

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN
HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. N. Cenk SAYIN

**JİNEKOLOJİK KANSER HASTALARINDA YAŞAM
KALİTESİ VE TEDAVİ-BAKIMIN ETKİLERİ**

(Doktora Tezi)

Serap TEKBAŞ

EDİRNE – 2014

TEŞEKKÜR

Doktora öğrenimim ve tez çalışmam süresince hoşgörülü yaklaşımı ile beni her konuda destekleyen, cesaretlendiren ve bu araştırmada büyük emeği olan danışmanım; Sayın Prof. Dr. N.Cenk SAYIN'a, bana rehberlik ederek, ilgi ve yardımını esirgemeyen değerli hocam ve T.Ü. Tıbbi Onkoloji B.D. Başkanı Doç. Dr. İrfan ÇİÇİN'e, bilgi ve tecrübesiyle bana yol gösteren değerli hocam ve İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi A.D. Öğretim Üyesi Doç. Dr. Nevin ŞAHİN'e, tezimin istatistiksel değerlendirmelerinin yapılmasında desteğini esirgemeyen T.Ü. Halk Sağlığı A.D. Öğretim Üyesi Prof. Dr. Galip EKUKLU'ya, lisans, yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca desteklerini esirgemeyen hocalarım T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dahiliye Hemşireliği A.D. Öğretim Üyesi Doç.Dr. Özgül Erol, T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hemşireliği A.D. Öğretim Üyesi Doç.Dr. Ümmü Yıldız Fındık ve T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dahiliye Hemşireliği A.D. Öğretim Üyesi Doç.Dr. Serap Ünsar'a en içten dileklerle teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
JİNEKOLOJİK KANSERLER	3
JİNEKOLOJİK KANSERLERDE TEDAVİ	7
JİNEKOLOJİK KANSERLERDE YAŞAM KALİTESİ	9
JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTADA HEMŞİRELİK BAKIMI	13
GEREÇ VE YÖNTEM	17
BULGULAR	23
TARTIŞMA	41
SONUÇLAR	51
ÖNERİLER	56
ÖZET	57
SUMMARY	58
KAYNAKLAR	61
EKLER	

KISALTMALAR

CIN : Servikal İntraepital Neoplazi

HIV : Human İmmunodeficiency Virus

HPV : Human Papilloma Virüsü

HRT : Hormon Replasman Tedavisi

HSV : Herpes Simplex Virüs

IASP : International Association for the Study of Pain

ICRT : İntrakaviter Radyoterapi

İM : İntramusküler

İV : İntravenöz

GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, ölüme sebep olan hastalıklar arasında ikinci sırada yer almaktadır. Tüm dünyadaki ölümlerin %20,7'sinden kanserler sorumludur. Dünya genelinde 2008 yılında 12,4 milyon yeni kanser vakası, 7,6 milyon kanser nedeni ölüm meydana gelmiştir. Jinekolojik kanserler ise, meme kanserinden sonra kadınlardaki morbidite ve mortalitenin önemli bir kısmını oluşturmaktadır (1).

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de jinekolojik kanserler önemli bir halk sağlığı sorunudur. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı'nın 2011 yılı verilerine göre her 100 000 kadından 7.5'inde endometrium, 7.1'inde over, 11.4'ünde serviks kanseri görülmektedir (2).

Jinekolojik kanserli hastanın en uygun tedavi ve bakımı radyoterapi, cerrahi ve kemoterapi gibi klasik tedavi modellerini içeren disiplinler arası bir çabayı gerektirir (3). Cerrahi tedaviden sonra ya da cerrahi tedavi olmadan radyoterapi ve/veya kemoterapi uygulanan hastalarda, kemoterapinin yarattığı toksik etkiler ve radyoterapinin sağlıklı dokulara zarar vermesinden kaynaklanan tedaviye bağlı yan etkiler oluşabilmektedir (4). Tedavinin neden olduğu bulantı, kusma, diyare, alopesi gibi yan etkiler hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve tedavi önerilerine uyumu azaltabilmektedir. Kanser tedavisi sonucu görülen bu yan etkiler etkin ve bilinçli hemşirelik girişimleri ile önlenabilir ya da azaltılabilir (5).

Çalışmamızın amacı, jinekolojik kanser nedeniyle opere olan/olamayan ve hastalıkları nedeniyle radyoterapi ve/veya kemoterapi görmekte olan hastalara uygulanan tedavi ve bakımın hastaların yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini belirlemektir. Aynı

zamanda bu hastalarda hastalığın ve tedavinin neden olduğu semptomlarda hemşirelik bakımına gereksinimlerini ve hastaların sağlık personelinde beklentilerini de saptamaktır.

GENEL BİLGİLER

Kanser, hücrelerin kontrolsüz büyümesi, anormal çoğalması ve yayılımı ile karakterize bir hastalıktır. Kanser hastalığının tarihi oldukça eskilere dayanmaktadır. Malign tümörlerle ilgili tanımlara ilk olarak Mısır papirüsleri, Babil çivi yazısı tabletleri ve eski Hint yazmalarında rastlanılmaktadır (M.Ö. 15. yüzyıl). Kanser terimi ise ilk defa Hipokrat tarafından (M.Ö. 460-377) organizmanın şifa bulmayan yeni yapılanmaları için kullanıldığı görülür. Türk tıp tarihinde ise kanserden, Tarsuslu Osman Hayri Efendi'nin “Kenzüsihhatül Ebdaniye” (1298) adlı eserinde bahsedilmektedir (6). Yüzyıllar öncesinde olduğu gibi günümüzde de varlığını sürdüren kanser tedavi edilmediğinde ölümle sonuçlanabilmektedir.

JİNEKOLOJİK KANSERLER

Kadınlarda görülme sıklığı açısından 4.sırada yer alan ve kadın hastalığı kanserleri olarak da bilinen jinekolojik kanserler serviks, endometrium, over, tuba, vulva, vajen kanserleri ve uterus sarkomlarından oluşmaktadır. Türkiye’de jinekolojik kanserlerin görülme sıklığı batılı ülkelerde de olduğu gibi endometrium, over, serviks kanseri şeklindedir (2).

Serviks Kanseri

Tüm dünyada yılda 400.000’in üzerinde serviks kanseri olgusu görülür ve her yıl yaklaşık 250.000 hasta serviks kanserinden ölür. Bu rakamların %80 gibi önemli bir bölümünü geri kalmış ve geliştirmekte olan ülkeler oluşturur. Bu nedenle serviks kanseri az gelişmiş ülkelerin önemli bir sağlık sorunudur (7,8).

Serviks kanserinde risk faktörleri daha çok seksüel yaşam ile ilgilidir. Çok eşli yaşamı seçen bireylerde daha sık görüldüğü saptanmıştır (9,10). Cinsel ilişki yaşının yirmiden

önce başlaması, düşük sosyoekonomik düzey etkili risk faktörleridir. Diğer bir risk faktörü ise Human papilloma virüsü (HPV) bulunmasıdır. Şimdiye kadar 100'ün üzerinde tipi tarif edilmiş olan HPV Tip 16,18,31,33,35,39,42,43,44,45,51,52 ve 56 servikal intraepitel neoplazi (CIN) ve invaziv servikal kanserlerde saptanmıştır. Bunların yanı sıra siyah ırktan olmak, Tip2 Herpes simplex virüs (HSV), Human Immunodeficiency Virus (HIV), sifilis, klamidy, trikomanas enfeksiyonlarına maruz kalmak, sigara ve oral kontraseptif kullanımı, tekstil sanayiinde çalışmak, vitamin C ve beta-karoten eksikliği serviks kanserindeki risk faktörleridir (11).

Serviks kanserinin tipik bulgusu ağrısız kanama ve et suyu renginde akıntıdır. Metroraji dışında postkoital kanama tarzında kanamalar görülmektedir. Bimanuel muayenede kanserli doku sert olarak ele gelir ve girintili çıkıntılı, pürüklü hissedilir. İleri evrelerde dizüri, hematüri, diare, tenezm, rektal kanama, fistül ve üremi ortaya çıkmaktadır. Serviksin intraepitelyal lezyonlarının ve erken evre kanserinin erken tanısı, sitolojik ve kolposkopik muayeneler ile mümkündür (11,12).

Serviks kanserinde sağ kalım, tümör boyutu, lenfatik yayılım, kanserin evresi (Tablo1) gibi çeşitli faktörlere bağlıdır. Mikroinvaziv kansere erken tanı konursa %100 sağ kalım görülebilir. Evre Ib tümörlere, cerrahi tedavi ve radyoterapi uygulandığında sağ kalım oranı %80.3'dür. Evre Iib tümörlerde sağ kalım oranı %58, IIIa 35.4, IIIb'de %32.4, IVa'da ise % 16.1'dir. Pelvik ve aortik lenf nodlarına yayılım arttıkça sağ kalım oranı düşmektedir (13).

Tablo 1. Serviks kanserinde evreleme (13)

Evre I		Tümör kesinlikle servikte sınırlıdır. Uterus korpusuna yayılım dikkate alınmamalıdır.
	Evre IA	Tümör sadece mikroskopik olarak görülebilir.
	Evre IA1	Stromal invazyon 3 mm den küçük ve tümör 7 mm den geniş değildir.
	Evre IA2	Stromal invazyon 3 - 5 mm arasında ve tümör 7 mm den geniş değildir.
	Evre IB	Servikse sınırlı klinik lezyonlar veya Evre IA'dan büyük prelinik lezyonlar.
	Evre IB1	Klinik lezyonlar 4 cm'den küçüktür
	Evre IB2	Klinik lezyonlar 4 cm'den büyüktür
Evre II		Tümör serviksi aşmış, fakat pelvis duvarına ulaşmamıştır. Vajen tutulumu olabilir ancak alt 1/3'e ulaşmamıştır.
	Evre IIA	Belirgin parametrial infiltrasyon yok. Vajenin üst 2/3'üne kadar tutulum var.
	Evre IIB	Belirgin parametrial infiltrasyon var, ancak pelvis yan duvarına ulaşmamıştır
Evre III		Tümör pelvik duvara kadar ulaşmıştır. Vajen alt 1/3 ünü infiltre etmiştir. Hastalarda hidronefroz ve/veya nonfonksiyone böbrek bulguları var.
	Evre IIIA	Pelvis duvarına ulaşmamıştır, fakat vajen alt 1/3'ü infiltredir
	Evre IIIB	Tümör pelvis duvarına ulaşmış veya hidronefroz veya nonfonksiyone böbrek vardır.
EvreIV		Tümörün komşu pelvik organlara yayılımı vardır.

Endometrium Kanseri

Günümüzde kadın genital sisteminde en sık görülen kanser, endometrium kanseridir. Kadınların hayat boyu endometrium kanseri tanısı alma riski %2.68'dir. Ülkemizde ise durum biraz daha farklı gibi görünmektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre kadın genital sistem kanserlerinden ölümler arasında endometrium kanseri 2. sırada yer almaktadır. Endometrium kanseri postmenopozal kadınların hastalığıdır. Endometrium kanserinin %95'i 40 yaşın üzerinde, %70'i post menopozal, %25'i ise premenopozal dönemde görülür. Ortalama görülme yaşı 60'dır (7,11,14).

Endometrium kanseri gelişiminde birçok risk faktörü saptanmıştır, fakat bunların çoğu ya östrojen düzeyleri üzerine veya direk endometrial epitel üzerine etki etmektedir. Karşılanmamış östrojene maruz kalmak hastalık riskini artırırken, östrojeni azaltan veya progesteron düzeyini arttıran faktörler ise koruyucu rol oynamaktadır. Risk faktörleri ise erken yaşta menarş, geç menopoz, nulliparite, polikistik over sendromu, hormon replasman tedavisi (HRT) kullanımı, tamoksifen tedavisi, obezite, hipertansiyon, diyabet, yüksek sosyoekonomik düzey ve infertilitedir.

En sık görülen semptom postmenopozal kanamadır. Hastalarda erken dönemde görülen semptomlar vajinal kanama, menoraji, ve abdominal dolgunluktur. İleri evre hastalarda ise, ağrı, adet düzensizliği veya düzensiz vajinal kanama görülebilir.

Endometrium kanserinin kesin tanısı için endometrial küretaj gereklidir. Pap smear servikal kanser için tarama metodu olmasına rağmen endometrium kanseri için de nadiren bazı ipuçları içerebilir. Tanı ve yayılım için histeroskopi de endometrium kanserinde faydalı bir tanısall tetkiktir. Vajinal ultrasonografi ile uterus kavitesinin değerlendirilmesi, endometrium kanserinin erken tanısı açısından önemlidir. Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme hastalığın lokal veya uzak yayılımının saptanmasında kullanılabilen yöntemlerdir. Tümörün endometrium içinde veya myometriyum ile serviks yayılımı hakkında da bilgi verir (7,11,14,15).

En fazla görülen tipi "endometroid adenokarsinom"dur. Bunlarda 5 yıllık sağkalım %80-90'dır. Evre ilerledikçe sağ kalım oranı da azalmaktadır (Tablo 2). Papiller tip ve berrak hücreli tümörler kötü prognozludurlar. Berrak hücreli tümörlerde evre I olguların ancak %44'ü 5 yıl yaşayabilmişlerdir (11,14).

Tablo 2. Endometrium kanserinde evreleme (13)

Evre I		Tümör korpus uteriye sınırlıdır.
	Evre IA	Tümör endometriumun ½'sinden azına invazyon göstermektedir
	Evre IB	Tümör myometriyumun ½'sinden fazlasına invazyon göstermektedir
Evre II		Serviks tutulumu vardır fakat tümör halen uterusu sınırlıdır
	Evre IIA	Sadece endoservikal glandüler tutulum vardır
	Evre IIB	Servikal stromal invazyon vardır
Evre III		Lokal ve/veya bölgesel yayılım vardır
	Evre IIIA	Serosa ve/veya adneksial tutulumu (direk veya metastatik olarak)
	Evre IIIB	Vajinal tutulum (direk veya metastatik)
	Evre IIIC	Pelvik lenf nodu tutulumu vardır
Evre IVA		Uzak metastaz vardır

Over Kanseri

Kadın genital kanserleri arasında 2. sıradadır. Total kadın kanserlerinin %4'ünü, jinekolojik kanserlerin %27'sini oluştururlar. Tanıda olguların %70'i ileri evrede bulunmaktadır. Ortalama görülme yaşı 59, en sık karşılaşılan yaş grubu 60-64 yaşdır. Genel olarak bir kadının yaşamı boyunca over kanserine yakalanma riski yaklaşık %1.4'dür. İleri yaş, beyaz ırk, nulliparite, infertilite, genetik faktörler, meme ve endometrium kanseri öyküsü olması over kanseri riskini arttıran faktörlerdir. Over kanseri genel olarak erken evrede belirti vermez. Olguların %70'inde pelvik yayılımdan sonra hastalık belirtileri ortaya çıkar. İleri evrede pelvik yayılım ve kitlenin oluşturduğu bası nedeniyle üriner düzensizlikler, konstipasyon ve pelvik ağrı görülebilir. Over kanserinde 5 yıllık sağ kalım klinik evreyle uyumlu olarak %30-40 arasında değişmektedir (Tablo 3) (7,8,14).

Tablo 3. Over kanserinde evreleme (13)

Evre I		Overde sınırlı tümör
	Evre IA	Tek overde sınırlı tümör; dış yüzeyde tümör veya malign hücre içeren asit veya yıkama sıvısı yok
	Evre IB	Her iki overle sınırlı tümör; dış yüzeyde tümör veya malign hücre içeren asit veya yıkama sıvısı yok
	Evre IC	Tek veya her iki overle sınırlı tümör; ancak malign hücre içeren asit veya yıkama sıvısı veya dış yüzeyde tümör mevcut
Evre II		Pelvik yayılım gösteren tek veya her iki overle sınırlı tümör
	Evre IIA	Uterus ve/veya tüplere yayılım gösteren tümör
	Evre IIB	Diğer pelvik dokulara yayılım gösteren tümör
	Evre IIC	Tümör evre IIA veya IIB; ancak malign hücre içeren asit veya yıkama sıvısı veya dış yüzeyde tümör mevcut.
Evre III		Pelvis dışında peritoneal implantlar ve/veya retroperitoneal ve/veya inguinal lenf nodu tutulumu mevcut
	Evre IIIA	Abdominal peritoneal yüzeylerde histolojik olarak kanıtlanmış mikroskobik yayılım, lenf nodu tutulumu yok
	Evre IIIB	Abdominal peritoneal yüzeylerde 2 cm'i aşmayan makroskopik implantlar mevcut, lenf nodu tutulumu yok
	Evre IIIC	Abdominal peritoneal yüzeylerde 2 cm'in üzerinde implantlar mevcut
Evre IV		Uzak metastaz

Vulva Kanseri

Primer vulva kanseri nadir görülür ve jinekolojik kanserlerin %4 kadarını oluşturur. Genellikle ileri yaş hastalığıdır. Ortalama görülme yaşı 65-75 yaşdır. Olguların %5-15'i 40 yaşın altında, %50'si ise 70 yaşın üzerindedir (7). Pruritus, vulva bölgesinin sürekli ıslak olması, kötü hijyen ve obezite vulva kanserinin risk faktörleridir. Hastaların %75'i klinik evreden bağımsız olarak tümör kitlesiyle başvururlar. Ağrı, perineal kanama ve inguinal kitle daha nadir olarak görülür. Vulvada lezyon saptanan hastalarda tanı biyopsi ile konur. Vulva kanserli hastalarda 5 yıllık sağ kalım oranı %70-80'dir (7,11).

Vajen Kanseri

Primer vajen kanserleri kadın genital kanserleri içinde en az görülenlerdendir. Genel olarak kadın genital kanserlerinin %2-3'ünü oluşturmaktadır. Ortalama görülme yaşı 60'dır. En sık rastlanan semptomlar kanlı vajinal akıntı ve düzensiz kanama ya da postmenopozal kanamadır. Kitlenin yaptığı basıya bağlı olarak üriner sistem semptomları ve ağrı da görülebilir. Vajen kanserinde preinvazif lezyonların çoğu asemptomatiktir. Bu nedenle erken tanısı güçtür. Genellikle anormal bir sitolojik smear tanısız işlemleri başlatmaktadır. Kesin tanı biyopsi ile konur (11,14).

Uterus Sarkomları

Uterus sarkomları mezoderm kaynaklı nadir görülen tümörlerdir. Genellikle postmenopozal yaş grubunda ortaya çıkar. Ortalama görülme yaşı 55'dir. En yaygın görülen semptomlar anormal vajinal kanama ve ağrıdır. Hızlı yayılım göstermesi nedeniyle mesane ve rektuma ait belirtiler primer şikayet olarak ortaya çıkabilir. Uterus sarkomlarının tanısı histerektomi materyalinin histopatolojik incelenmesiyle konur (7,11).

JİNEKOLOJİK KANSERLERDE TEDAVİ

Cerrahi

Evre IA2'den IIA'ya kadar olan serviks kanserli kadınlarda radikal histerektomi tercih edilebilir. Evre IA1 serviks kanseri için uterus ve serviks çıkarılır, parametrium ve paravajinal dokunun çıkartılması gerekli değildir. Erken evre serviks kanseri cerrahisinin en sık görülebilen komplikasyonları üreter darlığı, mesane disfonksiyonu, kabızlık, yara açılması, lenfokist ve lenfödemdir (14,15).

Endometrium kanserinde Evre I hastalarda total abdominal histerektomi-bilateral salpingooforektomi (TAH-BSO), derin myometrial invazyon mevcut ise lenf nodu diseksiyonu da uygulanmalıdır. Servikal tutulum saptanırsa radikal histerektomi uygulanmalıdır (16, 17).

Overlerde sınırlı bir malignite saptanırsa, cerrahi olarak çıkarma ve kapsamlı evreleme yapılmalıdır. Karşılaşılan hastaların yaklaşık 2/3'ü evre III-IV 'dür. Bu hastalarda çoklu tedavi tercih edilir. Başlangıçta optimal tümör "debulking" yapılır. Bu tedaviyi kemoterapi izler.

Vulva ve vajen kanserinde evre I hastalıkta cerrahi ve radyoterapinin her ikisi de kullanılabilir. Ancak, çoğu kez cerrahi sınırların negatif olduğu kanserlerde cerrahi seçilir. Evre II hastalarda cerrahi ya da radyoterapiden biri tercih edilir. İlerlemiş hastalıkta (Evre III-IV), eksternal radyoterapi tek başına ya da genellikle brakiterapi ile birlikte verilir.

Uterin sarkomlarında hastalara histerektomi yapılmalıdır. Parametrial infiltrasyon varsa, bazen radikal veya modifiye radikal histerektomi gerekli olabilir (14).

Radyoterapi

Radyoterapinin amacı çevre sağlam dokuya en az zararlar, dikkatlice ölçülmüş radyasyon dozunun, belirlenmiş tümör hacmine verilmesidir. Radyoterapi tedavi planlamasında tümör tipine ve başlangıçta mevcut klonojenik hücre sayısına bağlı olarak farklı ışınlama dozları gereklidir. Değişen radyasyon dozları, tümörün belli bölgelerine, ya da tümörün cerrahi çıkarıldığı durumlarda, tümör yatağına uygulanabilir (3).

Jinekolojik kanserlerde radyoterapi eksternal ve/veya intrakaviter olarak uygulanmaktadır. Büyük bir kısmı brakiterapinin bir şekli olan intrakaviter radyoterapi (ICRT) olarak uygulanır. Bu tedavide radyoaktif kaynaklar uterus kavitesi ve/veya vajen boşluğuna yerleştirilmelidir (14). Radyoaktif kaynaklar organ boşluklarına yerleştirilebileceği için serviks, vulva ve vajende kullanımı mümkündür. Brakiterapide, tümör yüksek doz alırken çevre sağlam dokulardaki dozun düşük kalması sağlanır (18). Ameliyat sonrası tedavide, hastanın cerrahi evrelemesi negatif ise vajinal brakiterapi lokal kontrolü sağlamada oldukça başarılı bir yoldur (16).

Jinekolojik kanser hastalarında, radyoterapi uygulanmasına bağlı akut olarak diyare, karın ağrısı, rektal rahatsızlık gibi gastrointestinal yan etkiler ve üriner sistem enfeksiyonları gelişebilir. Eritem, kuru veya ıslak deskuamasyon perine veya intergluteal alanda gelişebilir. Bazı hastalarda radyoterapi vajinal stenoza neden olabilir. Radyoterapi geç yan etkileri ise

pelvik organlara verilen total doz ile yakın ilişkilidir (3,19). Gastrointestinal hasar radyoterapiden iki yıl sonraki dönemde, üriner sistem komplikasyonları ise tedaviden 3-4 yıl sonra gelişmektedir. Vajinal darlık ile beraber dispareni, serviks kanseri nedeni ile tedavi olmuş hastaların %31'inde endometrium kanseri nedeni ile tedavi olanların ise %44'ünde gözlenmiştir (3,20). Nadiren anal inkontinans görülebilir (3,21).

Kemoterapi

Jinekolojik kanserlerde kemoterapi dört farklı şekilde uygulanabilir. İndüksiyon kemoterapisi, alternatif tedavinin olmadığı ilerlemiş maligniteli hastalarda primer tedavi olarak uygulanır. Adjuvan kemoterapi, primer tümör kontrol altına alındıktan sonra, tekrarlama riski yüksek olduğunda yapılan tedavidir. Cerrahi tedavinin sınırlarını ve morbiditesini azaltmak için ilerlemiş kanserlere preoperatif olarak uygulanan tedavi neoadjuvan kemoterapi olarak tanımlanır. Salvaj kemoterapi ise, metastatik hastalıkta başlangıç tedavisine dirençli bir tümöre uygulanan tedavidir.

Kemoterapi, sistemik veya bölgesel olarak uygulanabilir. Sistemik tedavi, normal dokulara aşırı toksisite olmadan maksimum terapötik sitotoksik etkiyi amaçlar. Oral, intravenöz (iv) veya intramusküler (im) yollar sistematik tedavi seçeneklerini oluşturur. Bölgesel kemoterapi tümörün yerleştiği bölgeye ilaçları doğrudan vermeyi amaçlar (14). Günümüzde halen jinekolojik kanserlerin bazılarında, kanser türüne göre farklı kemoterapi tedavi protokolleri uygulanmaktadır (Tablo 4).

Tümör ne kadar büyükse, metastaz oranı da o kadar fazladır. Lokal kontrolü sağlamak için doz artırılınca normal pelvik dokular da zarar görecektir. Radyoterapinin etkinliğini artırmak için yapılan girişimlerden biri de kemoterapi ve radyoterapiyi birlikte vermektir (22).

