerlendirilmektedir (Malchiodi, 2003).

Sanatın, bireyin yaşamındaki anıları somutlaştırması yanında bireylerin düş gücünü zenginleştirerek kendine yeni bir yön çizmesine yardımcı olur ve dikkatin başka yönlere çekilmesine yardım eder (Wadeson, 1987).

### 2.7.3. Resim Terapisi

Bireysel ya da grup halinde uygulanabilen, iletişim kurmayı kolaylaştıran ve eğlenceli hale getiren bir tekniktir. Zihinsel içeriklerin dışa görsel ve somut olarak yansıtılmasıdır. Bireylerin bilinçli veya bilinçsiz bir şekilde iç dünyalarını dışarıya yansıtabileceği düşüncesidir (Waldon, 2001).

Resim terapisi, Sigmund Freud ve Carl Jung'un teorilerinden gelişerek, hastalıkların başlangıcı ve kişilik kavramlarla ilgili farklı bir bakış açısı sunmuştur. İlk olarak, Amerika ve İngiltere'de ortaya çıkan bir kavramdır (Glaister, 1994).

Hastalardan ne hissettiklerini çizmelerini istemek, hastaların bedensel ve psikolojik problemlerini nasıl yaşadıklarını anlamaya yardımcı olmaktadır. İçe atılan yaşantılar dışa vurulamadığı zaman ruh sağlığı zarar görmektedir. Bu riske karşı Resim sanatı hastaların psikolojileri için koruyucu bir işlev görmektedir (Magill, 2001; Waldon, 2001). Kanser hastalarında kemoterapi sırasında uygulanan karşılaştırılmalı (kontrol-deney) resim sanatı terapisi sonucu yaşam kalitesini ve depresyonu iyileştirdiği bildirilmiştir (Bozcuk ve ark., 2017).

Stuckey ve Nobel (2010) yaptıkları 6 aylık görsel sanat çalışmalarında; sanatın sadece hasta üzerinde değil, hastane ortamında ve hasta yakınlarında da olumlu etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca; çalışmaya katılan hastaların yaşam ölçülerinin geliştiği, laboratuvar parametrelerinde ise olumlu olarak sonuçların arttırdığı bulunmuştur (Stuckey ve Nobel, 2010).

Resim terapisi içerisinde yer alan mandala; Hindistan dinlerinde meta ve mikro kozmosunu gösteren şekillere verilen bir isim. Genel olarak daire ve kare şeklinde olan mandalalar, şekillerin merkezden başlayarak çevreye doğru boyanması ile elde edilen desenlerdir (Cathy Malchiodi, 2010). Pek çok mandalanın merkezindeki kutsal alan etrafında bir kare oluşturulur. Merkezdeki dairenin ortasında bir tanrı oturur ya da ayakta durur; bir sonraki dairede ise dört, sekiz veya 10 tanrı vardır (Brauer, 2009).

Mandala sanatının faydasını görebilmek için 30 dakika veya daha uzun üzerinde çalışmak gerekir. Ancak o zaman olumlu sonuç elde edilebilir. Bu tür sanat terapi

çalışmaları yaptıkça, her seansta ve düzenli yapıldığı zaman daha yararlı olur (Cathy Malchiodi, 2010).

Sanat terapisi çalışmaları sonucunda kişiler kendilerini daha güçlü ve değerli hissetmiş, kanserle ilgili farkındalıkları artmış, daha fazla sosyal, duygusal ve eğitimsel destek algılamaya başlamışlardır (Zeigler ve ark., 2004; Collie ve ark., 2006). Çalışmaya hasta yakınlarının da katılması onların hastalarına desteklerinin artmasına yol açmıştır (Collie ve ark., 2006).

#### **2.7.4. Kanserli Hastalarda Sanat Terapisi ve Resim**

Sanat terapinin kanser üzerindeki etkileri kanserin tanısı döneminde hastanın benlik saygısı, beden imajı ve kişiliği üzerineyken, tanısının diğer evrelerinde ise stresli ve zorlu tedavi sürecini yönetmek ve hastayı desteklemek hedeflenir. Hastalığın son evresinde ise, anksiyete, depresyon ve sosyal izolasyonu sanat terapisini kullanarak yönetmek amaçlıdır (Zammit, 2011).

Özellikle kanser öyküsü bulunan ve bununla mücadele etmeyi sürdüren bireylerde sanat terapisiyle uğraşan bireylerin diğer bireylerle olan iletişimlerinin arttığı ve emosyonel iyilik halinin olumlu yönde etkilendiğini saptanmıştır (Deane ve ark., 2000; Ponto ve ark., 2003).

Oster ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da sanat terapisi uygulanan meme kanserli bireylerin hastalığa ve tedaviye uyum sürecinin sanat terapisi uygulanmayan gruba göre daha iyi olduğunu saptanmıştır (Oster ve ark., 2006).

Kanserli hastalarla yapılan diğer çalışmalarda sanat terapi uygulamalarının anksiyete ve depresyon hissini azalttığı, kendilerini daha değerli ve güçlü hissettiği, benlik saygılarının arttığı, kişiliklerinin geliştiğini ve daha fazla sosyal oldukları saptanmıştır (Dilawari ve Tripathi, 2014).

Nainis ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada sanat terapisi sonrası kanser hastalarında sık görülen semptomların birçoğunda azalma gözlemiştir (Nainis ve ark.,2006).

### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, meme ve akciğer kanserli hastalarda sanat terapisinin bulantı kusma üzerine olası etkisinin belirlenmesi amacıyla randomize kontrollü deneysel olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde Eylül 2016- Haziran 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Kemoterapi tedavisine başlamadan önce hastalara onkoloji eğitim hemşiresi tarafından tedavi ve yan etkilerine ilişkin eğitim verilmektedir. Kemoterapi ünitesi yanında isteyen hastaların tedavi sırasında rahatça ulaşabildiği resim, müzik, çeşitli aktivite ve organizasyonların, sanat koordinatörü ve gönüllü sanat severler aracılığı ile yapıldığı sanat atölyesi bulunmaktadır.

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Hastanesi ayaktan kemoterapi ünitesine Eylül 2016- Haziran 2017 tarihleri arasında meme ve akciğer kanseri tanısı ile başvuran hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise; çalışmaya katılmaya gönüllü ve araştırmaya alınma kriterlerine uygun meme kanseri (n=15) ve akciğer kanseri (n=15) olmak üzere 30 hasta kontrol grubuna, meme kanseri (n=15) ve akciğer kanseri (n=15) olmak üzere 30 hasta ise deney grubuna olmak üzere toplam 60 hasta oluşturmuştur. Örneklemin randomizasyonunu, araştırmanın uygulamasının başlangıcında randevulu ve rastgele olarak ayaktan kemoterapi ünitesine başvuran ilk hasta kontrol grubuna, bir sonraki hasta deney grubuna kabul edilerek sağlanmıştır. Hastalar bu sıra ile örneklem sayısına ulaşana kadar deney ve kontrol grubuna alınmıştır. Deney grubuna katılan bir hasta 1.kür sonrası öldüğü, 2 hasta araştırmayı ilk kürde kabul edip 2.kürde araştırmadan ayrılmak istediği için çalışmadan çıkartılmıştır.

#### 3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaşın üzerinde olma
- Bilinçli ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olma

- Meme ya da Akciğer kanseri tanısı alma
- 5-Fu, Siklofosfamid, Adriamisin, Cisplatin, Etoposid, Dasitaxel, Gemsitabin, Paklitaxel, Vinerabin içeren kemoterapilerden en az birini alma
- Birinci kür kemoterapi alıyor olma ve ikinci kürde de araştırmayı gönüllü olarak katılmayı kabul etme
- Antiemetik tedavisi almış olma
- Herhangi bir tanı konulmuş psikiyatrik rahatsızlığı olmama

### **3.5. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri**

- Antiemetik tedavisi almamış olma
- Dahil edilme kriterlerindeki kemoterapi türlerinden farklı kemoterapi alma
- Çalışmadan ayrılmak isteme

### **3.6. Araştırma Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında, Hasta tanıtım formu (EK II) ve MASCC (Multinational Association of Supportive Care in Cancer) antiemezis ölçeği (EK III) kullanılmıştır. Hasta tanıtım formu birinci uygulamada (ilk kürde) her iki gruba da yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Tedaviye özgü genel bilgiler (hastalığın tanısı, uygulanan kemoterapi protokolü adı, tedavi dozu) elde edilmesinde hasta dosyalarından yararlanılmıştır. Resim terapisi için gerekli malzemeler (resim kâğıdı, mandala, boya çeşitleri) araştırmacı tarafından karşılanmış ve evde uygulamaları için hastalara temin edilmiştir.

#### **3.6.1. Hasta Tanıtım Formu**

Hasta tanıtım formu, sosyodemografik ve hastalık özelliklerin belirlenmesine yönelik olarak; hastanın yaşı, eğitim durumu, medeni hali, yaşadığı yer, mesleği, gelir durumu, başka bir kronik hastalığı olup olmadığı ve tedaviye ait özellikleri içeren uygulanan kemoterapi rejimi, uygulanan antiemetik ilaçların sorgulandığı sorular içermektedir (Gardani ve ark., 2006; Molassiotis, 2007).