Hedefe yönelik tedaviler, sitotoksik tedavilerden farklı olarak kanser biyolojisinde yer alan basamaklara müdahale eder. Bu terapiler hücre membranlarındaki reseptörlere, sitoplazmik odaklara, transkripsiyon faktörlere ve bunun gibi süreçlere müdahale ederek kanser progresyonunu önlemeye çalışır. Jinekolojik kanserlerde çok sayıda çalışma olmasına rağmen, onay almış tek hedefe yönelik tedavi over kanserinde bevacizumab'dır (23).

JİNEKOLOJİK KANSERLERDE YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi, asırlarca esenlik ve mutluluk ifadesi olarak felsefe bilimi içinde ele alınırken, 1960'lı yıllarda öncelikle sosyoloji ve ekonomi bilimlerinin, daha sonrada psikoloji

biliminin uğraş alanına girmiştir. 1970’li yıllardan sonra sağlık alanında üzerinde durulan bir kavram olmuştur (24,25).

Yaşam kalitesi, bireysel iyilik halinin ifadesidir ve yaşamın farklı alanlarında bireyin kendi yaşamına ilişkin sübjektif doyumunu ve mutluluk durumudur (26). Kaliteli yaşam için neyin gerekli olduğunu saptamaya yönelik yapılan pek çok çalışmada, bireylerin objektif yaşam durumları uygun olmasa da, yaşamlarından doyum alabilecekleri şeyler saptanarak, bu görüş desteklenmiştir (26,27).

Yapılan çalışmalar jinekolojik kanser tanısı almış hastaların yaşam kalitelerini belirlemenin ne kadar güç ve karmaşık olduğunu göstermiştir. Örneğin Dow ve Melancon 130 over kanseri tanısı konmuş hastaya yönelttiği “Yaşam kalitesi sizin için ne ifade ediyor?” şeklindeki soruya hastaların büyük çoğunluğu “mutlu olma, hayatı doya doya yaşama, ailemle arkadaşlarımla bir arada olma, onları sevmeme, onlar tarafından sevilme, ağrımın olmaması, başkasına bağımlı olmama, kontrolü kaybetmeme, tanrıya yakın olma, sağlıklı olma, endişemin olmaması ve yaşıyor olmak” şeklinde cevap vermişlerdir (28). Yaşam kalitesini etkileyen faktörler, bireyin yaşam süresince fiziksel, entelektüel ve ekonomik imkan ya da sınırlılıklarındaki değişikliklere bağlı olarak sürekli değişmektedir. Yaşam kalitesi, dış faktörler ve insanoğlunun doğasında var olan adaptasyon yeteneği tarafından büyük ölçüde etkilenir. Bu akıl almaz adaptasyon yeteneği sayesinde, birey içinde bulunduğu ortama ve şartlara uyum sağlar. Örneğin “kansere” olduğunu öğrenen bir birey öncelikle inkar edecek, tanının yanlış konulduğunu düşünecek ve öfkelenecektir. Fakat bir süre sonra hastalığını kabullenecek ve uygulanan tedavi şekillerini araştırmaya başlayacaktır. İşte bu adaptasyon yeteneği, yaşamın değerli olduğunu ve yaşam kalitesini ölçmenin ne kadar güç olduğunu göstermektedir (29).

Kanser Tanısına Gösterilen Emosyonel Tepkiler

“Kanser” kelimesinin toplumda yarattığı çağrışım korku, ölüm ve geleceğe yönelik yaşanan belirsizliklerdir. Kanser hoş gitmeyen, korkutucu bir teşhis olduğu için de, her kadın böyle bir tanıdan korkar ve teşhise karşı şiddetli emosyonel tepki gösterir (30). Bu durumda bireylerde iştahsızlık, uykusuzluk, aşırı sinirlilik-gerginlik ve günlük aktivitelere karşı ilgisizlik gibi bireyin yaşamını olumsuz yönde etkileyen pek çok emosyonel sorunlar ortaya çıkabilir (32,33).

Hastaların emosyonel tepkilerini etkileyen çeşitli bireysel farklılıklar olabilir. Kansere karşı gösterilen tepkinin en önemli belirleyicisi, hastalığın şiddeti ve tedavinin süresidir.

Gösterilen tepki ise, yaşam döngüsü içerisinde hastanın yaşına ve yaşam evresine bağlı olarak değişiklik gösterir (29, 33, 34).

Bireysel özellikler de, kadının kansere olan tepkisini değiştirir. Yapıcı ve destekleyici stratejilere sahip kadınlar, stresli durumlarda öz değerlendirmelerini koruyabilir ve kanserin yıkıcı etkilerinden daha az etkilenirler. Bir kadının hastalığının ortaya çıkmadan önceki yaşamında kanserli hasta izlenimi, onun deneyimlerini ve beklentilerini büyük ölçüde değiştirecektir. Kadının doğurganlık öyküsü ve tutumu da jinekolojik kansere karşı reaksiyonunu etkileyebilir. Çocuğu yoksa çocuk sahibi olamama düşüncesi kanserin yaşatacağı olumsuzluklardan daha fazla etkilenmesine neden olabilir. Fakat doğurganlığını tamamlamış ve özgüvenini koruyucu diğer kaynaklara sahip bir kadın daha az dramatik kayıplar yaşayabilir (35).

Tedavilerin Etkisi

Tedaviler jinekolojik kanserli kadının yaşamını büyük ölçüde etkiler. Streginna ve Dunn 82 jinekolojik kanserli kadında tedavinin etkilerini incelemiş ve bu kadınlarda depresyon, anksiyete ve ölüm gibi psikolojik, yorgunluk, ağrı, mesane distansiyonu ve vajinal problemler gibi de fiziksel sorunların yaygın olarak ortaya çıktığını saptamışlardır. Benzer şekilde radyoterapi ve kemoterapi uygulaması sonrası, bireyin yaşam kalitesini etkileyen sorunların ortaya çıktığı bildirilmiştir (26,36).

Jinekolojik kanserlerde uygulanan cerrahi teknikler, beraberinde fiziksel ve psikolojik sorunlar yaratan organ kaybıyla sonuçlanır. Örneğin, geçirilen histerektomi operasyonlarında, menstrüel fonksiyonların kaybı, infertilite ve cinsel disfonksiyon gibi pek çok sorunun görüleceği belirtilmektedir (7,11,14.). Bu operasyonun emosyonel etkisi de, çok yönlü ve olumsuz bir şekilde kadın yaşamını etkiler. Kadınlık kimliği ve beden imajı ile ilgili sorunlar, organ kaybı ve dış görüntüdeki değişiklikler nedeniyle oluşur. Geçirilen vulvektomi operasyonu sonrası fiziksel deformite, cinsel yaşam, idrar yapma ve hatta oturma dahil pek çok fonksiyon kaybına neden olur. Bu hastaların zayıf beden imajına ve düşük yaşam kalitesine sahip oldukları gösterilmiştir (29,30,37).

Jinekolojik kanserlerin tedavisinde radyoterapi, hastanın genel sağlık durumuna, kanserin türüne ve şiddetine göre eksternal ve intrakaviter (brakiterapi) olarak uygulanmaktadır. Eksternal ve internal radyoterapi ya da brakiterapi vücut fonksiyonları üzerinde, kısa ve uzun dönemli yan etkilere sahiptir. Tedavi sırasında oluşan, bulantı, kusma ve diare gibi akut komplikasyonlar abdominal ışınlamadan 2-6 saat sonra ortaya çıkar.

Özellikle oluşan diyare, bireyin seyahat alışkanlıklarını etkileyerek, hareket özgürlüğünü kısıtlayabilir. Yüksek doz brakiterapi alan hastalarda yorgunluk, diare, sık idrara çıkma ve idrar yaparken yanma gibi üriner sistem sorunlarının yaygın olarak görüldüğünü belirtilmiştir (3,18,38). Uygulanan yüksek enerjili radyasyon, normal doku toleransını etkileyerek hipotansiyon, travma ve infeksiyon gibi bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen pek çok soruna neden olur. Bu sorunların en önemlisi, over fonksiyonları ve cinsel yaşam üzerinde olur. Çünkü tedavi sırasında uygulanan radyasyon dozu, over fonksiyonlarını durdurur ve geri dönüşümsüz steriliteye neden olur. Over fonksiyonlarının kaybı, yalnızca fertilitenin kaybına değil aynı zamanda bireyin osteoporoz ve kardiyovasküler hastalık riskinin artmasına da neden olur. Diğer bir olumsuz etki vajen epiteli üzerinedir. Pelvik ışınlama sıklıkla eritem, enflamasyon, mukozal atrofi, elastikiyet kaybı ve vajinal dokunun ülserasyonu ile sonuçlanır. Vajinada adezyon ve stenoz gelişebilir ve buna bağlı ağırlı pelvik muayene ve ağırlı cinsel ilişki olabilir. Tedavide vajinal dilatatör kullanımı veya sık cinsel ilişki ile vajinal dilatasyon uygulanır (3,34,39).

Jinekolojik kanserlerde uygulanan kemoterapi kısa ve uzun dönemli olmak üzere, birçok olumsuz yan etkilere neden olur. Kemoterapi sırasında yaygın olarak görülen saç dökülmeleri, bulantı-kusmalar ve ağızda oluşan ülserasyonlar hasta için rahatsız edici sorunlardır. Diğer olumsuz etkilerden biri over fonksiyonları üzerinedir ve bu ilerleyen yaşla beraber daha da artar. Örneğin, tedavide alkalleyici ilaç kombinasyonlarının uygulanması ve bu sırada kadının 35-40 ve üzeri yaşta olması, tedavinin bitiminde menopoza ve infertiliteye neden olabilir (5,12,40).

Yaşam Kalitesini Etkileyen Uzun Süreli Sorunlar

Jinekolojik kanser tanısı sonrası başlayan tedaviler süresince hem onkoloji ekibi hem de hasta yaşamın sürdürülmesi hedefine odaklanır. Oysa jinekolojik kanserli kadınlar tedavileri sona erip günlük yaşamlarına başladıklarında yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyecek pek çok sorunla karşı karşıya kalırlar. Bu sorunlar eş ve aile ilişkilerinde bozukluklar, ölüm ve hastalığın yenileme korkusu, kendini algılama biçiminde değişiklikler, yalnızlık, uygulanan tedaviyle ilişkili erken menopoza, fertilitate kaybı ve cinsel sorunlar şeklinde özetlenebilir. Uzun süre hayatta kalan kanserli hastalarda yaşamı olumsuz yönde etkileyen sorunlar araştırılmış ve 7 önemli tema üzerinde durulmuştur. Bunlar; 1) hastalığın tekrarlama (nüks) ya da ölüm korkusu, 2) tedavi ekibi, arkadaş ve aile bireyleriyle olan ilişkilerde değişiklik, 3) Fiziksel değişikliklere uyum sağlayabilme, 4) Sosyal destekteki

değişiklikler, 5) İzolasyon, 6) Psikolojik sorunlar, 7) İş ya da maddi yaşamla ilgili güçlüklerdir (34).

Jinekolojik kanserlerde bütün bu sorunlara menopoz, fertilité kaybı, cinsel yaşamla ilgili sorunlar da eklenebilir (33).

JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTADA HEMŞİRELİK BAKIMI

Ülkemizde jinekolojik kanserlerin kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri çok boyutludur. Jinekolojik kanserlerin tanı ve tedavi işlemleri sırasında, diğer organ kanserlerinde yaşanan sorunların yanı sıra beden imajı, cinsel kimlik ve üreme yeteneği ile ilgili birey ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Bunun nedeni kadın genital organlarının, kadın cinsel kimliğini belirleme gibi çok önemli özelliğe sahip olmasıdır. (8,40) Ülkemizde pek çok kadın için hala ‘uterus’ dişiliğın, cinselliğın, doğurganlığın ve anneliğın sembolüdür. ‘‘Uterussuz kadın artık kadın sayılmaz’’ inancını hala pek çok kadın taşımaktadır (41).

Semptomların Kontrolü

Kanserin ilerlemesi veya kanser tedavisinin lokal ya da sistemik etkileri, bakımın amacını ‘‘yaşam süresini uzatmak’’ yerine ‘‘yaşam kalitesini yükseltmeye’’ dönüştürür. Bunun için ağrı kontrolü, bulantı kusma, hidrasyon ve yorgunluk gibi semptom kontrolünü sağlamalıdır (42).

Semptomlardan biri, hastalık süreci ya da kanser tedavisine bağılı olarak ortaya çıkabilen ‘‘ağrı’’dır. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IASP) ağrıyı mevcut veya potansiyel doku harabiyetine bağılı duyuşsal ve emosyonel bir durum olarak tanımlamıştır (43,44). Kanser hastalarında ağrı tedavisinde ağrının organik nedenlerinin tedavi edilmesinin yanı sıra psikolojik ve sosyal düzeydeki girişimler de önemlidir. Kanserde psikolojik, sosyal ve kişisel faktörler geribildirim yoluyla sisteme geri dönüp psikolojik ve davranışsal reaksiyonlara yol açarak ağrının daha da kötü algılanmasına neden olabilmektedir. Ağrının tedavisinde ağrının şiddetine göre analjezikler ya da narkotikler verilebilir. Bunun dışında hasta masajla rahatlatılabilir. Dikkatini ağrıdan uzaklaştırmak amacıyla okuma, müzik dinleme, televizyon izleme gibi etkinliklerde bulunması sağlanabilir (44,45,46).

Diğer bir semptom ise anemidir. Kanser hastalarında, kanama, hemoliz, yetersiz beslenme, kemoterapi ve/veya radyoterapiye bağılı hemoglobin üretiminde bozulma, kemik iliğı baskılanması gibi nedenlerle anemi görülebilmektedir (47). Onkoloji hemşiresi kanser

hastasının beslenme durumunu, kan değerlerini ve kronik hastalıklarını değerlendirerek hastayı aneminin belirtileri konusunda takip etmeli ve bu konuda hasta ve yakınına bilgi vermelidir (5,48).

Nötropeni sık görülebilen bir başka semptomdur. Nötrofil sayısı $<500/\text{mm}^3$ olduğunda tanı konur. Nötropeni ciddi enfeksiyonlardan sorumlu en önemli risk faktörüdür. Tedavide antibiyotik kullanımı gerekebilir. Bunun dışında, hastanın koruyucu izolasyonu, hijyeni ve diyet düzenlemesi gibi nonfarmakolojik girişimler onkoloji hemşiresi tarafından uygulanmalıdır (5,48,49).

Bir diğer problem ise mukozittir. Gastrointestinal sistem mukozası ve özellikle ağız içi bölümünde hücre döngüsü hızlıdır. Ağız içinde bulunan mikropların varlığı ve kemoterapi-radyoterapi sonrasında bozulan ağız içi dokusu mukozitin ortaya çıkmasını kolaylaştırır. Tedavi ile bozulan immün sistemde yeterli koruma sağlayamadığından ağız içi ve dış kaynaklı enfeksiyonlar, morbidite ve mortaliteye neden olabilir. Genellikle ağız kuruluğu, ağrı, yanma ve kızarıklık ile başlayan bu sorun, tedavi edilmezse hastanın yaşam kalitesinin bozulmasına neden olabilir. Hemşirelik bakımında amaç mukozaların bakımı, enfeksiyon tedavisi, ağız kokusunun giderilmesi, yeterli beslenme, hidrasyonun sağlanması ve mukozit kaynaklı ağrının kontrolüdür (5,49,50,51,52).

Bulantı epigastrium ve boğazın arkasında deneyimlenen, kusma ile sonuçlanabilen bir durumdur. Kusma ise mide, duodenum ya da jejunumdaki içeriğin güçlü bir şekilde ağızdan atılmasıdır. Kemoterapi, radyoterapi, cerrahi işlem ve bazı ilaçlar bulantı-kusmaya neden olabilir. Hastanın bulantısını önlemek amacıyla antiemetikler uygulanabilir. Bunun dışında onkoloji hemşiresi, hasta odasının havalandırılmış ve temiz olmasını sağlamalı, hastanın dikkatini farklı bir yöne yönlendirmesini önermeli ayrıca kusmanın neden olabileceği ağız hijyenin bozulmasını önlemek için hastaya ağız bakımı uygulamalı, hasta ve yakınına da bu konuda eğitim vermelidir (53,54,55,56).

Kanser tedavisinde kullanılan ilaçlar kanser hücrelerinin metabolizmasını bozduğu gibi sağlam hücrelere de zarar verebilmektedir. Hızlı metabolik özelliğe sahip saçlı derideki kıl follikül kökleri kemoterapi ilaçlarından etkilenen hücrelerdendir. Bu durum alopesi olarak tanımlanan saç dökülmesine neden olabilmektedir. Alopesi yaşamı tehdit etmemesine rağmen, beden imajını bozabilmekte ve ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir. Onkoloji hemşiresi alopesinin olumsuz etkilerini azaltmak amacıyla hastaya psikolojik destek vermeli, bu durumun geçici olduğu, bu süreçte yoğun şampuan kullanımından kaçınılması, tarama ve

kurutma işlemlerinin nazikçe yapılması, elektrikli saç kıvrırma aletleri, saç boyası, saç spreyi kullanılmaması konularında hastayı bilgilendirmelidir (57,58,59).

Hastanın Rehabilitasyonu ve Yaşama Hazırlanması

Kanserde bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal pek çok sorunla karşılaşması kaçınılmazdır, çünkü tanı konulduğundan itibaren birey ve ailesini psikososyal yönden pek çok değişim ve sorun beklemektedir (57,60). Bireyin fiziksel rehabilitasyonunu güçlendirmeye yönelik girişimler: Banyo, giyim, beslenme, ilaçların kullanılması ve cinsel yaşam gibi günlük yaşam aktivitelerinin sağlanması, ağrı, yorgunluk, halsizlik, bulantı kusma, konstipasyon, diyare ve mukozit gibi semptomların kontrolü, evde yardım gereksinimi, aile içi destek sistemlerinin düzenlenmesi ve özel alet kullanımı gibi yaşam ortamının düzenlenmesi, bağırsak ve mesane boşaltımı, cilt ve mukozaların bakımı gibi öz bakım uygulamaları ve vajinal kayganlık ve elastikiyette azalma, vajinal stenoz ve disparoni gibi cinsel disfonksiyona yönelik cinsel danışmanlık hizmetlerini kapsar (24,57,58,60).

Hastanın psikososyal rehabilitasyonunun sağlanması da önemlidir. Kanser tanısı almış olmak bireyin kişilik yapısını ve benlik algısını bazı yönlerden değiştirebilmektedir. Hemşirelik yaklaşımı bu kadınların menopoz semptomlarıyla başa çıkmalarına, kemoterapi ya da radyoterapiye karşı tepkilerine ve bedenindeki organ ve fonksiyon kayıpları ile ilgili süreçte onlara destek ve yardım etmeyi kapsar (24,60).

Jinekolojik kanserler hastanın ailesinin yaşamında da önemli değişikliklere neden olur. Kadınlar aile bireylerinin bakımı, çocukların beslenmesi ve aile yaşamının yönetimi gibi aile içinde de önemli merkezi rol ve sorumluluklara sahiptir. Kadının kanser deneyimlemesi bu rollerinde değişikliğe ve aile bireylerinin yeni rol ve sorumluluklar almasına neden olur (58,61).

Kadının sosyal ilişkilerinde değişiklik ya da dışlanma destek gerektiren diğer önemli bir sorundur. Sıklıkla yorgunluk gibi fiziksel fonksiyonlardaki sorunlar ya da fiziksel görüntüdeki değişiklikler kadının sosyal yaşamı üzerinde olumsuz etkiler yaratır (40,41,). Bu gruptaki hastaların bakım ve tedavilerini sağlayan hemşireler hastalarında oluşacak fiziksel ve emosyonel değişiklikler için onları hazırlamalıdır. Bu da ancak aktif dinleme, danışmanlık, konu ile ilgili diğer birimlerin yardımını almak ve düzenli kontroller ile sağlanabilir (30). Rehabilitasyon ekibi bireye stres yönetimi, depresyona yönelik relaksasyon teknikleri, yaşam biçiminin yeniden düzenlenmesi, bağımsızlığı artırıcı teknik ve uygulamalar konusunda yardımcı olabilir (57). Kanser hastalarının rehabilitasyon sürecinde mesleki rehabilitasyon da

oldukça önemlidir. Bireyin mesleği, gelir kaynağı olmasının yanı sıra onun için çok daha fazlasını ifade eden bir kavramdır ve bireyin kimliği onun mesleği ile yakından ilişkilidir. Hastalık ya da tedavinin getirdiği sınırlılıklar sonucu bireyin iş yaşamındaki rol değişikliği onun öz güvenini ve ruhsal durumunu etkileyecektir. Oysa bireyin mesleği ya da kariyeri kanserin yarattığı kayıpların ve acıların giderilmesinde tampon görevi yaparak hastanın yeniden üretken olmasına, kontrolünü yeniden kazanmasına ve özgüveninin yükselmesine yardımcı olacaktır (33).

Hastaların Yaşamının Son Döneminde Hemşirenin Rolü

Hastalığın, tedavi edici ve palyatif tedavilere cevap vermediği ve tümörün pek çok organa metastaz yaptığı dönemde, onkoloji ekibi hastanın yaşam için çok az zamanı kaldığının farkındadır. Böyle bir dönemde, hasta ve ailesi açısından, aktif yada palyatif tedavi mi? evde ya da hastanede ölüm mü? gibi önemli kararların alındığı zor bir zaman dilimidir. Hastanın prognozu kötü ve umutsuz ise tedavisiyle ilgili kararlara mümkün olduğunca katılımı son derece önemlidir. Ne yazık ki çoğu zaman hastalar tedavilerine dahil edilmemekte ve istekleri göz ardı edilmektedir. Hastayla durumunu açıkça konuşmak ve mümkün olduğunca kararlara katmak, hastaya kalan zamanını planlama ve bireysel ihtiyaçlarını yerine getirme fırsatını verir (62).

Bu dönemde uygulanacak tedaviler, ölüm sürecinde güçlük ve rahatsızlık yaratacaksa mümkün olduğunca azaltılmalı ve hastanın huzur ve güven içinde ölmesi sağlanmalıdır (39,57). Bu süreç, hastaya verilen bakımın önemli unsurları olan semptomların kontrolü, ağrının giderilip hastanın rahatlatılması ve psikososyal danışmanlığı kapsar (46,62).

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız Edirne ilinde Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji ve Radyasyon Onkoloji kliniklerinde, 28.06.2012-28.06.2013 tarihleri arasında tanımlayıcı ve kesitsel epidemiyolojik bir araştırma olarak gerçekleştirildi. Bu çalışma jinekolojik kanser nedeniyle opere olan ve/veya opere olamayan ancak hastalıkları nedeniyle radyoterapi ve/veya kemoterapi görmekte olan hastalara uygulanan tedavi ve bakımın hastaların yaşam kalitesi üzerine olan etkisini belirlemek; aynı zamanda bu hastalarda hastalığın ve tedavinin neden olduğu semptomlarda hemşirelik bakımına gereksinimlerini ve hastaların sağlık personelinin beklentilerini de saptamaktır.

Çalışma için Trakya Üniversitesi Etik Kurul Komitesi'nden onay (TÜEK-050.04.02-5915) alınmasının ardından Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü aracılığı ile Trakya Üniversitesi Medikal Onkoloji Bilim Dalı ve Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dallarından çalışmanın yapılması için gerekli izin de alındı (EK-I, EK-2). Veri toplama aşamasında kişilere anketin amacı, içeriği konusunda açıklama yapıldı, kişilerden yazılı onam alındı ve kabul edenlere anket uygulandı.

Araştırmaya, Trakya Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında opere olmuş (n=98) veya farklı bir sağlık kuruluşunda jinekolojik kanser tanısı almış ve tedavisi Trakya Üniversitesi Hastanesi'nde gerçekleşen (n=19) yaşları 18-75 arasında olan 116 kadın hasta alındı. Bu dönemde Trakya Üniversitesi Onkoloji Kliniklerinde toplam 1879 kişi kanser nedeniyle radyoterapi ve kemoterapi almış ve/veya takip edilmiştir. Tıbbi Onkoloji bölümünde 1196 kişi, Radyasyon Onkolojisi bölümünde ise 683 kişi tedavi

görmüştür. Bunların içinde ise jinekolojik kanser nedeniyle tedavi alanların toplam sayısı 130 idi.

Hastalar opere olduktan 3 hafta sonra tedavilerine adjuvan kemoterapi ve/veya radyoterapi ile devam etmek amacıyla Tıbbi Onkoloji veya Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dallarına başvurdukları sırada bu birimlerde hastaların ilk anket uygulaması yapıldı. Operasyonla ilgili postoperatif bir komplikasyon gelişmiş ise tedavileri iyileşme sürecinin tamamlanması ardından en kısa sürede (min-max, 15-58 gün) başlandı ve yine ilk anket bu zamanda yapıldı.

Radyoterapi ve/veya kemoterapinin, hastalara verilen bakımın hastaların yaşam kaliteleri üzerinde yarattığı etkileri ve hastalığın neden olduğu problemleri saptayabilmek, hastaların tedavi öncesi durumları ile tedaviye başladıktan sonraki durumlarını karşılaştırabilmek amacıyla tedaviye başladıktan 3 ay sonra anketler aynı hastalara ikinci kez uygulandı. İkinci anketler kemoterapi alan hastalarda 3. kür kemoterapi almaya geldiklerinde kemoterapi almadan önce uygulandı. Radyoterapi alanlarda ise 2 aylık radyoterapileri bittikten iki hafta sonra 2. anket yapıldı. Ayaktan tedavi gören hastalara radyasyon onkolojisi ve medikal onkoloji polikliniklerinde, yatarak tedavisine devam eden hastalara ise aynı birimlerin kliniklerinde anketler gerçekleştirildi. Anketler uygulanırken gönüllü olmayanlar, genel durumu ve bilinç durumu sorulara yanıt veremeyecek düzeyde olduğu sorumlu doktor tarafından bildirilen hastalar çalışmaya dahil edilmediler. Araştırmamıza dahil edilen üç hastaya 4. evrede kanser tanısı konmuş ve bu kişiler 2. anket uygulaması yapılamadan eksitus oldu. Bu hastalar da çalışma dışı tutuldular. Ayrıca 1. ve 2. anketlerin uygulandığı vajen kanseri tanısı alan bir hasta olmuştur. Epidemiyolojik açıdan temsil gücü olamayacağından hasta çalışma dışı bırakılmıştır.

Çalışmamızda tüm hastalara araştırmacı tarafından oluşturulan 94 soruluk sosyo-demografik özellikleri tanımlama ve tedavi-bakımın etkilerini ortaya koymak amaçlı semptom belirleme formu ve 27 sorudan oluşan FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) ölçeği kullanıldı (EK-3, EK-4). Tüm soruları (n=120) içeren anket formu yüz yüze görüşme yöntemiyle tek bir araştırmacı (S.T.) tarafından uygulandı. Her bir anket formunun uygulaması 25-30 dakika sürmüştür.

Semptom belirleme formununun 8 maddesi Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ)'den uyarlanmıştır. ESTÖ 1991 yılında geliştirilmiş bir semptom ölçeğidir (63). Ölçeğin ülkemiz için geçerlilik-güvenilirlik çalışması 2009 yılında yapılmıştır (64). ESTÖ kanser hastalarında yaygın olarak görülen dokuz semptomun değerlendirilmesi amacıyla

geliştirilmiştir. Bu semptomlar; ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, nefes darlığı ve diğer sorunlardır. Ülkemizde yapılan geçerlilik-güvenilirlik çalışmasında ölçekteki “diğer sorunlar” bölümüne ek görülen üç semptom (ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara, ellerde uyuşma) eklenmiştir. Araştırmamızda diğer sorunlar bölümüne literatür bilgilerinden yararlanılarak “tat alma duyusundaki değişiklik, cinsel sorunlar, saç dökülmesi problemi” de eklenmiştir (65). Her bir semptomun şiddeti 0’dan 10’a kadar sayısal olarak değerlendirilmektedir. 0 puan semptomun olmadığını, 10 puan ise semptomun çok şiddetli hissedildiğini göstermektedir. Çalışmamızda “6 puan ve üzerini ifade eden hastalar” diğer hastalara göre semptomu daha şiddetli yaşadığı için istatistiksel analiz yapılırken semptom var şeklinde değerlendirilmiştir. Semptomun değerlendirilmesinde en önemli kural hastanın semptomun şiddetini kendisinin belirtmesidir. Kullandığımız ölçekte anketi doldurulan kişiyi (hastanın kendisi, ailesi, sağlık personeli, aile veya personel yardımı) belirten bölüm olmasına karşın çalışmamızda anketler sorumlu araştırmacı (S.T.) tarafından dolduruldu.

Yedi sorudan oluşan fiziksel iyilik, 7 soru ile sosyal iyilik, duygusal iyilik (6 soru) ve fonksiyonel iyilik (7 soru) halini sorgulayan FACT-G ölçeği bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Dr. David Cella tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir (66). Bu anketten, temelini değiştirmeden daha çok kanser hastalarına özgü özel anketler geliştirilmiştir. Çalışmamızda FACT-G versiyon-4 kullanılmıştır (67). Günümüzde 45’den fazla dile çevrilerek kullanılmaktadır. Ölçeğin ülkemiz için geçerlilik-güvenilirlik çalışması 2002 yılında Mustafa Çetiner tarafından yapılmıştır (68). Sorular dört ana gruba ayrılmıştır; Fiziksel iyilik hali (Bedeni Durum 7 soru), Sosyal yaşam ve ailevi iyilik hali (Sosyal Yaşam ve Aile Durumu 7 soru), Fonksiyonel iyilik hali (Faaliyet Durumu 7 soru), Duygusal iyilik hali (Duygusal Durum 6 soru). Ölçeğin her bir sorusu için 0-4 arasında puanlama yapılır (hiç=0, çok az=1, biraz=2, oldukça=3, çok fazla= 4). Negatif anlam taşıyan sorular için ters puanlama yapılır. Total FACT-G skoru ise kişisel alt grup puanlarının toplamı ile sağlanır. Alınabilecek puan aralığı 0-108’dir. Yüksek puanlama yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu gösterir. Araştırmamızın geçerlilik analizinde Cronbach alfa değeri “.88” olarak bulunmuştur.

Araştırmamızda dört kişilik bir ailenin gelir durumu “düşük”, “orta” ve yüksek olmak üzere Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)’nin 2012 verilerine göre üç grupta değerlendirilmiştir. TÜİK’in açlık sınırı olarak belirlediği 1.004 tl. ve altı “düşük” geliri,

yoksulluk sınırı olarak belirlediği 2.008 tl “orta”, 2.008 tl.’den daha fazla geliri ise “yüksek” gelirli aileler olarak tanımladık (69).

Çalışmamızda yer alan “sosyal aktivitelere katılma durumu” birbirini tanıyan ve/veya tanımayan bireylerin aynı amaç için planlı ve organize bir ortamda bulunmasıdır. “Arkadaş toplantılarına katılma durumu” ise birbirini tanıyan bireylerin ortak bir paylaşım için bir araya gelmesi olarak tanımlanır. “Hastanede yatmış olmak” ile tedavi sırasında, tedavi sonrasında radyasyon ve/veya medikal onkoloji servislerinde en az bir gün yatmış hastalar tanımlanmıştır.

Tercih edilebilen alternatif yöntem; Tamamlayıcı tedaviler bilimsel tıbbi destek amaçlı yapılan tedavilerdir. Bu uygulamalar sırasında tıbbi tedaviye devam edilir. Alternatif tedaviler ise bilimsel tıbbi uygulamalar yerine yapılan ve etkisi bilimsel olarak kanıtlanmamış tedavilerdir (70).

Hemşirelik bakımı anlamında incelenen parametreler bulantı-kusma, oral yaralar, ilaç ekstrevasyonu, ağrı ve uyku problemlerine yaklaşım olarak alındı. Onkoloji bölümü, ayaktan kemoterapi ünitesi ve yataklı tedavi ünitelerinden oluşmaktadır. Yataklı tedavi ünitesinde hastalara bakım veren ve tedavileri düzenleyen 10, ayaktan kemoterapi ünitesinde ise 8 hemşire bulunmaktadır. Bu bölümde görevli hemşireler aynı bölümde ortalama 4 yıl (min.-maks., 1-7 yıl) görev yapan sağlıkçılardır. Hemşireler tarafından hastalara tedavi ve bakım uygulanırken standart tedavi-takip ve bakım formu kullanılarak kanıta dayalı hemşirelik bakımı uygulanmaktadır. Her kemoterapi öncesi hastaların hemoglobin, hemotokrit değerlerine bakıldı. Hemoglobin değeri 10gr/dl ve üzerinde ise hastaya kemoterapi verilebildi. 10gr/dl’ nin altında olduğunda ise hastaya kan transfüzyonu yapıldı. Kan transfüzyonu sırasında reaksiyon olduğunda transfüzyona ara verilerek, transfüzyonu takip eden onkoloji hemşiresi tarafından Avil (Mefar İlaç, İstanbul) ve Dekort amp. (Mefar İlaç, İstanbul) uygulandı ve reaksiyonun geçip geçmediği takip edildi. Hekim değerlendirmesine göre reaksiyon düzeldiğinde onkoloji hemşiresi tarafından transfüzyona devam edildi. Reaksiyonun düzelmediği durumlarda transfüzyon iptal edildi.

Hastalara bulantı-kusmayı önlemek amacıyla kemoterapi öncesi protokolün emotojenik etkisine göre uygun antiemetik tedavi iv yolla uygulandı. Buna rağmen kemoterapi sırasında ve sonrasında bulantı-kusma olduğu zaman doktor istemine göre onkoloji hemşiresi tarafından hemen antiemetikle tekrar müdahale edildi. Nötropenik hastalarda sık görülen bir semptom olan “ağız yarası” görüldüğünde hastaya düzenli olarak günde 3 kez ağız bakımı uygulandı. Ayrıca hastanın gargara yapması sağlandı. Hastaların

yaşadığı bir diğer semptom da ağrıdır. Ağrının şiddeti bireyler arasında farklılık gösterebilmektedir (71). Hastalara bakım veren onkoloji hemşiresi tarafından tedavi-takip ve bakım formlarında yer alan Wong-Baker yüz şekil skalasına göre, bireysel ağrı eşiği farklılığı da dikkate alınarak, hastaların ağrısı değerlendirildi. Servis doktoru tarafından gerekli görüldüğünde ise analjezik ilaç uygulandı. Jinekolojik onkoloji hastaları ağrı ya da hastalık nedeniyle yaşadıkları korku, stres gerekçesiyle uyku problemi yaşayabilirler (35). Hastanın rahat uyuyabileceği, uyarılardan uzak, sessiz klinik şartlarında bir ortam bakım veren hemşire tarafından temin edildi. Buna rağmen, gerekli görüldüğünde rahat uyuması için doktorun reçete ettiği ilaçlar uygulandı.

Kemoterapi iv yolla verilirken ilaç damar dışına sızdığına ilacın cilt altına tahriş etmesine bağlı ciltte kızarıklık, ağrı, şişlik oluşur (5). Hastalarımızda bu durumla karşılaşıldığında kemoterapi sorumlu hemşire tarafından hemen durduruldu. Bu bölgeye kullanılan kemoterapik ajanın çeşidine göre soğuk ya da sıcak uygulama ve ağrıyı gidermek için lokal analjezik jel uygulandı. Bu bölge iyileşinceye kadar damar yolu açma, kan alma, tansiyon ölçme gibi işlemler için kullanılmadı. Bazı hastalar tedavinin neden olduğu bulantı-kusma, halsizlik gibi yan etkilerden dolayı refakatçi desteğine ihtiyaç duyabildiler. Bunların bir kısmının refakat edebilecek yakınları olmadığı gibi ayaktan kemoterapi ünitesine enfeksiyonu önlemek amacıyla refakatçi da alınmamaktadır. Hastaların yaşadığı bu tip problemlerde kendilerine bakım veren hemşireler destek oldu.

Araştırmamızın;

H0 Hipotezi: Kemoterapi almak jinekolojik onkoloji hastalarının yaşam kalitesi üzerine etkisizdir.

Radyoterapi almak jinekolojik onkoloji hastalarının yaşam kalitesi üzerine etkisizdir.

Kemoterapi ve radyoterapi almak jinekolojik onkoloji hastalarında semptomlar üzerine etkisizdir.

H1 Hipotezi: Kemoterapi almak jinekolojik onkoloji hastalarının yaşam kalitesi üzerine etkilidir.

Radyoterapi almak jinekolojik onkoloji hastalarının yaşam kalitesi üzerine etkilidir.

Kemoterapi ve radyoterapi almak jinekolojik onkoloji hastalarında semptomlar üzerine etkilidir.

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Jinekolojik kanser hastalarında tedavi ve bakımın etkileri
- Jinekolojik kanser hastalarında yaşam kalitesi

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Yaş
- Medeni durum
- Eğitim durumu
- Sosyal güvence ve gelir düzeyi
- Sigara, alkol kullanımı
- Cerrahi tedavi uygulanmış olması
- Kemoterapi uygulaması ve yan etkileri
- Radyoterapi uygulaması ve yan etkileri
- Hastalığın evresi
- Aile desteği
- Sosyal yaşantıya devam edebilme durumu

Anket ve ölçek sonuçları araştırmacı tarafından bilgi formlarına kodlandı ve bilgisayara aktarıldı. Elde edilen verilerin değerlendirilmesi Statistical Pacage for Social Science 14 (SPSS 14-seri no:10240642) programında $p<0.05$ anlamlılık düzeyine göre yapıldı. İstatistiksel analizde, hastaların sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özellikleri yüzdelik değerler şeklinde verildi. Verilerin yorumlanmasında t-testi, anova varyans analizi ve ki kare testi kullanıldı. Gruplar arasındaki etkileşimin yönü korelasyon analiziyle belirlendi. Anova varyans analizi ile elde edilen anlamlılık sonuçlarına göre Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi uygulandı.

BULGULAR

Çalışmaya alınan toplam 116 jinekolojik kanser hastasının sosyo-demografik özellikleri Tablo 4’de gösterildi. Hastaların yaş ortalaması 56.88 ± 9.53 yıl idi. Olguların %60.7’si ilkokul mezunu, %11.2’i çalışmakta, %91.4’ü evli, %11.2’si ise çocuğunun olmadığını bildirdi. Hastaların %26.5’i düşük gelire sahipti ve %28.1’i sigara kullanmakta idi.

Tablo 4. Olguların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=116)

		N	%
Yaş (yıl)	25-44	13	11.2
	45-54	40	34.5
	55-64	42	36.2
	65≤	21	18.1
Medeni Durum	Evli	105	90.6
	Bekar	11	4.13
Öğrenim Durumu	Okur-yazar değil	4	3.4
	İlk ve ortaöğretim	105	90.5
	Yükseköğretim	7	6.1
Çalışma Durumu	Çalışmıyor veya emekli	103	88.8
	Çalışıyor	13	11.2
Çocuk Sayısı	Yok	13	11.2
	1-2	59	65.5
	3≤	44	13.0
Gelir Durumu	Düşük	27	23.3
	Orta	81	69.8
	Yüksek	8	6.9

Çalışmamızda kullanılan FACT-G (versiyon 4) Yaşam Kalitesi Ölçeği “Bedeni Durum”, “Sosyal Yaşam ve Aile Durumu”, “Duygusal Durum” ve “Faaliyet Durumu” olmak üzere dört alt gruptan oluşmaktadır. Hastaların enerjilerinin düşük olması, bulantılarının, ağrılarının olması, tedavinin etkilerinden rahatsız olması gibi durumları FACT-G ölçeğinin alt gruplarından “bedeni durum” puanıyla, çalışabilmeleri, hastalıklarını kabullenebilmeleri, iyi uyuyabilmeleri gibi durumları ise “faaliyet durumu” puanıyla ortaya kondu. Hastaların yaşam kalitesi ölçeğine verdikleri cevapların dağılımı Tablo 5’de verildi. Hastaların %60’dan fazlası ağrısı ve bulantısı olduğunu, %75.9’u ise yatakta yatmaya mecbur kaldığını ifade etti.

Hastaların yarısı ailesinden manevi destek görmediğini, tamamı ise cinsel hayatının tatmin edici olmadığını ifade etti. Hastaların %71.5’i kendini üzgün hissettiğini, %74.2’si durumunun daha kötüye gitmesinden endişe duyduğunu belirtti.

Tablo 5. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeğine Verdikleri Cevapları Dağılımı

Bedeni Durum	N	%
Enerjim düşük	78	61.8
Bulantım var	69	60.4
Bedensel durumum yüzünden ailemin ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekiyorum	74	63.8
Ağrım var	76	65.5
Tedavinin yan etkileri beni rahatsız ediyor	71	61.2
Kendimi hasta hissediyorum	75	64.7
Yatakta yatmaya mecbur kalıyorum	88	75.9
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu		
Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum	49	99.2
Ailemden manevi destek görüyorum	58	50.0
Arkadaşımdan destek görüyorum	74	63.8
Ailem hastalığımı kabullendi	89	76.7
Ailemle hastalığım konusundaki iletişimden memnunum	58	50.0
Kendimi hayat arkadaşına (veya başlıca desteğim olan kimseye) yakın hissediyorum	62	53.4
Cinsel hayatım tatmin edici	0	100
Duygusal Durum		
Kendimi üzgün hissediyorum	83	71.5
Hastalığımla başa çıkma yöntemimden memnunum	84	72.4
Hastalığımla olan mücadelede ümidimi kaybediyorum	89	76.7
Kendimi sinirli hissediyorum	85	73.3
Ölmekten korkuyorum	79	68.0
Durumumun daha kötüye gitmesinden endişeleniyorum	86	74.2
Faaliyet Durumu		
Çalışabiliyorum (ev işi dahil)	69	59.5
İşim (ev işi dahil) beni tatmin ediyor	77	66.3
Hayattan zevk alabiliyorum	70	60.3
Hastalığımı kabullendim	78	54.3
İyi uyuyorum	54	46.5
Eğlenmek için yaptığım şeylerden zevk alıyorum	51	44.0
Şu anda hayatımın kalitesinden memnunum	49	42.3

Çalışmamıza dahil edilen hastalara yapılan ilk anket uygulamasında (tedavi başlangıcı öncesi) hastaların sosyo-demografik özelliklerinin yaşam kalitesi ölçeği olan FACT-G ile değerlendirilmesi Tablo 6-9'da verildi.

Araştırmamıza dahil edilen hastalar 26-77 yaş arasında idi. Tablo 6'da FACT-G Ölçeği ile yaşam kalitesi düzeyinin yaş gruplarında değerlendirilmesi verildi. Yaş ile sosyal yaşam ve aile durumu, faaliyet durumu ve toplam yaşam kalitesi skoru arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p=0.01$). 65 ve üzeri yaş grubunun yaşam kalitesi puanının diğer yaş gruplarına göre anlamlı biçimde düşük olduğu saptandı ($p<0.05$). Yaş ile bedeni veya duygusal durum arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 6. FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) Ölçeğiyle Yaşam Kalitesi Düzeyinin Yaş Gruplarında Değerlendirilmesi [Ortalama (\pm SS)]

FACT-G Ölçeği Alt Grupları	25-44 yaş	45-54 yaş	55-64 yaş	≥ 65 yaş	F	p
Bedeni Durum	18.46 ± 3.07	17.82 ± 3.90	16.23 ± 4.09	15.04 ± 4.2	2.17	0.095
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	17.07 ± 2.17	14.75 ± 2.67	13.23 ± 2.44	13.21 ± 3.44	7.12	<0.001
Duygusal Durum	13.84 ± 2.57	13.65 ± 3.23	13.02 ± 3.81	12.23 ± 3.94	0.91	0.436
Faaliyet Durumu	17.62 ± 3.72	17.09 ± 3.78	16.92 ± 3.00	15.09 ± 3.34	3.30	<0.001
Toplam Yaşam Kalitesi Puanı	66.99 ± 12.14	63.31 ± 5.34	59.40 ± 6.39	55.57 ± 6.57	5.80	<0.001

Tek yönlü ANOVA

Hastaların yaşam kalitesi düzeyinin eğitim durumu ile değerlendirilmesi Tablo 7’de verildi. Yaşam kalitesi toplam puanı ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki saptandı ($p=0.048$). Eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında pozitif korelasyon olduğu, eğitim düzeyi arttıkça hastaların yaşam kalitesi puanının da arttığı görüldü ($r=0.30, p=0.001$).

Tablo 7. FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) Ölçeğiyle Yaşam Kalitesi Düzeyinin Eğitim Durumu ile Değerlendirilmesi [Ortalama (\pm SS)]

FACT-G Ölçeği Alt Grupları	Okur-Yazar Değil	İlk ve Orta Öğrenim	Yüksek Öğrenim	F	p
Bedeni Durum	16.57 \pm 5.10	16.90 \pm 4.0	18.12 \pm 3.22	0.36	0.695
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	13.57 \pm 2.76	14.11 \pm 3.13	15.50 \pm 3.33	0.86	0.424
Duygusal Durum	12.28 \pm 6.67	13.24 \pm 3.26	13.25 \pm 3.65	0.24	0.786
Faaliyet Durumu	16.87 \pm 2.99	17.29 \pm 3.45	17.57 \pm 3.10	0.19	0.825
Toplam Yaşam Kalitesi Puanı	59.71 \pm 9.38	61.12 \pm 5.87	64.44 \pm 16.71	3.11	0.048

Tek yönlü ANOVA

Çalışmamıza katılan hastaların %11.2’si çalışmakta idi. Hastaların yaşam kalitesi düzeyinin çalışma durumu ile karşılaştırılması Tablo 8’de verildi. Çalışma durumuyla yaşam kalitesinin tüm alt grupları ve toplam yaşam kalitesi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi düzeyinin gelir durumu ile değerlendirilmesi Tablo 9’da verildi. Yapılan korelasyon analizinde gelir durumu ile yaşam kalitesi arasında pozitif korelasyon bulundu. Gelir durumu arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamaları da artmakta idi ($r=0.19, p=0.034$). Gelir düzeyi ile yaşam kalitesi alt gruplarından sosyal yaşam ve aile durumu, faaliyet durumu ve yaşam kalitesi toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0.05$).

Tablo 8. FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) Ölçeğiyle Yaşam Kalitesi Düzeyinin Çalışma Durumu ile Değerlendirilmesi [Ortalama (\pm SS)]

FACT-G Ölçeği Alt Grupları	Çalışan Hastalar	Çalışmayan Hastalar	t	p
Bedeni Durum	18.63 \pm 4.29	17.87 \pm 3.27	42.42	0.027
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	16.03 \pm 2.98	14.58 \pm 3.49	45.36	0.042
Duygusal Durum	16.57 \pm 3.68	12.12 \pm 2.84	36.98	<0.001
Faaliyet Durumu	17.77 \pm 3.55	15.70 \pm 2.32	50.96	<0.001
Toplam Yaşam Kalitesi Puanı	63.00 \pm 6.97	60.27 \pm 8.28	40.86	<0.001

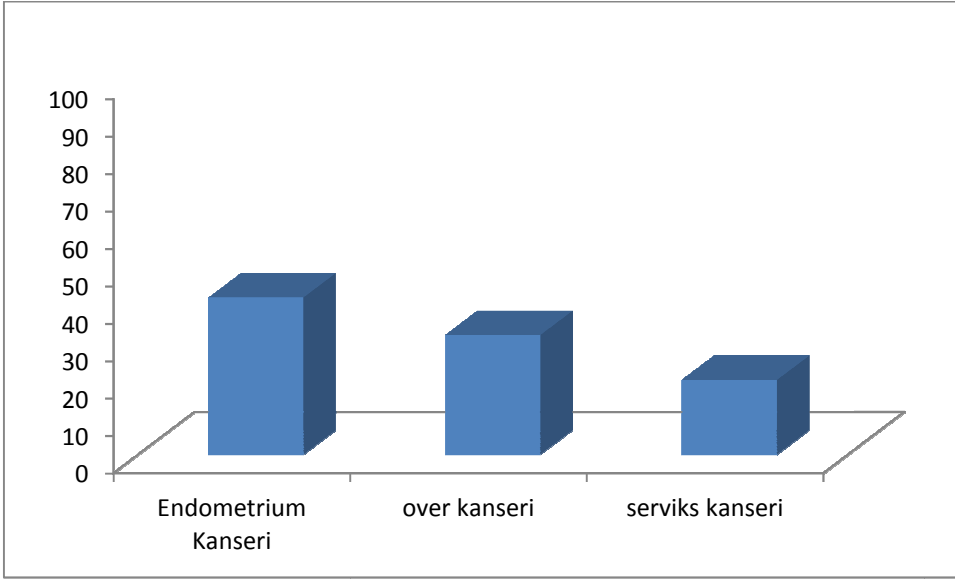
Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 9. FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) Ölçeğiyle Yaşam Kalitesi Düzeyinin Gelir Durumu ile Değerlendirilmesi [Ortalama (\pm SS)]

FACT-G Ölçeği Alt Grupları	Düşük Gelir	Orta Gelir	Yüksek Gelir	F	p
Bedeni Durum	15.44 \pm 4.04	17.19 \pm 4.05	19.75 \pm 2.43	4.09	0.019
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	15.11 \pm 1.52	13.66 \pm 3.33	16.25 \pm 3.65	4.27	0.016
Duygusal Durum	12.14 \pm 3.13	13.53 \pm 3.64	13.25 \pm 3.28	1.57	0.056
Faaliyet Durumu	15.81 \pm 2.40	17.61 \pm 3.45	18.00 \pm 4.50	3.21	0.044
Toplam Yaşam Kalitesi Puanı	58.50 \pm 5.95	61.99 \pm 6.15	67.25 \pm 16.02	5.05	0.008

Tek yönlü ANOVA

Olguların hastalıklarına ilişkin özelliklerine göre dağılımları Şekil 1 ve Tablo 10'da gösterildi. Hastaların %44.8'i endometrium (n=52), %32.8'i over (n=38) ve %22.4'ü (n=26) ise serviks kanseri idi. Evrelere göre dağılımları incelendiğinde %4.3'ü evre I, %34.5'i evre II %50.9'u evre III %10.3'ü evre IV'den oluşan hastalardı. Hastaların %35.4'ü cerrahi tedavi sonrası kemoterapi, %19.8'si radyoterapi ve %44'8 kemoradyoterapi aldı.