#### **3.6.2. MASCC Antiemezis Ölçeği (MAÖ)**

MASCC üyeleri tarafından ilk kez 2004 yılında oluşturulmuş olup sekiz dilde çevirisi yapılmıştır (Arapça, İngilizce, Fransızca, Almanca, İtalyanca, Portekizce, İspanyolca ve Türkçe) (Kayaalp, 2011).

Ölçekte;

- Kemoterapiden sonra ilk 24 saat süresini (akut emezis) kusma durumu, sayısı, bulantı durumu ve bulantı şiddetini değerlendiren 4 soru,
- Kemoterapiden sonraki ilk 24 saatten sonra 4 günlük süreçteki (geç emezis) kusma durumu, süresi, bulantı durumu ve şiddetini değerlendiren 4 soru yer almaktadır (EK-III).

### **3.7. Ön Uygulama**

Araştırmanın verileri toplanmadan önce Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde tedavi alan ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 6 hasta ile uygulama yapılmıştır. Ön uygulamanın sonucunda veri toplama formlarında değişiklik yapılmasına gerek duyulmamıştır. Ön uygulamaya alınan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

### **3.8. Verilerin Toplanması**

Çalışmaya katılmaya gönüllü ve araştırmaya alınma kriterlerine uygun 30 kontrol, 30 deney grubu olmak üzere toplam 60 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın uygulamasının başlangıcında randevulu ve rastgele olarak ayaktan kemoterapi ünitesine başvuran ilk hasta kontrol grubuna, bir sonraki hasta deney grubuna kabul edilerek sağlanmıştır. Hastalar bu sıra ile örneklem sayısına ulaşana kadar deney ve kontrol grubuna alınmıştır. Deney ve kontrol grubundaki hastaların, meme ve akciğer kanseri tanısına, uygulanan kemoterapi protokolüne ve kullanılan antiemetiğe göre homojen olması sağlanmıştır. Hasta tanıtım formu birinci uygulamada (ilk kürde) yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Tedaviye özgü genel bilgiler (hastalığın tanısı, uygulanan kemoterapi protokolü adı, tedavi dozu) elde edilmesinde hasta dosyalarından yararlanılmıştır. Kemoterapinin ilk günü kontrol grubundaki hastalara sadece hasta tanıtım formu uygulanırken, deney grubuna hasta tanıtım formu uygulanıp resim uygulaması yapılmıştır. Bu çalışmada deney grubundaki hastalar serbest resim ve mandala boyama yapmışlardır. Deney grubundaki hastalara bu yöntemler hakkında sanat koordinatörü tarafından bilgi verilip ve gerekli malzemeler sağlanarak resim yapmaya teşvik edilmiştir. Kemoterapi ünitesinde oldukları zamanda en az 30 dakika olmak şartıyla sanat koordinatörü eşliğinde veya da



bireysel olarak resim yapmaları sağlanmıştır. Hastalar evlerinde oldukları süreçte gerekli malzemeler verilip 4 gün boyunca evde resim yapmaları sağlanmış ve hasta telefon aracılığı ile desteklenmiştir. MASCC Antiemezis ölçeği ise her iki gruba da telefon aracılığı ile uygulanmıştır. Ölçekte kemoterapiden sonra ilk 24 saat süresini (akut emezis) kusma durumu, sayısı, bulantı durumu ve bulantı şiddetini değerlendiren 4 soru ve kemoterapiden sonraki ilk 24 saatten sonra 4 günlük süreçteki (geç emezis) kusma durumu, süresi, bulantı durumu ve şiddetini değerlendiren 4 soru deney ve kontrol grubuna telefon aracılığı ile kemoterapi kürünün 1. ve 4. gününün sonunda telefon aracılığı ile sözel olarak sorulmuştur. Aynı uygulama ikinci kürde de tekrar etmiştir.

### **3.9. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın yapılabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay (Tarih:06.01.2016 Sayı No:22), Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliğinden kurum izni (Tarih:27.01.2016 Kayıt no:3155) ve katılımcılardan bilgilendirilmiş yazılı onam alınmış olup (EK-I) çalışma gönüllülük esasına uygun yapılmıştır. Araştırmada elde edilen bilgilerde gizliliğin korunması etik ilkesine uyulmuş ve hastaların kimliği gizli tutulmuştur.

### **3.10. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi**

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi; SPSS (Statistical package for the social sciences) 21.0 paket programında yapılmıştır. Verilerin kesikli türden (nominal) ve sürekli türden (scale) olması özelliğine göre Parametrik ve Parametrik olmayan analizlerden uygun olanlar çalışmada kullanılmıştır. Kesikli (nominal) verilerin birbirleri ile analizinde çok boyutlu tablo düzenlerinde Pearson Ki kare testleri ve iki satır iki sütun düzeyindeki tabloların analizinde ise beklenen frekansların en az bir tanesinin beşten (5) küçük çıkması durumunda da Fisher Kesin (Exact) olasılık testi kullanılmıştır. Sürekli (scale) türden verilerin kesikli verilerin alt gruplarına göre ortalamalarının karşılaştırılmasında ise bağımsız iki örnek ortalaması için t testi (student t testi) kullanılmıştır. Bağımsız iki örnek ortalaması testinin yapılması aşamasında alt gruplardaki gözlem sayılarının yetersiz olması durumunda ise Parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarının istatistiki olarak anlamlılıklarını yorumlarında ise Cronbach alpha: 0,05

yanılma düzeyinden daha küçük olan P değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

### **3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırmanın en önemli sınırlılığı sınırlı sayıda meme ve akciğer kanseri hastası ile yürütülmesidir. Hastaların resim uygulamasına iki kür devam etmesi, yüksek lisans tez çalışması olması nedeniyle izlem süresinin kısa olması bir başka sınırlılığıdır.

### **3.12. Araştırmanın Değişkenleri**

**Bağımlı Değişkenler:** Hastaların bulantı şiddet puanları, bulantı, kusma sayılarıdır.

**Bağımsız Değişkenler:** Hastaların sosyo-demografik özellikleri, kemoterapi rejimi, antiemetik ilaç kullanım durumudur.

#### 4. BULGULAR

Meme ve akciğer kanserli hastalarda sanat terapisinin bulantı kusma üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın istatistiksel analizleri sonuçlarına göre elde edilen bulgular tablolar halinde verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Hastaların sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı

	Kontrol Grubu		Deney Grubu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>Yaş</b>						
40 yaş ve altı	2	6.7	2	6.7	4	6.7
41-59 yaş	16	53.3	16	53.3	32	53.3
60 yaş ve üzeri	12	40.0	12	40.0	24	40.0
	57.50 (Medyan)		55.50(Medyan)		56.00(Medyan)	
	35-65(Min-Max)		33-73(Min-Max)		33-73(Min-Max)	
	<b>p= 1.000</b>					
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	16	53.3	15	50.0	31	51.7
Erkek	14	46.7	15	50.0	29	48.3
	<b>p= 0.796</b>					
<b>Öğrenim Durumu</b>						
Okur-yazar/ilkokul	2	6.7	2	6.7	4	6.7
Lise	16	53.3	16	53.3	32	53.3
Üniversite	12	40.0	12	40.0	24	40.0
	<b>p= 0.528</b>					
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	29	96.7	30	100.0	59	98.3
Bekar	1	3.3	1	0	1	1.7
	<b>p= 1.000</b>					

**Tablo 4.1.** Hastaların sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı(devamı)

<b>Yerleşim Yeri</b>	<b>Kontrol Grubu</b>		<b>Deney Grubu</b>		<b>Toplam</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Köy/ Kasaba	6	20.0	6	20.0	12	20.0
İlçe	13	43.3	11	36.6	24	40.0
İl	11	36.7	13	43.3	24	40.0
<b>p= 0.846</b>						
<b>Meslek Durumu</b>						
Ev hanımı	10	33.3	8	26.7	18	30.0
Emekli	9	30.0	9	30.0	18	30.0
Memur- İşçi- Serbest	11	36.7	13	43.3	24	40.0
<b>p= 0.823</b>						
<b>Gelir Durumu</b>						
Gelir giderinden düşük	15	50.0	16	53.3	31	51.7
Gelir giderinden eşit ve fazla	15	50.0	14	46.7	29	48.3
<b>p= 0.796</b>						
<b>Sosyal Güvence</b>						
Var	30	100.0	30	100.0	60	100.0
Yok	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Tablo 4.1’ de Araştırmaya dahil edilen hastaların sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Hastaların %51.7’si kadın, %53.3’ü 41-59 yaş aralığında olup, yaş ortalaması  $55.50 \pm 8.392$  olarak tespit edilmiştir. Hastaların %53.3’ ünün lise mezunu olduğu, çoğunluğunun %98.3’nun evli olduğu belirlenmiştir. Hastaların %40’ının ilçe ve ilde yaşadığı, %40’ının çalışan (memur -işçi-serbest) ve %51.7’sinin geliri giderinden düşüktür. Bütün hastalar sosyal güvence kapsamındadır. Gruplardaki hastaların yaş, cinsiyet, öğrenim, yerleşim, meslek ve gelir durumlarının benzer özelliklerde olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında sosyo-demografik özellikler bakımından fark yoktur ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.2.** Hastaların kronik hastalık durumlarına göre dağılımı

Kronik Hastalık	Kontrol Grubu		Deney Grubu		Toplam	
	n	%	n	%		
Var	19	63.3	16	53.3	35	58.3
Yok	11	36.7	14	46.7	25	41.7
<b>p= 0.432</b>						
<b>Kronik Hastalığı(n:35)</b>						
Hipertansiyon (HT)	7	11.6	5	8.4	12	20.0
Diabetes Mellitus (DM)	6	10.0	6	10.0	12	20.0
DM +HT	1	1.7	2	3.3	3	5.0
Hipertroid	2	3.3	1	1.7	3	5.0
Prostat Hiperplazisi	1	1.7	0	0.0	1	1.7
KOAH	0	0.0	2	3.3	2	3.3
Parkinson	1	1.7	0	0.0	1	1.7
HT+DM+Prostat Hiperplazisi	0	0.0	1	1.7	1	1.7

Hastaların %58.3'ü kronik rahatsızlığı olduğunu belirtmiştir. Bu rahatsızlıkların dağılımı Tablo 4.2 de verilmiş olup, 12 hasta (%20) ile hipertansiyon ve Diabetes Mellitus en sık karşılaşılan kronik hastalıklar olarak tespit edilmiştir. Kronik hastalık dağılımı yönünden iki grup benzerdir (p=0.432).