Şekil 1. Hastaların Tanılarına Göre Dağılımı

Tablo 10. Olguların Hastalıklarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Hastalığın Evresi		n	%
	I	5	4.3
	II	40	34.5
	III	59	50.9
	IV	12	10.3
Uygulanan Tedavi Türleri	Cerrahi + kemoterapi	41	35.4
	Cerrahi + radyoterapi	23	19.8
	Cerrahi + kemoterapi + radyoterapi	52	44.8

Hastalara yapılan ilk anket uygulamasında (tedavi başlangıcı öncesi) hastalıklara ilişkin özellikler ile yaşam kalitesi ölçeği olan FACT-G'nin değerlendirilmesi Tablo 11 ve 12'de verildi. Tanı ile yaşam kalitesi toplam puanı karşılaştırıldığında farkın önemli olduğu saptandı ($p<0.05$). Bu farkın over kanseri tanılı hastaların toplam yaşam kalitesi puanının endometrium ve serviks kanseri tanılı hastaların toplam puanına göre anlamlı biçimde düşük olmasından kaynaklandığı sonucu elde edildi ($p<0.05$). Endometrium ve serviks kanseri tanılı kişilerin yaşam kalitesi puanları ise benzerdi.

Tablo 11. FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) Ölçeğiyle Yaşam Kalitesi Düzeyinin Hastalığın Tanısı ile Değerlendirilmesi (tedavi öncesi) [Ortalama(\pm SS)]

FACT-G Ölçeği Alt Grupları	Endometrium	Over	Serviks	F	p
Bedeni Durum	17.90 \pm 3.36	14.55 \pm 4.40	18.61 \pm 3.31	12.15	<0.001
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	13.86 \pm 3.36	14.00 \pm 2.71	15.07 \pm 3.13	1.40	0.425
Duygusal Durum	14.26 \pm 3.56	11.63 \pm 2.83	13.30 \pm 3.64	6.78	0.002
Faaliyet Durumu	17.69 \pm 3.74	16.50 \pm 2.87	17.34 \pm 3.26	1.39	0.036
Toplam Yaşam Kalitesi Puanı	63.71 \pm 5.97	56.68 \pm 4.53	64.32 \pm 7.38	5.81	0.004

Tek yönlü ANOVA

Evrelere göre yaşam kalitesi puanı değerlendirildiğinde tüm gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı (Tablo 12) ($p < 0.001$). Farkın kaynağı araştırıldığında evre IV hastaların toplam yaşam kalitesi puanı evre I, II ve III hastaların toplam yaşam kalitesi puanına göre anlamlı biçimde düşük bulundu ($p < 0.001$). Bedeni durum, sosyal durum ve “faaliyet durumu” alt gruplarında evre I ve II, evre III ve IV’ün sonuçları benzer idi. Duygusal durum puanı ise evre I ve II’de benzer, evre III ve IV’de ise farklı olarak sonuçlandı. Evre ile toplam yaşam kalitesi puanı arasında negatif korelasyon bulundu. Evre arttıkça toplam yaşam kalitesi puanı düşmekte idi ($r = -0.51, p < 0.001$).

Tablo 12. FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) Ölçeğiyle Yaşam Kalitesi Düzeyinin Hastalığın Evresi ile Değerlendirilmesi [Ortalama (\pm SS)]

FACT-G Ölçeği Alt Grupları	Evre I	Evre II	Evre III	Evre IV	F	p
Bedeni Durum	19.40 \pm 2.96	19.65 \pm 2.40	15.84 \pm 3.84	12.50 \pm 3.77	18.44	<0.001
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	15.80 \pm 3.89	14.12 \pm 3.68	14.83 \pm 2.45	12.16 \pm 2.75	3.73	0.013
Duygusal Durum	17.00 \pm 3.00	15.75 \pm 3.11	11.69 \pm 2.62	10.41 \pm 2.27	23.95	<0.001
Faaliyet Durumu	24.20 \pm 3.03	18.55 \pm 3.23	16.16 \pm 2.49	15.08 \pm 2.67	18.34	<0.001
Toplam Yaşam Kalitesi Puanı	76.40 \pm 6.58	68.07 \pm 8.01	58.52 \pm 4.57	50.15 \pm 4.90	18.67	<0.001

Tek yönlü ANOVA

Tedavi başlangıcı öncesi ve tedaviden iki ay sonra FACT-G ölçeğine verdikleri yanıtların değerlendirilmesi Tablo 13’de verildi. Tedavi öncesi ve sonrası ölçek alt grup puanlarının tamamı arasında anlamlı fark bulundu. ($p<0.05$). Tedavi sonrasında yaşam kalitesi toplam puanları da tedavi öncesine göre anlamlı ölçüde düşmekte idi ($p<0.05$).

Tablo 13. FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) Ölçeğinin Tedavi Öncesi ve Sonrası ile Değerlendirilmesi [Ortalama (\pm SS)]

FACT-G Ölçeği Alt Grupları	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası	t	p
Bedeni Durum	16.96 \pm 4.07	14.67 \pm 5.05	6.96	<0.001
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	14.18 \pm 3.22	13.85 \pm 3.22	2.66	0.009
Duygusal Durum	13.16 \pm 4.14	11.47 \pm 4.69	7.50	<0.001
Faaliyet Durumu	17.22 \pm 3.38	16.17 \pm 4.10	5.28	<0.001
Toplam Yaşam Kalitesi Puanı	61.25 \pm 9.51	56.16 \pm 7.38	53.11	<0.001

Bağımlı gruplarda t testi

Hastalar yaşadıkları semptomların şiddetini ESTÖ ölçeğine göre 1’den 10’a kadar numaralandırarak ifade ettiler. Tablo 14’de hastaların tedavi öncesi ve sonrası ESTÖ’ye göre yaşadıkları semptomlar ve semptom şiddeti ortalamaları verildi. Olguların tüm semptomlarının tedaviye başladıktan sonra tedavi öncesine göre anlamlı düzeyde daha çok görüldüğü saptandı ($p<0.05$). Hastaların tedavi öncesi bulantı kusma semptom ortalamaları 2.4 iken tedaviye başladıktan sonra 6.9 oldu. Yaşadıkları uyku problemi ise tedavi öncesinde 3.3 iken tedavi sonrasında 6.6’ya yükseldi. Hastalar tedavi öncesinde alopesi ve ağız yarası semptomlarını hiç yaşamadıklarını ifade ettiler.

Tedavi öncesinde hastaların %91.4’ü arkadaş toplantılarına, %46.6’sı sosyal aktivitelere katılmakta idi. Tedaviye başladıktan sonra arkadaş toplantılarına katılma oranı %31.9 ($p=0.024$), sosyal aktivitelere katılma ise %16.4’e ($p=0.004$) düştü. Hastaların %60.4’ü arkadaş toplantılarına devam edememenin kendilerini olumsuz etkilediğini ifade ettiler.

Tablo 14. Hastaların Tedavi Öncesi ve Sonrası Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'ne (ESTÖ) Göre Yaşadıkları Semptomlar ve Semptom Şiddeti Ortalamaları ()

Semptomlar	Tedavi öncesi		Tedavi sonrası		p*
	Görülme Oranı	Semptom şiddeti	Görülme Oranı	Semptom şiddeti	
	n (%)	Ort±SS	n %	Ort±SS	
Bulanti-kusma	15 (12.9)	2.4 ±1.76	92 (79.3)	6.9 ±2.47	0.034
Uyku problemi	26 (22.4)	3.3 ±1.79	79 (68.1)	6.6 ±2.11	<0.001
Ağrı	71 (61.2)	4.2 ±2.11	77 (66.4)	7.2 ±2.27	<0.001
Ağızda yara	0	0	17 (14.7)	6.4 ±3.15	0.012
Dışkılama alışkanlığında değişiklik	17 (14.7)	3.4 ±1.54	85 (73.3)	6.2 ±2.49	<0.001
Ciltte değişiklik	6 (5.21)	4.2±1.22	27 (23.3)	6.4±2.48	0.002
Alopesi	0	0	85 (73.3)	6.3±2.44	<0.001

*Mc NEMAR ki kare testi

Tedavi öncesinde hastaların hiçbiri hastalıkları kaynaklı semptomlar nedeniyle hastanede yatmamaktaydı. Tedaviye başladıktan sonra %34.3'ü ağrı ve beslenememe nedeniyle destek tedavi amacıyla hastaneye yattıklarını ifade ettiler.

Tablo 15'de yaşam kalitesi düzeyinin kanserin tipi ile değerlendirilmesi verilmiştir. Tedaviye başladıktan iki ay sonra yapılan ikinci anket uygulamasında kanserin tipi ile toplam yaşam kalitesi puanı değerlendirildiğinde farkın önemli olduğu saptandı (p=0.004). Farkın kaynağı araştırıldığında over kanserli hastaların toplam yaşam kalitesi puanının endometrium ve serviks kanserli hastaların puanına göre anlamlı biçimde düşük olduğu sonucu elde edildi. Endometrium ve serviks kanserli hastaların toplam yaşam kalitesi puanı ise benzerdi.

Semptomların görülme oranlarının kanser tipi ile değerlendirilmesi Tablo 16'da verildi. Ciltte değişiklik ve alopesi dışındaki semptomlarda kanser tipleri arasında anlamlı fark bulundu (p<0.05). Farkın kaynağı incelendiğinde bulanti-kusma, uyku ve dışkılama alışkanlığında değişiklik semptomlarını over kanserli hastaların daha çok yaşadığı, ağrıyı

serviks ve over kanserli hastaların endometrium kanserlilere göre daha fazla yaşadıkları saptandı.

Tablo 15. Tedavi sonrası FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) Ölçeğiyle Yaşam Kalitesi Düzeyinin Hastalığın Kanserin Tipi ile Değerlendirilmesi [Ortalama (\pm SS)]

FACT-G Ölçeği Alt Grupları	Endometrium	Over	Serviks	F	p
Bedeni Durum	16.61 \pm 4.29	11.78 \pm 3.90	15.01 \pm 6.05	59.38	< 0.001
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	13.30 \pm 3.71	13.89 \pm 2.58	14.88 \pm 2.83	4.66	0.125
Duygusal Durum	13.21 \pm 4.29	8.76 \pm 3.75	11.96 \pm 4.78	44.1	< 0.001
Faaliyet Durumu	13.21 \pm 4.29	8.76 \pm 3.75	11.96 \pm 4.78	31.87	0.030
Toplam Yaşam Kalitesi Puanı	56.33 \pm 5.97	40.19 \pm 4.53	53.81 \pm 7.38	18.67	0.004

Tek yönlü ANOVA

Tablo 16. Hastaların Yaşadığı Semptomların Tanı ile Değerlendirilmesi [Ortalama (\pm SS)] ()

Semptomlar	Endometrium (n=52)		Over (n=38)		Serviks (n=26)		p*
	Görülme Oranı	Semptom Şiddeti	Görülme Oranı	Semptom Şiddeti	Görülme Oranı	Semptom Şiddeti	
	n %	Ort \pm SS	n %	Ort \pm SS	n %	Ort \pm SS	
Bulantı-kusma	31 (59.6)	6.1 \pm 2.22	37 (97.3)	7.5 \pm 1.89	24 (92.3)	7.2 \pm 2.91	0.010
Uyku problemi	25 (48)	5.5 \pm 1.48	31 (81.5)	7.1 \pm 2.33	22 (84.6)	6.8 \pm 2.14	0.048
Ağrı	27 (51.9)	5.9 \pm 1.63	29 (76.3)	6.9 \pm 2.82	21 (80.8)	6.5 \pm 2.23	< 0.001
Ağız yarası	2 (3.8)	5.3 \pm 2.14	5 (13.1)	6.2 \pm 2.52	10 (38.4)	6.3 \pm 2.42	0.009
Dışkılama alışkanlığın da değişiklik	26 (50)	5.5 \pm 1.78	37 (97.3)	7.0 \pm 1.21	22 (84.6)	6.8 \pm 1.81	< 0.001
Ciltte değişiklik	7 (13.4)	6.0 \pm 2.01	11 (28.9)	6.2 \pm 2.48	9 (34.6)	6.5 \pm 2.34	0.112
†Alopesi	27 (51.9)	-	35 (92.1)	-	23 (88.4)	-	0.069

*Ki kare testi

(†alopesi semptomu “var” “yok” şeklinde değerlendirilmiş, semptom şiddeti sorgulanmamıştır)

Hastaların sosyal durumunun kanserin tipi ile değerlendirilmesi Tablo 17’de verildi. Hastalığın tanısı, tedavileri sırasında refakatçılarının olmasını, tedavileri süresince yakınlarından bakımları için destek almalarını, arkadaş toplantılarına ve sosyal aktivitelere katılmalarını ve hastanede yatmalarını anlamlı derecede etkilemekte idi ($p<0.05$). Farkın kaynağı incelendiğinde over ve serviks kanseri tanılı hastaların arkadaş toplantılarına ve sosyal aktivitelere katılma durumunun endometrium kanseri tanılı hastalara göre daha düşük olduğu, over kanseri tanılı hastaların hastanede daha çok yattığı saptandı.

Tablo 17. Hastaların Sosyal Durumunun Tanı ile Değerlendirilmesi

Sosyal durum	Endometrium Kanseri (n=52)	Over Kanseri (n=38)	Serviks Kanseri (n=26)	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	
Refakatçi olması	29 (55.3)	34 (89.5)	18 (38.5)	<0.001
Yakın desteği	25 (48.1)	31 (81.6)	17 (65.4)	0.005
Arkadaş toplantılarına katılma	24 (46.2)	7 (18.4)	6 (23.1)	0.011
Sosyal aktivitelere katılma	14 (26.9)	1 (2.6)	4 (15.4)	0.009
Hastanede yatmış olmak	7 (13.5)	17 (44.7)	10 (38.5)	0.003

*Ki kare testi

Çalışmamıza dahil olan tüm hastaların %69.8’inin, kemoterapi alanlarda ise %78’inin refakatçısı vardı. Kemoterapi alan hastalarda refakatçısı olanların semptomlarla değerlendirilmesi Tablo 18’de verildi. Kemoterapi alanlarda refakatçısı olmakla bulantı-kusma, ağrı, ağız yarası ve dışkılama alışkanlığında değişikliğin daha fazla olduğu görüldü ($p<0.05$).

Radyoterapi alanlarda refakatçi olmasıyla, refakatçısı olmayanlara kıyasla, dışkılama alışkanlığında değişiklik ($n=29$ vs $n=7$, $p=0.046$) ve ciltte değişiklik arasında anlamlı bir fark saptandı ($n=12$ vs $n=0$, $p=0.028$). Kemoradyoterapi alanlarda ise refakatçi olmasıyla uyku ve ciltte değişiklik semptomlarının artmış olduğu izlendi ($n=31$ vs $n=9$, $p<0.05$).

Refakatçiye neden ihtiyaç duyulduğu sorusuna karşılık kemoterapi alan kişilerin %65.8’i “bakım için”,%17’1’i“destek amaçlı”, radyoterapi alanların %43.4’ü “bakım için”,

kemoradyoterapi alanların ise %80.8'i "bakım için", %11.5'i ise "destek amaçlı" gerekçesini gösterdiler.

Olguların yaşlarının refakatçi olmasına etkisinin değerlendirilmesi için yapılan korelasyon analizinde yaş ile refakatçi olması arasında pozitif korelasyon vardı. İleri yaşta daha fazla hastanın refakatçisi olduğu sonucu elde edildi. ($r=27$, $p=0.003$). Hastalığın evresine göre refakatçi olması incelendiğinde evre arttıkça refakatçi bulundurma durumunun da arttığı sonucuna ulaşıldı ($r=0.32$, $p=0.001$).

Tablo 18. Kemoterapi Alan Hastalarda Refakatçisi Olanların Semptomlarla Değerlendirilmesi [Ortalama(±SS)]

Semptomlar	Refakatçisi Olan Hastalar, n (%)	Refakatçisi Olmayan Hastalar, n (%)	p*
Bulantı-Kusma	31 (79.5)	8 (20.5)	<0.001
Uyku problemi	27 (77.1)	8 (22.9)	0.613
Ağrı	27 (96.4)	1 (3.6)	<0.001
Ağız yarası	11 (91.7)	1 (8.3)	0.023
Dışkılama Alışkanlığında Değişiklik	29 (82.9)	6 (17.1)	0.010
Ciltte değişiklik	14 (100)	0	0.014
Alopesi	29 (78.4)	8 (21.6)	0.877

*Ki kare testi

Tablo 19'da kemoterapi alan hastalarda arkadaş toplantılarına katılmanın semptomlarla birlikte değerlendirilmesi verildi. Kemoterapi alan ve arkadaş toplantılarına katılan kişilerde ağrı, ağız yarası, dışkılama alışkanlığında değişiklik ve ciltte değişiklik semptomlarının arkadaş toplantılarına katılmayanlara göre daha az olduğu saptandı ($p<0.05$).

Radyoterapi alanlarda dışkılama alışkanlığında değişiklik ($n=9$ vs $n=27$, $p=0.002$) ve ciltte değişiklik semptomları görülen hastaların arkadaş toplantılarına daha az katıldıkları bulundu ($n=4$ vs $n=8$, $p=0.016$).

Tablo 19. Kemoterapi Alan Hastalarda Arkadaş Toplantılarına Katılmanın Semptomlarla Değerlendirilmesi [Ortalama (\pm SS)]

Semptomlar	Arkadaş Toplantılarına Katılan Hastalar n (%)	Arkadaş Toplantılarına Katılmayan Hastalar n (%)	p*
Bulantı-Kusma	7 (17.9)	32(32.1)	0.26
Uyku problemi	7 (20.0)	28(80.0)	0.84
Ağrı	0	28(100)	<0.001
Ağız yarası	0	12(36.4)	0.043
Dışkılama Alışkanlığında Değişiklik	5(14.3)	30(85.7)	0.041
Ciltte değişiklik	0	14(100)	0.023
Alopesi	7(18.9)	30(81.1)	0.771

*Ki kare testi

Hastalığının tanısını bilen olguların semptomları ile birlikte değerlendirilmesi Tablo 20’de verildi. Tanısını bilen hastaların bulantı-kusma, ağrı ve dışkılama alışkanlığında değişiklik semptomlarını daha çok yaşadıkları saptandı ($p<0.05$). Tanısını bilmeyen hastaların toplam yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt grup puanları bilenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$). Tanısını bilen hastaların %69.3’ünün arkadaş toplantılarına katılmadığı saptandı.

Tablo 20. Hastalığının Tanısını Bilenlerin Semptomlarla Değerlendirilmesi [Ortalama (\pm SS)]

Semptomlar	Tanısını Bilenler n (%)	Tanısını Bilmeyenler n (%)	p*
Bulantı-Kusma	62 (67.4)	30 (32.6)	0.018
Uyku problemi	54 (68.4)	25 (31.6)	0.153
Ağrı	46 (59.7)	31 (40.3)	<0.001
Ağız yarası	13 (61.9)	8 (38.1)	0.234
Dışkılama Alışkanlığında Değişiklik	57 (67.1)	28 (32.9)	0.033
Ciltte değişiklik	15 (36.6)	26 (63.4)	0.068
Alopesi	65 (76.5)	20 (23.5)	0.105

*Ki kare testi

Olgularımızdan %35.3'ü kemoterapi, %19.8'i radyoterapi, %44.8'i ise kemoradyoterapi aldı. Bunların kemoterapi, radyoterapi, kemoradyoterapi alma durumları ile yaşam kalitesi puanlarının değerlendirilmesi Tablo 21'de verildi. Alınan tedaviye göre yaşam kalitesi puanı karşılaştırıldığında faaliyet durumu dışında gruplar arasındaki farkın önemli olduğu saptandı ($p<0.05$). İkili karşılaştırmalarda farkın kaynağı araştırıldığında ise radyoterapi alan hastaların toplam yaşam kalitesi puanı, kemoterapi veya kemoradyoterapi alan hastaların puanına göre anlamlı biçimde yüksek bulundu ($p=0.018$). Kemoterapi ve kemoradyoterapi alanların ise toplam yaşam kalitesi puanları benzerdi ($p>0.05$).

Tablo 21: FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) Ölçeğiyle Yaşam Kalitesi Düzeyinin Kemoterapi, Radyoterapi ve Kemoradyoterapi Alma Durumu ile Değerlendirilmesi [Ortalama (\pm SS)]

FACT-G Ölçeği Alt Grupları	Kemoterapi Alan Hastalar	Radyoterapi Alan Hastalar	Kemoradyoterapi Alan Hastalar	F	p
Bedeni Durum	13.21 \pm 5.51	16.34 \pm 3.85	15.07 \pm 4.92	3.24	0.043
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	13.41 \pm 3.24	15.69 \pm 2.47	13.38 \pm 3.26	5.00	0.008
Duygusal Durumu	10.36 \pm 4.21	13.52 \pm 4.23	11.44 \pm 5.02	3.46	0.035
Faaliyet Durumu	15.87 \pm 4.19	16.00 \pm 3.54	16.48 \pm 4.32	0.26	0.765
Toplam Yaşam Kalitesi Puanı	52.85 \pm 6.49	61.55 \pm 4.78	55.37 \pm 8.45	4.14	0.018

Tek yönlü ANOVA

Hastaların yaşadığı semptomların görülme oranlarının tedavi şekli ile değerlendirilmesi Tablo 22'de verildi. Hastaların karşılaştığı bulantı-kusma, uyku, ağrı, ciltte değişiklik ve alopesi semptomları alınan tedaviye göre anlamlı düzeyde farklılık göstermekte idi ($p<0.05$). Farkın nedeni incelendiğinde bulantı-kusma, uyku problemi ve ağrının kemoterapi, kemoradyoterapi alan hastalarda radyoterapi alanlara göre daha sık görüldüğü bulundu. Ciltte değişiklik sorunuyla radyoterapi alan hastalar diğerlerine kıyasla daha fazla karşılaşmakta idi. Hastaların dışkılama alışkanlığında değişiklik olmasıyla tedavi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$). Kemoterapi alan hastaların %29.2'si ekstrevasiyon yaşadıklarını, bunların %75'i ise ekstrevasiyonun tedavilerini olumsuz etkilediğini belirtti.

Kemoterapi alan olgularda, semptomlarla yaş faktörü değerlendirildiğinde ileri yaştaki hastalarda bulantı-kusma, uyku problemi ve ciltte değişiklik semptomlarının anlamlı derecede daha fazla görüldüğü saptandı ($p<0.05$).

Alopesi kemoterapi/kemoradyoterapi alan hastalarda görüldü. Alopesi gelişen hastaların %58.4'ü bu sorunun kendilerini olumsuz etkilediğini ifade ettiler. %13.8 hastada ise ESTÖ skoru ≥ 9 idi ve böylece alopesiden “çok fazla olumsuz” etkilendikleri anlaşıldı.

Çalışmamıza katılan hastalardan radyoterapi alanlarda ağız yarası saptanmadı. Kemoterapi alan hastaların %18.1'inde tedavinin yan etkisi olarak nötropeni görüldü. Nötropenili hastaların tamamında ağız yarası tespit edildi. Bunun dışında kemoterapi alan hastaların %19.5'inde ilaç alerjisi gelişti. Kemoterapi alanların %9.6'sında, kemoradyoterapi alan hastaların %10.3'ünde hemoglobin ve hematokrit değerlerinde düşüş saptandı ve hastalara kan transfüzyonu uygulandı. Olguların %4.1'i hemen kan temin edemediği için tedavileri ertelenmek durumunda kaldı.

Olgulardan nötropenisi olanların olmayanlara göre daha fazla refakatçiya ihtiyaç duyduğu ($n=11$ vs $n=1$, $p=0.023$), arkadaş toplantılarına ise daha az katıldığı görüldü ($n=0$ vs $n=12$, $p=0.043$). Kan transfüzyonu alerjisi olan ($n=0$ vs $n=5$, $p=0.001$) ve kan temin edemeden dolayı tedavisi geciken hastaların diğerlerine göre daha az arkadaş toplantılarına katıldığı bulundu ($n=0$ vs $n=30$, $p=0.001$).

Hastaların %34.5'i tedavilerine ek olarak alternatif yöntem kullandığını ifade etti. %21.6'sı aktardan çeşitli baharat ve yiyecek karışımları, %12.9'u ise okunmuş su kullandıklarını ifade ettiler. Bu yöntemleri %11.2'si televizyondan, %23.3'ü ise yakınlarından duyduklarını belirttiler.

Tablo 23'de hastaların sosyal durumu ile tedavinin değerlendirilmesi verildi. Alınan tedavi ile tedavileri sırasında refakatçılarının olması, arkadaş toplantılarına ve sosyal aktivitelere katılmaları ve hastanede yatmaları arasında anlamlı derecede fark saptandı ($p<0.05$). Kemoterapi, kemoradyoterapi alan hastaların radyoterapi alanlara göre refakatçi ve yakın desteklerinin daha fazla olduğu, arkadaş toplantılarına ve sosyal aktivitelere daha az katıldıkları bulundu. Yine, kemoterapi gören hastalar radyoterapi, kemoradyoterapi görenlere kıyasla daha fazla hastanede yatmakta idi. Radyoterapi almış hastaların hiçbirinde tedavi sonucu gelişen bir komplikasyona bağlı hastaneye yatış olmadığı da saptandı.

Çalışmamıza dahil olan hastaların hastaneye olan mesafeleri sorgulandığında 10 km ile 144 km arasında değiştiği görüldü. Hastaların %56.9'u Edirne (Merkez İlçe) dışından gelmekte idi. Bu hastaların %18.9'u tedavi sonrası seyahat etmekten olumsuz etkilendiklerini ifade ettiler.

Tablo 22. Hastaların Yaşadığı Semptomların Tedavi Şekli ile Değerlendirilmesi
[Ortalama (\pm SS)]

Semptomlar	Kemoterapi Alan Hastalar (n=41)		Radyoterapi Alan Hastalar (n=23)		Kemoradyoterapi Alan Hastalar (n=52)		p*
	Görülme oranı	Semptom şiddeti	Görülme oranı	Semptom şiddeti	Görülme oranı	Semptom şiddeti	
	n (%)	Ort \pm SS	n (%)	Ort \pm SS	n (%)	Ort \pm SS	
Bulantı-kusma	39 (95.1)	7.3 \pm 1.66	7 (30.4)	3.8 \pm 2.83	46 (88.5)	6.6 \pm 1.41	<0.001
Uyku problemi	35 (85.4)	6.9 \pm 1.84	10 (43.5)	4.5 \pm 2.08	34 (65.4)	6.1 \pm 1.94	<0.001
Ağrı	28 (68.3)	6.6 \pm 2.40	10 (43.5)	6.1 \pm 2.34	39 (75)	6.6 \pm 1.82	0.027
Ağız yarası	12 (29.3)	6.5 \pm 1.73	0	0	9 (17.3)	6.1 \pm 2.05	0.164
Dışkılama alışkanlığında değişiklik	35 (85.4)	6.4 \pm 2.14	14 (60.9)	6.2 \pm 2.06	36 (69.2)	6.2 \pm 2.89	0.071
Ciltte değişiklik	14 (34.1)	6.1 \pm 2.01	15 (65.2)	6.3 \pm 1.84	12 (23.1)	6.3 \pm 2.12	0.002
†Alopesi	37 (90.2)		0	0	45 (86.5)		<0.001

*Ki kare testi

(†alopesi semptomu “var” “yok” şeklinde değerlendirilmiş, semptom şiddeti ölçülmemiştir)

Çalışmamıza dahil olan hastaların %89.7'si verilen bakımdan, %87.1'i kendilerine yaklaşımdan ve %81'i de tedavi ve bakım verenlerden memnun olduklarını ifade ettiler. Hastaların %75'i kendine bakım verenlerden beklentilerinin “güleryüz”, %16.4'ü ilgi, %10.3'ü ise “hastalıkları ve aldıkları tedavi ile ilgili açıklama yapılması” olduğunu belirttiler.

Tablo 24'de hemşirelik bakımından memnuniyetin semptomlarla birlikte değerlendirilmesi verildi. Uyku problemi olan hastaların içinde hemşirelik bakımından da memnun olmayanların oranı anlamlı biçimde yüksekti (p=0.038)

Tablo 23. Hastaların Sosyal Durumu ile Tedavinin Değerlendirilmesi [Ortalama (±SS)]

Sosyal durum	Kemoterapi Alan Hastalar (n=41)	Radyoterapi Alan Hastalar (n=23)	Kemoradyoterapi Alan Hastalar (n=52)	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	
Refakatçi olması	32 (78)	8 (34.8)	41 (78.8)	<0.001
Yakın desteği	31 (75.6)	12 (52.2)	30 (57.7)	<0.001
Arkadaş toplantılarına katılma	8 (19.5)	18 (78.3)	11 (21.2)	<0.001
Sosyal aktiviteye katılma	7 (17.1)	9 (39.1)	3(5.8)	0.003
Hastanede yatmış olmak	20 (48.8)	0	14 (26.9)	0.018

*Ki kare testi

Tablo 24. Hemşirelik Bakımından Memnuniyetin Semptomlarla Değerlendirilmesi[Ortalama (\pm SS)]

Semptomlar	Memnun Olanlar n (%)	p*
Bulantı-Kusma var	82 (89.1)	0.716
Bulantı-Kusması yok	22 (91.7)	
Uyku problemi var	74 (81.1)	0.038
Uyku problemi yok	30 (93.7)	
Ağrısı olanlar	70 (87.2)	0.533
Ağrısı olmayanlar	34 (90.9)	
Ağız yarası olanlar	2 (89.2)	0.234
Ağız yarası olmayanlar	103(90.5)	
Dışkılama Alışkanlığında Değişiklik olanlar	78(83.9)	0.217
Dışkılama Alışkanlığında Değişiklik olmayanlar	26 (90.2)	
Ciltte değişiklik olanlar	37(89.3)	0.878
Ciltte değişiklik olmayanlar	67(63.4)	
Alopesi olanlar	77 (87.1)	0.585
Alopesi olmayanlar	27 (90.6)	

*Ki kare testi

Diğer taraftan Tablo 25’de de gösterildiği üzere hemşirelik bakımının hastaların sosyal durum ölçütleriyle birlikte değerlendirilmesinde ise ölçülen hiçbir parametre ile anlamlı fark bulunmadı.

Tablo 25. Hemşirelik Bakımından Memnuniyetin Sosyal Durum ile Değerlendirilmesi
[Ortalama (\pm SS)]

Sosyal durum	Memnun Olanlar n (%)	p*
Refakatçi var	81 (91.4)	0.360
Refakatçisi olmayanlar	33 (85.7)	
Yakın desteği olanlar	69 (87.7)	0.729
Yakın desteği olmayanlar	35 (60.0)	
Arkadaş toplantılarına katılım (+)	40 (97.3)	0.361
Arkadaş toplantılarına katılmayanlar	64 (86.1)	
Sosyal aktiviteye katılım (+)	19 (100)	0.064
Sosyal-aktiviteye katılmayanlar	85(87.6)	
Hastanede yatmış olanlar	31 (91.2)	0.105
Hastanede yatmamış olanlar	73 (70.2)	

*Ki kare testi

TARTIŞMA

Jinekolojik kanserler prognozu ve uzun tedavi süreci nedeni ile günümüzde biyopsikososyal açıdan derin etkilere neden olan ve hastaların yaşam kalitesini bozabilen hastalıklardır. Yaşam kalitesinin “bir hastalık veya tedaviyle bağlantılı olan fiziksel, duygusal ve sosyal öğeleri kapsayan çok boyutlu bir kavram” olduğu kabul edilmektedir. Bu kavram, objektif fonksiyon özellikleri ve subjektif iyilik durumu hakkında bireyin değerlendirme ve yargılarını kapsayan çok boyutlu bir yapıyı ifade eder (72). Geçmişte kanser tedavisinin birinci amacı, hastanın hayatta kalmasını sağlamaktı. Ancak onkolojideki ilerlemelerle birlikte hayatta kalma oranı giderek artmakta olduğu için yaşamı uzayan hastanın karşılaşılabileceği sorunlara yönelik tedavi ve bakım planlanarak yaşanan sıkıntıları en aza indirmek hedeflenmelidir (73). Yaşam kalitesi, hayatta kalmanın birinci öncelik olduğu durumlarda dahi, kanser hastalarında olduğu gibi jinekolojik kanser hastalarının tedavisinde de göz önüne alınması gereken önemli bir faktördür (74). Biz de çalışmamızda jinekolojik kanser tanısı almış hastalara uygulanan tedavi ve bakımın hastaların yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini belirlemeyi, aynı zamanda hastalığın ve tedavinin neden olduğu semptomlarda hemşirelik gereksinimlerini ve hastaların sağlık personelinin beklentilerini de saptamayı amaçladık. Olgularımızın %44.8’i endometrium, %32.8’i over, %22.4’ü ise serviks kanseri tanısı almıştır. Çoğunluğu ileri evre (Evre III ve IV, %61.2), yaklaşık %54’ü 55 yaş ve üzerinde idi. Hastaların %94’ünde uygulanan tedavilere bağlı semptomlar gelişmiş ve semptom gelişenlerin %28’i “ciddi yan etkiler” yaşamış olduğunu ifade etti. Hastaların %71.5’i kendini üzgün hissettiğini, dörtte üçü durumunun daha kötüye gitmesinden endişe duyduğunu belirtmiştir. Hastaların tedavi sürecinde, tedavi öncesine göre, yaşam kaliteleri ve yaşam kalitesi alt grupları (bedeni durum, sosyal yaşam ve aile durumu, duygusal durum ve faaliyet durumu) düşük bulundu. Nitekim kişilerin tedavi sürecinde, bulantı–kusma, uyku problemi, ağrı, ağızda yara, dışkılama alışkanlığında ve ciltte değişiklik, alopesi semptomlarını daha

fazla ve şiddetli yaşadıkları, arkadaş toplantılarına ve sosyal aktivitelere katılımlarının daha az olduğu saptandı.

Yaş, yaşam kalitesini etkileyebileceği düşünülen etkenlerden biridir. Çalışmamızda sosyal yaşam ve aile durumu, faaliyet durumu ve toplam yaşam kalitesi puanının hastaların yaşından etkilendiği, yaş ilerledikçe olguların yaşam kalitesinin düştüğü saptandı. Kemoterapinin yaşam kalitesine olan etkisinin araştırıldığı bir çalışmada yaşlı hastalarda kemoterapinin yan etkilerinin daha belirgin gözlemlendiği, ancak fiziksel iyilik hali ve duygudurumu ile yaşam kalitesi arasında ilişki görülmemiştir (75). Yapılan farklı araştırmalarda da çalışmamıza benzer olarak hastaların yaşı arttıkça yaşam kaliteleri daha kötü bulunmuştur (61,76,77). Buna karşın, Ankara’da yapılan bir çalışmada, değişik yaş grubundaki hastalarda yaşın yaşam kalitesini etkilemediği de belirtilmiştir (58). Bizim araştırmamızda ise özellikle 65≤ yaş kişilerin yaşam kalitesi puanı diğer olgulara göre daha düşük saptandı. Kemoterapi alan olgularımızda, yaş ilerledikçe bulantı-kusma, uyku problemi ve ciltte değişiklik semptomları daha fazla görülmekteydi. Semptomların ileri yaştaki hastaları daha fazla etkilemesi, daha düşkün olmaları nedeniyle bu kişilerin bakım ihtiyacının artması, kişisel bakımları için desteğe ihtiyaç duymalarından kaynaklanabilir. Bu durum bize, ileri yaştaki jinekolojik kanser hastalarının yaşam kalitesini destekleyici hemşirelik bakımına daha fazla ihtiyaç duyabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda eğitim durumunun yaşam kalitesini etkilediği saptandı. Hastaların eğitim durumu arttıkça yaşam kalitesi de artmaktaydı. Nitekim ülkemizde de yapılan bazı çalışmalarda, sonuçlarımızla aynı yönde olmak üzere, kemoterapi alan hastalarda eğitim düzeyinin yükselmesinin yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmiştir (58,61). Jinekolojik kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada ise yaşam kalitesinin eğitim durumundan etkilenmediği görülmüştür. (78). Benzer biçimde, araştırmamızda jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesinin ölçüldüğü geniş bir serinin (79) bulgularıyla uyumlu olarak yaşam kalitesini çalışma durumunun da etkilediği bulundu. Diğer taraftan, hematolojik ve jinekolojik kanser hastalarının değerlendirildiği iki yerel araştırmada yaşam kalitesini çalışma durumunun etkilemediği de saptanmıştır (35,61). Lutgendorf ve ark. (78)’nin araştırmasında bizimkinden farklı olarak olguların ortalama eğitim seviyesi lisedir ve tüm olgularının eğitim seviyesi benzerdir. Çalışmamızda hastaların yaklaşık %60’ı ilkokul mezunlarından oluşmaktaydı. Eğitim düzeyi yükseldikçe bilinçli baş etme mekanizmaları gelişir ve hasta tedavinin yan etkileri ile daha kolay baş edebilir. Tedavi sürecinin önemini daha iyi algılayarak tedaviye düzenli katılımı artabilir. Yine, çalışan kişilerin gençlerden oluşması ve gençlerin genel

durumlarının daha iyi olması, yaşam kalitesi arasındaki farkın bir nedeni olabilir. Ayrıca, çalışan kişilerin daha yüksek eğitilmiş olması gerçeği de bu bulguları destekler niteliktedir.

Gelir durumunu bireylerin yaşam standardını doğrudan etkileyen bir faktör olarak düşünmekteyiz. Çalışmamızda literatürle benzer olarak hastaların gelir durumlarının yaşam kalitelerini etkilediği saptandı. İzmir’de yapılan bir çalışmada araştırmamıza benzer olarak gelir durumu yüksek olan hastaların yaşam kaliteleri daha yüksek bulunmuştur (80). Lenfomalı hastaların yaşam kalitesinin değerlendirildiği farklı bir çalışmada da ekonomik güçlük yaşamayanların genel iyilik, bilişsel ve sosyal alanda yaşam kaliteleri daha yüksek bulunmuştur (81). Uzun süreli takip ve tedavi gerektiren kanser hastalığında bireylerin gelir durumları ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri ve tedaviye devam edebilmelerini etkilemektedir. Ayrıca gelir durumu azaldıkça hastaların, faaliyet durumu, sosyal yaşam ve aile durumunun da olumsuz etkilendiğini gördük. Bu sonuç bize gelir durumu düşük hastaların tedavi bakım giderlerinin desteklenmesi gerekliliğini düşündürmektedir.

Çalışmamıza dahil olan 116 hasta endometrium, over ve serviks tanılarını almış idi. Hastalığın tanısı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulduk. Over kanserli hastaların endometrium ve serviks kanserli hastalara göre yaşam kaliteleri daha düşüktü. En yüksek yaşam kalitesi puanını ise endometrium kanserli hastalar aldılar. Nitekim, kemoterapi gören olgularımızın çoğunluğu (%53.7) over kanserli hastalardan oluşmakta idi. Bulantı-kusma, uyku ve dışkılama alışkanlığında değişiklik semptomlarını over kanserli hastaların daha çok yaşadığı, ağrıyı serviks ve over kanserli hastaların endometrium kanserlilere göre daha fazla yaşadıkları saptandı. Over ve serviks kanseri tanılı hastaların arkadaş toplantılarına ve sosyal aktivitelere katılma durumunun endometrium kanseri tanılı hastalara göre daha düşük olduğu, over kanseri tanılı hastaların hastanede daha çok yattığı saptandı. Over kanserinin erken evrede belirti vermemesinden dolayı genellikle ileri evrede teşhis edilmesi ve over kanserinin diğer jinekolojik kanserlere göre daha ileri yaşta görülmesi bu durumun olası bir açıklaması olabilir. Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada yaşam kalitesinin hastalığın tanısından etkilendiği ve endometrium kanserli kişilerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (35). Over kanserli hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirildiği birçok çalışmada da olguların yaşam kaliteleri düşük bulunmuştur (82,83,84).

Araştırmamızda hastalığın ilerlemesinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ve evre ilerledikçe yaşam kalitesi puanlarının düştüğü, evre arttıkça refakatçi bulundurma durumunun da arttığı belirlendi. Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri ortaya

koymak amacıyla yapılan bir çalışmada hastalığın evresinin yaşam kalitesini etkilediği, ileri evrelerde yaşam kalitesinin bozulduğu görülmüştür (35,58,85). Bu durumu evre ilerledikçe hastalığın semptomlarının daha fazla ve şiddetli görülmesi, semptomların etkisinden dolayı hastaların öz bakımlarını bağımsız olarak gerçekleştirememeleriyle ilişkilendirmekteyiz. Ayrıca, ileri evre hastaların çoğunlukta olması (Evre III %50.9, Evre IV %10.3) ve bunların cerrahi sonrası adjuvan kemoterapi/kemoradyoterapi almalarının da bir faktör olduğunu saptadık. Bu anlamda olgularımızın %80'i kemo/kemoradyoterapi almıştı ve sadece radyoterapi alan endometrium kanserli hastalarda yaşam kalitesi skorları daha yüksekti. Dolayısıyla alınan adjuvan tedavinin yaşam kalitesi üzerine etkileri belirgin biçimde görülmektedir.

Çalışmamızda hastaların yaşam kalitelerini belirlemek üzere kullanılan FACT-G (versiyon 4) ölçeğinin değerlendirilmesi sonucunda toplam yaşam kalitesi puanı tedavi öncesi 61.25 ± 9.51 , tedavi sonrası 56.16 ± 7.38 olarak bulundu. Alınması beklenen puan aralığı (min.-maks.) 0-108 olduğu göz önüne alındığında hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğu belirlendi (66). Kullandığımız yaşam kalitesi ölçeğinin alt grupları olan bedeni durum, sosyal yaşam ve aile desteği, duygusal durum, faaliyet durumu puan ortalamaları da düşük bulundu. Jinekolojik kanser tanısı alanlarda hastalığın ve tedavinin neden olduğu bir çok semptom yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. 189 genel kanser hastası ile yapılan incelemede hastalar yeni tanı aldıklarında ve 2 ay sonra izlenmiş ve hastaların yaşam kalitelerinin anlamlı derecede düştüğü saptanmış, benzer biçimde jinekolojik kanser hastalarında yapılan çalışmalarda da olguların yaşam kaliteleri düşük bulunmuştur. (86,78,87,88). Benzer biçimde jinekolojik kanser hastalarının yaşam kalitelerinin değerlendirildiği ülkemiz adresli çalışmalarda da olguların yaşam kaliteleri düşük bulunmuştur (35,58,79).

Kanser hastalarına cerrahi tedaviden sonra ya da cerrahi tedavi uygulanmadan kemoterapi, radyoterapi, kemoradyoterapi uygulanmaktadır (14). Çalışmamıza dahil edilen 116 hastanın tümüne cerrahi tedavi uygulanmış olup, 41'i kemoterapi, 23'ü radyoterapi, 52'si ise kemoradyoterapi almış idi. Çalışmamızda hastaların aldıkları kanser tedavisinin yaşam kalitelerini olumsuz etkilediğini ve kemoterapi alanın yaşam kalitesini radyoterapiye göre daha fazla düşürdüğünü saptadık. Bulantı-kusma, uyku problemi ve ağrının kemoterapi, kemoradyoterapi alan hastalarda radyoterapi alanlara göre daha sık görüldüğü bulundu. Radyoterapiye bağlı akut yan etkiler diare, karın ağrısı rektal kanamalar tedavi sırasında veya tedavi bitiminden 1 ay içinde gerçekleşebilir. Gastro intestinal hasar, ileus ve anal inkontinans

gibi geç yan etkilerin ise tedaviden ortalama 2 yıl sonra ortaya çıkması beklenmektedir (3). Kemoterapinin bulantı-kusma, anemi, nötropeni gibi hastanın tedaviye uyum ve yaşam kalitesini bozan yan etkileri tedavi başladıktan kısa süre sonra, alopesi gibi sosyal yaşama adaptasyonunu etkileyen yan etkiler ise ortalama 2 hafta sonra ortaya çıkması beklenir (22). Kemoterapinin hastanın sosyal yaşam ve yaşam kalitesi üzerine doğrudan olumsuzluk gösteren yan etkilerinin radyoterapiye göre daha kısa sürede ortaya çıkması, bulantı-kusma ve alopesi gibi yaşam kalitesini bozan yan etkilerinin olması yaşam kalitesi üzerindeki olumsuzlukları bir nedeni olarak görünmektedir. Finlandiya’da meme kanserli kadınlarda yapılan çalışmada kemoterapi alan hastaların yaşam kaliteleri radyoterapi alan hastalara göre daha düşük bulunmuştur (89). Jinekolojik kanser hastalarında 2008 yılında yapılan bir çalışmada kemoterapi ve radyoterapi alan hastaların genel iyilik hali ve yaşam kaliteleri daha düşük bulunmuştur (79). Jinekolojik kanserli 228 hastanın tedavi öncesi, tedavi süresince ve sonrasındaki durumlarının değerlendirildiği araştırmada da tedavi sırasında olguların daha fazla emosyonel problemlerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (90). Diğer çalışmalarda da tedavi öncesi ve sonrası fiziksel semptomlar değerlendirilmiş bulantı-kusma, ağızda yara, uykusuzluk ve dışkılama alışkanlığında değişikliğin arttığı bulunmuştur (91,92). Kemoterapi alan olgularımız arasında ağrı, ağız yarası, dışkılama alışkanlığında değişiklik ve ciltte değişiklik semptomları bulunanların arkadaş toplantılarına daha az katılmaları da yaşam kalitesi ölçeği dışında hastaların yaşam standartlarının da bozulduğunu destekleyen bir bulgu olmasıyla dikkate değer bulunmuştur.

Araştırmamıza dahil olan hastalardan tedavi öncesinde sadece %12.9’u bulantı-kusması olduğunu, kanser tedavisine başladıktan sonra ise % 79.3’ü bulantısı olduğunu belirtmiş, bulantı-kusması olan hastaların tamamına yakını kemoterapi almış idi. Bunların tümü over kanserli kişilerdi. Bu durum kemoterapinin bulantı-kusmaya neden olduğunu ve bulantı-kusmayı önleyici girişimlerin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Hastaların bulantı-kusmalarının olması beslenmelerini olumsuz etkilemekte, ağız hijyenin bozulmasına ve ağız içi ülserasyonlara neden olabilmektedir. Hastalar yeterli beslenememe nedeniyle halsizlik hissedebilmektedir. Bu nedenlerden bulantı-kusmanın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmektedir. Yapılan birçok çalışmada benzer biçimde kemoterapinin bulantı-kusmayı arttırdığı, bulantı-kusmanın kanser hastalarının günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilediği ve yaşam kalitelerini düşürdüğü ortaya konmuştur (93,94,95,96,97).