**Tablo 4.3.** Hastaların tanı ve tedavi durumlarına göre dağılımları

Tanı	Kontrol Grubu		Deney Grubu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Meme Kanseri	15	50.0	15	50.0	30	50.0
Akciğer Kanseri	15	50.0	15	50.0	30	50.0
<b>p= 1.000</b>						
<b>Uygulanan Kemoterapi Rejimi</b>						
Siklofosfamid+Adriamisin	13	43.3	10	33.3	23	38.3
Siklofosfamid +Dasataksan	1	3.3	2	6.7	3	5.0
Platin içeren kombinler	15	50.0	18	60.0	33	55.0
Antimetabolit	1	3.3	0	0.0	1	1.7
<b>p= 0.811</b>						
<b>Kemoterapi sırasında Uygulanan Antiemetik</b>						
Deksametazon +Granisetron	7	23.3	4	13.3	11	18.3
Deksametazon+ Granisetron + Aprepitant	23	76.7	26	86.7	49	81.7
<b>p= 0.317</b>						
<b>Evde içmesi önerilen Antiemetik</b>						
Deksametazon +5-HT3	7	23.3	4	13.3	11	18.3
Deksametazon+5-HT3 + Aprepitant	23	76.7	26	86.7	49	81.7
<b>p= 0.317</b>						

Tablo 4.3. de grupların tanı, uygulanan kemoterapi rejimi ve antiemetik kullanım durumları karşılaştırılmıştır. Her iki grupta da akciğer (%50) ve meme (%50) kanserinin aynı oranda olduğu, uygulan tedaviye bakıldığında ise 33 hastanın (%55.0) ise Platin içeren (Etoposide, Pemetrekset, Adriamisin, Taksan ve Gemsitabin) 23 hastanın (%38.3) Siklofosfamid+Adriamisin, kemoterapi rejimlerinden aldığı tespit edilmiştir. Tanı ve uygulanan kemoterapi rejimi dağılımı bakımından iki grup arasında fark yoktur (p=1.000, p=0.811). Kemoterapi tedavisi öncesi ve evde içmesi önerilen antiemetik yönünden bakıldığında ise iki grup benzerdir (p= 0.317).

**Tablo 4.4.** Hastaların ilk kür bulantı-kusma durumlarının karşılaştırılması

Akut Kusma	Kontrol Grubu		Deney Grubu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Var	11	36.7	4	13.3	15	25.0
Yok	19	63.3	26	86.7	45	75.0
<b>p= 0.037</b>						
Akut Bulantı						
Var	26	86.7	22	73.3	48	80.0
Yok	4	13.3	8	26.7	12	20.0
<b>p= 0.197</b>						
Geç Kusma						
Var	11	36.7	7	23.3	18	30.0
Yok	19	63.3	23	76.7	42	70.0
<b>p= 0.260</b>						
Geç Bulantı						
Var	24	80.0	20	66.7	44	73.3
Yok	6	20.0	10	33.3	16	26.7
<b>p= 0.243</b>						

Tablo 4.4. de grupların ilk kürdeki bulantı kusma durumları karşılaştırılmıştır. Deney grubunda akut ve geç bulantı varlığı kontrol grubundan daha düşük çıkmıştır. Ancak bu farklılık anlamlı bulunmamıştır. (Sırasıyla  $p=0.197$ ,  $p=0.243$ ). Kusma durumları yönünden incelendiğinde ise akut dönemde deney grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı olacak şekilde düşük olduğu görülmüştür ( $p=0.037$ ). Ancak geç kusma durumları yönünden gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p=0.260$ ).

**Tablo 4.5.** Hastaların ikinci kür bulantı-kusma durumlarının karşılaştırılması

Akut Kusma	Kontrol Grubu		Deney Grubu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Var	7	23.3	2	6.7	9	15.0
Yok	23	76.7	28	93.3	51	85.5
<b>p= 0.145</b>						
<b>Akut Bulantı</b>						
Var	23	76.7	21	70.0	44	73.3
Yok	7	23.3	9	30.0	16	26.7
<b>p= 0.559</b>						
<b>Gecikmiş Kusma</b>						
Var	8	26.7	4	13.3	12	20.0
Yok	22	73.3	26	86.7	48	80.0
<b>p= 0.197</b>						
<b>Gecikmiş Bulantı</b>						
Var	25	83.3	16	53.3	41	68.3
Yok	5	16.7	14	46.7	19	31.7
<b>p= 0.012</b>						

Hastaların ikinci kürdeki bulantı kusma durumları Tablo 4.5’de karşılaştırılmıştır. Akut bulantı varlığı her iki grupta benzerken ( $p=0.559$ ), geç bulantı varlığı deney grubunda daha düşük saptanmış olup gruplar arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ( $p=0.012$ ). Akut ve geç dönemdeki kusma varlığı bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık olmamakla birlikte deney grubunda akut ve geç dönem kusma daha az görülmüştür (Sırasıyla  $p=0.145$ ,  $p=0.197$ ).



**Tablo 4.6.** Hastaların ilk kür bulantı-kusma sıklık ve şiddetlerinin karşılaştırılması

	<b>Kontrol Grubu</b>	<b>Deney Grubu</b>
	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>
	<b>Medyan (Min-Maks)</b>	<b>Medyan (Min-Maks)</b>
<b>Akut Kusma Sıklığı</b>	0.43 ± 0.62 0.00 (0 – 2)	0.17 ± 0.46 0.00 (0 – 2)
	<b>p= 0.065</b>	
<b>Akut Bulantı Şiddeti</b>	3.67 ± 2.61 3.00 (0 – 8)	1.87 ± 1.92 1.00 (0 – 8)
	<b>p= 0.004</b>	
<b>Geç Kusma Sıklığı</b>	0.53±0.77 0.00 (0-2)	0.521±0.09 0.00 (0-2)
	<b>p= 0.124</b>	
<b>Geç Bulantı Şiddeti</b>	3.57±2.51 4 (0-8)	2.23±2.01 2 (0-8)
	<b>p= 0.027</b>	

Tablo 4.6 da grupların ilk kürdeki bulantı-kusma sıklık ve şiddet dağılımlarının karşılaştırılması verilmiştir. İlk kürde hastaların bulantı durumları incelendiğinde akut bulantı şiddetinin kontrol grubunun ( $3.67 \pm 2.61$ ) deney grubuna göre ( $1.87 \pm 1.92$ ) daha yüksek olduğu ve geç bulantı şiddetinin kontrol grubunda ( $3.57 \pm 2.51$ ), deney grubuna ( $2.23 \pm 2.01$ ) göre yüksek olup gruplar arası farkın anlamlı olduğu görülmüştür ( $p=0.004$ ;  $p=0.027$ ). Hastaların akut ve geç kusma sıklığı anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.7.** Hastaların ikinci kür bulantı-kusma sıklık ve şiddetlerinin karşılaştırılması

	Kontrol Grubu	Deney Grubu
	X±SS Medyan (Min-Maks)	X±SS Medyan (Min-Maks)
Akut Kusma Sıklığı	0,30±0,596 0,00 (0-2)	0,07±0,254 0,00 (0-1)
<b>p= 0,053</b>		
Akut Bulantı Şiddeti	2,87±2,417 2,50 (0-8)	1,30±1,149 1 (0-3)
<b>p= 0,002</b>		
Geç Kusma Sıklığı	0,30±0,535 0,00 (0-2)	0,17±0,461 0,00 (0-2)
<b>p= 0,305</b>		
Geç Bulantı Şiddeti	3,30±2,227 3,50 (0-9)	1,47±1,943 1 (0-8)
<b>p= 0,001</b>		

İkinci kürde hastaların akut ve geç bulantı şiddetleri deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olacak şekilde daha düşük bulunmuştur (sırasıyla p=0.002, p=0.001 p<0.005). Hastaların akut kusma sıklığı istatistiksel olarak sınırda olmakla birlikte gruplar arası akut ve geç kusma sıklığı yönünden anlamlı bulunmamıştır (Sırasıyla p= 0.053, p=0,305 p >0.05).