Uyku problemi, uykuya dalmada güçlük ya da uykudan yorgun uyanma şeklinde açıklanır. Çalışmamızda tüm gruplar içinde over kanserli ve kemo/kemoradyoterapi alan

hastalarda uyku problemi diğer kanser tiplerine göre anlamlı fazla bulundu. Nitekim over kanserli hastaların refakatçi ihtiyacı ve yakın desteği ihtiyacı da anlamlı fazla idi. Yine over kanserli kişilerin daha fazla hastaneye yattığı, sosyal aktivite ve arkadaş toplantılarına da daha az katıldıkları görüldü. Uyku probleminin over kanserinin neden olduğu sorunlardan kaynaklanabildiği düşüncesindeyiz. Hastaların tedavi öncesinde ve sonrasında uyku sorunu yaşadığı fakat tedavi sonrasında bu sorunun arttığı görüldü. ESTÖ ile ölçülen tedavi öncesi bulantı kusma semptom ortalamaları 2.4 iken tedaviye başladıktan sonra 6.9'a yükseldi ve yaşadıkları uyku problemi tedavi öncesinde 3.3'den tedavi sonrasında 6.6'ya çıktı. Tedavi öncesinde yaşanan uyku problemi bize, yeni tanı almış olmanın ve belirsizlik duygusunun bir sonucu olabileceğini düşündürmektedir. Tedavi sonrasında ise hastalar stres ve korkudan uyku problemi yaşamakta idi. Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesine yönelik yapılan bir çalışmada tanı ve tedaviye bağlı olarak en sık görülen semptomlardan birinin uykusuzluk olduğu belirtilmiştir (98). Yine, kemoterapi sırasında uykusuzluk sorununun yaygın olarak yaşandığı bulunmuştur. (99). Ayrıca, kemoterapi ve kemoradyoterapi alan hastalar arasında uyku problemi yaşayanların daha fazla refakatçiye ihtiyaç duyduklarını saptadık. Uyku problemi olan hastaların hemşirelik bakımından daha az memnun olduklarını bulduk. Genelde kanser hastalarının%50'sinde tıbbi yardım gerektirecek kadar uyku bozukluğu sorunu yaşandığı belirlenmiştir (100). Bizde jinekolojik kanser olgularımızda uyku problemi yaşayanların %35.3'ünün bu sorunları için ilaç kullandıklarını, ağrı, stres, korku gibi nedenlerle uyku problemi yaşadıklarını saptadık.

Kanser hastalarında en çok yaşanan semptomlardan birinin, %90'dan daha fazla sıklıkla ağrı olduğu, ağrının olmasının fonksiyonel yetenek, sosyal iyilik ve emosyonel iyilik durumunu engellediği ortaya konmuştur. (98,101,102,103,104,105,106). Araştırmamızdaki tüm olguların %60'dan fazlası ağrı şikayeti bildirdi ve %34.3'ü ağrı nedeniyle hastanede yatmakta idi. Araştırmamızda ağrı semptomunu yaşayan insanların daha çok refakatçi desteğine ihtiyaç duydukları, hiçbirinin arkadaş toplantılarına ve sosyal aktivitelere katılmadıkları bulundu. Çalışmamızda serviks ve over kanserli hastaların ağrı semptomunu endometriyum kanserlilere göre daha fazla yaşadıkları da saptandı. Araştırmamızda ağrısı olan kişilerin hemşirelik bakımından ağrısı olmayanlara göre daha az memnun olduğu da bulundu. Ağrı hissetmek hastaların sadece ağrısına odaklanmasına ve mutsuz olmasına neden olabileceği için yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Aynı zamanda kanser hastalarında psikososyal ağrı şiddeti de artmaktadır (98). Hastalığının "kanser" olduğunu bilenlerde ise ağrı şikayeti bilmeyenlere göre anlamlı fazla idi. Tedavi sonrasında ağrı hissedenler ise tedavi

öncesinde ağrı hissedenlerden daha fazla idi ve hissedilen ağrının şiddeti ortalama 4.2 ± 2.11 'den tedavi sonrasında 7.2 ± 2.27 'ye artış gösterdi. Bu durum ağrının hastalıktan kaynaklandığını ve tedavi verilmesi ile daha fazla arttığını da göstermektedir. Kemoterapi nöropatiye yol açarak ağrıya sebep olurken radyoterapinin ağrıya neden olduğuna dair herhangi bir veri bulunmamaktadır (22). Aksine radyoterapinin tedavi edici etkisi sayesinde sinir hücrelerine bası yapan kitleler küçülebilmekte bu da ağrının azalmasını sağlamaktadır (107). Bizim hastalarımızda da kemoterapinin neden olduğu yan etkiler ağrının daha şiddetli hissedilmesine yol açmış olabilir.

Kemoterapinin yan etkisi olarak görülebilen alopesi hastaların beden imajının bozulmasına neden olmakta bu nedenle travmatik olabilmektedir. Alopesi kemoterapinin yan etkisi olduğu için tedavi öncesi kanser hastalarında bu anlamda ek bir sorun yoksa beklenmemektedir (54). Olgularımızın hiçbirinde tedavi öncesi alopesi sorunu yoktu ancak kemo/kemoradyoterapi alan 93 olgudan 85'inde (%73.3) alopesi gelişti; sadece radyoterapi görenlerin hiçbirinde ortaya çıkmadı. Ayrıca, alopesinin hastaların yaşam kalitesini düşürdüğü, alopesi problemi gelişenlerin %58.4'ünün bu durumdan olumsuz etkilendiği, %14'ünün de "çok olumsuz" etkilendiği (ESTÖ skoru ≥ 9) bulundu. Tüm jinekolojik kanser tiplerinde alopesi benzer oranda saptandı. 2012 yılında yapılan bir çalışmada hastaların %62.1'inin alopesi deneyimledikleri, hastaların bu durumu kabullendiği ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (108). Bizim çalışmamızda alopesi gelişen kişilerden %86.3'ü bu durumdan olumsuz etkilendiklerini ifade etti. Alopesi yaşamak hastaların bedensel, duygusal, sosyal yaşam ve aile durumlarını olumsuz etkilemekte bu durum çalışmamıza katılan hastaların beden imajlarına önem verdiğini düşündürmektedir. Her ne kadar fark düzeyi anlamlı olmasa da alopesi gelişenlerin bu problem ortaya çıkmayanlara kıyasla arkadaş toplantılarına daha az katıldıkları (%19 vs %82) görülmüştür. Bu durum da hastaların beden imajlarına önem verdiğinin dolaylı bir göstergesi kabul edilmiştir. Yine, alopesi problemi olan kişilerin büyük bir çoğunluğu (>%90) verilen hemşirelik bakım hizmetinden de memnun olmadığını ifade etti. Bu durum da hastaların beden imajı ile ilgili tedaviye bağlı gelişen olumsuzlukların psikolojilerine yansımaları ile ilgili bir durum olarak değerlendirilebilir.

Refakatçi ihtiyacı çoğunlukla bakım amaçlı olarak ifade edildi. En fazla (%17) kemoterapi alanlarda "bir yakının desteği" gerekçesiyle refakatçi ihtiyacı olduğunu belirttiler. İleri yaştaki ve ileri evredeki kişilerin, kemo/kemoradyoterapi alanların ve nötropeni ortaya çıkanların daha fazla refakatçiye ihtiyaç duyduğu da saptandı. Uyku problemi ve alopesi

dışındaki semptomları olan (bulantı-kusma, ağrı, ağız yarası, dışkılama alışkanlığında ve ciltte değişiklik) hastalarda anlamlı biçimde refakatçi ihtiyacı da fazlaydı. Bu durum bize hastaların daha çok kanser tedavisinin yan etkilerinin neden olduğu semptomlardan dolayı desteğe ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Finlandiya’da 2011 yılında yayınlanan bir çalışmada bir akraba ile birlikte yaşamının yaşam kalitesinde iyileşme sağladığı belirtilmiştir (89).

Olgularımızdan radyoterapi alan hastaların hiçbiri ölçülen zaman zarfında gelişen bir komplikasyona bağlı hastaneye yatmamış, jinekolojik kanser hastalarımızdan en fazla over en az ise endometrium kanseri olanlar hastaneye yatmışlardı. Hastanede yatmak bedeni durumunu daha kötü algılamaya ve daha üzgün hissetmeye neden olabilir. Bir çalışmada yatarak tedavi görmenin yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmiştir (77). Benzer olarak yatarak tedavi görmenin yaşam kalitesinin alt gruplarından bedeni durum, duygusal durum, sosyal yaşam ve faaliyet durumunu olumsuz etkilediği görülmüştür (61).

Araştırmamızda hastalığını bilen olguların yaşam kaliteleri bilmeyenlerden düşük bulundu. Bunun nedenini jinekolojik kanser tanısı almanın ve yaşanacak sürecin korku ve anksiyeteye neden olması olarak düşünmekteyiz. Nitekim jinekolojik kanser tanısı almanın yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalar bu düşüncemizi desteklemektedir (78,87,88). Ayrıca tanısını bilen hastaların bulantı-kusma, ağrı ve dışkılama alışkanlığında değişiklik semptomlarını daha çok yaşadıklarını bulduk.

Kanser tedavisi, hastalığın ve tedavinin neden olduğu semptomlar nedeniyle hastaların sosyal hayatlarına devam etmelerini engelleyebilmektedir. Çalışmamızda tedavi öncesine göre hastaların sosyal aktivitelere ve arkadaş toplantılarına katılma durumlarının azalmış olduğu görüldü. Tedavi öncesinde hastaların %91.4’ü arkadaş toplantılarına, %46.6’sı sosyal aktivitelere katılmakta idi. Tedaviye başladıktan sonra arkadaş toplantılarına katılma oranı %31.9, sosyal aktivitelere katılma ise %16.4’e düştü. Yapılan çalışmalarda da bulgularımızla benzer biçimde kanser tanısı almanın sosyal yaşama devam edebilmeyi olumsuz etkilediği görülmüştür (109,110). Over kanseri tanılı ve kemoterapi alan hastaların sosyal aktivitelere ve arkadaş toplantılarına daha az katıldıkları bulundu. Kemoterapi alan hastalarda ağrı, ağız yarası, dışkılama alışkanlığında değişiklik ve ciltte değişiklik semptomları olanlar olmayanlara göre arkadaş toplantılarına daha az katılmakta idi. Radyoterapi alanlarda, dışkılama alışkanlığında ve ciltte değişiklik semptomlarının arkadaş toplantılarına daha az katılmaya neden olduğu saptandı. Bu durum bize kanser tedavisinin hastaların sosyal yaşamlarını olumsuz etkileyebildiğini göstermektedir.

Çalışmamıza katılan hastaların % 81'i kendine bakım verenlerden memnun olduğunu, %75'i kendine bakım verenlerden beklentilerinin "güleryüz" olduğunu belirtmiş idi. Kemoterapi alan hastaların hemşirelik bakımından memnun olma durumlarının incelendiği bir çalışmada ileri yaşta olmanın ve evli olmanın hastaların memnuniyetini arttırdığı saptanmıştır. (111). Jinekolojik kanser hastalarında hemşirelik bakım memnuniyetlerinin değerlendirildiği bir çalışmada olguların hemşirelik bakımı memnuniyet puanları ortalamadan yüksek bulunmuştur (112). Çalışmamızda hastaların yaşı ilerledikçe hemşirelik bakımından daha fazla memnun oldukları görüldü. Olgularımızdan hastanede yatmış olanların %91.2'si hemşirelik bakımından memnun olduğunu ifade etti. Hemşirelik bakımından memnuniyet hastanın bireysel özelliklerinden, almış olduğu tanıdan ve tedavinin olumlu/olumsuz etkilerinden kaynaklanabileceği gibi bakım verilen ortamdan ve bakım veren hemşire ekibinden de kaynaklanabilmektedir. Jinekolojik onkoloji hastasına hemşirelik bakımı verenlerin ve kemoterapi uygulayanların bu alanla ilgili özel bir eğitim almaları bakımın kalitesi açısından önemlidir (113). Çalışmamızı uyguladığımız bölümler medikal ve radyasyon onkolojisi klinik ve poliklinikleri, ayaktan kemoterapi ünitelerinden oluşmaktadır. Yataklı tedavi ünitesinde hastalara bakım veren ve tedavileri düzenleyen 10, ayaktan kemoterapi ünitesinde ise 8 hemşire bulunmaktadır. Bu bölümde görevli hemşireler aynı bölümde ortalama 4 yıl (min.-maks., 1-7 yıl) görev yapan sağlıkçılardır. Bunun dışında çalışmanın yapıldığı yer bir üniversite hastanesi olması nedeniyle servislerde öğrenci hemşireler de staj amacıyla görev yapmakta ve hastalarla karşı karşıya gelmektedirler. Hastaların memnuniyeti ölçülürken kimlerin stajer hemşire olduğunu bilmemeleri ve karşılaştıkları tüm hemşireleri yetkin olarak düşünebilmeleri memnuniyetleri üzerine rol oynamış olabilir.

Çalışmamızda hastalara verilen bakımdan memnuniyetle ilgili olarak sosyal durumu iyi olan yani refakatçi ve yakın desteği olan, arkadaş ve sosyal toplantılara katılan hastalarda memnuniyet %88 ve üzerinde çıkmıştır. Buna karşın, semptomları olan kişilerde (ciltte değişiklik semptomu dışında) hemşirelik bakımından memnuniyet duymaları ise %10 ve altında belirtilmiştir. Her ne kadar araştırmamızda hastaların depresyon skorları gibi genel ruhsal durumunu ölçen testler kullanılmamış olsa da bu durum semptom yaşayan kişilerin psikolojik durumlarının da etkilendiği yönünde düşünülebilir. Hastalığından haberdar olan hastaların %69'unun arkadaş toplantılarına katılmıyor olması, tedaviye başladıktan sonra olguların duygusal durum puanlarının düşmesi bu düşüncemizi destekler nitelikte bulgulardır. Yapılan çalışmalarda da kanser tanısı alan hastaların depresyon ve anksiyete yaşamaya yatkın

oldukları görülmüştür (98,114,115). Hemşireler tarafından hastalara tedavi ve bakım uygulanırken standart tedavi-takip ve bakım formu kullanılarak kanıta dayalı hemşirelik bakımı uygulanmaktadır. Kanıta dayalı hemşirelik bakımı, bakımın etkilerini ve yeterliliğini ölçme açısından önemlidir. Ayrıca bir hemşirenin bir günde bakım verdiği hasta sayısı bakımın yeterliliğini ve kalitesini etkileyebilir. Araştırmamızı gerçekleştirdiğimiz ayaktan kemoterapi ünitesinde günde ortalama bir hemşire 10 hastaya, yataklı tedavi verilen radyasyon ve medikal onkoloji kliniklerinde ise günde ortalama 14 hastaya tedavi ve bakım uygulamakta idi. Kliniklerde bir hemşirenin günde kaç hastaya bakım vermesi gerektiğiyle ilgili net bir literatür bilgisi bulunmamaktadır, ancak bir hemşire günde en çok 2-3 yoğun bakım hastasına bakım vermelidir (116). Nitekim jinekolojik onkoloji hastalarının büyük kısmı hastalığın ve tedavinin neden olduğu beslenememe, halsizlik, bulantı-kusma gibi semptomlardan dolayı yatak içi bakım verilmesi gereken hastalardır. Bu özelliğiyle bakım gereksinimleri yoğun bakım hastasıyla benzerdir ve bir hemşirenin bakım verdiği hasta sayısının ortalama 14 olması oldukça yüksek bir rakamdır. Hastanelerde hemşire sayısının planlanması ve kliniklerde hemşire başına düşen hasta sayısının sağlanması bakımın kalitesi açısından önemlidir.

Araştırmamızın göze çarpan zayıf yanı algı ifade durumlarının standardize edilememesidir. Bu durumun sonuçlarımızı etkilemiş olması mümkündür Bununla beraber bu sorun benzer tüm çalışmalar için geçerlidir. Çalışmamızda kullanılan FACT-G yaşam kalitesi ölçeği standardize edilmiş olsa da, yaşam kalitesi bireylerin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumu ve mutluluk durumudur. Dolayısıyla araştırmamızın bulguları hastaların vermiş olduğu cevaplara göre değerlendirilmiştir.

Sonuç olarak, araştırmamızda hastaların tedavi sürecinde, tedavi öncesine göre, yaşam kalitelerinin düştüğü görüldü. Over kanserli, ileri evre ve ileri yaştaki olguların yaşam kalitelerinin düşük olduğu, hastalığa ve tedaviye bağlı semptomları ise daha şiddetli yaşadıkları bulundu. Nitekim bu hastaların arkadaş toplantılarına ve sosyal aktivitelere de katılımlarının daha az olduğu, refakatçi desteğine ve hemşirelik bakımına daha çok gereksinim duydukları görüldü. Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular bize, jinekolojik onkoloji hastalarında hemşirelik bakımı planlanırken, kişilerin yaşam kalitesini düşüren faktörlerin ve bakım gereksinimini arttıran semptomların dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde yaptığımız jinekolojik kanser nedeniyle radyoterapi ve/veya kemoterapi görmekte olan hastalara uygulanan tedavi ve bakımın hastaların yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini, hemşirelik bakımı gereksinimlerini ve hastaların sağlık personelinden beklentilerini saptamak amacıyla 116 hastada gerçekleştirilen araştırma sonuçları aşağıdaki gibidir:

-Çalışmaya alınan toplam 116 jinekolojik kanser hastasının yaş ortalaması 56 ± 9.79 yıl idi. Olguların %60.7'si ilkokul mezunu, %11.2'i çalışmakta, %89.7'si evli olduğunu, %12'si ise çocuğunun olmadığını bildirdiler. Hastaların %26.5'i düşük gelire sahip ve %28.1'i sigara kullanmaktaydı.

-Olguların %60'dan fazlası ağrısı ve bulantısı olduğunu, %75.9'u ise yatakta yatmaya mecbur kaldığını, yarısı ailesinden manevi destek görmediğini, tamamı ise cinsel hayatının tatmin edici olmadığını ifade etti. Hastaların %71.5'i kendini üzgün hissettiğini, %74.2'si durumunun daha kötüye gitmesinden endişe duyduğunu belirtti.

-Araştırmamıza dâhil edilen hastaların yaş aralığı 26-77 yaş idi. Yaş ilerledikçe hastaların yaşam kalitesi puanlarının düştüğü, en düşük yaşam kalitesi puanını ise 65 yaş ve üzerindeki olguların aldığı saptandı ($p<0.05$).

- Çalışmamıza katılan hastaların eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında pozitif korelasyon olduğu, eğitim düzeyi arttıkça hastaların yaşam kalitesi puanının da arttığı görüldü ($r=0.30$,

p=0.001). Çalışan hastaların yaşam kaliteleri çalışmayanlara göre yüksek bulundu (p<0.05). Ayrıca kişilerin gelir düzeyinin artmasının da yaşam kalitesini arttırdığı saptandı (p<0.05).

-Evrelere göre yaşam kalitesi puanı değerlendirildiğinde evre arttıkça toplam yaşam kalitesi puanı düşmekte idi (r=-0.51, p<0.001). Evre IV hastaların toplam yaşam kalitesi puanı evre I, II ve III hastaların toplam yaşam kalitesi puanına göre düşük bulundu (p<0.05).

-Tedavi öncesi ve sonrası yaşam kalitesi ölçeği alt grup puanlarının tamamı arasında anlamlı fark bulundu. (p<0.05). Tedavi sonrasında yaşam kalitesi toplam puanları da tedavi öncesine göre düşük bulundu (p<0.05).

-Tedavi öncesinde hastaların %91.4'ü arkadaş toplantılarına, %46.6'sı sosyal aktivitelere katılmakta idi. Tedaviye başladıktan sonra arkadaş toplantılarına katılma oranı %31.9 (p=0.024), sosyal aktivitelere katılma ise %16.4'e (p=0.004) düştü. Hastaların %60.4'ü arkadaş toplantılarına devam edememenin kendilerini olumsuz etkilediğini ifade ettiler.

-Tedaviye başladıktan iki ay sonra yapılan ikinci anket uygulamasında kanserin tipi ile toplam yaşam kalitesi puanı değerlendirildiğinde over kanserli hastaların toplam yaşam kalitesi puanının endometrium ve serviks kanserli hastaların puanına göre anlamlı biçimde düşük olduğu sonucu elde edildi (p=0.004). Endometrium ve serviks kanserli hastaların toplam yaşam kalitesi puanı ise benzerdi.

-Hastaların yaşadığı alopesi ve ciltte değişiklik dışındaki semptomlarda kanser tipleri arasında fark bulundu (p<0.05). Over kanserli hastaların bulantı-kusma, uyku ve dışkılama alışkanlığında değişiklik semptomlarını ve ağrıyı serviks ve over kanserli hastaların endometrium kanserlilere göre daha fazla yaşadıkları saptandı (p<0.05).

-Hastalığın tanısı, tedavileri sırasında refakatçılarının olmasını, tedavileri süresince yakınlarından bakımları için destek almalarını, arkadaş toplantılarına ve sosyal aktivitelere katılmalarını ve hastanede yatmalarını etkilemekte idi (p<0.05). Over ve serviks kanseri tanılı hastaların arkadaş toplantılarına ve sosyal aktivitelere katılma durumunun endometrium kanseri tanılı hastalara göre daha az olduğu, over kanseri tanılı hastaların hastanede daha çok

yattığı saptandı ($p<0.05$). Over kanseri tanılı kişilerin toplam yaşam kalitesi puanı endometrium ve serviks kanserlilere göre düşük bulundu ($p<0.05$)

-Çalışmamıza dahil olan tüm hastaların %69.8'inin, kemoterapi alanlarda ise %78'inin refakatçısı vardı. Kemoterapi alanlarda refakatçısı olmakla bulantı-kusma, ağrı, ağız yarası ve dışkılama alışkanlığında değişikliğin daha fazla olduğu görüldü ($p<0.05$).

-Kemoterapi alan, ağrı, ağız yarası, dışkılama alışkanlığında değişiklik ve ciltte değişiklik semptomları olanların arkadaş toplantılarına daha az katıldığı bulundu ($p<0.05$).

-Tanısını bilen hastaların bulantı-kusma, ağrı ve dışkılama alışkanlığında değişiklik semptomlarını daha çok yaşadıkları bulundu ($p<0.05$).

-Olgularımızdan %35.3'ü kemoterapi, %19.8'i radyoterapi, %44.8'i ise kemoradyoterapi aldı. Radyoterapi alan hastaların toplam yaşam kalitesi puanı, kemoterapi veya kemoradyoterapi alan hastaların puanına göre daha yüksek bulundu ($p=0.018$). Kemoterapi ve kemoradyoterapi alanların ise toplam yaşam kalitesi puanları benzerdi ($p>0.05$).

-Kemoterapi, kemoradyoterapi alan hastalarda bulantı-kusma, uyku problemi ve ağrı semptomlarının radyoterapi alanlara göre daha sık görüldüğü bulundu ($p<0.05$). Ciltte değişiklik sorunuyla radyoterapi alan hastaların diğerlerine kıyasla daha fazla karşılaştığı saptandı ($p>0.05$). Kemoterapi alan hastaların %29.2'si ekstremitelerde yaşamakta idi.

Kemoterapi alan olgularda, semptomlarla yaş faktörü değerlendirildiğinde bulantı-kusma, uyku problemi ve ciltte değişiklik semptomlarının ileri yaştaki kişilerde daha çok görüldüğü saptandı ($p<0.05$).

-Alınan tedavi ile tedavileri sırasında refakatçılarının olması, arkadaş toplantılarına ve sosyal aktivitelere katılmaları ve hastanede yatmaları arasında anlamlı derecede fark saptandı ($p<0.05$). Kemoterapi, kemoradyoterapi alan hastaların radyoterapi alanlara göre refakatçi ve yakın desteklerinin daha fazla olduğu, arkadaş toplantılarına ve sosyal aktivitelere daha az katıldıkları bulundu. Yine, kemoterapi gören hastalar radyoterapi, kemoradyoterapi görenlere kıyasla daha fazla hastanede yatmakta idi.

-Çalışmamıza dahil olan hastaların %89.7'si verilen bakımdan, %87.1'i kendilerine yaklaşımdan ve %81'i de tedavi ve bakım verenlerden memnun olduklarını ifade ettiler. Hastaların %75'i kendine bakım verenlerden beklentilerinin "göleryüz", 16.4'ü ilgi, %10.3'ü ise "hastalıkları ve aldıkları tedavi ile ilgili açıklama yapılması" olduğunu belirttiler.

- Uyku problemi hemşirelik bakımından memnun olmayan hastalarda, bakımdan memnun olanlara göre daha fazla görülmekte idi ($p=0.038$).

ÖNERİLER

- Hastalara verilecek bakım planlanır ve uygulanırken kişisel farklılıkları ve bazı özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu) göz önünde bulundurularak kişiye özgü bakım planlanmalıdır.
- Onkoloji hemşiresi hastalığın ve tedavinin neden olduğu semptomlarla mücadelede hastaya destek olmalı ve multidisipliner ekip yaklaşımı ile baş etme yöntemleriyle ilgili eğitim ve danışmanlık hizmeti vermelidir.
- Kemoterapinin neden olabileceği yan etkiler konusunda tedavi öncesi hasta ve yakınları bilgilendirilmeli, alınabilecek önlemler konusunda eğitim verilmelidir.
- Hastaların yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik veri toplanmalı, bakımı planlarken bu verilerden yararlanılmalıdır.
- Hastalığı ve hasta bireylerin davranışlarını daha iyi anlayabilmek için kanserli hastaya bakım veren hemşirelere, kanserde yaşam kalitesine ilişkin özel eğitim verilmelidir.
- Hastalarla birlikte onların bakımına katılan yakınları da bakım kapsamına alınmalıdır.
- Kanserli hastalara ve onların bakımına katılan yakınlarına farklı zamanlarda yaşam kalitesi ölçeklerinin uygulanmalı ve farklılık değerlendirilmelidir.
- Yatış endikasyonu olmadıkça hastaların ayaktan tedavi ünitelerinde tedavi almaları sağlanmalıdır.
- Terminal dönem kanser hastalarının ve yakınlarının en etkin şekilde palyatif bakım almalarını sağlamak amacıyla alt yapı ve üniteler oluşturulmalıdır.

ÖZET

Bu araştırma; jinekolojik kanser nedeniyle uygulanan tedavi ve bakımın hastaların yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini belirlemek, aynı zamanda bu hastalarda hastalığın ve tedavinin neden olduğu semptomlarda hemşirelik bakımına gereksinimlerini ve hastaların sağlık personelinden beklentilerini de saptamak amacıyla yapılmıştır.

Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle, hastaların bireysel ve hastalığa ilişkin özelliklerini tanıttıcı toplam 94 sorudan oluşan anket formu ve yaşam kalitesini değerlendirmek için FACT-G 4 (Functional Assessment of Cancer Therapy-General 4)'ün Türkçe versiyonu kullanılarak toplandı. Verilerin yorumlanmasında ki kare, yüzdellik, t testi ve anova varyans analizi kullanıldı.

Olgularımızın %44.8'i endometrium, %32.8'i over, %22.4'ü ise serviks kanseri tanısı almıştır. Çoğunluğu ileri evre (Evre III ve IV, %61.2), yaklaşık %54'ü 55 yaş ve üzerinde idi.

Hastalarımızın tedavi sürecinde, tedavi öncesine göre, yaşam kalitesi toplam puanları düşük bulundu ($p<0.001$). Over kanserli, ileri evre ve ileri yaştaki olguların yaşam kalitelerinin düşük olduğu ($p<0.001$), semptom şiddetlerinin tedavi öncesine göre arttığı saptandı ($p<0.05$). Olgularımızın %89.7'sinin verilen bakımdan, %87.1'inin kendilerine yaklaşımdan ve %81'inin tedavi ve bakım verenlerden memnun oldukları bulundu. Hemşirelik bakımından memnun olmayanların semptomları daha fazla yaşadıkları, nitekim bu hastaların arkadaş toplantılarına ve sosyal aktivitelere de katılımlarının daha az olduğu görüldü ($p<0.05$).

Araştırmamızda jinekolojik kanser tedavisi alan hastaların hemşirelik bakımı gereksinimlerinin arttığı görülmüştür. Hemşirelik bakımı planlanırken, kişilerin yaşam kalitesini düşüren faktörlerin ve bakım gereksinimini arttıran semptomlar dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Jinekolojik kanser, yaşam kalitesi, hemşirelik bakım gereksinimi.

QUALITY OF LIFE AND THE EFFECTS OF TREATMENT AND CARE IN PATIENTS WITH GYNECOLOGIC CANCER

SUMMARY

This study was performed to determine the impact on quality of life in patients who had gynecologic cancer treatment nursing care requirements for the patients symptoms, caused by the treatment and the disease itself and patients expectations from the health care providers were also evaluated. Define patients expectations from health care providers.

Data were collected with face-to-face interviews, handle on the disease characteristics of individual patients that consist of a total of 94 questions and the questionnaire to assess the quality of life by FACT-G 4 (Functional Assessment of Cancer Therapy-General of 4) using the Turkish version. Evaluation of data was made using the Statistical Package for Social Science (SPSS) program. Percentage, t-test and ANOVA analysis of variance were used for the interpretation of the data.

Forty-four percent of the patients had endometrial, 32.8% had ovarian and 22.4% had cervical cancer. The majority were advanced stage (stage III and IV 61.2%), and diseases 54% were over the age of 55.

Patients total quality of life scores were decreased the in treatment process compared to pretreatment life scores ($p < 0.001$). The quality of life significantly low in patients with advanced stage ovarian cancer who had advanced age ($p < 0.001$) and the severity of symptoms has increased after treatment ($p < 0.05$) It was determined that %89.7 of our cases were satisfied with the nursing care given, %87.1 were satisfied with the approach towards them during the treatment and %81 told that they have satisfied to the team of health care providers, Patients who were not pleased with the nursing care tend to have more symptoms.

In our study, the nursing care needs in patients receiving treatment gynecological cancer found to be increased. When planning nursing care, the factors that reduce the quality of life and symptoms that increase care requirements should be considered.

Key words: Gynecologic cancer, quality of life, nursing care requirements.

KAYNAKLAR

1. Peter B, Bernard L. Dünya kanser raporu. World Health Organization 2008.
2. Sağlık istatistikleri yılığı 2012. TC. Sağlık Bakanlığı Kanselerle Savaş Daire Başkanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara;2013.
3. Clifford C, Perez C, Brady L (Çeviri: Gemici C, Mayadağı A, Parlak C). Radyasyon onkolojisi tedavi kararları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri;2004:489-519.
4. Reis N. Jinekolojik kanserli hastaların bakım ve rehabilitasyonunda hemşirenin rolü 2006;9(3):88-97.
5. Can G. Onkoloji hemşireliğinde kanıta dayalı semptom yönetimi. İstanbul: Mavi İletişim Danışmanlık; 2007:65-135.
6. Atıcı E. Tıp tarihinde kanser. Türk Onkoloji Dergisi 2007;22(4):197-204.
7. Ayhan D, Önderoğılu G, Yüce Y. Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi İstanbul:Güneş Kitabevi; 2008:1386-435.
8. Uçar T, Bekar M. Türkiye’de ve dünyada jinekolojik kanserler. TÜJOD. 2010;13(3):55-60.
9. Dunleavey R. Cervical cancer. A Guide For Nurses. United Kingdom: Blackwell Published; 2009:10-14.
10. World Health Organization. Preparing for the Introduction of HPV Vaccine in the WHO European Region Strategy 2008:3-6.

11. Atasü T, Aydınlı K. serviks kanseri jinekolojik onkoloji'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi;1999:279-285.
12. Waggoner SE. Cervical Cancer. Lancet.2003;361(9376):2217–25.
13. Fleming ID, et al. AJCC Cancer staging manual: 7th ed. New York:Springer; 2010 395-419.
14. Schorge O, Schaffer J, Halvorson L, Hoffman B, Cunningham G. (Çeviri: Ceylan Y, Yıldırım G, Aslan H, Gül A, Gedikbaşı A). Williams jinekoloji İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri; 2010: p.646-720.
15. Molinas N, Onat N. Kanser hastasına yaklaşım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2012:91-9.
16. Amant F, Moerman P, Neven P, Timmerman D, Van Limbergen E, Vergote I. Treatment modalities in endometrial cancer. Curr Opin Oncology 2007;19(5):479-85.
17. Walker JL, Mannel MR, Peidmonte NM. Phase III trial of laparoscopy versus laparotomy for surgical resection and comprehensive surgical staging of uterine cancer. gynecologic oncology group study funded by the national cancer institute. Gynecol Oncol 2006;10:11-5.
18. Bölükbaşı Y, Sağlam Y, Alpan V, Selek U. Jinekolojik malignitelerde intrakaviter brakiterapi: Amerikan hastanesi MD Anderson radyasyon onkolojisi kanser merkezi deneyimi. Türk Onkoloji Dergisi 2012;27(1):9-11.
19. Nalça M. Jinekolojik kanserlerde intrakaviter radyoterapi. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi 2001;2(1): 85-9.
20. Bruner DW, Lanciona R, Keegan M. Vaginal stenosis and sexual function following intracavitary radiation for the treatment of cervical and endometrial carcinoma. IJROBP 1993;27:825-30.
21. McIntyre JF, Eifel PJ, Levenback C. Uteral stricture as a late complication of radiotherapy for stage 1b carcinoma of the uterine cervix. Cancer 1995;75:836-43.
22. Hoekstra J, Bindels P E, Van Duijn NP, Schade E. The symptom monitor. A diary for monitoring physical symptoms for cancer patients in palliative care: Feasibility, Reliability and Compliance. J Pain Symptom Manag 2004;27(1); 24-35.
23. National Cancer Institute. The role of targeted therapy in ovarian cancer 2012. Erişim tarihi: 22.07.2013 <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Therapy/targeted>.

24. Berek JS, Andersen BL. Sexual rehabilitation:surgical and psychological approaches In:Hoskins WJ, Perez CA, Young RC (Eds.). Principles and Practice of Gynecologic Oncology. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, 1997: p.551-68.
25. Testa MA. Methods for quality-of life studies. Ann Rev Public Health 1994;15:535-59.
26. Osaba D. Lessons learned from measuring health-related quality of in oncology. IJCO 1994;12(3):608-616.
27. Pınar R. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi. Sendrom 1997;9(9):117-21.
28. Dow KH, Melancon CH. Quality of life in woman with ovarian cancer. WJNR 1997;19(3):334-50.
29. Andersen BL, Andorson B. Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: psychological outcomes. Consult Clin Psychol 1989;57:692-7.
30. Eisemann M, Lalos A. Psychosocial determinants of well-being in gynecologic cancer patient. Cancer Nursing 1999;22(4): 303-6.
31. Özkan S. Kanserli hastada psikiyatrik ve psikososyal destek. İstanbul:p.533-40.
32. Cain EN, Kohorn EL, Qunlan DM. Psychosocial reactions to the diagnosis of gynecologic cancer. Obstet Gynecol 1983; 62(5): 635-41.
33. Hoskins NS, Perez CA, Young RC. Principles and practice of gynecologic oncology. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers;1997:357-95.
34. McCaffrey D, Hoffman B, Leigh SA. Surviving adult cancers. psychosocial implications. Ann Intern Med 1989; 111:517-524.
35. Reis N. Jinekolojik Kanserlerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2003.
36. Streginna SK, Dunn J. Women's experiences following treatment for gynecologic cancer. Oncology Nursing Forum 1997;24 (8):1403-8.
37. Knapstein SH, Schönefub G, Hoffmann SO. Pelvik exenteration: effects of surgery on quality of life and body image. a prospective longitudinal study. Gynecol Oncol 1997; 66:495-500.

38. Fieler VK. Side effects and quality of life in patients receiving high-dose rate brachytherapy. *Oncology Nursing Forum* 1997; 24(3):1412-23.
39. Hopkins J. Jinekoloji ve obstetrik el kitabı. Vicdan K, Işık AZ (Çev Eds.). Atlas Kitapçılık. Ankara 2000:p.227-238.
40. Anderson B, Lutgendorf S. Quality of life as an outcome measure in gynecologic malignancies. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2000;12:21-6.
41. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği, 8. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2007;p.607-16.
42. Addington HJ, McCarthy M. Dying from cancer: a result of a national population-based investigation. *Palliat Med* 1995; 9:p.295-305.
43. Güleç G, Güleç S. Ağrı ve ağrı davranışı. *Ağrı* 2006;18;(4)5-10.
44. Frischenschlager O, Pucher I. Psychological management of pain. *Disability and Rehabilitation* 2002; 24(8): 416-22.
45. Dedeli ÖG, Karadeniz G. Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. *Ağrı*. 2009;21(2):45-53.
46. Ertem G. Jinekolojik kanserlerde evde bakım. *Türk Onkoloji Dergisi*.2010;25(3): 124-32.
47. Tecimer C. Kanser hastasında hematolojik sorunlar. Onat H, Mandel NM. (Eds.) *Kanser Hastasına Yaklaşım, Tanı, Tedavi, Takipte Sorunlar, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul*, 2002; 95-104.
48. Karahocagil M, Buzğan T, Irmak H. Akut lösemili hastalarda nötropenik ateş ataklarının değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi*. 2002;9(4):104-108.
49. Taşova Y. Kanser hastalarında infeksiyon: risk faktörleri ve etkenler. X. *Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kongresi Kitabı*. Adana 2001, s.174.
50. Celkan T. Kanserli çocuklarda mukozit. *Klinik Gelişim* 2007;20:195-8.
51. Napenas JJ, Brennan MT, Farah K. Relationship between mucositis and changes in oral microflora during cancer chemotherapy. *OOOE* 2007;103:48-59.
52. Potting CMJ, Uitterhoeve R, Scholte RW. The effectiveness Of Commonly Used Mouthwashes for the Prevention of Chemotherapy-Induced Oral Mucositis. A Systematic Review. *EJCC* 2006;15:431-9.

53. Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş. Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. TAF Prevent Med Bull 2013;12(3):219-24.
54. Kara B, Fesci H. Kanserde Öz-Bakım ve Yaşam Kalitesi. Hematoloji-Onkoloji 2004;6(4):124-9.
55. Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A. Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;10(1):15-28.
56. Barsevick AM, Whitmer K, Sweeney C, Nail LM. A pilot study examining energy conservation for cancer treatment-related fatigue. Cancer Nursing 2002;25(5):333-341.
57. Langhorne ME, Fulton JS, Otto SE. Oncology Nursing. 5th ed. St. Louis, MO: Mosby Elsevier;2007:213-31.
58. Kızılcı S. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar Ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. (tez) Ankara. 1997.
59. Ünsar S, Fındık Ü, Kurt S, Özcan H. Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2007;2(5):89-106.
60. Carlsson ME, Strang PM. Educational group support for patient with gynecological cancer and their families. Support Care Cancer 1996;4:102-9.
61. Öz ZS. Kemoterapi Alan Hematolojik Malignensili Hastalarda Yaşam Kalitesi (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2006.
62. Uzuncu HB, Buyruk H, Alnak E, Yıldırım G. Yoğun bakımda yapılacak bir şeyi kalmayan kanserli terminal dönem hastalara insanca bakım önerisi. Cumhuriyet Tıp Dergisi. 2013;35:143-51.
63. Modonesi C, Scarpi E, Maltoni M, Derni S. Impact of palliative care unit admission on symptom control evaluated by the edmonton symptom assessment. System J Pain Symptom Manag 2005;30(4):367-73.
64. Sadırlı SK, Ünsar S. Kanserli hastalarda edmonton semptom tanılama ölçeği (ESTÖ): türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009;4(1):79-95.
65. Can G. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım. 2010 İstanbul Konsensusu. Nobel Tıp Kitapevi. 2010:3-10.

66. Cella, DF, Tulsky DS, Gray G. The functional assessment of cancer therapy (fact) scale: development and validation of the general measure. *IJCO* 1993;11(3):570-9.
67. Smith AB, Wright P, Selby PJ, Velikova G. A Rasch and factor analysis of the functional assessment of cancer therapy-general (FACT-G). *HQLO* 2007;5(19):1477-1487.
68. Çetiner M, Kalaça S, Kalayođlu S, Soysal T, Sargın D, Ferhanođlu B, et al. Quality of life assessment of haematopoietic stem cell transplantation patients in İstanbul: a pilot study, 30th annual meeting of the European Group for Blood and Marrow Transplantation, Barcelona Bone Marrow Transplantation, Vol. XXXIII, 2004.
69. T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Yoksulluk Çalışması 2012. Sayı:16023;erişim tarihi:06 Aralık 2013.www.tuik.gov.tr
70. Topuz E. Kanserde alternatif ve tamamlayıcı tıp. İstanbul: İletişim Yayıncılık; 2005;p.13-29.
71. Situ D, Wang J, Shao W, Zhu ZH. Assessment and treatment of cancer pain: From Western to Eastern. *Ann Palliat Med* 2012;1(1):32-44.
72. Öksüz E, Malhan S. Sağlığa bağlı yaşam kalitesi. *Kalitemetri*. Başkent Üniversitesi. Ankara. 2005:1-45.
73. Simon B, Lee JS, Partridge HA, Runowicz DC. Preserving fertility after cancer. *Cancer J Clin* 2005;55:211-28.
74. Crawford J, Cella D, Cleeland CS. Relationship between changes in hemoglobin level and quality of life during chemotherapy in anemic cancer patients receiving epoetin alfa therapy. In; Loehrer JP (Ed.). *The Year Book of Oncology*. Mosby, Indiana. 2004;p.363-4.
75. Crivellari D, Bonetti M, Castiglione-Gertsch M, Gelber RD, Rudenstam CM, Thürlimann B, et al. Burdens and benefits of adjuvant cyclophosphamide, methotrexate, and fluorouracil and tamoxifen for elderly patients with breast cancer: the international breast cancer study group trial VII. *J Clin Oncol* 2000;18:1412-22.
76. Sert F, Özşaran Z, Eser E. Meme kanseri tanı olgularda uygulanan tedavinin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2013;9:57-63.
77. Pınar R, Salepçi T, Afsar F. Assessment of quality of life in turkish patients with cancer. *Turk J Canc* 2003;33:96-101.

78. Lutgendorf SK, Anderson B, Ullrich P, Erica L. Johnsen. Quality of life and mood in women with gynecologic cancer a one year prospective study. *Cancer* 2002;94(1):131-40.
79. Pınar G, Alger L, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi* 2008;3;18:141-9.
80. Yeşilbalkan UÖ, Akyol DA, Çetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005:1(1):13-31.
81. Beser N. Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Yaşam Kalitesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2001.
82. Grzankowski KS, Carney M, Quality of life in ovarian cancer. *Cancer Control* 2012;18(1):52-8.
83. Arden E, Gidron Y, Morris MR. Psychological distress and its correlates in ovarian cancer: A Systematic Review. *Psycho-Oncology* 2008; 17: 1061–72.
84. Meraner V, Gamper EM, Grahmann A, Giesinger Monitoring physical and psychosocial symptom trajectories in ovarian cancer patients receiving chemotherapy. *BMC Cancer* 2012; 12:77-113.
85. Knapstein SH, Schönefub G, Hoffmann SO. Pelvik exenteration: surgery on quality of life and body image. a longitudinal study. *Gynecol Oncol* 1997;66:495-500.
86. Cella D, Hahn EA, Dineen K. Meaningful change in cancer-specific quality of life scores: differences between improvement and worsening. *Qual Life* 2002;11:207-21.
87. Jensen SE, Cella D. Quality of life in patients with ovarian cancer advances in diagnosis and management of ovarian cancer. *Qual Life* 2014;241-260.
88. Greimel E, Daghofer F, Petru E. Prospective assessment of quality of life in long-term ovarian cancer survivors. *Int J Cancer*: 2011;128(12); 3005–11.
89. Penttinen HM, Saarto T, Kellokumpu-Lehtinen P, Blomqvist C, Huovinen R, Kautiainen H, et al. Quality of life and physical performance and activity of breast cancer patients after adjuvant treatments. *Psycho-Oncology* 2011; 20: 1211-1220.
90. Greimel E, Thiel I, Peintinger F, Cegnar I, Pongratz E. Prospective assessment of quality of life of female cancer patients. *Gynecol Oncol* 2002;85:140-147.
91. Can G, Durna, Z, Aydiner A. Assesment of fatigue in and care needs of Turkish women with breast cancer. *Cancer Nursing* 2004; 27(2):153-61.

92. Kurt S, Ünsar S. Assessment of symptom control in patients with cancer in northwestern Turkey. *EJON* 2011; 15(2):137-44.
93. Kara B, Fesci H. Kanserde öz-bakım ve yaşam kalitesi. *Hematoloji-Onkoloji* 2004;6(4):124-9.
94. Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarına Verilen Eğitimin Kemoterapi Semptomlarına etkisi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;10(1):15-28.
95. Dibble SL, Isreal J, Nussey B, Casey K, Luce J. Delayed chemotherapy-induced nausea in women treated for breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2003;30:40-7.
96. Bergkvist, K, Wengström Y. Symptom experiences during chemotherapy treatment-with focus on nausea and vomiting. *Eur J Oncol Nursing* 2005;10:21-9.
97. Piamjariyakulemail U, Phoebe D, Williams PD, Prapakorn S, Kim M, Park L, et al. Nursing cancer therapy-related symptoms and self-care in Thailand. *EJON* 2010;14 (5) 387-94.
98. Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş. Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull* 2013;12(3):219-24.
99. Collins JJ, Devine TD, Dick GS, Johnson EA. The measurement of symptoms in young children with cancer: the validation of memorial symptom assesment scale in children aged 7-12. *J Pain* 2002;23:10-16.
100. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008;9:59-66.
101. Owen JE, Klapow JC, Casebeer L. Evaluating the relationship between pain presantation and health-related quality of life in outpatients with metastatic or recurrent neoplastic disease. *Qual Life Res* 2000;9:855-63.
102. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med* 1994;330:592-6.
103. Chen ML, Tseng HC. Symptom clusters in cancer patients. *MASCC* 2006;14; 825-30.
104. Henry DH, Viswanathan HN, Elkin EP, Traina S, Wade S, Cella D. Symptoms and treatment burden associated with cancer treatment: results from a cross-sectional national survey in the U.S. *MASCC* 2008;16:791-801.

105. Strömngren AS, Groenvold M, Pedersen L, Olsen AK, Sjogren P. Symptomatology of cancer patients in palliative care: content validation of self-assessment questionnaires against medical records. *Eur J Cancer* 2002;38:788–94.
106. Nazik E, Arslan S, Nazik H, Narin MA, Karlangic H, Koc Z. Anxiety and symptom assessment in turkish gynecologic cancer patients receiving chemotherapy. *APJCP* 2012;13;3129-33.
107. Halperin EC, Waner DE, Perez CA, Brady LW. perez and brady's principles and practice of radiation oncology 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013:p.1355-502.
108. Hintistan S, Çilingir D, Nural N, Gürsoy A. Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*:2012;1(3):153-64.
109. Bag B. Fatigue related psychosocial problems in cancer patients and their solutions. *Arch Med Rev J* 2012; 21(4):253-73.
110. Anar C, Altıparmak O, Ünsal İ. The effect of chemotherapy on quality of life in patients with lung carcinoma. *Gülhane Tıp Derg* 2012;54:136-41.
111. Tan M, Şahin Z. Kemoterapi alan hastaların hemşirelik bakımından memnun olma durumlarının incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009;12: 38-45.
112. Vural G. Vural Ö. Kemoterapi alan jinekolojik kanserli hastaların hemşirelik bakım memnuniyetlerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksel Okulu Elektronik Dergisi* 2013;6(1):17-25.
113. Wengström Y, Ekedahl M. The art of professional development and caring in cancer nursing. *Nurs Health Scien* 2006;8(1):20-6.
114. Jadoon NA, Munir W, Shahzad MA, Choudhry ZS. Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: across-sectional study. *BMC Cancer* 2010;10:594-7.
115. Güleç G. Büyüknacı A. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3(2):343-67.
116. T.C. Sağlık Bakanlığı yataklı sağlık tesislerinde yoğun bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ 2010. Erişim tarihi:29.05.2013 <http://www.saglik.gov.tr>

TABLO VE ŞEKİLLER LİSTESİ

- 1- Tablo 1. Serviks kanserinde evreleme
- 2- Tablo 2. Endometrium kanserinde evreleme
- 3- Tablo 3. Over kanserinde evreleme
- 4- Tablo 4. Olguların Sosyo-demokrofik Özelliklerinin Dağılımı
- 5- Tablo 5. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeğine Verdikleri Cevapları Dağılımı
- 6- Tablo 6. FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) Ölçeğiyle Yaşam Kalitesi Düzeyinin Yaş Gruplarında Değerlendirilmesi
- 7- Tablo 7. FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) Ölçeğiyle Yaşam Kalitesi Düzeyinin Eğitim Durumu ile Değerlendirilmesi
- 8- Tablo 8. FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) Ölçeğiyle Yaşam Kalitesi Düzeyinin Çalışma Durumu ile Değerlendirilmesi
- 9- Tablo 9. FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) Ölçeğiyle Yaşam Kalitesi Düzeyinin Gelir Durumu ile Değerlendirilmesi
- 10- Tablo 10. Olguların Hastalıklarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı
- 11- Tablo 11. FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) Ölçeğiyle Yaşam Kalitesi Düzeyinin Hastalığın Tanısı ile Değerlendirilmesi
- 12- Tablo 12. FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) Ölçeğiyle Yaşam Kalitesi Düzeyinin Hastalığın Evresi ile Değerlendirilmesi
- 13- Tablo 13. FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) Ölçeğinin Tedavi Öncesi ve Sonrası ile Değerlendirilmesi
- 14- Tablo 14. Hastaların Tedavi Öncesi ve Sonrası Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'ne (ESTÖ) Göre Yaşadıkları Semptomlar ve Semptom Şiddeti Ortalamaları

- 15- Tablo 15. Tedavi sonrası FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) Ölçeğiyle Yaşam Kalitesi Düzeyinin Hastalığın Kanserin Tipi ile Değerlendirilmesi
- 16- Tablo 16. Hastaların Yaşadığı Semptomların Tanı ile Değerlendirilmesi
- 17- Tablo 17. Hastaların Sosyal Durumunun Tanı ile Değerlendirilmesi
- 18- Tablo 18. Kemoterapi Alan Hastalarda Refakatçısı Olanların Semptomlarla Değerlendirilmesi
- 19- Tablo 19. Kemoterapi Alan Hastalarda Arkadaş Toplantılarına Katılmanın Semptomlarla Değerlendirilmesi
- 20- Tablo 20. Hastalığının Tanısını Bilenlerin Semptomlarla Değerlendirilmesi
- 21- Tablo 21: FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) Ölçeğiyle Yaşam Kalitesi Düzeyinin Kemoterapi, Radyoterapi ve Kemoradyoterapi Alma Durumu ile Değerlendirilmesi
- 22- Tablo 22: Hastaların Yaşadığı Semptomların Tedavi Şekli ile Değerlendirilmesi
- 23- Tablo 23: Hastaların Sosyal Durumu ile Tedavinin Değerlendirilmesi
- 24- Tablo 24. Hemşirelik Bakımından Memnuniyetin Semptomlarla Değerlendirilmesi
- 25- Tablo 25. Hemşirelik Bakımından Memnuniyetin Sosyal Durum ile Değerlendirilmesi
- 26- Şekil 1. Hastaların Tanılarına Göre Dağılımı

ÖZGEÇMİŞ

1980 yılında İzmir’de dünyaya gelen Serap TEKBAŞ; ilk ve orta öğrenimini burada tamamladı. 1999 yılında Bergama 70.yıl Anadolu Sağlık Meslek Lisesi Hemşirelik bölümünü bitirdi. 2000 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları kliniğinde servis hemşiresi olarak göreve başladı.