**Tablo 4.8.** Hastaların kürler arasındaki bulantı şiddetlerindeki değişim

Gruplar	Akut Bulantı Şiddeti		Geç Bulantı Şiddeti	
	1.KÜR X±SS n	2.KÜR X±SS n	1.KÜR X±SS n	2.KÜR X±SS n
Kontrol Grubu(n=30)	4.23 ±2.34 n=26	3.74 ± 2.07 n=23	4.46 ± 1.96 n=24	3.96 ± 1.88 n=25
<b>p=0.442</b>		<b>p=0.368</b>		
Deney Grubu(n=30)	2.55 ±1.82 n=22	1.86 ± 0.91 n=21	3.19 ± 1.63 n=21	2.75 ± 1.88 n=16
<b>p=0.127</b>		<b>p=0.451</b>		

Tablo 4.8. de Kontrol ve deney gruplarının kürler arasındaki bulantı şiddetlerinin değişimi incelendiğinde, kontrol ve deney grubun ikinci kürlerinde akut ve geç bulantı şiddetlerinde birinci küre göre bir azalma olduğu belirlenmiş fakat kürler arasındaki bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

**Tablo 4.9.** Hastaların kürleri arasındaki kusma durumlarındaki değişimi

Gruplar	Akut Kusma		Geç Kusma	
	1.KÜR	2.KÜR	1.KÜR	2.KÜR
Kontrol Grubu(n=30)	n=11 Ortalama Sıra 9.14	n=7 Ortalama Sıra 10.07	n=11 Ortalama Sıra 11.32	n=8 Ortalama Sıra 8.19
	<b>p=0.724</b>		<b>p=0.238</b>	
Deney Grubu(n=30)	n=4 Ortalama Sıra 3.75	n=2 Ortalama Sıra 15.00	n=7 Ortalama Sıra 5.79	n=4 Ortalama Sıra 6.38
	<b>p=0.800</b>		<b>p=0.788</b>	

Tablo 4.9. da Kontrol ve deney gruplarının kürleri arasındaki kusma durumları incelendiğinde, kontrol ve deney grubunun kürleri arasındaki bu değişimi anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde meme ve akciğer kanserli hastalarda sanat terapisinin bulantı kusma üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmış olan araştırmanın elde edilen bulguları literatür ışığında tartışılmıştır.

Son dönemde yayınlanan klinik rehberlerde de bulantı-kusmanın tedavisi, farmakolojik yaklaşımların kullanımına temellenmiştir. Çalışmamızda hastaların %36.6'sının Siklofosamid+Adriamicin(CA) %31.7'sinin ise Platin ve diğer (etoposide, Alimta ve Gemsitabin) kemoterapi rejimlerinden aldığı tespit edilmiştir. Bu ilaçların kombinasyonları ematojenik düzeyi yüksek ve ortadır. Bu rehberlerde, ematojenite düzeyi yüksek olan kemoterapi protokollerinde, bulantı-kusmanın akut döneminde deksametazon+5-HT3 reseptör antagonisti+aprepitant, geç döneminde ise deksametazon+aprepitant kullanımı önerilmektedir. Ematojenite düzeyi orta olan kemoterapi protokollerinde ise, akut fazda deksametazon ile birlikte 5-HT3 reseptör antagonisti, geç fazda sadece 5-HT3 reseptör antagonisti kullanımı önerilmektedir (Jordan ve ark., 2007). Hastalarımız, hekim istemi ile uygulanan tedavi protokolüne dayanarak standart antiemetik tedavi almıştır (Tablo 4.3). Uygulanan antiemetik tedaviler literatüre uyumluluk göstermekle birlikte kemoterapi uygulanan hastalarda bulantı kusmanın yönetiminde yeterli olmadığı bilinmektedir (Molassiotis ve ark., 2007).

Bulantı-kusma, kemoterapi uygulanan hastanın tedaviye uyumunda önemli bir değişkendir (Foubert ve Vaessen, 2005). Çalışmamızda ilk küründe %80'nin akut bulantı, %73.3'ünün geç bulantı %25'inin akut kusma, %30'unun geç kusma yaşadığı ikinci kürde ise %73.3'ünün akut bulantı, %68.3'ünün gecikmiş bulantı, %15'inin akut kusma, %20'sinin gecikmiş kusma deneyimlediği saptanmıştır (Tablo 4.4 ve Tablo 4.5). Kanser hastaların antiemetik profilaksiye rağmen akut ve gecikmiş bulantı ve kusma görülme sıklığının %50'den fazla olduğu belirtilmiştir. Sistemik kemoterapinin neden olduğu bulantı ve kusma ise hastaların %70-80'inde görülmektedir (Foubert ve Vaessen, 2005). Literatür incelendiğinde kemoterapiye bağlı akut bulantı yaşayan hasta oranı %3.2 ile %47 arasında, gecikmiş bulantı yaşayan hasta oranının ise %15 ile %68 arasında değiştiği, kusma yaşama deneyimi

ile ilgili literatür incelendiğinde akut kusma yaşayan hasta oranı %5.1 ile %38.2 arasında, gecikmiş kusma deneyiminin ise %19 ile %67.8 arasında değiştiği belirtilmiştir. Akut ve gecikmiş bulantı ile ilgili çalışma sonuçları literatürdeki çalışma sonuçları ile benzer bulunmuştur (Ballotori ve ark. 2007; Cohen ve ark. 2007; Hilarius ve ark. 2011; Akechi ve ark. 2010; Haiderali ve ark. 2010; Pirri ve ark. 2011; Farrell ve ark. 2013).

Bulantı ve kusmanın kontrolü konusunda geliştirilen rehberlerde etkinliği kanıtlanmış non-farmakolojik yaklaşımların tek başına ya da farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanımının uygun olacağı bildirilmiştir (Tipton ve ark. 2007; Geue ve ark., 2010). Bulantı-kusmanın kontrol altına alınmasında etkili non-farmakolojik tedavi yöntemlerinden biriside sanat terapisi (Stuckey ve Nobel 2010). Bu çalışmada resim yapan hastaların resim yapmayanlara göre kemoterapinin birinci küründe akut ve geç bulantı, akut ve geç kusma yaşama durumlarının daha düşük olduğu, fakat sadece akut kusma yaşamada gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p = 0.037$ ) (Tablo 4.4). Bu çalışmada resim yapan hastaların resim yapmayanlara göre kemoterapinin ikinci küründe akut ve geç bulantı, akut ve geç kusma yaşama durumlarının daha düşük olduğu, ancak ikinci kürde geç bulantı varlığı resim yapan hastalarda anlamlı derecede düşük çıkmıştır ( $p=0.012$ ) (Tablo 4.5). Radyoterapi alan tanıları farklı olan kanser hastalarının dahil edildiği ve çeşitli boyama tekniklerinin (manzara boyama, porte boyama vb.) haftada iki kez 4 hafta süresince uygulandığı çalışmada ikinci hafta yapılan ölçümlerde boyama yapan hastaların bulantılarının anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır (Lee ve ark.,2017). Araştırmamız grupların bulantı şiddetleri yönünden değerlendirildiğinde birinci ve ikinci kürde hastaların akut bulantı ve geç bulantı şiddetleri resim yapan grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ). (Tablo 4.6 ve Tablo 4.7). Resim yapan hastaların akut ve geç kusma sıklığı yapmayanlara göre birinci ve ikinci kürde anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.6 ve Tablo 4.7). Literatürde sadece resim sanatının bulantı kusmaya etkisini inceleyen çalışmaya ulaşılamamıştır. Çalışmalarda sanat terapisinin kemoterapiye bağlı yaşanan genel semptomlara ve yaşam kalitesine etkisine yer verilmiştir.

Kemoterapi alan hastalarla yapılan başka bir çalışmada hastaların farklı boyama tekniklerini en az hafta bir kez kullanarak 4 hafta boyunca yaptıkları boyama çalışması sonucu hastaların yaşam kalitesinin fiziksel, psikolojik, sosyal alt boyutlarında iyileşme olduğu saptanmıştır (Koom ve ark., 2016)

Madden ve arkadaşları (2010) beyin tümörü tanısı olan ve kemoterapi alan 16 çocuğu kapsayan randomize kontrollü çalışmada sanat terapisi yapan çocukların bulantılarının azaldığı, yaşam kalitelerinde yükselme olduğunu saptamışlardır (Madden ve ark., 2010). Bir başka çalışmada resminde içinde olduğu haftada bir saat uygulanan sanat terapisinin bulantıda anlamlı fark oluşturmamakla beraber genel olarak ağrı, bulantı, iştahsızlık, yorgunluk, anksiyete ve depresyonu azatlığı gösterilmiştir (Nainis ve ark.,2006). Svensk ve arkadaşları meme kanseri hastaları kapsayan randomize kontrollü çalışmalarında haftada bir saat sanat terapisi uygulan kadınların fiziksel ve psikolojik semptomlarının daha düşük olduğu ve yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır (Svensk ve ark.,2011).

Çalışmamızda kontrol ve deney gruplarının kürler arasındaki bulantı şiddetlerinin değişim incelendiğinde, kontrol ve deney grubun ikinci kürlerinde akut ve geç bulantı şiddetlerinde birinci küre göre bir azalma olduğu belirlenmiş fakat kürler arasındaki bu değişim anlamlı bulunmamıştır. Kontrol ve deney gruplarının kürler arasındaki kusma durumları incelendiğinde, kontrol ve deney grubunun kürler arasındaki bu değişimi anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.8 ve Tablo 4.9). Amerika da Simon tarafından 2013 yılında yapılan araştırmada, 1,576 kanser hastasıyla çalışılmış 27 farklı sanatla terapi yöntemi uygulanmış ve sonucunda ise hastaların yaşam dirençlerinin artmış ve takıntılarında uzaklaşıp dikkati başka yöne çekildiği görülmüştür. Sanat terapisinin çok önemli ölçüde anksiyete, depresyon ve fiziksel acıyı azaltıp; hastaların yaşam kalitelerini artırdığı gözlenmiştir (Simon, 2013).

Sanat terapisinin kanser hastalarının yaşadıkları semptomlara etkisini değerlendiren 12 çalışmanın incelendiği sistematik derlemde, sanat terapisinin kanser hastalarının yaşadıkları semptomlarda rahatlama sağladığı belirtilmiştir. Ayrıca sanat terapisinin kanser hastalarının yaşadıkları kayıp, belirsizlik ve değişimlerin süreci kolaylaştırdığı vurgulanmıştır (Wood ve ark.,2011).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

- Hastaların %36.6'sının Siklofosfamid+Adriamicin (CA) %31.7'sinin ise Platin ve diğer (etoposide, Alimta ve Gemsitabin) kemoterapi rejimlerinden aldığı
- İlk kürde %80'nin akut bulantı, %73.3'ünün geç bulantı %25'inin akut kusma, %30'unun geç kusma yaşadığı
- İkinci kürde ise %73.3'ünün akut bulantı, %68.3' ünün gecikmiş bulantı, %15'inin akut kusma, %20'sinin gecikmiş kusma deneyimlediği
- İlk kürde resim yapan hastaların resim yapmayanlara göre, sadece akut kusma yaşamada resim yapanların anlamlı derecede düşük çıktığı
- İkinci kürde sadece geç bulantı varlığı resim yapan hastalarda anlamlı derecede düşük çıktığı
- Gruplar bulantı şiddetleri yönünden değerlendirildiğinde birinci ve ikinci kürde hastaların akut bulantı ve geç bulantı şiddetleri resim yapan grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur
- Resim yapan hastaların akut ve geç kusma sıklığı yapmayanlara göre birinci ve ikinci kürde anlamlı bulunmamıştır.

## 6.2. Öneriler

- Sanat terapisinin bulantı kusmaya etkisini nitel ve nicel teknikler birlikte kullanılarak daha büyük örneklerle incelenmesi
- Kemoterapiye bağılı olarak gelişen bulantı-kusmanın kontrolünde sanat terapisinin farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanılması konusunda hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi,
- Resim konusunda hasta ve ailesine eğitim ve danışmanlık verilmesi,
- Bulantı oluşumunu ve şiddetini azaltan non-farmakolojik yöntemlerden birisi olan sanat terapisinin ülkemizde uygulamasının yaygınlaştırılması,
- Kemoterapi ünitelerinde tedavi sırasında hastaların kolay ulaşılacağı sanat atölyeleri ve sanat koordinatörlerinin sayısının artırılması,
- Bulantı kusmanın yönetimine ilişkin hemşirelik uygulamaları içerisinde hastaların sanat terapisine yönlendirilerek dikkatin başka yöne çekilmesinin sağlanması ve danışmanlık verilmesi önerilebilir.



## KAYNAKLAR

Akkoçlu, A. Türk Toraks Derneği, Akciğer kanserinde genel tedavi yaklaşımı. Akkoçlu A (ed), Türkiye Klinikleri Göğüs Hastalıkları, 2006; 2(3): 230-233.

Akkoçlu A., Öztürk C. (Eds) Akciğer Kanseri- Multidisipliner Yaklaşım, Toraks Derneği Toraks Kitapları 1, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara,1999; s: 300-302.

Akechi T, Okuyama T, Endo C, Sagawa R ve ark. Anticipatory nausea among ambulatory cancer patients undergoing chemotherapy: Prevalence, associated factors, and impact on quality of life. The Official Journal of the Japanese Cancer Association, 2010; 101: 2596-2600.

Alberg AJ, Ford JG, Samet JM. Epidemiology of lung cancer: ACCP evidencebased clinical practice guidelines (2nd edition). Chest. 2007;132:29-55

American Art Therapy Association (2007).

Arabacı, G.,Aslan, F.E., Ağrı kontrolüne kanıt temelli yaklaşım; masaj ve aromaterapi. Türkiye Klinikleri Dergisi, 2012; 4 (1), 30-36.

Aprepitant. Türkiye ilaçla Tedavi Kılavuzu Formülleri. Editör: S.Oguz Kayaalp. Pelikan Yayıncılık Ltd. Sti. Ankara, 2011, 274-275

Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş ve Ark. Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006, 10(1): 15-28.

Aydıntuğ, S. Meme kanserinde erken tanı. Sted, 2004; 13(6), 226-229.

Aydiner, A.,Topuz, E., Meme Kanseri Tanı -Tedavi -Takip. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2006; 210-250

Başaklar AC. Kanser, temel bilgiler, korunma, tanı, tedavi. Ersa Matbaacılık, Ankara, 1998; s: 67-71

Ballatori E, Roila F, Ruggeri B, Betti M ve ark. The impact of chemotherapy-induced nausea and vomiting on health-related quality of life. *Support Care Cancer*, 2007; 15: 179-185.

Beckles MA, Spiro SG, Colice GL, Rudd RM. Initial evaluation of the patient with lung cancer: symptoms, signs, laboratory tests, and paraneoplastic syndromes. *Chest*. 2003; 123 :97-104.

Beyzadeoglu, M., Ozyigit, G., Ebruli, C. Genitourinary system cancers. *Basic Radiation Oncology*. New York, 2010; 16(1): 472-477

Bozcuk, H., Ozcan, K., Erdogan, C., Mutlu, H., Demir, M., & Coskun, S. A comparative study of art therapy in cancer patients receiving chemotherapy and improvement in quality of life by watercolor painting. *Complementary Therapies in Medicine*, 2017; 30, 67-72.

Bouganim N, Dranitsaris G, Hopkins S, Vandermeer L ve ark. Prospective validation of risk prediction indexes for acute and delayed chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Current Oncology*, 2012; 19: 414-421.

Brauer, M. *Mandala Sacred Circle In Tibetan Buddhism*. Stuttgart:Arnoldsche Art Publishers.2009; 21:400-409

Buccheri G, Ferrigno D. Lung cancer: clinical presentation and specialist referral time. *Eur Respir J*. 2004;24:898-904.

Can, G. *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi: Mavi İletişim Danışmanlık AŞ Medikal Yayıncılık*. 2007; 15-30

Camilla Connel. *Something Understood*. *Art Therapy in Cancer Care* 1998;21(1):94-96

Case, C.& Dalley, T. *Handbook of art therapy*. London: Routledge. 2006; 2 rd ed. pp.1-10

Cathy Malchiodi, Cool Art Therapy Intervention #6: Mandala Drawing. *Psychologytoday.com* (2010).

Chien, T.J., Liu, C.Y., Hsu, C.H. Integrating Acupuncture into Cancer Care. *J Tradit Complement Med*, 2013; 3 (4), 234-239

Collins LG, Haines C, Perkel R, Enck RE. Lung cancer: Diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2007;75(1):56–63.

Cohen, I.J., Zehavi, N., Buchwald, I., Yaniv, Y., Goshen, Y., Kaplinsky, C. ve diğerleri. Oral ondansetron: an effective ambulatory complement to intravenous ondansetron in the control of chemotherapy-induced nausea and vomiting in children. *Pediatr Hematol Oncol*, 1995; 12 (1), 67-72

Cohen L, Moor CA, Eisenberg P, Ming EE ve ark. Chemotherapy-induced nausea and vomiting-incidence and impact on patient quality of life at community oncology settings. *Support Care Cancer*, 2007; 15: 497–503.

Collie K, Bottorff JL, Long BC. A narrative view of art therapy and art making by women with breast cancer. *J Health Psychol* 2006; 11:761-775.

Deane K, Fitch M, Carman M. An innovative art therapy program for cancer patients. *Can Oncol Nurs J* 2000; 10:147-157.

Deng, G., Cassileth, B.R., Yeung, K.S. Complementary therapies for cancer-related symptoms. *J Support Oncol; discussion*, 2004, 2 (5), 419-426; 427-419.

Dewan P, Singhal S, Hart D. Management of Chemotherapy- Induced Nausea and Vomiting. *Indian Pediatrics* 2010; 47: 149-155.

Dibble SL, Luce J, Cooper BA, et al. Acupressure for chemotherapy-induced nausea and vomiting: a randomized clinical trial. *Oncol Nurs Forum* 2007;34(4): 813-20.

Dilawari, K., & Tripathi, N. Art therapy: A creative and expressive process. *Indian Journal of Positive Psychology*, 2014; 5(1), 81.

Divisi D, Di Tommaso S, Salvemini S, Garramone M, Crisci R. Diet and cancer. *Acta Biomed.* 2006; 77:118-123.

Duran Ö. Kendi Kendine Meme Muayenesi ile İlgili Verilen Planlı Eğitimin Kadınların Sağlık İnançları ve Algılanan Sağlık Durumlarına Etkisi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2008, Sivas (Danışman: Prof. Dr. Ferit Koçoğlu)

Esener Zeynep, Klinik Anestezi Logos yayıncılık 2006; sayfa 602-621.

Feeney K, Cain M, Nowak A. Chemotherapy- Induced Nausea and Vomiting Prevention and Treatment. *Australian Family Physician*, 36, 702-706, 2007.

Ferreira KASL, Kimura M, Teixeira JM, Mendoza TR ve ark. Impact of cancer-related symptom synergisms on health-related quality of life and performance status. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2008; 35: 604-616.

Farrel C, Brearly SG, Pilling M, Molassiotis A. The impact of chemotherapy-related nausea on patients nutritional status, psychological distress and quality of life. *Support Care Cancer*, 2013; 21: 59–66.

Franklin M., Siemon T. Toward an Understanding of the Fundamental Healing and Therapeutic Qualities of Art. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine* 2008; 6: 1-6.

Gardani G, Cerrone R, Biella C, et al. Effect of acupressure on nausea and vomiting induced by chemotherapy in cancer patients. *Minerva Med.* 2006;97(5) :391-400.

Geue, K., Goetze, H., Buttstaedt, M., Kleinert, E., Richter, D., & Singer, S. An overview of art therapy interventions for cancer patients and the results of research. *Complementary therapies in medicine*, 2010;18(3), 160-170.

Genç, A. Kemoterapi Alan Hastalarda Bulantı- Kusmanın Önlenmesinde Akupressure'ın Etkinliği. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç hastalıkları hemşireliği yüksek lisans tezi, 2011, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Gülbeyaz CAN)

Gençtürk, N. The status of knowledge and practice of early diagnosis methods for breast cancer by women healthcare professionals. *J Breast Health*, 2013; 9(1), 5-9.

Glaister J. Projective Drawings: Helping Adult Survivors of Childhood Abuse Recognize Boundaries. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 1994; 32(10), 28-34.

Glaus A, Knipping C, Rudolf M, Böhme C ve ark. Chemotherapy-induced nausea and vomiting in routine practice. *Support Care Cancer*, 2004; 12: 708–715.

Goodman, M. Risk factors and antiemetic management of chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Oncol Nurs Forum*, 1997; 24 (7 Suppl), 20-32.

Grunberg, S.M., Hesketh, P.J. Control of chemotherapy-induced emesis. *N Engl J Med*, 1993; 329 (24), 1790-1796.

Grunberg S.M. Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: Prevention, Detection and Treatment-How are We Doing? *The Journal of Supportive Oncology*, 2004; Suppl.1: 1-12

Haiderali A, Menditto L, Good M, Teitelbaum A. ve ark. Impact on daily functioning and indirect/direct costs associated with chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV) in a US population. *Support Care Cancer*, 2010; 10; 915-919.

Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Waldron W, Altekruse SF, Kosary CL, Ruhl J, Tatalovich Z, Cho H, Mariotto A, Eisner MP, Lewis DR, Chen HS, Feuer EJ, Cronin KA, Edwards BK (eds). *SEER Cancer Statistics Review, 1975-2008*, National Cancer Institute. Bethesda, MD, [http://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2008/](http://seer.cancer.gov/csr/1975_2008/) , based on November 2010 SEER data submission, posted to the SEER web site, 2011.

Hesketh PJ, Kris MG, et al. Proposal for Classifying the Acute Ematogenicity of Cancer Chemotherapy, *J. Clin Oncol* 1997; 15: 103-109.

Hesketh PJ, Sanz-Altamira P, Bushey J, Hesketh AM. Prospective evaluation of the incidence of delayed nausea and vomiting in patients with colorectal cancer receiving oxaliplatin-based chemotherapy. *Support Care Cancer*, 2012; 20: 1043

Henry DH, Viswanathan HN, Elkin EP, Traina ve ark. Symptoms and treatment burden associated with cancer treatment: results from a cross-sectional national survey in the U.S. *Support Care Cancer*, 2008; 16: 796-801.

Hilarius D.L, Kloeg P.H, Wall E, Heuvel J.J.G. ve ark. Chemotherapy-induced nausea and vomiting in daily clinical practice: a community hospital-based study. *Support Care Cancer*, 2012; 20: 107-117.

Hintistan S, Çilingir D, Nural N, Akkaş Gürsoy A. Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012; 3: 153-164.

Ihbe-Heffinger A, Ehlken B, Bernard R, Berger K ve ark. The impact of delayed chemotherapy-induced nausea and vomiting on patients, health resource utilization and costs in German cancer centers. *Annals of Oncology*, 2004; 15: 526–536.

İtil O. Akciğer kanserlerinin epidemiyolojisi ve etyolojisi. In: Haydaroğlu A; ed. *Akciğer kanserleri: Tanı ve tedavi*. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi; 2000. s.15-34.

Jemal A, Thomas A, Murray T et al. Cancer statistics.CA *Cancer J Clin* 2002; 52: 23-47.

Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, *Cancer J Clin* 2006;56:106.

Jones E, Isom S, Kemper KJ, et al. Acupressure for chemotherapy-associated nausea and vomiting in children. *J Soc Integr Oncol* 2008; 6(4): 141-5.

Jordan K, Kasper C, Hans JS. Chemotherapy-induced nausea and vomiting: current and new standart in the antiemetic prophylaxis and treatment, *European Journal of Cancer*, 2005; 41: 199-205.

Jordan K, Sippel C, Schmoll HJ. Guidelines for Antiemetic Treatment Of Chemotherapy- Induced Nausea And Vomiting: Past, Present And Future Recommendations. The Onkologist Symptom Management and Supportive Care 2007; 12: 1143-1150.

Kalaycı G. "Genel Cerrahi Cilt-1" 2002; 41:533-630.

Kamen, C., Tejani, M.A., Chandwani, K., Janelins, M., Peoples, A.R., Roscoe, J.A. ve diğeri. Anticipatory nausea and vomiting due to chemotherapy. Eur J Pharmacol,2014; 722, 172-179.

Karadakovan, A, Aslan, E. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Adana Nobel Kitapevi, Adana,2009; s: 179-188.

Karamehmetoğlu S.S. Bilimsel Verilerin Işığında Akupunktur ve Fiziksel Tıp ile Rehabilitasyon, Akupunktur Dergisi,2001;11(42):1-4.

Karabulut B. Kemoterapi Prensipleri ve Kemoterapinin Yan Etkileri, IX. Ege Onkoloji Günleri Kitabı, İzmir,2004: 84-96

Kearney N, Miller M, Maguire R, Dolan S ve ark. Wisecare: Results of a European study of a nursing intervention for the management of chemotherapy-related symptoms. European Journal Of Oncology Nursing, 2008; 12: 443-448.

Kreuzer M, Kreienbrock L, Gerken M, Heinrich J, Bruske-Hohlfield I, Muller KM, Wichmann HE. Risk factors for lung cancer in young adults. Am J Epidemiol. 1998; 147: 1028-37

Kris M.G., J Clinical Oncology; 2006; 2932-2947

Lee, J., Choi, M. Y., Kim, Y. B., Sun, J., Park, E. J., Kim, J. H., ... & Koom, W. S. Art therapy based on appreciation of famous paintings and its effect on distress among cancer patients. Quality of Life Research,2017; 26(3), 707-715.

Lindley, C., Goodin, S., McCune, J., Kane, M., Amamoo, M.A., Shord, S. ve diğeri. Prevention of delayed chemotherapy-induced nausea and vomiting after

moderately high to highly emetogenic chemotherapy: comparison of ondansetron, prochlorperazine, and dexamethasone. *Am J Clin Oncol*, 2005; 28 (3), 270-276

Lippman ME. Breast Cancer. In: Longo DL, editor. *Harrison's Hematology and Oncology*. New York McGraw Hill; 2010, p. 459-71.

Madden, J. R., Mowry, P., Gao, D., McGuire Cullen, P., & Foreman, N. K. Creative arts therapy improves quality of life for pediatric brain tumor patients receiving outpatient chemotherapy. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 2010; 27(3), 133-145

Magill L. The use of music therapy to address the suffering in advanced cancer pain. *J Palliat Care* 2001; 17:167-173.

Malchiodi CA. Medical art therapy: contributions to the field of arts medicine. *International Journal of Arts Medicine* 1993; 2(2):28-31.

Malchiodi CA. Using art therapy with medical support groups. In *Handbook of Art Therapy*, 1st ed. (Ed CA Malchiodi). New York, Guilford Press, 2003; 351-361

Malchiodi, C.A. Expressive Therapies History, Theory, and Practice. In. C.A. Malchiodi (Ed.), *Expressive Therapies* Newyork: Guilford pres, 2005; pp.1-15.

Maitra A, Kumar V. The lung. n: Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Mitchell RN. Eds. *Robbins pathologic basis of disease: 8th ed*. Philadelphia: WB Saunders, 1994: 529-530.

Mason, Robert J, V Courtney Broaddus, Thomas Martin, Talmadge E King Jr, Dean Schraufnagel, John F Murray, and Jay A Nadel. *Murray and Nadel's textbook of respiratory medicine: 2-volume set (Elsevier Health Sciences)*, 2010; 159-162

Miller M, Kearney N. Chemotherapy-related nausea and vomiting-Past reflections, present practice and future management. *European Journal of Cancer Care* 2000 13(1): 71-81.



Molassiotis A, Helin AM, Dabbour R, Hummerston S, The effects of P accupressure in the prophylaxis of chemotherapy related nausea and vomiting in breast cancer patients. *Combi Ther med* 2007;15(1): 3-12.

Molassiotis A, Stricker CT, Eaby B, Velders L ve ark. Understanding the concept of chemotherapy-related nausea: the patient experience. *European Journal of Cancer Care*, 2008; 17: 444–453

Molassiotis A, Stamataki Z, Kontopantelis E. Development and preliminary validation of a risk prediction model for chemotherapy-related nausea and vomiting. *Support Care Cancer*, 2013; 2: 1843-1851.

Morrow, G.R., Roscoe, J.A., Hickok, J.T., Stern, R.M., Pierce, H.I., King, D.B. ve diğerkleri. Initial control of chemotherapy-induced nausea and vomiting in patient quality of life. *Oncology (Williston Park)*,1999; 12 (3 Suppl 4), 32-37.

Moreno JJ. İçimizdeki Müziği Eylemek. Müzik Terapisi ve Psikodrama (Çeviri Ed İ Doğaner). Atadost Matbaacılık, İzmir, 2001; s:223-335

Muss HB. Meme Kanseri ve Benign Lezyonların Ayırıcı Tanısı. In: Goldman L, Ausiello D, editors. *Cecil Medicine*. 23 ed. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2011. p. 1501-10.

Navari, R.M. Aprepitant: a neurokinin-1 receptor antagonist for the treatment of chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Expert Rev Anticancer Ther*, İzmir, 2004; 4 (5), 715-724.

Navari, R.M. Antiemetic control: toward a new standard of care for emetogenic chemotherapy. *Expert Opin Pharmacother*,2009; 10 (4), 629-644.

Nainis, N., Paice, J. A., Ratner, J., Wirth, J. H., Lai, J., & Shott, S. Relieving symptoms in cancer: Innovative use of art therapy. *Journal of Pain and Symptom Management*,2006; 37(2), 162-169.

Omenn GS, Merchant J, Boatman E, Dement JM, Kuschner M, Nicholson W, Peto J, Rosenstock L. Contribution of environmental fibers to respiratory cancer. *Environ Health Perspect.* 1986;70:51-56.

Oster, I., Svensk A, Magnusson E., Thyme K.E., Sjodin M., Aström S., et al. Art therapy improves coping resources: a randomized, controlled study among women with breast cancer. *Palliat Support Care*, 2006; 4, 57-64

Oster I, Magnusson E, Thyme KE, Lindh J, Aström S. Art therapy for women with breast cancer: the therapeutic consequences of boundary strengthening. *The Arts in Psychotherapy* 2007; 34: 277-288.

Özçelik, H., Fadiloğlu, Ç. Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım nedenleri. *Türk onkoloji dergisi*, 2009; 24, (1), 48-52.

Öztürk C, Yurdakul AS. Akciğer kanserinde genel tedavi yaklaşımı. Akkoçlu A (ed) *Akciğer Tümörleri Özel Sayısı, Türkiye Klinikleri Göğüs Hastalıkları*, 2004; 2(3): 230-233

Peto R, Doll R, Buckley JD, et al. Can dietary beta-carotene materially reduce human cancer rates? *Nature* 290:201–208, 1981.

Pirri C, Bayliss E, Trotter J, Olver I.N ve ark. Nausea still the poor relation in antiemetic therapy? The impact on cancer patients' quality of life and psychological adjustment of nausea, vomiting and appetite loss, individually and concurrently as part of a symptom cluster. *Support Care Cancer*, 2013; 21: 735–748

Pirri C, Katris P, Trotter J, Bayliss E ve ark. Risk factors at pretreatment predicting treatment-induced nausea and vomiting in Australian cancer patients: a prospective, longitudinal, observational study. *Support Care Cancer*, 2011; 19: 1549–1563

Polat AK, Soran A. Metastatik Meme Kanseri Tanısı Alanlarda Primer Tümör Cerrahisinin Yeri. *Ulusal Cerrahi Dergisi*. 2010; 26:185-91.

Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Adjuvant bisphosphonate treatment in early breast cancer: meta-analyses of individual patient data from randomised trials. *The Lancet*. 2015;386(10001): 1353-1361.

Ponto, J.A., Frost, M.H., Thompson, R., Allers, T., Will T.R., Zahasky K., et al. Stories of breast cancer through art. *Oncology Nursing Forum*, 2003. 30(6), 1007-1013.

Popovic M, Lao N, Zeng L, Zhang L ve ark. The impact of clinical and sociodemographic features on quality of life in patients with early stage cancers using the Functional Assessment of Cancer Therapy-General assessment tool. *Support Care Cancer*, 2013; 13: 1789.

Rhodes VA, McDaniel RW. Nausea, vomiting, and retching: complex problems in palliative care. *Cancer Journal for Clinicians*, 2001; 51: 232–248.

Ries L.A.G, Eisner M.P, Kosary C.L., (Eds) *SEER Cancer Statistics Review*, National Cancer Institute Bethesda, 2003; s:89-94,

Roila F, Herrstedt J, Aapro M. Guideline update for MASCC and ESMO in the prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced nausea and vomiting: results of the Perugia consensus conference. *Ann Oncol* 2010; 21 Suppl 5: 232.

Ruddon, W.R. *Cancer Biology Fourth Edition*. Oxford University Press Inc. New York, USA, 2007; 25:123-125

Sadiggha A, Nurai N. Acupressure wristbands versus metoclopramide for the prevention of postoperative nausea and vomiting. *Ann Saudi Med*. 2008;28(4):287-291.

Salsman JM, Grunberg SM, Beaumont LJ, Rogers M ve ark. Communicating about chemotherapy-induced nausea and vomiting: a comparison of patient and provider perspectives. *National Comprehensive Cancer Network*, 2012; 10: 149-157.

Sayek İ. *Temel Cerrahi*, 2. baskı: Güneş Kitabevi; 1996 s:165-174

Smith TJ, Yang GY, Seril DN, Liao J, Kim S. Inhibition of 4-(methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanone-induced lung tumorigenesis by dietary olive oil and squalene. *Carcinogenesis*. 1998; 19:703-706.

Silvestri GA, Littenberg B, Colice GL. The clinical evaluation for detecting metastatic lung cancer. *Am J Respir Crit Care Med*. 1995; 152:225-30.

Spaniol S. Art and mental illness: where is the link? *The Arts in Psychotherapy* 2001; 28:221-232.

Simon R. M. *Symbolic Images in Art As Therapy*. London: Routledge; 2013

Spichiger E, Fröhlich C, Denhaerynck K, Stoll H ve ark. Symptom prevalence and changes of symptoms over ten days in hospitalized patients with advanced cancer: A descriptive study. *European Journal of Oncology Nursing*, 2010; 30: 1-8.

Spiro SG, Porter JC. Lung cancer-where are we today? current advances in staging and nonsurgical treatment. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166:1166-96.

Spiro SG, Gould MK, Colice GL. Initial evaluation of the patient with lung cancer: symptoms, signs, laboratory tests, paraneoplastic syndromes. *ACCP Evidence-Based clinical Practice Guidelines (2nd edition)*. *Chest*. 2007;132: 149-160

Stuckey, Heather L., Jeremy Nobel, “The Connection Between Art, Healing, and Public Health: A Review of Current Literature”, *American Journal of Public Health*, Vol 100, Framing Health Matters, United States of America, February, 2010: 254-263.

Svensk, A. C., Öster, I., Thyme, K. E., Magnusson, E., Sjödin, M., Eisemann, M., & Lindh, J. Art therapy improves experienced quality of life among women undergoing treatment for breast cancer: a randomized controlled study. *European journal of cancer care*, 2009; 18(1), 69-77.

Taşpınar A. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Kemoterapiye Bağlı Gelişen Bulantı-Kusma Üzerine Akupresörün Etkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*, 2006, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Ahsen Şirin)

Tipton JM, McDaniel RW, Barbour L et al. Putting Evidence into Practice: Evidence-Based Interventions to Prevent, Manage, and Treat Chemotherapy-64 Induced Nausea and Vomiting. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2007; 11 (1):69-78.

Topuz, E. Aydın, A. Dinçer, M., (Ed.), *Meme Kanseri*, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti. , İstanbul; 2003; s: 80-88

Topuz E. Aydın A., Ece E. (Ed), *Akciğer Kanseri Tanı-Tedavi-Takip Antakya Konsensusu Kitabı, Küçük Hücreli Akciğer Kanserinde Tedavi* 2010; s: 72-76

Türk Toraks Derneği. Türkiye’de Temel Akciğer Sağlığı Sorunları ve Çözüm Önerileri. *Türk Toraks Derneği Beyaz Kitap*, 2010; s: 99-112

Wadson, H. (1987). *The dynamics of art psychotherapy*. Canada: John Wiley & Sons. Waller D. *Group Interactive Art Therapy*. New York: Routledge; 1993.

Waldon EG. The effects of group music therapy on mood state and cohesiveness in adult oncology patients. *J Music Ther* 2001; 38:212-238.

Walsh Sheila M, Scott C. Martin, Lesley A. Schmidt, “Testing the Efficacy of a Creative-Arts İntervention With Family Caregivers of Patients with Cancer”, *Journal of Nursing Scholarship*, Vol 36 (3), United States of America and Canada, 2004: 214–219.

Wang SY, Tsai CM, Chen BC, Lin CH ve ark. Symptom clusters and relationships to symptom interference with daily life in Taiwanese lung cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2008; 35: 258-266.

Wood, M. J., Molassiotis, A., & Payne, S. What research evidence is there for the use of art therapy in the management of symptoms in adults with cancer? A systematic review. *Psycho-Oncology*, 2011; 20(2), 135-145.

Yaman PM. Akciğer Kanserinde Tedavi Yaklaşımı. 2007;(Şekil 1):157–68.

Yazıcı H, Hamuryudan V, Sonsuz A. Cerrahpasa iç Hastalıkları. istanbul Medikal Yayıncılık 1.Baskı İstanbul, 2005: 55-123.

Yıldırım, Y.K., Fadıloğlu, Ç.,Uyar, M., Palyatif kanser bakımında tamamlayıcı tedaviler. Ağrı, 2006; 181 (1), 26-32

Zammit, C. The art of healing: a journey through cancer: implications for art therapy. Journal of the American Art Therapy Association,2011; 18(1), 27-36.

Zeigler L, Smith PA, Fawcett J. Breast cancer: evaluation of the Common Journey Breast Cancer Support Group. J Clin Nurs 2004; 13, 467-478.



## KATILIMCI BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU (EK D)

Çalışmanın ismi:

Meme ve Akciğer kanserli hastalarda sanat terapisinin bulantı kusma üzerine etkisi

Sayın katılımcı:

Adım Burcu ÇELİK KOCABIYIK, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onkolojik Eğitim ve Klinik Araştırmalar yüksek lisans öğrencisiyim. Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, “Meme ve akciğer kanserli hastalarda sanat terapisinin bulantı kusma üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, sizlerin cevaplaması için kişisel bilgilerinizi alınacak, kemoterapiye bağlı yaşadığınız bulantı kusma durumunuzu değerlendirmek için olan soru formu telefon aracılığı ile doldurulacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Elde edilen veriler, toplu olarak kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır. Formlarda isim ve telefonunuz isteniyor. Çalışma bitiminde bu numaralar ve isminiz saklı kalacaktır.

Yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında bilgilendirildim. Araştırmaya gönüllü olarak katılmak istiyorum.

Katıldığınız için Tesekkür ederim.

Tarih:

Katılımcının Adı Soyadı :

İmza :

## HASTA TANITIM FORMU (EK II)

Adınız Soyadınız:

Telefon No:

1. Kaç Yaşındasınız?

2. Öğrenim durumunuz nedir?

a) Okur yazar değil      b) İlköğretim      c) Lise      d) Üniversite

3. Medeni durumunuz nedir?

a) Bekar      b) Evli      c) Dul

4. Yaşadığınız yer hangisidir?

a) Köy      b) Kasaba      c) İlçe      d) İl

5. Mesleğiniz hangisidir?

a) Ev hanımı      b) Emekli      c) Memur      d) İşçi      e) Serbest meslek

6. Gelir durumunuzu tanımlarmısınız?

a) Gelirim giderimden düşük      b) Gelirim giderime eşit      c) Gelirim giderimden fazla

7. Sosyal güvenceniz nedir?

a) SSK      b) Bağkur      c) Emekli sandığı      d) Yeşil kart      e) Yok

8. Başka kronik bir hastalığınız var mı?

a) Evet (.....)      b) Hayır

9. Uygulanan kemoterapi rejimi ve dozu:

.....  
.....

10. Uygulanan antiemetik ilaçlar ve dozu:

.....  
.....

11. Evde içmesi için önerilen antiemetik ilaçlar ve dozu:

.....



## MASCC ANİEMEZİS ÖLÇEĞİ (EK III)

Adınız ve Soyadınız:						
<b>Kemoterapi Tarihi</b> (Bu kür):	<b>Gün</b>		<b>Ay</b>		<b>Haftanın Günü</b>	
Onkoloji Hemşireniz: Telefon:			Telefon:			
Onkoloji Doktorunuz <b>B</b>			Telefon:			

u

### Bu kısa form hakkında bilgi:

MASCC Antiemezis Ölçeği (MAÖ'nin amacı, yasayabileceğiniz bulantı ve kusmayı önlemek için olabilecek en iyi tedavinin sizlere doktor ve hemşireleriniz tarafından verilmesini sağlamaktır. Bu formu doldurarak oluşabilecek bu yan etkilerin en iyi şekilde kontrol altına alındığından emin olmamıza yardımcı olabilirsiniz.

Bu formdaki tanımlar:

**Kusma:** Mide içeriğinin ağızdan çıkarılması.

**Bulantı:** Kusacakmış gibi hissetme.

Lütfen tüm soruları cevaplayınız. Doğru ya da yanlış cevap yoktur, yalnızca sizin duygularınızı belirtir. Bu formu nasıl ve ne zaman dolduracağımız konusunda endişeniz varsa lütfen sorunuz.

Lütfen 4. ve 8. soruların farklı bir biçimde olduğuna dikkat ediniz. Bu sorular derecelendirilmiştir. Bu sorularda 0 ile 10 arasında, sizin yaşadığınız bulantı ve kusma şiddetine en yakın sayıyı daire içerisine alınız ve bu sayıyı aşağıdaki kutu içine de yazınız. Aşağıda bu türde soru sekline park etme ile ilgili bir örnek verilmiştir.

Bu örnekle deneme yapabilir ya da birlikte bakmak için bizlere sorabilirsiniz.

Bugün arabanızı park etmede ne kadar güçlük yaşadınız?

Hiç

Çok fazla

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(Sayıyı bu kutuya yazınız)

Lütfen formu doldurduktan sonra en kısa sürede geri getiriniz. Tesekkür ederiz!

**Grup:**

MASCC Antiemesis Ölçeği

Dosya no: A.....

**Lütfen bu formu kemoterapi aldıktan bir gün sonra aşağıdaki tarihte doldurunuz:**

Gün  Ay  Haftanın günü

Kemoterapiden sonraki ilk 24 saat süresince oluşan

Bulantı ve Kusma:

*(Bu sayfa kemoterapiyi takiben ilk 24 saat için doldurulur):*

1) Kemoterapiden sonraki 24 saat içerisinde hiç kustunuz mu?

**Evet Hayır**

*(Birini seçiniz)*

2) Kemoterapiden sonraki 24 saat içerisinde kustuysanız, kaç kez kusma meydana geldi?

*(Sayıyı bu kutuya yazınız)*

3) Kemoterapiden sonraki 24 saat içerisinde hiç bulantınız oldu mu?

**Evet Hayır**

*(Birini seçiniz)*

4) Bulantınız oldu ise bulantınızın şiddetine en uygun rakamı işaretleyip yandaki kutuya yazınız

24 saat içerisinde bulantınız ne kadar oldu?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç yok

Çok fazla

(Sayıyı bu kutuya yazınız)

**Grup:**

MASCC Antiemesis Ölçeği

Dosya no: A.....

**Bu sayfa kemoterapi uygulamasından sonraki günden 4. güne kadar ki zaman için geçerlidir**

(Yani ilk 24 saatten sonraki zamanı sorgular)

**Lütfen bu sayfayı kemoterapi uygulamasından 2.- 4. günler için aşağıdaki tarihten başlayarak doldurunuz:**

Gün

Ay

Haftanın günü

*Gecikmiş Bulantı ve Kusma*

5) Kemoterapi sonrası 24. saat ya da sonrasında hiç kustunuz mu?

**Evet**

**Hayır**

(Birini seçiniz)

6) Bu zaman aralığında kustuyunuz, kaç gün kusmanız oldu?

(Kaç kez olduğunu bu kutuya yazınız)

7) Kemoterapi sonrası 24. saat ya da sonrasında hiç bulantınız oldu mu?

**Evet**

**Hayır**

(Birini seçiniz)

8) Bulantınız oldu ise bulantınızın şiddetine en uygun rakamı işaretleyip yandaki kutuya yazınız.

Bu süre içerisinde bulantınız ne kadar oldu?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Sayıyı bu kutuya yazınız)

Hiçyok

Çokfazla

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Burcu	<b>Uyruğu</b>	T.C
<b>Soyadı</b>	ÇELİK KOCABIYIK	<b>Tel no</b>	
<b>Doğum tarihi</b>	01.09.1987	<b>e-posta</b>	burcucelik@akdeniz.edu.tr

### Eğitim Bilgileri

	<b>Mezun olduğu kurum</b>	<b>Mezuniyet yılı</b>
<b>Lise</b>	Manavgat Lisesi	2004
<b>Lisans</b>	Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksek Okulu	2010
<b>Yüksek Lisans</b>	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları A.B.D. Onkolojik Eğitim ve Klinik Araştırma Yüksek Lisans Programı	
<b>Doktora</b>		

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (yıl-yıl)</b>
Hemşire	Özel Manavgat Sevgi Hastanesi	<b>2010-2011</b>
Hemşire	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	<b>2011-Devam ediyor</b>

- Üniversite Öğrencilerinin Organ Nakli/Bağışı Konusundaki Bilgi ve Görüşlerinin İncelenmesi/ Lisans bitirme tezi (2010), İZMİR
- Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi/ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Psikolojik Yardım Arama Tutumları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi/Sözel Bildiri (2010), MUĞLA
- Tıbbi Onkoloji Kongresi/Kanserli Hastalarda Kemoterapi dışı ilaç kullanımının Araştırılması /Poster Bildiri (2012), ANTALYA
- 4.Tıbbi Onkoloji Kongresi katılım sertifikası (2012), ANTALYA

- Hemşirelik Günleri 1.Hemşirelik Bakım Yönetimi Sempozyumu katılım sertifikası (2013), TRABZON
- 16. Ulusal İç Hastalıkları kongresi katılım sertifikası (2014), ANTALYA
- Akdeniz Onkoloji Günleri ve Eğitim Hemşireliği Toplantısı katılım sertifikası (2017), ANTALYA
- İlaç ve Tedavi Kongresi katılım sertifikası (2017), ANTALYA