2000-2004 yılları arasında Trakya Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü’nde lisans, 2006-2009 yılları arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.’da yüksek lisans öğrenimini tamamladı.

Evli ve bir çocuk annesi olan Serap TEKBAŞ 2011 yılında Medikal Onkoloji kliniğine sorumlu hemşire olarak görevlendirildi ve bu klinikte görevine devam etmektedir.

Ek 1

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU		TÜTF-GOKAEK 2012/143			
	PROTOKOL ADI		Jinekolojik Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Tedavi Bakımın Etkileri			
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI		Prof. Dr. Cenk SAYIN			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ					
	DESTEKLEYİCİ					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER		Tek Merkez Ulusal		Çok Merkez Uluslararası		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 177/04		Tarih: 28.06.2012			
	Üniversitemiz Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Cenk SAYIN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Doktora Öğrencisi Serap TEKBAŞ'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI		Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOKAEK Yönergesi				
ÜYELER						
Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Başkan	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hasan ÜMİT Başkan Yardımcısı	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Üye	Çocuk Sağ. ve Hast.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Biyoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Biyoloji A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Tunç KUTOĞLU Üye	Anatomi	T.Ü.T.F. Anatomi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sedat ÜSTÜNDAĞ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Burcu TOKUÇ Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Petek BALKANLI KAPLAN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Rıdvan KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Recep YAGİZ Üye	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	T.Ü.T.F. K.B.B. Hast. A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat Gülden ATILLA ÖZTÜRK Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

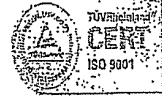
*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Tüphan EGE
Dekan

Ek 2



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ



SAYI : 79056779/ 600-4390
KONU :

EDİRNE 03 HAZİRAN 2013

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 28/05/2013 tarihli ve 37864143-302.14-343 sayılı yazınız.

İlgi yazınız incelenmiş olup Serap TEKBAŞ'ın "Jinekolojik Kansere Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Tedavi-Bakımın Etkileri" konulu çalışması için Hastanemiz Radyasyon Onkolojisi ve Medikal Onkoloji Servislerinde araştırma ve anket yapma isteği Merkez Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi gereğini arz ederim.

Doç Dr. Ümit Nusret BAŞARAN
Merkez Müdürü

Doç. Dr. Ü. N. Başaran
03.06.2013
27

Posta Adresi:
T.Ü.Hastanesi
22030 Balkan Yerleşkesi/EDİRNE

Tel : (0284) 235 27 31
Fax : (0284) 235 27 30
e-posta: bashekim@trakya.edu.tr.

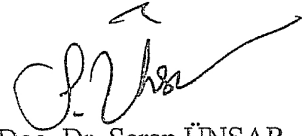
Ek 3

Sayın Serap TEKBAŞ

Ben Öğr. Gör. Bil. Uzm. Seda KURT ve Doç. Dr. Serap ÜNSAR'ın geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız Edmonton Semptom Tanılama Ölçeğini çalışmanızda kullanmanızda hiç bir sakınca yoktur. Çalışmanızda başarılar dileriz. 11. 06. 2012





Öğr. Gör. Bil. Uzm. Seda KURT



Doç. Dr. Serap ÜNSAR

Ek 4

serap avcioglu 

mustafa cetiner 

Re: İletişim

Klasörler

Gelen kutusu 6901

Gereksiz 184

Taslaklar 4

Gönderilmiş

Silinmiş

Arama Sonuçları

Yeni klasör



Mustafa Çetiner (dr.m.cetiner@gmail.com) Kişilere
Kime: Serap TEKBAŞ

Evet kullanabilirsin elbette...

iPad' imden gönderildi

2 Eyl 2013 tarihinde 15:19 saatinde, Serap TEKBAŞ <serap_avcioglu@hotmail.com> şunları yazdı:

> From: Serap TEKBAŞ
<serap_avcioglu@hotmail.com>
>
> Merhabalar Hocam
>
> Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümünde doktora
öğrencisiyim. "Jinekolojik Onkoloji
Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Tedavi-
Bakımın Etkileri " başlıklı tezimde Türkçe
geçerlilik çalışmasını yapmış olduğunuz
FACT-G (versiyon 4) yaşam kalitesi ölçeğini
kullanmak istiyorum. Gerekli iznin
tarafınızdan verilmesi konusunu arz ederim.
Serap TEKBAŞ
>
> SAYGILARIMLA
>

SEMPTOM BELİRLEME FORMU

1. Kaç yaşındasınız?
2. Eğitim durumunuz nedir?
İlkokul Ortaokul Lise Yüksekokul
3. Sosyal güvenceniz var mı?
Yok Bağ kur SSK EMS Özel Sigorta
4. Düzenli geliriniz var mı?
5. 700tl ve altı 700-1500tl 1500-2500 2500-3500tl
6. Medeni durumunuz nedir?.....
7. Çocuğunuz var mı? Evet Kaç çocuğunuz var? Hayır
8. Alkol/sigara kullanıyor musunuz?
Evet Alkol günde Sigara gündeHayır
9. Hastalığınızın tanısı hangi tarihte kondu?
10. Tedaviye hangi tarihte başladınız?
11. Hastalığınızın tam olarak ne olduğunu biliyor musunuz?
Evet Hayır
12. Hastalığınızın tanısını size kim söyledi?.....
13. Ameliyat oldunuz mu?
14. Hangi tarihte ameliyat oldunuz?
15. Kemoterapi aldınız mı?
Evet Hayır
16. Kaç kür kemoterapi aldınız?
17. Bir kür kemoterapiniz kaç saat sürüyor?
18. Kemoterapinin yan etkileriyle ilgili bilgilendirildiniz mi?
Evet Hayır
19. Kim tarafından bilgilendirildiniz?
20. Kemoterapi alırken yan etki oluştu mu?
Evet Hayır
21. Nasıl bir yan etki oluştu?
22. Kemoterapinin iptal edildiği ya da ertelendiği oldu mu?
Evet Hayır neden.....
23. Kemoterapiyi hangi yolla alıyorsunuz?
IV kateter Port
24. Radyoterapi alıyor musunuz?
Evet Hayır
25. Ne kadar süre radyoterapi aldınız?
26. Radyoterapinin yan etkileri konusunda bilgilendirildiniz mi?
Evet Hayır
27. Kim tarafından bilgilendirildiniz?

28. Radyoterapiden dolayı yan etki oluştu mu?
Evet Hayır
29. Nasıl bir yan etki oluştu?
30. Radyoterapinin iptal edildiği ya da ertelendiği oldu mu?
Evet Hayır
31. Tedavilerinize düzenli olarak devam ediyor musunuz?
Evet Hayır
32. Tedavilerinize neden düzenli olarak devam edemiyorsunuz?
33. Bakımıyla mükellef olduğunuz kimse var mı?
Evet Hayır
34. Tedavi sırasında size refakat eden-ilgilenen kimse var mı?
Evet Hayır
35. Hastalığınızdan dolayı sonda ihtiyacınız oldu mu?
Evet Hayır
36. Sonda takılı olması sizde bir sıkıntı yarattı mı?

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

37. Hastalığınız süresince bulantı ve/veya kusmanız oluyor mu?

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

38. En çok hangi dönemlerde bulantı-kusmanız oluyor.....

39. Tedavi sırasında ve tedaviden sonraki iki gün içinde tat alma duyunuzda bir değişiklik oldu mu?

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

40. Hastalığınız süresince ağızınızda yaralar oluştu mu?

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

41. Ağzınızda oluşan yaralar için bir bakım ve/veya ilaç tedavisi uygulandı mı?
Evet Hayır

42. Tedaviniz sırasında kan transfüzyonu ihtiyacınız oldu mu?
Evet Hayır

43. Kan transfüzyonu sırasında alerji gelişti mi?
Evet Hayır

44. Kan bulmayla ilgili sıkıntı yaşıyor musunuz?
Evet Hayır

45. Doktorunuzun size önerdiği gün size kan transfüzyonu uygulanabildi mi?
Evet Hayır

46. Kanı temin edememekten dolayı tedavinizin geciktiği oldu mu?
Evet Hayır

47. Hastanede yattığımız sürede refakatçi ihtiyacınız oluyor mu?
Evet Hayır

48. Yanınızda kalabilecek kimse var mı?
Evet Kim refakat ediyor Hayır

49. Hangi nedenlerden dolayı refakatçiye ihtiyaç duyuyorsunuz?
.....

50. Uyku problemi yaşıyor musunuz?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
| | | | | | | | | | |

51. Daha çok neden dolayı uyku problemi yaşıyorsunuz?
.....

52. Uyku probleminiz için ilaç kullanıyor musunuz?
Evet Hayır

53. Uyku probleminiz için ilaç dışı yöntemlere başvuruyor musunuz?
Evet Hayır

54. Ağrınız oluyor mu?

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

55. Tedavi süresince en çok hissettiğiniz ağrı hangi dönemdeydi?

Post op. dönemde Kemoterapi sonrası Radyoterapi sonrası

56. Düzenli ağrı kesici kullanıyor musunuz?

Evet Hayır

57. Kullandığınız ilacın adı nedir?

58. Günde kaç kez ağrı kesici alıyorsunuz?.....

59. Ağrınız en çok ne zaman oluyor?.....

60. Ağrınızı hastalığınız dışında tetikleyen durumlar var mı?

Evet Hayır

61. Ağrınızla baş etmek için ilaç dışı kullandığınız yöntemler var mı?

Evet Hayır

62. Defakasyon alışkanlığınızda bir değişiklik oldu mu?

Evet Hayır

63. Kabız/ishal olma durumunuz radyoterapi ve/veya kemoterapi tedavisiyle eş zamanlı mı oluyor?

Evet Hayır

64. Kabız/ishal durumunuz için ilaç tedavisi alıyor musunuz?

Evet Hayır

65. Hastalığınız cinsel hayatınızı etkiledi mi?

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

66. Tedaviniz süresince cildinizde her hangi bir değişiklik oldu mu?

Evet Hayır

67. Cildinizdeki değişikliklerle ilgili bir tedavi gördünüz mü?

Evet Hayır

68. Kemoterapi sırasında ilacın damar dışına sızdığı bir durum yaşadınız mı?

Evet Hayır

69. Kemoterapinin damar dışına çıkmasına bağlı ne gibi belirtiler gözlemlediniz?

70. Bu durumla kaç kez karşılaştınız?.....

71. Bu durum tedavinizi olumsuz etkiledi mi?

Evet Hayır

72. Tedaviniz sırasında saçlarınız döküldü mü?

Evet Hayır

73. Saçlarınızın dökülmesi sizi olumsuz etkiledi mi?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

74. Tedaviniz günlük aktivitelerinizi engelliyor mu?

Evet Hayır

75. Tedaviniz seyahat etmenizi engelliyor mu?

Evet Hayır

76. Tedavi olduğunuz kurum ile ikamet ettiğiniz yer arasındaki mesafe kaç kilometre?.....

77. Hastalık öncesi sosyal aktivitelere katılıyor muydunuz?

Evet Hayır

78. Bu aktivitelere halen devam ediyor musunuz?

Evet Hayır

79. Bu aktivitelere katılamamak sizi olumsuz etkiliyor mu?

Evet Hayır

80. Hastalık öncesi arkadaş toplantılarına katılıyor muydunuz?

Evet Hayır

81. Halen arkadaş toplantılarına katılıyor musunuz?

Evet Hayır

82. Hastanede size verilen bakımdan memnun musunuz?

Evet Hayır

83. Size tedavi uygulayan ve bakım verenlerin yaklaşımından memnun musunuz?

Evet Hayır

84. Size tedavi uygulayan ve bakım verenlerden beklentileriniz nelerdir?.....

85. Size tedavi uygulayan ve bakım verenler beklentilerinizi karşılayabiliyor mu?.

Evet Hayır

86. Kimler size destek oldu?.....

87. Hastalığınız süresince çevrenizdeki kişilerin olumsuz davranışlarıyla karşılaştınız mı?

Evet Hayır

88. Ne gibi olumsuz davranışlarla karşılaştınız?.....

89. Çevrenizdekilerin size nasıl davranmasını istersiniz?.....

90. Hastalığınız işe gitmenize engel oluyor mu?

Evet Hayır

91. Hastalığınız iş ortamında olumsuzluklar yaşamanıza neden oluyor mu?
Evet Hayır

92. Hastalığınızdan dolayı iş ortamında ne gibi olumsuzluklar yaşıyorsunuz?.....

93. Hastalığınızın tedavisi için uyguladığınız alternatif yöntem/yöntemler var mı?
Evet Bu yöntemi/yöntemleri kimden-nereden öğrendiniz?
Hayır

FACT-G (Version 4)

Aşağıdaki listede sizinle aynı hastalığı olan diğer insanların önemli olduğunu söylediği bazı ifadeler verilmiştir. Lütfen **son 7 günü göz önünde bulundurarak, uygun olan yanıtı belirtmek üzere her satırda bir sayıyı yuvarlak içine alın veya işaretleyin.**

<u>BEDENİ DURUM</u>		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
GP1	Enerjim düşük.....	0	1	2	3	4
GP2	Bulantım var.	0	1	2	3	4
GP3	Bedensel durumum yüzünden ailemin ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekiyorum.	0	1	2	3	4
GP4	Ağrım var.....	0	1	2	3	4
GP5	Tedavinin yan etkileri beni rahatsız ediyor.	0	1	2	3	4
GP6	Kendimi hasta hissediyorum.	0	1	2	3	4
GP7	Yatakta yatmaya mecbur kalıyorum.....	0	1	2	3	4

<u>SOSYAL YAŞAM ve AİLE DURUMU</u>		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
GS1	Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum	0	1	2	3	4
GS2	Ailemden manevi destek görüyorum	0	1	2	3	4
GS3	Arkadaşımdan destek görüyorum	0	1	2	3	4
GS4	Ailem hastalığımı kabullendi.....	0	1	2	3	4
GS5	Ailemle hastalığım konusundaki iletişimden memnunum	0	1	2	3	4
GS6	Kendimi hayat arkadaşına (veya başlıca desteğim olan kimseye) yakın hissediyorum	0	1	2	3	4
Q1	<i>Aşağıdaki soruyu lütfen şu anki cinsel ilişki durumunuzu göz önüne almadan yanıtlayınız. Eğer bu soruya cevap vermemeyi tercih ederseniz, lütfen yandaki kutuyu <input type="checkbox"/> işaretleyip bir sonraki bölüme geçiniz.</i>					
GS7	Cinsel hayatım tatmin edici	0	1	2	3	4

FACT-G (Version 4)

Lütfen son 7 günü göz önünde bulundurarak, uygun olan yanıtı belirtmek üzere her satırda bir sayıyı yuvarlak içine alın veya işaretleyin.

<u>DUYGUSAL DURUM</u>		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
GE1	Kendimi üzgün hissediyorum	0	1	2	3	4
GE2	Hastalığımla başa çıkma yöntemimden memnunum	0	1	2	3	4
GE3	Hastalığımla olan mücadelede ümidimi kaybediyorum	0	1	2	3	4
GE4	Kendimi sınırlı hissediyorum	0	1	2	3	4
GE5	Ölmekten korkuyorum	0	1	2	3	4
GE6	Durumumun daha kötüye gitmesinden endişeleniyorum.....	0	1	2	3	4

<u>FAALİYET DURUMU</u>		Hiç	Çok az	Biraz	Ol-dukça	Çok fazla
GF1	Çalışabiliyorum (ev işi dahil)	0	1	2	3	4
GF2	İşim (ev işi dahil) beni tatmin ediyor	0	1	2	3	4
GF3	Hayattan zevk alabiliyorum.....	0	1	2	3	4
GF4	Hastalığımı kabullendim	0	1	2	3	4
GF5	İyi uyuyorum	0	1	2	3	4
GF6	Eğlenmek için yaptığım şeylerden zevk alıyorum.....	0	1	2	3	4
GF7	Şu anda hayatımın kalitesinden memnunum.....	0	1	2	3	4

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Bu araştırmanın yürütülmesi, Trakya Üniversitesi Girişimsel olmayan klinik araştırmalar Etik Kurulu'nun 28.06.2012 tarih ve 050.04.02-5915 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Araştırmaya katılmaya karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük ilkesine bağlı olup katılmayı reddetmeniz herhangi bir cezaya ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine kesinlikle yol açmayacaktır.

Aynı şekilde araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da elde edilmesi beklenen bir yarar kaybına yol açmadan araştırmadan çekilebilirsiniz.

Araştırma kapsamında yapılan işlemlerin mali giderleri araştırmacılar ya da destekleyici (AÇIK AD) tarafından karşılanacak olup size ya da sosyal güvenlik kurumunuza hiçbir mali yük getirmeyecektir.

Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün. Açık olmayan bir bölüm varsa ya da daha ayrıntılı bilgiye ihtiyaç duyuyorsanız ya da araştırmaya katılmaya gönüllü oluktan sonra soracağımız sorular varsa 05334163568 numaralı cep telefonundan Serap Tekbaş başvurabilirsiniz.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın bilimsel adı: Onkoloji Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Tedavi Bakımın Etkileri

b. Araştırmanın anlaşılabilir basit adı: Onkoloji Tanısı Almış Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Tedavi Bakımın Etkileri

c. Sorumlu Araştırmacının adı ve görev yeri: T.Ü. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Medikal Onkoloji B.D.

d. Araştırmanın içeriği: Araştırmamız,

Onkoloji tanısı almış,

ameliyat olmuş ve/veya ameliyat olamadan Trakya Üniversitesi Araştırma Hastanesinde medikal onkoloji polikliniğinde ayaktan tedavi gören,

medikal onkoloji servisinde yatarak tedavisine devam eden,

radyasyon onkolojisi polikliniğinde tedavi gören,

radyasyon onkoloji servisinde yatarak tedavisine devam eden,

araştırmaya katılmaya gönüllü hastalardan oluşmaktadır. Bu hastalara, yaşam

kalitesi ve tedavi-bakımın etkilerini ölçmek için anket uygulanması araştırmamızın içeriğini oluşturmaktadır.

e. Araştırmanın amacı: Onkolojik hastalıklar nedeniyle ameliyat olan ve ameliyat olamayan ancak hastalıkları nedeniyle radyoterapi ve/veya kemoterapi görmekte olan hastalara uygulanan tedavi ve bakımın hastaların yaşam kalitesi üzerine olan etkisini belirlemek aynı zamanda hemşirelik bakımının hastalık ve tedavi üzerine olan etkilerini saptamak.

f. Araştırmanın niteliği (Klinik, Laboratuvar, Epidemiyolojik - Tez çalışması vb....): Anket çalışması.

g. Araştırmanın başlama tarihi ve öngörülen süresi: 29-06-2012 / 01-06-2013. Bir yıl.

h. Araştırmaya katılması beklenen gönüllü sayısı: 20.06.2012-01.06.2012 tarihleri arasında tüm hastalar çalışmaya dahil edilecektir (daha önceki hasta kayıtlarına göre yaklaşık 150 hasta olması öngörülmektedir).

i. Katılımcının araştırmaya dahil edilme nedeni: Onkolojik hastalık tanısı almış olmak ve çalışmamıza katılma konusunda gönüllü olmak.

j. Araştırmada uygulanacak yöntemler: Hastanemizde medikal onkoloji polikliniğinde ayaktan tedavi gören, medikal onkoloji servisinde yatarak tedavisine devam eden, radyasyon onkolojisi polikliniğinde tedavi gören, radyasyon onkoloji servisinde yatarak tedavisine devam eden ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm bireylere yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından anket uygulanacaktır. Anket uygulaması ilk olarak, hastalar radyasyon onkolojisi veya medikal onkoloji polikliniklerine ilk kez geldiklerinde uygulanır. Tedavi ve bakımın etkilerini değerlendirmek, hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkilerini görmek amacıyla ikinci kez ise ilk tedaviden (radyoterapi ve/veya kemoterapi) 2 ay sonra uygulanması planlanmıştır.

2. Uygulama Sırasında Karşılaşılabileceğiniz Riskler ve Rahatsızlıklar: Çalışmamız anket uygulaması olduğu için bir risk içermemektedir. Anket uygulaması yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanarak, araştırmamıza dahil olan gönüllü hastaların çalışmamızla ilgili yönelteceği sorular araştırmacı tarafından yanıtlanabilecektir.

3. Gönüllü İçin Araştırmadan Beklenen Yarar: Çalışmamıza dahil olan katılımcıların yaşam kalitesi, aldıkları tedavi ve bakımın hastalar etkileri üzerinde etkileri belirlenerek, bu tedavi sürecinde aksayan, hastaların sağlık ve sosyal yaşam şartlarını etkileyen problemler daha iyi belirlenerek bazı eksik uygulamalar düzeltilebilecektir.

4. Araştırmaya Seçenek Olan Diğer Girişimler: Araştırmamızda anket uygulaması dışında bir girişim uygulanmayacaktır

5. Zararların Tazmini ve Araştırma Konusundaki Diğer Soruların Cevaplandırılması:

a. Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile bir hasta olarak hakları konusunda bilgi almak için bağlantı kurulacak kişinin adı-soyadı, ünvanı, görev yeri ve telefon numarası.

6. Araştırma Giderleri ve Bütçesi: 200tl kırtasiye giderleri araştırmacının kendisi tarafından karşılanacaktır.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma: Çalışmamıza katılmayı kabul eden gönüllüler dahil edilecektir. Araştırmaya katıldıktan sonra çekilmek isteyen bireyler çalışmadan çekilme hakkına sahiptir ve çalışmaya dahil edilmezler.

- 8. Kimlik bilgilerinin ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?** Araştırmamıza dahil ettiğimiz gönüllü hastaların Kimlik bilgileri alınmayacaktır.
- 9. Araştırma sonunda gönüllülere bilgi verilecek mi?** Araştırmamızın sonunda sonuçlar literature yansıtılacaktır. Ayrıca çalışma sonucuyla ilgili bilgi almak isteyen hastalara gerekli bilgi verilecektir.

GÖNÜLLÜNÜN ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda açıkça tanımlanan çalışmanın ne amaçla, kimler tarafından ve nasıl gerçekleştirileceği anlayabileceğim bir ifade ile bana anlatıldı.

Bu araştırmadan elde edilen bilgilerin bana ve başka insanlara sağlayacağı yararlar bana anlatıldı.

Araştırma sırasında meydana gelebilecek riskler ve rahatsızlıklar bana anlayabileceğim bir dille anlatıldı.

Araştırma sırasında oluşabilecek zarar durumunda gerçekleştirilecek işlemler bana anlatıldı.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ve haklarım konusunda 24 saat bilgi alabileceğim bir yetkilinin adı ve telefonu bana verildi.

Araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve testler ile tıbbi bakım hizmetleri için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyeceği bana anlatıldı.

Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

Sorumlu araştırmacı / hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.

Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / hekim ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Gönüllü Bilgilendirme Formu adlı metni kendi anadilimde okudum.

Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı.

Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım.

Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün; (El yazısı ile)

Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için; (El yazısı ile)

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı: (El yazısı ile)

İmzası:

Tarih: