

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR

**KEMOTERAPİ GÖREN KANSERLİ HASTALARDA
AĞRI İLE ANKSİYETE VE DEPRESYON
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Sevinç GÜLÇİĞ ÇAPAR

EDİRNE-2010

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

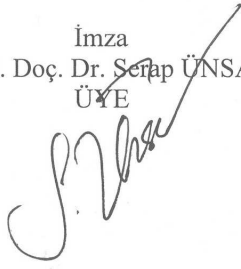
O N A Y

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü HEMŞİRELİK Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Sevinç GÜLÇİĞ ÇAPAR tarafından tez başlığı “KEMOTERAPİ GÖREN KANSERLİ HASTALARDA AĞRI İLE ANKSİYETE VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ” olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı 10 / 02 / 2010 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından “Yüksek Lisans Tezi” olarak kabul edilmiştir.

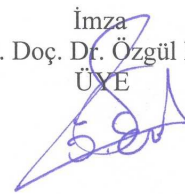
İmza
Yrd. Doç. Dr. Vuslat YÜRÜT ÇALOĞLU
JÜRI BAŞKANI



İmza
Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR
ÜYE



İmza
Yrd. Doç. Dr. Özgül EROL
ÜYE



Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Levent ÖZTÜRK
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve yüksek lisans eğitimim boyunca her türlü bilgi, tecrübe, anlayışla yanımda olan, benden sabır, destek ve yardımlarını esirgemeyen değerli hocam **Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR'a**, yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam sırasında desteklerini esirgemeyen **Trakya Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Öğretim Elemanlarına**, tez çalışmam boyunca her türlü destek ve katkılarından dolayı **Yrd. Doç. Dr. Ahmet KASAPOĞULU'na**, verilerin analizinde yardımlarını esirgemeyen **Doç. Dr. Necdet SÜT'e** ilgili yaklaşım, yardım ve destekleri için **Trakya Üniversitesi Onkoloji Kliniği Personeline**, tüm tez çalışmam boyunca yanımda olan, benden her türlü ilgisini, yardım ve desteğini esirgemeyen, manevi destek ve sabır gösteren **eşime**, destekleriyle yanımda olduğunu bildiğim **arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ederim.**

Sevinç GÜLÇİĞ ÇAPAR

Edirne 2010

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR

	SAYFA
GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
Kanserin Epidemiyolojisi.....	4
Kanserin Etyolojisi.....	5
Kanserde Tanı ve Tarama Yöntemleri.....	5
Kanserde Tedavi.....	8
Kanserde Klinik Sınıflandırma.....	14
Meme Kanseri.....	16
Akciğer Kanseri.....	19
Kemoterapi Gören Hastalarda Görülen Semptomlar.....	22
Ağrı ve Kanser.....	24
Anksiyete Depresyon ve Kanser.....	30
Anksiyete ve Depresyon Değerlendirmesi.....	31
Anksiyete ve Depresyon Tedavisi.....	32
Ağrıda Hemşirelik Bakımı.....	32
Anksiyete ve Depresyonda Hemşirelik Bakımı.....	33
Kemoterapi Gören Hastalarda Ağrı , Anksiyete ve Depresyonu Önlemede Hemşirenin Rolü.....	33
GEREÇ VE YÖNTEMLER	35

BULGULAR.....	39
TARTIŞMA	75
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	85
ÖZET.....	88
SUMMARY.....	90
KAYNAKLAR.....	92
ŞEKİLLER VE TABLO DİZİNİ.....	103
ÖZGEÇMİŞ.....	107
EKLER.....	108

SİMGE VE KISALTMALAR

Ark.	: Arkadaşları
BK	: Bağkur
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EMS	: Emekli Sandığı
FPS	: Wong-Baker Ağrı Skala
GAS	: Görsel Analog Skala
HADS	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
HAD-A	:Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Anksiyete Skoru
HAD-D	:Hastane Anksiyete Dpersyon Ölçeği Depresyon Skoru
IV	: İntravenöz
KİT	: Kemik İliği Transplantasyonu
MR	: Manyetik Rezonans
NSAİD	: Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaçlar
PET	: Pozitron Emisyon Tomografi
SF	: Serum Fizyolojik
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TNM	: Tümör, Lenf, Metastaz
VAS	: Vizuel Analog Skala
YK	: Yeşil Kart

GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser günümüzde sık görülmesi, morbilite ve mortalitesinin yüksek olması nedeniyle tüm dünyada ve ülkemizde önemli sağlık sorunlarından birisi olarak görülmektedir (1,2).

Yüzyılın başlarında ölüme neden olan hastalıklar arasında yedinci ve sekizinci sırada yer alırken bugün dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye’de kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 2002 verilerinde; 11 milyon yeni kanser vakası görülmekte, 7 milyon hasta kanser nedeniyle ölmekte ve 25 milyon kişide kanser hastalığıyla yaşamını sürdürmektedir. Ülkemizde ise kanser görülme hızları yüz binde 35 ile yüz binde 200 arasında değişmektedir (2-4).

Kanserden korunmanın oldukça önem kazandığı günümüzde; korunma yöntemlerinin bilinmesi, tarama, erken tanı yöntemleri tedaviden elde edilen başarının artmasında önemli bir yere sahiptir. Erken tanı ve tedavi yöntemleriyle; sağlığın iyileştirilmesi, beklenen yaşam süresinin uzatılması, hastaların sıkıntı ve güvensizlik duygularının en aza indirgenmesi mümkündür (5,6).

Kanser sıklığı, hastanın yaşına, cinsiyetine, coğrafi bölgelere ve kanserin türüne göre farklılık göstermektedir. Dünyada 2000 yılı itibari ile 22 milyon kanserli hastanın yaşadığı ve yeni olgular içinde akciğer, meme, kolorektal, mide ve karaciğer kanserlerinin ilk 5 sırada olduğu öne sürülmektedir. Bu kanser türleri arasında kadınlarda meme kanseri birinci sırada yer almaktadır. Erkeklerde ise akciğer kanseri başta gelmektedir (7-11).

Kanserin tedavi yöntemleri genel olarak kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi, KİT (Kemik İliği Transplantasyonu) ve kök hücre nakli olup, kanser tanısı alan hastaların bireysel özellik ve hastalık durumuna göre bu yöntemlerin bir veya bir kaçını tedavide kullanılmaktadır.

Bu tedavi yöntemleri ile hastaların yaşam süresi ve kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır (2,12-14).

Kemoterapi çoğalan hücrelere karşı seçici, öldürücü etkileri olan doğal ve sentetik kimyasal, biyolojik ajanlar ve hormonlarla yapılan tedavi şeklidir. Kemoterapi tedavi planındaki hedef, hastanın yaşam süresini uzatmak, tümör hücrelerinin yok etmek ve normal hücrelerin aktivitesini minimal düzeyde etkilemektir. Kemoterapi tedavisi nedeniyle bireylerde; ilaçların özelliklerine bağlı olarak bulantı, kusma, iştahsızlık, kemik iliği baskılanması (anemi, lökopeni, trombositopeni), saç dökülmesi, mukozyt, cilt problemleri, uykusuzluk, nörolojik problemler, göz problemleri gibi yan etkiler görülmektedir. Tedavinin yan etkileri ile birlikte, kanserin neden olduğu rahatsızlıklar sonucu hastalar, anksiyete, depresyon, ağrı, seksüel fonksiyon bozukluğu, yorgunluk, benlik kavramında değişme gibi semptomlar yaşamakta, doğal uyum mekanizmaları sarsılmakta, geleceğe yönelik beklenti ve planları bozulmaktadır. Bu semptomlar hastayı fiziksel ve psikolojik yönden etkileyerek yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır. Bu durumu sıklıkla tetikleyen faktörlerin başında ağrı ile anksiyete ve depresyon gelmektedir (2,3,13,15-17).

Bugünkü modern kanser tedavisinde; tedavi tek başına ele alınmamakta, beraberinde getirdiği semptomların kontrol altına alınması, ağrının giderilmesi, anksiyete ve depresyonla mücadele gibi yaşam kalitesini yüksek tutmaya yönelik tedaviler de önemli yer almaktadır. Hemşireler, kemoterapi ilaçları, bunların yan etkileri ve yan etkileri hafifletecek önlemler konusunda hastaları bilgilendirme sorumluluğu taşır. Hemşirelerin bu rolü, hastaların kendi psikolojik ve sosyal problemlerini tanımlarını ve bunlarla baş etmelerini kolaylaştırmaktadır. İşte bu nedenle kanser tanısı konulduktan sonra; hasta eğitimi, bakımı, semptomların kontrol altına alınması, hastaların duygu ve düşüncelerinin paylaşılması, fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi, iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması hemşirelerin önemli görevleri arasında yer almaktadır (2,12,18).

Bu verilerden yola çıkarak bu araştırma kemoterapi gören kanserli hastalarda ağrı ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek ve kanserli hastaların hemşirelik bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde rehber olacak öneriler geliştirmek amacıyla planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

KANSERİN EPİDEMİYOLOJİSİ

Günümüzde tüm dünyada bir yılda ortaya çıkan 10 milyon yeni kanser olgusunun, 5.3 milyonu (%53) erkekler, 4.7 milyonu (%47) ise kadınlar oluşturmaktadır. Sayının yıllar içinde artması ve yeni kanser olgularının sayısının 2020 yılında yıllık 20 milyona ulaşması beklenmektedir. 2000 yılı itibari ile dünya genelindeki 60 milyon ölümden, kansere bağlı ölümlerin 1.6 milyonu Avrupa'da gerçekleşeceği tahmin edilmektedir (7,19,20).

Dünyada 2000 yılı itibari ile 22 milyon kanserli hastanın yaşadığı yeni olgular içinde akciğer, meme, kolorektal, mide ve karaciğer kanserlerinin ilk 5 sırada yer aldığı bildirilmiştir (7).

Ülkemizde, kanser sorununun boyutlarını saptamaya yönelik olarak Sağlık Bakanlığı kanser hastalığını 1982 yılında bildirim zorunlu hastalıklar listesine almıştır. Türkiye'de her yıl 150.000 yeni vakanın ortaya çıktığı tahmin edilmektedir. Erkeklerde en sık %33'lük bir oranla akciğer kanseri, kadınlarda da %24'lük bir oranla meme kanseri ilk sırada yer almaktadır. 2000 yılında saptanan insidansı ise yüz binde 49.2'dir. Bu oran erkeklerde 58.1, bayanlarda 40.1 olarak belirlenmiştir (7,21,22).

Kanserin yaş, cinsiyet, coğrafi dağılım, çevre faktörlerine göre özelliklerinin, sıklığının belirlenmesi, kanser tarama, korunma ve kontrol çalışmalarında stratejilerin belirlenmesinde ve gereken önlemlerin alınmasında önemli bir yere sahiptir (23).

KANSERİN ETYOLOJİSİ

Tüm kanser türlerinin görülme sıklığı ve ölüm oranları ülkeler, bölgeler ve kıtalar arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklar bir çok etkene bağlı olarak gelişebilir. Bu etkenler;

- Virüsler, bakteriler, parazitler
- Fiziksel faktörler
- Sigara
- Kimyasal faktörler
- Cinsel sağlık ve doğurganlıklar
- Genetik ve ailesel faktörler
- Beslenme faktörü
- Hormonal faktörler
- İmmünolojik faktörler olarak tanımlanmaktadır (4,9,23-25).

Virüsler, Bakteriler ve Parazitler: Retrovirüslerin onkogen aktivasyonu yaparak hayvanlarda kanser oluşturduğu insanlarda da bazı virüslerin kanser oluşturduğu bilinmektedir. Bu virüslerin bazıları; DNA virüsü olan Ebstein Barr Virüsü, Herpes Simpleks, sitemegolavirüsler, Hepatit B-C virüsü, HIV'dir. Bazı bakteri ve parazitlerinde kanser oluşumunda önemli rol oynadıkları bilinmektedir (4,23,24,26-28).

Fiziksel Faktörler: Kanser etyolojisinde önemli rolleri mevcuttur. Bu grup içerisindeki etkenler arasında; iyonize radyasyon, X ışınları (röntgen), noniyonize radyasyon (solar), güneş ışığı (mor ötesi ışınlar), elektrik ve manyetik alanlar (alfa, beta, gama ışınları), hipertemi, kronik iritasyon yada inflamasyon ve tütün kullanımı sayılabilir (23,26,27).

Sigara: Kanserinin nedenleri içinde en başta yer alan sigara kansere bağlı ölümlerin yaklaşık olarak 1/3'ünden sorumludur. Akciğer, larenks, oral kavite, farenks, pankreas, böbrek, mesane, serviks tümörlerine bağlı ölümlerde önemli rol oynamaktadır (23,24,26).

Kimyasal Faktörler: Birçok çalışma ortamında bulunan aflatoxin aromatik amin ve anilin boyaları, arsenik, katran, yağ, asbest, benzen, kloro metil eter, kloro etil sülfat, krom ve nikel bileşikleri, vinil klorid, çinko, berilyum, kobalt, rafine edilmemiş parafin yağı, mazot,

hardal gazı, kurum gibi maddeler kanserojenler sayılabilir. Ayrıca çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlarında insanlarda karsinojen olduğu gösterilmiştir (23,27,28).

Cinsel Sağlık ve Doğurganlık: Serviks kanseri riski evli kadınlarda, erken evlenenlerde, birden fazla erkekle ilişkisi olanlarda, sık ve erken yaşta cinsel ilişkiye başlamış olanlarda artmaktadır. Meme kanseri riskinde; doğurganlık ve menstruasyon öyküsü, menarş ve menepoz yaşı, ilk canlı doğum yaşı, doğum sayısı, hiç doğum yapmamış olması gibi faktörler etkilidir ve riski arttırmaktadır (23,29).

Genetik ve Ailesel Özellikler: Kanser çeşitlerinin yaklaşık %2'sinin genetik gelişim gösterdiği belirlenmiştir. Bazı aileler de kanser oluşumuna belirgin bir eğilimin olduğu gözlenmiştir. Bu durumun; genetik yapı aynı çevreyi paylaşma, yaşam biçimi gibi ortak faktörlerden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir (23,26).

Beslenme Faktörü: Kanser etyolojik faktörlerinin yaklaşık yarısından sorumlu olduğu düşünülmektedir. Beslenme ile kanser ilişkisinde; besinlerdeki mikotoksinler, doğal karsinojen maddeler, besinlere uygulanan işlemler, tüketilen besinlerin içeriği ve miktarı rol oynamaktadır. Çeşitli besinsel faktörlerin neden olduğu kanser gruplarında; yağı yüksek kalori alımı, hayvansal protein, alkol, tuzlanmış maddeler yer almaktadır (19,23,26,28).

Hormonal Faktörler: Bazı kanser gelişiminde hormonlar önemli bir yere sahiptir. Hormonal denge bozuklukları ile tümör oluşumu ve büyümesi arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (23,28).

İmmünolojik Faktörler: İmmün sistemin kalıtsal yada edinsel nedenlerle baskılanması, örneğin; transplantasyon ve AIDS hastalarında, bağışıklık sisteminin zayıf olduğu çocukluk ve yaşlılık döneminde, otoimmün hastalıklarda kanser riski artmaktadır (23).

KANSERDE ERKEN TANI VE TARAMA YÖNTEMLERİ

Kanserin önlenmesinde ve tedavisinde erken tanı ve yöntemlerinin önemli bir rolü vardır. Tanı yöntemleri ile kanser tedavisinin başarısı artmakta ve bireylerin yaşam beklentisi büyük oranda yükselmektedir.

Tanı Yöntemleri;

- Anamnez ve fizik muayene
- Laboratuvar incelemeleri
- Tümör belirleyicileri
- Sitolojik incelemeler
- Biyopsi
- Endoskopik incelemeler
- Röntgen çalışmalarından oluşmaktadır (9,23,28).

Anamnez ve Fizik Muayene: Fizyolojik veriler, patolojik ve önceki tedavilere ilişkin veriler, ortaya çıkış semptomları, yaşam tarzı ve yaşam beklentisi, ailelerde kanser öyküsü risk gruplarını belirleme ve tedavi seçenekleri bakımından yol göstericidir (6).

Laboratuvar İncelemeleri: Hastalardan alınan kan örneklerinde çeşitli maddelere bakılarak tanı belirlenmeye çalışılır. Rutin kan ve idrar incelemeleri (tam kan sayımı, kan şekeri, lipid, kolesterol gibi), karaciğer enzimleri, bazı kansere özel enzimler, tümör belirleyiciler (tümör marker) yapılır (23).

Tümör Belirleyicileri: İlgili tümör tarafından üretilen biyokimyasal yada immüno-kimyasal yöntemlerle ölçümleri yapılan maddelerdir (23).

Sitolojik İncelemeler: Vücut salgılarının dökülen yada müköz membranlardan kazılan hücrelerin mikroskop altında incelenmesidir. Bu yöntem ile bir çok kanser türüne tanı konabilmektedir (30).

Biyopsi: Mikroskopik muayene için dokudan insizyon ile ufak bir parçanın alınmasıdır. Bu yöntem tanının malign olma kuşkusunu ortadan kaldırmak için kullanılan en yaygın yöntemdir (30).

Endoskopik İncelemeler: Ucunda ayna, mercek ve forseps sistemi olan endoskop ile vücut boşluklarına girilerek gözle inceleme yapılması gerekirse doku parçası ve sıvı alınması işlemidir. Kanserde endoskopik incelemeler teşhis ve hastalığın seyri açısından yaygın kullanılan önemli bir tanı aracıdır (6,23).

Röntgen Çalışmaları: En sık kullanılan yöntemdir. Bu yöntemler arasında; direkt grafikler, ultrasonografi (US), Bilgisayarlı Tomografi (BT), Manyetik Rezonans (MR), floroskopi, radyo izotoplarla inceleme, Pozitron Emisyon Tomografi (PET) yer almaktadır (6,23,30).

Genel olarak kanserden korunma primer, skonder ve tersiyer olmak üzere 3 şekilde değerlendirmektedir. Primer korunma; hastalığın altında yatan ve bilinen risk faktörlerinin bireyi etkilemesini engellemektir. Tersiyer korunma; tarama ve erken tanı yoluyla bireyin hastalığa bağlı gelişebilecek sorunlarını en düşük düzeyde tutmaktır. Sekonder korunma ise; kanser hastasının optimum tedavisini yaparak, sakatlıkları azaltmak ve rehabilitasyonu sağlamak veya komplikasyonlara bağlı beklenen erken ölümün önlenmesidir (6,31).

Kanserden korunma, önleme ve erken tanı yöntemlerine kadar kanser tarama yöntemlerinin de ayrı bir rolü vardır. Toplumun ve özellikle risk altındaki bireylerin eğitilerek bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda;

- ♦ Toplumdaki tüm bireylere sık görülen kanser çeşitleri ve belirtilerine ilişkin bilgi verilmesi,
- ♦ Sağlık çalışanları ve uzmanlar tarafından veri toplama ve değerlendirme formlarının geliştirilmesi,
- ♦ Tarama yöntemleri ile ilgili yeterli, olarak ve hizmetlerin yaygınlaştırılması planlanmaktadır (25,31).

Amerikan Kanser Birliğinin semptomsuz kişilerin taranması konusunda önerileri Şekil 1'de sunulmuştur.

TEST	CİNSİYET	YAŞ	SIKLIK
Sigmoidoskopi	E-K	>50	2 Negatif muayeneden sonra her 3-5 yılda bir
Dışkıda guaiac testi	E-K	>50	Her yıl
Rektal tuşe	E-K	>40	Her yıl
PAP test	K	18 yaşına gelmiş ve seksüel olarak aktif her kadın	Her yıl ¹
Pelvis muayenesi			
Endometrial biyopsi	K	Yüksek risk ² yada menapozda Östrojen alanlar	Her yıl
Meme (kendi kendine muayene)	K	>20	Her ay
Meme fizik muayene	K	20-40 >40	Her 3 yılda
Mamografi	K	35-49 40-49 >50	Her yıl Bir kez kontrol için her 1-2 yılda bir Her yıl
Genel sağlık kontrolü	E-K	>20	Her 3 yılda
Kanser check-up ³	E-K	>40	Her yıl
¹ PAP testi 3 veya daha fazla yıl ardı ardına normal sonuç verirse, doktorun kararına bağlı olmak üzere daha seyrek yapılabilir. ² İnfertilite, obezite, ovülasyon olmaması, anormal uterin kanama veya östrojen kullanımı hikayesi varsa. ³ Tiroid, testis, prostat, ovaryum, lenf ganglionları, ağız bölgesi ve deri kanserlerinin araştırılması da dahil olmak üzere			

Şekil 1. Amerikan Kanser Birliğinin Semptomsuz Kişilerin Taranması Konusunda Öneriler (28,32,33).

KANSERDE TEDAVİ

Kanser tedavisinde iki önemli amaç vardır. Bunlardan birincisi; kanser semptomlarının tümüyle yok edilmesi, tam başarılı tedavi ile hastanın beklenen yaşam süresini kansere ilişkin semptomlardan kurtulmuş olarak sürdürmesi, ikincisi; semptomların azaltılması, yaşam süresinin uzatılması ve daha kaliteli bir yaşam için semptomatik veya palyatif tedavilerdir (3,23).

Kanserin bilinen tedavi yöntemleri ise genel olarak kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi, KİT ve kök hücre nakli olup, kanser tanısı konan hastaların bireysel özellik ve

hastalık durumuna göre bu yöntemlerden bir veya bir kaç tedavide kullanılmaktadır (3,13,30).

KEMOTERAPİ

Kemoterapi, özellikle çoğalan hücrelere karşı seçici öldürücü etkileri olan, doğal ve sentetik kimyasal, biyolojik ajanlar ve hormonlarla yapılan tedavi şeklidir. Kemoterapi tedavisinde hastalar için, ana amaç kür ve kaliteli yaşamdır. Bu amaç birden fazla, faktöre bağlıdır. Bunlar içerisinde; hastalığın tipi, evresi, yaygınlığı, tedavi seçenekleri, gelişen teknoloji, bilimsel veriler, onkolojide ekip yaklaşımı, bilinen yanıtlar ve hastanın bilgilendirilmesi yer almaktadır (34).

Kemoterapinin dört ana ilkesi vardır;

1. Tedavi (tam cevap)
2. Kontrol (tedavi sağlanmadığında yaşam süresini uzatmak)
3. Semptomları hafifletmek
 - ✓ Tedavi yada kontrol sağlanamadığında rahatlığı sağlamak
 - ✓ Tümöre bağlı semptomları hafifleterek tümörün etkisini azaltmak, (ağrıyı azaltmak, etkilenen bölgede kan akımını arttırmak, organ tıkanıklığını önlemek ve yaşam kalitesini iyileştirmek)
4. Profilaksi
 - ✓ Adjuvan (nüks riski fazla olan tümörlerin cerrahi girişimle tam olarak çıkartılması veya radyoterapiyle kesin olarak tedavi edilmelerini takiben yapılan kemoterapidir ve cerrahi tedavi, radyoterapi tedavi yanında kullanılır).
 - ✓ Neoadjuvan (tümörün primer tedavisi olan cerrahi öncesi uygulanan sistematik kemoterapidir. Öncelikle organ koruyucu cerrahiye olanak sağlamak amacıyla kullanılmaktadır) (27,35).

Kemoterapi prensiplerini ve nasıl etki ettiklerini anlamak için öncelikle normal yaşam döngüsünün (hücre siklusu) bilinmesi çok önemlidir. Yaşam döngüsünün başlıca 5 önemli evresi vardır. Bu evreler;

1. G0 (Dinlenme Evresi): Mitoz sonrası hücrelerin dinlendikleri ve hücre bölünmesine aktif olarak katıldıkları evredir. Bu evrede hücre hareketsizdir ve kemoterapi bu hücreleri etkilemez (23,27,34).

2. G1 (1.Evre): Bu evrede yeni bir hücre oluşumu için DNA sentezleri ve hücre bu dönemde kemoterapiye hassastır (23,34,36).

3. S (Sentez Evresi): Bu evrede yeni DNA sentez edilir, hücre bölünmeye hazırlanır. Hücre bu fazı etkileyen ilaçlara hassastır (23,34).

4. G2 (2.Evre): Mitoz için gerekli protein ve RNA sentezin, hızlandığı evredir ve hücre bu evrede kemoterapik ilaçlara duyarlıdır (34,36).

5.M (Mitoz Evresi): Hücre bölünüp, çoğaldığı evredir ve kemoterapiye duyarlıdır. Dört safhada iki yeni hücre oluşur. Bu iki yeni hücre yaşam döngüsüne doğru girer (G1) yada kemoterapiye dirençli olarak G0 fazında istirahate çekilir (27).

Kemoterapi; intravenöz (IV), intraperitonel, intratekal, intraplevral, intraarteriyel ve oral yolla uygulanabilmekte ve uygulama sırasında da bir çok önemli noktaya dikkat edilmesi gerekmektedir (23). Bazı kemoterapi protokolleri ve uygulamasında dikkat edilecek noktalar Şekil 2’de sunulmuştur.

İLAÇ İSMİ	İLACI UYGULAMADA DİKKAT EDİLECEKLER
CMF (Siklofosfamid, metotreksat, 5Fluorourasil)	<ul style="list-style-type: none">• 21 günde bir tekrarlanır ve toplam 8 kez uygulanır.• Her uygulama başında tam kan sayımı yapılmalı, beyaz küre sayısı 3500/mm³ ve üzerinde ise tedaviye başlanabilir,düşük ise bir hafta beklenerek kan sayımı tekrarlanmalıdır.• Uygulama öncesi hastaya 150ml serum (%5 Dekstroz yada serum fizyolojik (SF)) takılır ve ilaçlar puşe edilerek uygulanır.• Bulantı ve kusma beklenen yan etkilerdir. Önlenmesi için tedaviye geçilmeden 20-30dk. Önce bulantı önleyici tedavi (2 ampul metpamid +4mg dekort veya 5mg tropisetron (novaban), 4-8mg ondansetron (zofran) yada 3 mg graniasetron (kytril)’ den biri IV olarak yapılabilir. Tedavi sonrası bulantı devam ederse bu ilaçların tabletleri önerilen şekilde kullanılmalıdır.
CAF (Siklofosfamid, adriamisin, 5-Fluorourasil)	<ul style="list-style-type: none">• 21 günde bir tekrarlanır ve toplam 6 kez uygulanır.• Her uygulama öncesi tam kan sayımı yapılır, beyaz küre sayısı 3500/mm³ ve üzerinde ise tedaviye başlanabilir, düşük ise bir hafta beklenerek kan sayımı tekrarlanmalıdır.• Uygulama öncesi hastaya 100cc serum (%5 Dekstroz yada SF) takılır.

**ABVD (Adriamisin,
Bleomisin,
Vinblastin, Dakarbazin)**

**CHOP (Siklofosfamid,
Adriamisin
Onkovin, Prednisolon)**

- Bulantı ve kusma beklenen yan etkilerdir. Önlenmesi için tedaviye geçilmeden 20-30dk. Önce bulantı önleyici tedavi (2 ampul metpamid +4mg dekort veya 5mg tropisetron (novaban), 4-8mg ondansetron (zofran) yada 3 mg graniasetron (kytril)' den biri IV olarak yapılabilir. Tedavi sonrası bulantı devam ederse bu ilaçların tabletleri önerilen şekilde kullanılmaktadır.
- 15 günde bir tekrarlanır ve toplam 12 kez uygulanır.
- Her uygulama başında (1. ve 15. gün tedavileri öncesi) tam kan sayımı yapılmalıdır. Beyaz küre sayısı 3500/mm³ ve üzerinde ise tedaviye başlanabilir, düşük ise bir hafta beklenerek kan sayımı tekrarlanmalıdır.
- Uygulama öncesi hastaya 100cc serum (%5 Dekstroz yada SF) takılır.
- Bulantı ve kusma beklenen yan etkilerdir. Önlenmesi için tedaviye geçilmeden 20-30dk. Önce bulantı önleyici tedavi (2 ampul metpamid +4mg dekort veya 5mg tropisetron (novaban), 4-8mg ondansetron (zofran) yada 3 mg graniasetron (kytril) den biri IV olarak yapılabilir. Tedavi sonrası bulantı devam ederse bu ilaçların tabletleri önerilen şekilde kullanılmalıdır.
- Hasta her gün en az 4 lt sıvı almalıdır.
- Adriamisin kalp yönünden tetkik edilmelidir. Eko kardiyoğrafiğe bakılmalıdır ve üç kür sonunda ve tedavi bitiminde bu tetkik tekrarlanmalıdır.
- Gerekirse ürikoliz tedavi eklenebilir.
- 21 günde bir tekrarlanır ve toplam 6 kez uygulanır.
- Her uygulama başında tam kan sayımı yapılmalıdır. Beyaz küre sayısı 3500/mm³ ve üzerinde ise tedaviye başlanabilir, düşük ise 3-7 gün beklenerek kan sayımı tekrarlanır..
- Tedavi öncesi hastaya 100cc serum (%5 Dekstroz yada SF) takılır.
- Bulantı ve kusma beklenen yan etkilerdir. Önlenmesi için tedaviye geçilmeden 20-30dk. Önce bulantı önleyici tedavi (2 ampul metpamid +4mg dekort veya 5mg tropisetron (novaban), 4-8mg ondansetron (zofran) yada 3 mg graniasetron (kytril)' den biri IV olarak yapılabilir. Tedavi sonrası bulantı devam ederse bu ilaçların

<p>Sisplatin-Vepesit</p>	<p>tabletlere önerilen şekilde kullanılmalıdır. Prednizolona bağlı olarak dispepsi görülebilir. Bunu için H₂ reseptör blokerleri ve antiasit önerilebilir ve tuz kısıtlaması yapılır.</p> <ul style="list-style-type: none">• Gerekli görülürse ürikozürük tedavi eklenebilir.• Hasta her gün en az 4 lt sıvı almalıdır.• Adriamisin kalp yönünden tetkik edilmelidir. Eko kardiyoğrafiğe bakılmalıdır ve üç kür sonunda ve tedavi bitiminde bu tetkik tekrarlanmalıdır.
<p>Gemsitabin –Sisplatin</p>	<ul style="list-style-type: none">• 21 günde bir tekrarlanır ve toplam 6 kez uygulanır.• Her uygulama öncesi tam kan sayımı yapılmalıdır. Beyaz küre sayısı 4000/mm³ ve üzerinde ise tedaviye başlanmalı, düşük ise bir hafta beklenerek kan sayımı tekrarlanmalıdır.• Sisplatin böbrekler üzerine olumsuz etkisi olası yan etkilerindedir. Önlenmesi için tedaviden bir gün önce başlamak ve üç gün devam etmek üzere bol sıvı (en az günde3000cc olacak şekilde) alınmalıdır. Ayrıca sisplatin infüzyona geçmeden 1000cc SF 2 saatte infüze edilmeli ve %20 mannitol solüsyonundan 100cc 20dakikada verilmeli ve daha sonra sisplatin infüzyonuna geçilmelidir.• Bulantı ve kusma beklenen yan etkilerdir. Önlenmesi için tedaviye geçilmeden 20-30dk. Önce bulantı önleyici tedavi (2 ampul metpamid +4mg dekort veya 5mg tropisetron (novaban), 4-8mg ondansetron (zofran) yada 3 mg graniasetron (kyril)' den biri IV olarak yapılabilir. Tedavi sonrası bulantı devam ederse bu ilaçların tabletleri önerilen şekilde kullanılmalıdır.

<p>CA (siklofosfamid, Adriamisin)</p>	<p>1000cc SF 2 saatte infüze edilmeli ve %20 mannitol solüsyonundan 100cc 20dakikada verilmeli ve daha sonra sisplatin infüzyonuna geçilmelidir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bulantı ve kusma beklenen yan etkilerdir. Önlenmesi için tedaviye geçilmeden 20-30dk. Önce bulantı önleyici tedavi (2 ampul metpamid +4mg dekort veya 5mg tropisetron (novaban), 4-8mg ondansetron (zofran) yada 3 mg graniasetron (kytril)' den biri IV olarak yapılabilir. Tedavi sonrası bulantı devam ederse bu ilaçların tabletleri önerilen şekilde kullanılmalıdır. • 21 günde bir tekrarlanır ve toplam 6 kez uygulanır. • Her uygulama öncesi tam kan sayımı yapılmalıdır.Beyaz küre sayısı 3500/mm³ ve üzerinde ise tedaviye başlanmalı, düşük ise bir hafta beklenerek kan sayımı tekrarlanmalıdır. • Uygulama öncesi hastaya 100 cc serum (% 5 dekstroz yada SF) takılır. • Bulantı ve kusma beklenen yan etkidir. • Adriamisin kalp yönünden tetkik edilmelidir. Ekokardiyografiye bakılmalıdır ve bu tetkik tekrarlanmalıdır.
--	---

Şekil 2. Bazı Kemoterapi Protokolleri ve Uygulamasında Dikkat Edilecek Noktalar (23,27).

KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYONU ve KÖK HÜCRE NAKLİ

Kemik iliği transplantasyonu (KİT) çocuklarda lösemi, aplastik anemi, diğer hemotolojik ve malign hastalıklarla, immün yetmezlik ve metabolik hastalıklar için oldukça çok kullanılan bir tedavi yöntemidir (37).

Organizmada kendi kendini yenileyebilen farklı hücre tiplerine dönüşebilen hücrelere kök hücreler adı verilir. Kök hücre, her türlü hücreyi üretebilen, farklılaşmamış ve karmaşık bir hücredir. Uygun bir büyüme ortamında oluşur ve 200'den fazla dokuyu meydana getirir. Kendini yenileyebilir, hasarlı doku ve organları yenileyebilir. Kök hücreler embriyonel, fetal, erişkin olmak üzere üç kaynaktan elde edilir. Kök hücreler buldukları dokulara göre kan kök hücreleri, embriyonik kök hücreler veya sinir kök hücreleri gibi isimler alırlar (27,38).

CERRAHİ TEDAVİ

Cerrahi girişim, kanser tedavisinin en eski yöntemlerinden biridir. Tek başına cerrahi tedavi, kanserin lokalize olduğu hastalarda iyileştirici olabilir. Ancak tanı konulduğu sırada hastaların yaklaşık %70'inde mikrometastaz belirtileri gözleendiğinden daha iyi bir sonuca ulaşmak için cerrahi tedavinin diğer tedavi yöntemleri ile birlikte uygulanması gerekmektedir. Kanserde cerrahi; hastalığın önlenmesinde, tanısında, evrenmesinde, tedavisinde, tedaviye bağlı olan veya olmayan komplikasyonların düzeltilmesinde ve kanserli hastalardaki özel problemlerin çözümünde önemli bir yere sahiptir (39,40).

RADYOTERAPİ

Radyoterapi, iyonize yada atom partiküllerinin kanser ve nadiren kanser dışı hastalıkların tedavisinde kullanıldığı bir tedavi yöntemidir. Bu tedavi yöntemi kanser tedavisinde primer tedavi (ana tedavi), kombine tedavi (diğer tedavi yöntemi ile beraber), adjuvan tedavi (yardımcı tedavi) ve palyatif tedavi yöntemi şeklinde tek başına yada cerrahi ve kemoterapi gibi diğer tedavi yöntemleri ile birlikte kullanılmaktadır (27).

Eksternal Radyoterapi: Radyasyon veren makine ile istenilen bölgenin ışınlanmasıdır. Verilecek radyasyon miktarı tümörün tipine, büyüklüğüne ve derinliğine göre değişir. Radyasyon verilecek bölge sabit mürekkep ile çizilir ve kür sonuna kadar bu işaretin silinmemesi sağlanır. Hastanın alması gereken doz seansları bölünerek uygulanır (23,41).

İnternal Radyoterapi (Brakiterapi): Radyoaktif kaynağın tümör yada tümör yatağı içine, kavite içine yada tümöre yakın mesafeye konulduğu ve uygulandığı tedavi şeklidir. Kalıcı ve geçici implant olarak 2 şekilde uygulanır (40).

KANSERDE KLİNİK SINIFLANDIRMA

Kanser, hücrelerinin kontrolsüz büyümesi ve anormal şekilde yayılımı ile karakterize olup, hücresel genlerde gerçekleşen somatik ve kalıtsal mutasyonlardan ve biriken genetik değişikliklerden kaynaklanan bir hastalık grubudur (1,42).

Normalde yeni hücreler, hücre sayısına yaklaşık hep aynı tutacak biçimde ve kontrollü bir hızla çoğalırlar ve büyük çoğunluğu istirahat evresindedir. Tümör hücreleri ise normal

hücrelere kıyasla morfolojik farklılıklar gösterir. Normal hücreler çoğaldıkları zaman zemine tutunarak tek tabaka halinde yayılır ve başka hücrelerle temas ettikleri zaman bölünmeye son verirler. Buna karşılık, zemine tutunma gereksinimi duymayan tümör hücreleri, başka hücrelerle temas etseler dahi çoğalmayı sürdürür ve üst üste tabakalar oluştururlar. Bazı kanser hücreleri de kendilerini çoğalmaya uyaran büyüme faktörlerini kendileri salgılar (27,42).

Tümör yayılımlarına göre iyi huylu (benign) ve kötü huylu (malign) olmak üzere ikiye ayrılırlar. İyi huylu ve kötü huylu tümörlerin özellikleri Şekil 3'te verilmiştir.

İYİ HUYLU VE KÖTÜ HUYLU TÜMÖRLERİN ÖZELLİKLERİ	
<u>İYİ HUYLU</u>	<u>KÖTÜ HUYLU</u>
(Benign)	(Malign)
Kapsüllü	Kapsülsüz
Yayılmayan	Yayılmacı
Farklılaşmış	Farklılaşmamış
Nadiren mitoz bölünmesi	Yaygın mitoz bölünmeli
Yavaş büyüyen	Hızlı büyüyen
Az yada hiç anaplastik	Çeşitli derecede anaplastik
Hücre içermeyen	Hücre içeren
Metastaz yapmayan	Metastaz yapan

Şekil 3. İyi Huylu Ve Kötü Huylu Tümörlerin Özellikleri (9).

Bir organ ve dokuda tümör tespit edildiğinde tümörün evrelendirilmesi önemlidir. Evrelendirme hastalığın boyutlarını tanımlanmanın yanında, tedavinin planlanmasında, prognoz belirlenmesinde ve değişik tedavi yaklaşımlarının karşılaştırılmasında yardımcı bir süreçtir. Kanserlerin çoğu TNM sistemine göre evrelendirilir: “T” Birincil tümörün boyutları “N” bölgesel lenf düğümü tutulumu ve “M” metastaz varlığı veya yokluğunu ifade eder (6,9,28).

TNM SINIFLANDIRILMASI

T: Primer Tümör

Tx: Cerrahi kurallar içinde belirlenemeyen tümör

To: Primer tümörün saptanamaması

T1s: İnsitu karsinom

T1: Tümör çapı < belli cm küçük (Her tümör için farklı)

T2: Tümör çapı > Tümör çapı belli cm büyük (her tümör için farklı)

T3: Her hangi büyüklükte ve uzak organ ve dokulara yayılmış

T4: Her hangi büyüklükte ve uzak organ ve dokulara yayılmış

N: Bölgesel Lenf Bezleri

Nx: Cerrahi kurallar içinde belirlenemeyen modül

No: Bölgesel lenf bezi metastazı yok

N1: Aynı taraf lenf bezlerine metastaz veya direk yayılım mevcuttur.

N2: Aynı taraftaki uzak lenf bezlerine metastaz

N3: Karşı taraf lenf bezlerine metastaz

M: Uzak Metastaz

Mx: Cerrahi kurallar içinde bilinmeyen uzak metastaz

M0: Uzak metastaz yok

M1: Uzak metastaz var.

Evre

Evre 1: T1 N0 M0

Evre 2: T2 N0 M0

Evre 3: T3 N0 M0

Evre 4: T4 N0 M0 veya T4 N1 M0

Her hangi TN2 veya N2 M0

Her hangi T Her hangi N M1

R: Residüel Tümör

R0: Residüel tümör yok

R1: Mikroskopik rezidüel tümör yok

R2: Mikroskopik rezidüel tümör var.

Şekil 4. TNM Sınıflandırması (27,39,40,43).

MEME KANSERİ

Bütün dünyada görülme sıklığı gittikçe artmakta olan meme kanseri, kadınlar arasında en sık görülen kanser türüdür ve kansere bağlı ölüm nedenleri arasında da ilk sırada yer almaktadır (10,44-46,48,49).

Meme Kanserinin Toplumsal Önemi

Meme kanseri son yıllarda gerek tanı olanaklarındaki artış ve gerekse de tedavi başarısının yükselmesi dolayısıyla toplumsal sağlık sorunları arasında özel bir önem

kazanmıştır. Meme kanseri erken dönemde teşhis ve tedavi edilirse iyileşme şansının ve seyrinin çok iyi ilerlediği bir hastalıktır. Bu nedenle yüksek risk belirleyen çalışmalarının yapılması, tarama ve erken tanı yöntemlerini gelişmesi konusunda toplumsal duyarlılığın artırılması ve yaygınlaştırılması gerekmektedir (48,50,51).

Meme Kanserinin Epidemiyolojisi

Meme kanseri, kadın sağlığını tehdit eden önemli bir sorun olup, yıllık insidansı yaş arttıkça yükselmektedir. Dünyada her yıl bir milyon yeni meme kanseri tanısı konmakta olup meme kanseri olguların %18'ini oluşturmaktadır. Türkiye'de ise meme kanseri insidansı artmakta ve mevcut verilere göre kadınlar da görülen kanserler içinde %24'ü ile ilk sırada yer almakta ve %31.7 sıklığında görülmektedir. Ortalama yaşam süresinin uzaması, yaşam biçimindeki değişiklikler, tanı testleri, tarama, tarama programları ve kanser olgularının bildirimindeki artışlar meme kanseri insidansında artışa neden olmaktadır (45,49,51).

Meme kanseri, erkeklerde saptanan tüm organ kanserlerinin %1'inden azını oluşturmaktadır. Erkeklerde meme kanseri kadınlara göre 146 kat daha az sıklıkla görülür (25,39,40,51).

Meme Kanserinde Klinik Bulgular

Erken Belirti ve Bulgular: Erken dönemde belirtiler genelde asemptomatik olarak seyredir. Çoğunlukla memede ağrısız bir kitle yada sertlik, %90 hastanın kendisi tarafından bulunur ve %50 oranında üst dış kadranda ortaya çıkar (41,44,46).

Geç Belirti ve Bulgular: Primer tümör değişiklikleri; meme derisinde çukurlaşmalar portakal kabuğu manzarası, meme başında çekilme, deviasyon, iki meme arasında asimetri, meme başında kanlı akıntı, aksiler lenf nodüllerinde genişleme, supraklaviküler nodüllerin palpasyonu, uzak metastazlarda; omuzda, kalçada, üst bacakta yada pelviste ağrı, inatçı öksürük, anoreksiya ve açıklanamayan kilo kaybı, hazımsızlık, baş ağrısı, yürüme zorluğu görülür (41,46).

Meme Kanserinde Tanı Yöntemleri

- ✓ Fiziksel muayene
- ✓ Laboratuvar testleri
- ✓ Bilgisayarlı tomografi

- ✓ Mamografi
- ✓ Ultrasonografi
- ✓ Biyopsi (10,11,51,56).

Meme Kanserinde Risk Faktörleri ve Korunma

Meme kanserinin oluşmasında pek çok risk faktörünün etkili olduğu bilinmektedir. Bu faktörler şöyle sıralanabilir;

Yaş: (İleri yaşta daha sık) (1,11,44,51,52).

Doğurganlık: İlk doğum yaşı 30 yaşından sonra olanlarda meme kanseri görülme oranı 2 kat daha fazladır (40,44,53).

Erken Menarş, Geç Menapoz: Kadınların erken menarş ve geç menapoza girmeleri fertil çağını uzatmaktadır. Bu sırada kadının daha uzun süre östrojen hormonu etkisi altında kaldığı bununda meme kanseri riskini artırdığı düşünülmektedir (51-54).

Doğurganlık Hikayesi: Erken yaşta canlı doğum yapmak meme kanseri riskini azaltırken, hiç canlı doğum yapmayan kadınlarda ise bu risk daha da yükselmektedir (1,44,51,53).

Genetik Faktörler: Kalıtım meme kanseri riskini belirlemede çok önemli bir faktördür. Birinci derece yakınlarında; 30 yaşın altında premenozopalmeme kanseri, hem meme hem de over kanseri, her yaşta erkekte meme kanseri bulunması ailesel meme kanseri riskini arttıran faktörlerdir (40,41,44,52).

Östrojen Tedavisi: Menapoz nedeniyle uzun süre (10 yıldan fazla) östrojen tedavisi gören kadınlarda meme kanseri görülme riski fazladır (11,51-54).

Doğum Kontrol Hapları: Östrojen ve progesteron içeren oral kontroseptifler meme kanseri riskini arttırmaktadır. Özellikle uzun süreli kullanım bu riski artmasına neden olmaktadır. Östrojen ve progesteron kullanımları yaş ile doğrusal olarak artar (44,54,55).

Şişmanlık ve Yağlı Beslenme: Şişmanlığın özellikle 50 yaş ve üzerindeki kadınlarda bunun yanında beslenmede yağdan zengin besinlerin tüketilmesi meme kanseri riskini arttırmaktadır (51,53).

Sigara ve Alkol Kullanımı: Sigara ve alkol kullanımı meme kanseri oluşmasında olumsuz yönde risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (51-55).

Ülkemizde geleneksel aile modeli yaygın olup; ailenin en az iki çocuk sahibi olması, emzirmenin annenin önemli rollerinden biri olarak düşünülmesi, beslenmede karbonhidratlı besinlere ağırlık verilmesi, toplumsal ve dinsel nedenlerle özellikle kadınlar arasında alkol tüketiminin az olması meme kanserinden koruyucu yaklaşımlar olarak düşünülebilir (50,51,54).

AKCİĞER KANSERİ

Akciğer kanseri günümüzde en sık görülen kanser türüdür ve hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde kanserden ölümlerin başında gelmektedir (56).

Akciğer Kanserinin Toplumsal Önemi

Akciğer kanseri sigara içiminin artmasıyla beraber insidansı giderek artmakta ve günümüzde toplumsal açıdan önemli bir sağlık problemi olarak görülmektedir. Akciğer kanserinde tanı koyma süreci uzun ve zahmetlidir. Tanı konulduktan sonra hastanın psikofizyolojik durum ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Doğru tanı evreleme ve tedavi olanaklarının sağlamak hastanın bilinçlendirme gereksiniminin yeterli düzeyde karşılanması, toplumsal açıdan özel bir yere sahiptir (43,57-59).

Akciğer Kanserinin Epidemiyolojisi

Akciğer kanseri en sık görülen kanser türlerindedir. Gelişmekte olan ülkelerde her yaş grubunda oranı artmaya devam eden akciğer kanserinin ABD’de erkeklerde prostat, kadınlarda meme kanserinden sonra ikinci sıklıkta görülmektedir. Bütün kanser ölümlerinin; erkeklerde %32’sini, kadınlarda %25’ini oluşturmaktadır. Bu oran erkeklerdeki kanser türlerinin %30’unu kadınlardaki kanser türlerinin ise %5’ini oluşturmaktadır (8,60-63).

ABD’de akciğer kanseri mortalite ve insidansında ırk, etnik kökenler, cinsiyet arasında önemli farklılıklar vardır. Erkeklerde akciğer kanseri riski kadınlardan yüksektir ancak erkeklerin ardından kadınlar arasında da başlangıçta yavaş olan artış 1950’den itibaren %500 artmıştır. Akciğer kanseri oluşumu siyah Amerikan erkeklerinde beyaz erkeklerden yaklaşık %50 daha siktir. Beyaz ve siyah kadınlarda benzer oranlardadır. Akciğer kanseri Ülkemizde ise %40.3 olarak görülmektedir (60,64).

Akciğer Kanseriinde Klinik Bulgular

Akciğer kanserli hastaların %90’ında semptomlar tanı konulduktan sonra görülür.

Bunlar;

- ♦ Uzun süre ve karakter değiştiren öksürük
- ♦ Kanlı balgam (hemoptizi)
- ♦ Nefes darlığı, ses kısıklığı
- ♦ Göğüs ve sırt ağrısı
- ♦ İştah azalması ve kilo kaybı
- ♦ Uykusuzluk, halsizlik, yorgunluk
- ♦ Baş ağrısı ve beyin metastazına bağlı ağrı
- ♦ Tekrarlayan ve iyileşmesi geciken, pnömoniler (40,58).

Bulgular arasında;

- Plevral-perikardial sıvı oluşumu
- Disfaji-dispne
- Supraklaviküler bölgede büyümüş lenf bezleri
- Laboratuvar bulguları (LDH, ALP ve kalsiyum yüksek olabilir)
- Karaciğer, kemik ve beyin metastazı sayılabilir (65-67).

Akciğer Kanseriinde Tanı Yöntemleri

- ✓ Balgam sitolojisi
- ✓ Bronkoskopi
- ✓ Akciğer grafisi
- ✓ Bilgisayarlı tomografi
- ✓ Fiziksel muayene
- ✓ Biyopsi (40,68,69).

Akciğer Kanserinde Risk Faktörleri ve Korunma

Akciğer Kanserinde etkili olan risk faktörleri;

Yaş: Akciğer kanseri yaş ile doğru orantılı artmaktadır. En sık 35-75 yaşları arasında görülmektedir (63,67).

Cinsiyet: Erkeklerde daha fazla görülür. Erkeklerdeki tüm kanserlerin %26.3'ünü kadınlarda ise %4-5'ini akciğer kanseri oluşturmaktadır (61,63).

Genetik Faktörler: Akciğer kanserinde predispozisyon yaratan bazı genetik faktörlerin varlığı bilinmektedir. Hastalarla birinci derece akrabalığı olanlarda akciğer kanseri veya diğer sigara ile ilişkisiz kanser riski 2-4 kat artmıştır (60,61,63,67).

Diyet: Beslenmedeki eksiklikler akciğer kanseri gelişiminde etkilidir. Vitamin A ve beta karotenden fakir beslenmenin akciğer kanseri riskini arttırdığı gösterilmiştir (60,63).

Sigara: Akciğer kanseri etyolojisinde sigara başlıca sorumlu faktördür. Akciğer kanserinin %80-90 sigara içenlerde görüldüğü ortaya çıkmıştır. Akciğer kanseri görülme riski sigara kullananlarda 24-36 kat daha fazladır (39,62,68,70,71).

Geçirilmiş Akciğer Hastalıkları: Daha önce geçirilen akciğer tüberkülozu veya diğer nedenlerle geçirilen skor lezyonlardan kaynaklanan akciğer kanseri adenokarsinomlardır (60,62,63,70).

Çevresel Faktörler: Mesleki maruziyette en önemli madde asbesttir. Mesleki maruziyetin yoğunluğu ve süresi de önemlidir. 20 yıl maruziyetten sonra risk artmaktadır. Bunun yanında radyoizotoplar, hardal gazı, polisiklik hidrokarbonlar, nikel, krom, klormetil eten ve formaldehit kanser oluşum riskini arttırmaktadır (60,62,63,68,71).

Radyasyon: Radon ve bunun izotopları ile karşılaşma uranyum maddelerinde akciğer kanseri sıklığında artmaya yol açmaktadır (62,63).

Sosyo Ekonomik Durum: Sosyoekonomik durumu kötü olanlarda akciğer kanser riski 2-6 kat fazladır. Bunun nedeni ise bu grubun etyolojik risk faktörlerine daha fazla maruz kalması ile ilişkilidir (60,71).

Toplumun sigaranın zararları, erken tanı ve tedavi konusunda yeterli bilinçlendirme, çevresel karsinojenlerden uzak durma, A vitamininde zengin diyet önerileri ve genetik yatkınlığın önemi vurgulanması akciğer kanserinde koruyucu yöntemler arasında yer almaktadır (40,59).

KEMOTERAPİ GÖREN HASTALARDA GÖRÜLEN SEMPTOMLAR

Kemoterapi gören hastalarda görülen başlıca semptomlar şunlardır;

- Ağrı
- Anksiyete ve Depresyon
- Bulantı ve Kusma
- Diyare ve Konstipasyon
- Alopesi
- Yorgunluk
- Dispne
- Stomatit (19,23,30,39-41,71).

Ağrı: Ağrı en sık görülen kanser semptomlarından biridir. Uluslararası Ağrı Araştırma Teşkilatı (International Association for the Study of Pain)'na göre ağrının tanımı; var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen hoşla gitmeyen ve emosyonel deneyimdir (6,15,72-74).

Kanser ağrısı önemli bir semptom olarak karşımıza çıkmakta ve görülme sıklığı metastazlı hastalarda %30, ileri dönemdeki hastalarda %80 olmak üzere belirtilmektedir (18,74,75).

Anksiyete ve Depresyon: Kanser hastalarında hastalığın bilinen yada bilinmeyen özelliklerinden dolayı yaşanan korku, gelecek kaygısı, tedavinin işe yaramayacağı düşüncesi, olumsuz bekleme hastanede yatarken ailenin desteğini yeterince görememe ve belirsizlik yaşama, kişilik özellikleri, yaşama şekli ve sosyoekonomik durumları, sosyal destek

sistemleri ve bunlara ulaşılabilirlik düzeyleri, anksiyete ve depresyon gelişmesinde etkili faktörlerdir (76,77).

Bulantı ve Kusma: Kanser hastalarında kemoterapi bileşimi, dozu, kür sayısına bağlı olarak bulantı ve kusma gelişmektedir. Ancak bu hastalarda beyin metastazına, bağırsak tıkanıklığına, elektrolit dengesindeki bozukluklara, kullanılan antibiyotik ve narkotik analjeziklere bağlı olarak da görülmektedir (6,77-79).

Diyare ve Konstipasyon: Kemoterapi verilen hastaların yaklaşık %75'inde diyare olduğu belirtilmekte ve diyarenin süresi, şiddeti, kemoterapide kullanılan ilaca, dozuna ve uygulama sıklığına göre değişmektedir. Konstipasyon ise kemoterapinin nörotoksik etkisi, narkotik analjeziklerin kullanımı, hareketsizlik, hiperkalsemi, dehidratasyon gibi nedenlerle gelişmektedir (23,30,77,80,81).

Allopesi: Kemoterapi gören hastaların en sık görülen yakınmalarındadır. Anagen ve telogen effluvium şeklinde görülebilir. Anagen tipte ilacın verilmesinden iki hafta sonra ani yaygın dökülmelerle ortaya çıkar. Telogen tipte ise daha uzun süre içerisinde ve yine yaygın dökülme şeklinde olur, hastanın saçları seyrelerek homojen bir dökülme görülür (6,40).

Yorgunluk: Kanser hastalarında yorgunluk fiziksel, psikolojik ve durumsal etmenlerin bileşiminden kaynaklanan kronik bir sorundur. Hastaların %32'sinin yorgunluk nedeni ile diğer kişilerle ilişkileri etkilenmekte ve günlük aktiviteleri anlamlı, bir şekilde aksayarak yaşam kaliteleri ciddi olarak bozulmaktadır (23,76,82-84).

Dispne: Solunum yollarında tıkanıklık, darlık, solunum sıkıntısı, soluk alamama ve boğulma hissi ile ortaya çıkan dispne, akciğer kanseri yada akciğer metastazı olan hastalarda sık görülen, bir durumdur. Tanı konulduğunda olguların %15'inde , hastalık seyri boyunca ise %65'inde dispne görülmektedir (39,82,85,86).

Stomatit: Stomatit ağız boşluğunun inflamatuvar ve ülseratif bir reaksiyonu olarak tanımlanmaktadır. Stomatit sistematik kemoterapi, baş ve boyuna radyoterapi uygulaması gibi kanser tedavisi alan hastaların ortalama %40'ında gelişmektedir (87).

AĞRI VE KANSER

Kanser Ağrısı: Ağrı, kanser hastasında yaşam kalitesini negatif etkileyen semptomların başında gelmekte ve hastada fiziksel, psikolojik, sosyolojik ikincil problemler yaratarak “total ağrı” ya neden olmaktadır. Ağrı yalnız hastanın değil yakın çevresinin de negatif etkilenmesine yol açmaktadır. Kanser ağrısı %90-95 oranında kontrol edilebilen bir problem olmasına rağmen, ağrının kontrolsüz kalması pek çok sorununda büyümesine neden olmaktadır. Bu özellikleri ile kanser ağrısı hem medikal ve hem de sosyolojik problemleri bir arada barındıran kronik ağrı sendromudur (15,82,88-90).

Sevgili ve ark. ağrı değerlendirme üzerine yaptıkları çalışmada; ağrının en ağır etkisinin duygulanım, en hafif etkisinde konsantrasyon üzerine olduğu, ağrının öncelikli olarak değerlendirilmesinin ağrı kontrolünde etkili bir yöntem olduğu belirtilmiştir (91).

Kanser Ağrısının Nedenleri: Kanser hastasında ağrı zaman içinde değişim gösterebilir, birden fazla nedene bağlı hafif yada çok şiddetli seyrederek aynı anda vücudun çeşitli bölgelerinde ve farklı patofizyolojik kökenlerde çeşitli niteliklerde tanımlanabilir. Kanser ağrısı; tümör ve tümöre bağlı gelişen vücuttaki yapısal değişiklikler, tedaviler, kanserle ilişkili olmayan faktörler, hareketsizlik, inflamasyon, sinirlerin baskı altında kalması, etkilenen organa kan desteğinin azalması yada engellenmesi nedeniyle görülebilmektedir (15,39,73,78,92,93,94).

AĞRI NEDENİ	AĞRI TİPİ	
	AKUT	KRONİK
♦ Tümörün direkt yayılımı ile ilgili	♦ Patalojik kırık ♦ Barsak obstrüksiyonu ♦ Vena cava superior sendromu	♦ Metastaz yada primer tümöre bağlı kemik ağrısı ♦ Pankreatit kanser ♦ Sinir kökleri ve pleksusların kompresyonu -----
♦ Kanser tanısı ile ilgili ♦ Kanser tedavisi ile ilgili	♦ Kemik iliği biyopsisi ♦ Stomatit / mukozit ♦ Postoperatif ağrı	♦ Postmastektomi sendromu ♦ Postamputasyon sendromu ♦ Postradyasyon nöropatileri ♦ Postherpetik nevralji ♦ Konstipasyon ♦ Migren ♦ Osteoartrit ♦ Diabetik nöropati
♦ Kanser dışı nedenlere bağlı	♦ Herpes zoster ♦ Baş ağrısı	

Şekil 5. Kanser Ağrısının Nedenleri (41,94).

Kanser Ağrı Tipleri: Kanser hastaların yaşadıkları ağrının görülme sıklığı ve şiddeti hastalığın evresi, yeri ve metastaz bölgesi gibi bir çok etkene bağlıdır. Bu bağlamda kanser ağrılarının kansere bağlı akut ağrılar, kansere bağlı kronik ağrılar, kansere bağlı olmayan ağrılar ve terminal kanser hastalarındaki ağrılar olmak üzere dört grupta sınıflandırılabilir;

I Akut Kanser Ağrıları

- 1-Kansere bağlı
- 2-Kanser tedavisine bağlı
- 3-Kronik hastalığa bağlı

II Kronik Kanser Ağrıları

- 1-Kansere bağlı
- 2-Kanser tedavisine bağlı
- 3-Paraneoplastik kronik ağrı sendromları

III Kansere Bağlı Olmayan Ağrılar

- 1-Akut travmatik ağrılar
- 2-Kronik kanser ağrıları

IV Terminal Dönemde Kanser Ağrıları

- 1-Hastalığın ilerlemesine bağlı kronik ağrılar

2-Akut ağrılar (6,41,93,95-97).

Kanser Ağrısının Psikolojik Yönleri

Ağrının tanınması ve tedavisinde, algısal yönü kadar duygusal bilişsel ve davranışsal boyutları da dikkate almak gerekir. Ağrı kimi zaman psikiyatrik bozukluğun bir semptomu olabileceği gibi, kimi zaman da fiziksel bir bozukluk olarak kişinin ruhsal dünyasında bozukluğa yol açmaktadır. Ağrı oluşumunda rol oynayan etkenler çoğu kişide büyük ölçüde benzerlik gösterirken, geçmiş yaşantılar, sosyal ve psikolojik etkenlerin ağrıya reaksiyonu belirlediği ve bireyler arasında büyük değişiklikler gösterdiği dikkati çekmektedir (72,98,99).

Depresyon ile ağrı arasındaki ilişki birkaç biçim de gözlenebilir:

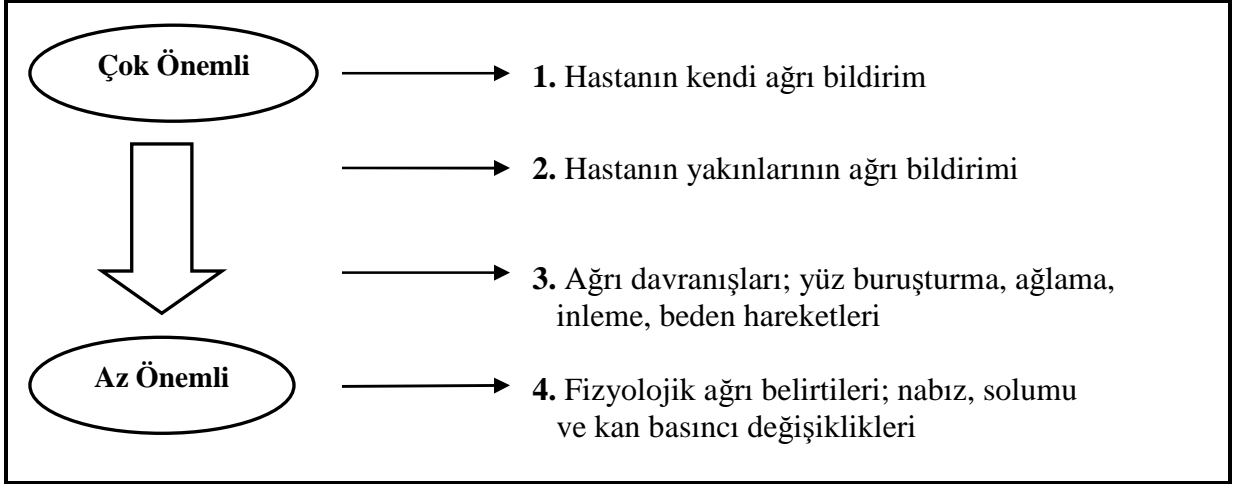
- 1- Ağrı depresyonun bir belirtisi olabilir.
- 2- Depresyon, kronik ağrının bir komplikasyonu olabilir.
- 3- Ağrı ile depresyon bir aradadır fakat ilişkisizdir (72).

Ağrılı hastalarda motor gerginlik, endişe hali, sürekli tehlike olma ve hemen irkilme, hoşnutsuzluk, korkulu bir bekleme gibi anksiyete belirtileri sık görülür. Bu nedenle kanser ağrısı olan bireylerde psikolojik faktörlerin ağrı şiddeti ve süregenliğinde önemli rolü olduğu düşünülmelidir. Yaptığımız araştırmanın sonucuna göre de ağrı ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (98-100).

Ağrı Değerlendirme

Kanser hastasında etkin ağrı tedavisi hastalığın, ağrının ve hastanın iyi değerlendirilmesine bağlıdır. Fizik muayene, laboratuvar, radyolojik tetkikler anamnezi tanımlayıcı unsurlardır. Ağrı değerlendirmede ölçek kullanımı; hastanın sayılar yada kelimelerle bildirdiği ağrı şiddeti, sıklığı ve niteliğini objektif hale dönüştürmeye ve ağrıya neden olan patojenlerin ayırıcı tanısına yardımcı olur (15,72,97,101,103).

Güvenirlilik derecesine göre ağrı değerlendirmesinde öncelikler Şekil 6'da verilmiştir.



Şekil 6. Güvenirlilik Derecesine Göre Ağrı Değerlendirilmesinde Öncelikler (72).

Tek boyutlu ölçekler doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye yönelik olup günümüzde özellikle akut ağrının değerlendirilmesinde, ayrıca uygulanan ağrı tedavisinin etkinliğini izlemekte kullanılmaktadır (102,103,105-107).

Çok boyutlu ölçekler ise kronik ağrılı hastalarda, ağrının yeri, niteliği, ağrıyı etkileyen faktörler ve ağrının şiddeti gibi bir çok boyutu aynı anda değerlendirmektedir (102,106,107).

Tek boyutlu ölçekler arasında Sözel Tanımlayıcı Skala (VDS) hastanın ağrısını tanımlayan ağrı yok, çok hafif, rahatsız edici, kötü, korkunç, dayanılmaz ifadelerinde ağrının değerlendirilmesi şeklinde, Sayısal Değerlendirme Skalası (NRS) ağrının yokluğu (0) ile başlayıp dayanılmaz ağrı (10 yada 100) düzeyi şeklinde ve Görsel Analog Skala (GAS) ölçeği 10 cm uzunluğunda olup, vertikal veya horizontal hat üzerinde iki ucu farklı olan şekilde sayılabilir. GAS ölçeğinde (0=Ağrı yok, 10=En şiddetli ağrı) hastanın işaretlediği nokta santimetre cinsinden ölçülerek değerlendirilir. GAS'ta hastanın yüz ifadesine yakın görüntü belirlenerek ağrı düzeyi tespit edilir. Tek boyutlu ölçekler arasında yer alan GAS klinikte ağrı şiddetinin ölçümünde kullanılan basit ve güvenilir, kısa sürede uygulanan bir yöntemdir. (72,90,96,97,105,108-110). Ağrı değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler Şekil 7'de verilmiştir.



Şekil 7. Ağrı Değerlendirmede Kullanılan Ölçekler (102).

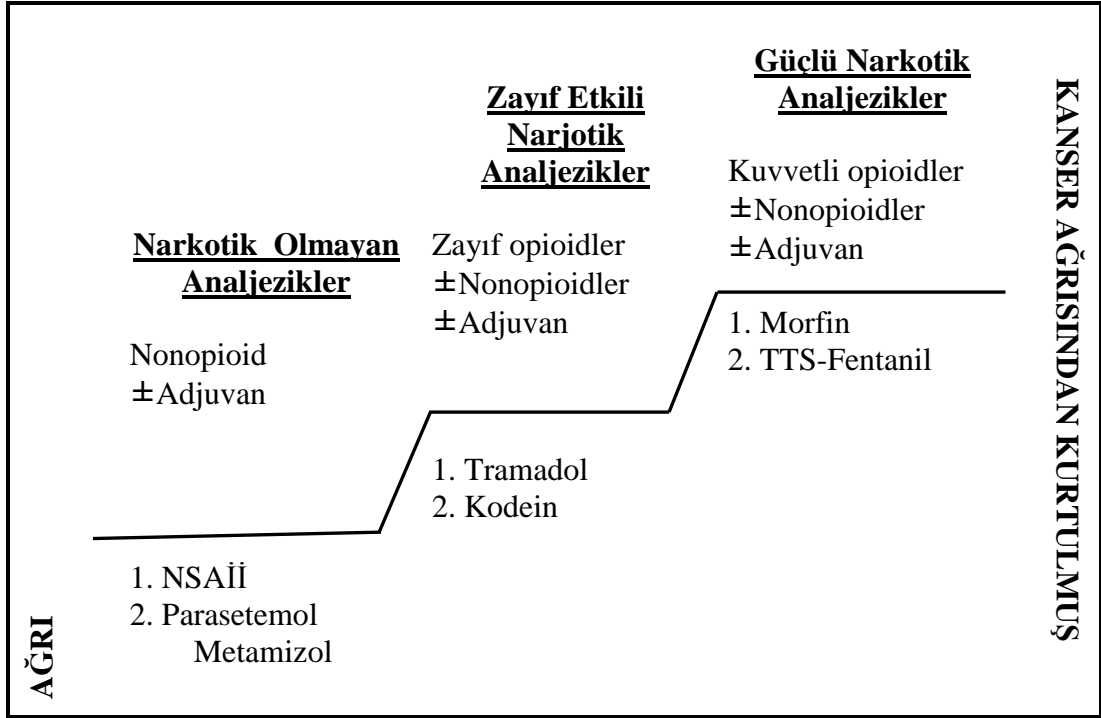
Ağrı Tedavisi

Kanser ağrısının tedavisinde farmakolojik yöntemler, semptomatik ağrı yönetimi, rehabilitasyon ve psikolojik destek yeterli ağrı kontrolünün sağlanmasında etkili olan esas unsurlardır (15,41,93,98,112).

Kanser ağrısının farmakolojik yöntemlerle kontrolü DSÖ'nün önerdiği 3 basamaklı tedavi yaklaşımına göre yapılır. Buna göre;

1. Basamak: Hafif ve orta ağrılar için nonsteroid antiinflamatuarlar (NSAİİ) ± adjuvan ilaçlar kullanılır.
2. Basamak: Ağrı devam ederse veya artarsa bir zayıf opioid tedaviye eklenir.
3. Basamak: Devamlı olan orta şiddetli ağrıda kuvvetli etkili opioid ± NSAİİ ± adjuvan ilaçlar kullanılır (15,41,73,90,93,95,97,107,112-116).

DSÖ'nün analjezik basamak prensipleri Şekil 8'de verilmiştir.



Şekil 8. Dünya Sağlık Örgütü Analjezik Basamak Prensibi (15,73,95,113,114,116).

Farmakolojik yöntemlerin kullanılması kanser ağrısında %80 oranında rahatlamayı sağlar. Bu rahatlamayla hastalarda ağrısız uyku süresini uzatmak, istirahat halinde, ayakta ve harekete halinde iken ağrı hissettirmemek amaçlanmaktadır (98).

Kanser ağrısında farmakolojik olmayan yöntemler ise fiziksel, bilişsel, davranışsal, invaziv ve invaziv olmayan yöntemler olarak belirtilmektedir. Kas gevşemesi, hipnoz, düşleme, biyolojik geri bildirim, bilişsel terapi, meditasyon, davranış tedavisi, terapötik masaj, müzik terapisi, kanser hastalarının ağrı ile baş etmede sıklıkla başvurdukları farmakolojik olmayan yöntemler arasındadır (20,41,92,97,112,117).

Ağrıyı Etkileyen Fiziksel Faktörler

Ağrı bireyin geçmiş yaşam deneyimlerinden etkilenir. Kanser ağrısı ile ilgili olumsuz düşünceleri olan bireylerin kanser ağrısı daha şiddetli olabilir. Sosyal izolasyon nedeniyle emosyonel reaksiyonlar oluşur. Bütün bu değişiklikler stres düzeyinde artma, gerginlik, öfke ve ağrının artması ile sonuçlanır (41).

Ağrı düzeyini arttıran bu faktörler çaresizlik, bağımlılık, içe dönme, anksiyete ve depresyona neden olurken, kanserin türüne göre bireyler arasında büyük değişiklik gösterebilir (41,72,118).

ANKSİYETE DEPRESYON VE KANSER

Kanser ruhsal ve fiziksel hastalığın bir arada görüldüğü bir hastalıktır. Hastalığın ve tedavilerin getirdiği zorluklara bağlı olarak maddi ve manevi kayıplar yaşanabilir. Genellikle hastalıktan kaynaklanan sağlığın kaybolması, fiziksel bütünlüğün bozulması, rahatsızlık ve fiziki şekil bozukluğu en sık izlenen kayıplardır. Bu kayıplar hastaların kansere verdikleri yanıtı etkilemektedir. Kanserli hastalarda psikiyatrik bozukluklar %29 ile %47 arasında değişmektedir. Özellikle anksiyete ve depresyon tedaviyi ve hastalığın gidişini olumsuz yönde etkilemektedir (78,119-124).

Kanserde Anksiyete ve Depresyon Nedenleri

Kanser hastalarında %30 oranında kronik anksiyete mevcuttur. Çevresel ve fiziksel nedenler anksiyeteyi tetiklemektedir. Bu nedenler arasında enfeksiyonlar, metabolik bozukluklar, beyin metastazları ve özellikle uygulanan tedaviler (kemoterapi, radyoterapi, steroidler, antiemetikler vb), gelecek kaygısı, ailenin yeterince desteğini görememe, belirsizlik yaşama yer almaktadır (118,124-129).

Depresyon ise %20-45 oranında görülmektedir. Hastalarda ölüm olasılığı ile yüz yüze gelme, beden imajında değişme, invaziv tedaviler, ağrı ve acı çekme korkusu, aile iş ve toplum rollerinde değişme, elektrolit dengesizlikleri, tümör lokalizasyonu, kemoterapi ve radyoterapi gibi nedenler depresyona yol açmaktadır (77,123,127,128,130,131).

Alacaoğlu ve arkadaşlarının (ark.) kanser hastalarının anksiyete düzeyleri üzerine yaptıkları çalışmada; kemoterapi tedavisinin hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilediği ve özellikle kadın hastaların erkek hastalara oranla anksiyete düzeylerinin daha yüksek bir oranda saptandığı belirtilmiştir (125).

Tokgöz ve ark. kanser hastalarında depresyon yaygınlığı üzerine yaptıkları çalışmada ise; kanser hastalarında depresyon sık karşılaşılan bir semptom olarak ve meme kanserli kadın hastalarda erkek hastalara oranla daha yüksek bir oranda saptandığı belirtilmiştir (122).

Anksiyete ve Depresyonu Etkileyen Risk Faktörleri

Kanserde anksiyeteyi etkileyen risk faktörlerini üç ana grupta toplayabiliriz;

- Tıbbi Faktörler; Kanserin tipi, evresi, seyri, ağrı, bulantı gibi yan faktörler,

- Psikolojik Faktörler; Daha önceki uyum, baş etme yetenekleri, gelişimsel olgunluk düzeyi, yaş, yaşam programı, amaç ve beklentilerini geliştirebilme potansiyeli,
- Sosyal Faktörler; Aileden, çevreden, arkadaşlarından, tıbbi ekipten duygusal, psiko-sosyal destek görebilme derecesi (6,127,129,131).

Kanserde Depresyonu Etkileyen Risk Faktörleri: Depresyonun gelişimi açısından etkili olan risk faktörleri;

- Genç olmak (Kadınlarda daha sık)
- Hastalığın ilerlemesi
 - ✓ Yetersiz ağrı kontrolü
 - ✓ İleri evre hastalıkları
 - ✓ Hastalığın nüks etmesi
- Beden imajı değişimleri
- Kişisel özellikler
 - ✓ Benlik sayısının düşük olması
 - ✓ Fazla duygusallık ve stres
- Daha önceden ruhsal sağlık sorunlarına sahip olma
 - ✓ Birey yada ailede depresyon öyküsü
 - ✓ Madde kullanımı öyküsü (77,122,132).

ANKSİYETE VE DEPRESYON DEĞERLENDİRMESİ

Anksiyete bozukluğunun tanı sırasında ayrıntılı değerlendirilmesi, anksiyetenin şiddetini tanımlamak, günlük yaşam aktivitelerini etkileyen semptomların yoğunluğunu belirlemesi açısından önemlidir. Depresyonda ise tanı koyma, prevalans belirleme ile depresyonun şiddeti ve zaman içindeki değişimi belirlenebilir (77).

Anksiyete ve depresyonu belirlemede çeşitli testler kullanılmaktadır. Hastane anksiyete ve depresyon (HADS) ölçeğinde bu testler arasında yer alır (107,119,126,133-137).

Kayahan ve Sertbaş'ın (138) anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerine yaptıkları çalışmada; HADS ölçeğini kanser hastalarında kullanmış ve HAD-A skoru kesme puanını 16.6, HAD-D skoru kesme puanını 15.4, kadın hastaların HAD-A skoru kesme puanını 11.05, erkek hastaların HAD-A skoru kesme puanını ise 9.05 olarak saptanmış, kadın

hastaların anksiyete düzeyinin erkek hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

ANKSİYETE VE DEPRESYON TEDAVİSİ

Kanser hastalarında anksiyete tedavisine yönelik; farmakolojik, psikososyal ve alternatif tedavi yöntemleri kullanılabilir. Farmakolojik tedavi: sıklıkla benzodiazepinler kullanılır. Benzodiazepin ile yeterli sonuç alınamazsa antipsikotikler düşük dozda kullanılabilir. Psikososyal uygulamalar arasında; gevşeme teknikleri, kognitif davranışçı terapiler ve psikoeğitim yer alır. Alternatif tedaviler olarak; akapunktur, hipnoz, aromaterapi, refleksoloji ve terapötik masaj sayılabilir (77).

Depresyon tedavisinde ise; tüm antidepresyonları kullanmak mümkündür. Antidepresan seçimi, hedef belirtiler, hastanın tıbbi durumu ve ilaç yan etkilerine göre yapılır. Ayrıca ilaç etkileşimleri de dikkate alınmalıdır. Depresyon tedavisinde nonfarmakolojik yöntem olarak, psikoterapiler ve davranışçı yaklaşımlar, relaksasyon eğitimi, müzik ve masaj terapileri ve problem çözmenin etkili olduğu belirlenmiştir (16,77,124,131,132,134,137,139).

AĞRIDA HEMŞİRELİK BAKIMI

Amaç: Ağrı düzeyinin tolere edilebilecek düzeye getirilmesini sağlamak, hastanın ağrısının azaldığını veya yok olduğunu ifade etmesidir (76).

Hemşirelik Girişimleri:

- ◆ Doktor önerisine göre DSÖ'nün önerdiği tedavi basamakları uygulamak,
- ◆ Analjeziklerin yan etkilerini azaltmak yada gidermek,
- ◆ Hastanın korkuları tanımlanıp, bu korkuları gidermek için girişim planlamak,
- ◆ Nonfarmakolojik uygulama arasında pozisyon değiştirilmesini sağlamak,
- ◆ Masaj yapmak, sıcak yada soğuk uygulama, ılık banyolar, çevrenin sesiz ve sakin olmasını sağlamak,
- ◆ Gevşeme tekniklerini öğretmek, radyo dinlemesini, televizyon izlemesini sağlamak,
- ◆ Okuma, müzik dinleme, hayal kurmayı öğretmek,
- ◆ Hastanın önceki ağrı deneyiminde kullandığı ve olumlu sonuçlar aldığı ağrı geçirme yaklaşımları tanımlamak ve hastanın bunları kullanması için desteklemek,
- ◆ Hasta yakınlarının da bakıma katılımını sağlamak,
- ◆ Bilgi eksikliği saptanarak, hasta ve hasta yakınlarının eğitimini planlamak,

- ◆ Etkili bir ağrı yöntemi için sağlık sisteminden kaynaklanan engelleri, güçlükleri en aza indirme yada azaltma konusunda çaba harcamaktır (72,76,77,106,141).

ANKSİYETE VE DEPRESYONDA HEMŞİRELİK BAKIMI

Amaç: Risk faktörlerine yönelik düzenlenen planın kabulü, uygulanacak tedavi planının katılım sorumluluğunu alma, etkili baş etme yöntemleri geliştirmektedir (76).

Hemşirelik Girişimleri;

- ◆ İlgili risk faktörleri kontrol altına almak,
- ◆ Hastanın duygu ve düşüncelerini ifade etmesini sağlamak,
- ◆ Hasta ve ailesini anksiyete ve depresyonun temel belirtileri konusunda bilgilendirmek,
- ◆ Hasta ve ailesi ile olumlu bir iletişim ve işbirliği sağlamak,
- ◆ Hastanın kaybolduğunu hissettiği kontrolünü yeniden sağlamak yada birinin hastanın çevresine hakim olduğu duygusunu vermek,
- ◆ İlaç tedavisi için önerilen doz ve zamanında ilacı almasını sağlamak,
- ◆ Geçmişteki baş etme yöntemlerini değerlendirmek, uygun yöntemin kullanılmasını sağlamak,
- ◆ Hastanın diğer hastalarla iletişiminin sağlanarak, hastane içinde sosyal çevre oluşturmasını sağlamak,
- ◆ Hastayla empati kurularak, hastanın değerli ve kabul gördüğünü hissettirmek,
- ◆ Hasta ve ailesine yeterli psikososyal destek sağlamaktır (40,76,137,140,141).

KEMOTERAPİ GÖREN KANSERLİ HASTALARDA AĞRI, ANKSİYETE VE DEPRESYONU ÖNLEMEDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Kanser tedavisindeki gelişmeler sayesinde hastaların yaşam süresinin uzamasıyla ağrı, anksiyete ve depresyon gibi semptomların tedavisi daha da önem kazanmıştır. Hemşireler önerilen farmakolojik tedavi, gerektiğinde girişimsel işlemlerle hasta ve aileye yeterli destek vererek kanser hastalarında ağrı, anksiyete ve depresyon da yeterli kontrolü sağlayıp yaşam kalitesini yükseltmektedir (73,142).

Ağrı kanser hastasında birçok nedene bağlı olarak görülmekte ve hastanın yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir. Ağrıyı algılama, tanılama ve ağrıya karşı verilen reaksiyonlar kişiden kişiye değişiklik gösterir. Bu nedenle hastadan çok detaylı anamnez almak, hastayı sürekli gözlemlemek, uygun ölçüm yöntemlerinden yararlanmak hastanın başlangıçtaki

değerlendirmesi için yardımcı olacağı gibi sonraki değerlendirmeler için yol gösterici bir kaynak olacaktır. Devam eden ve dindirilemeyen ağrı hastanın yaşamının her alanında bozucu ve zararlı etkiye sahip olması, yorgunluğun artması, günlük yaşam aktiviteleri, çalışma kapasitesi ve sosyal etkileşimin bozulmasına neden olmaktadır. Aynı zamanda ağrı, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlara yol açarak bireyin iyilik hallerine zarar verip yaşamını her yönde etkilemektedir. Hemşireler hastayı değerlendirirken her basamakta; fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörleri göz önüne almalı, bu faktörlerin karşılıklı etkileşime neden olarak ağrının düzeyine etkili olabileceklerini unutmamalıdır (92,109,126,127)

Hastalar kanser ve tedavisinin olumsuzluklarından dolayı anksiyete ve sonrasında depresyon yaşayabilir. Bu durumda bireyin algılama ve kavrama düzeyi bozulmakta, duygularını paylaşma ve baş etme yöntemlerini kullanma becerileri azalmakta, sosyal etkileşimde bulunma ve sosyal destek alma zorlaşmakta, hastaların savaşıma gücü azalarak zamanla kanserin şiddeti, gidişi ve tedaviye yanıtı bozulmaktadır. Bu nedenle hemşireler hastalara gerektiği kadar bilgi vermeli, fiziksel ve psikososyal yeterli desteği sağlamalıdır (119,126-128).

Hemşireler ağrı ile anksiyete ve depresyon kontrolünde; hastayla uzun süre birlikte olması, başa çıkma stratejilerini hastaya öğretmesi, rehberlik yapması, planlanan tedaviyi uygulaması, etkenlerini ve sonuçlarını izlemesi, empatik yaklaşımı ve sempati sağlamasıyla önemli bir role sahiptir (19,126,127).

Beser ve Öz'ün (126) anksiyete ve depresyon düzeyi üzerine yaptıkları çalışmada; kanser hastalarında anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu, kemoterapi tedavisinin uzun sürmesi ve kontrol edilemeyen yan etkileri anksiyete ve depresyon düzeyini arttırdığını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir.

Aslan ve Badır'ın (101) ağrı kontrolü üzerinde yaptıkları çalışmada; ağrı eşiği, ağrı toleransı ve farmakolojik ağrı kontrolünün çok boyutlu değerlendirilmesi, kanser ağrısının öncelikli olarak kontrolünün sağlanması, hemşirelerin ağrı ve ağrı kontrolüne ilişkin yenilikleri yakından takip ederek öneminin ön planda tutulması gerektiği belirtilmiştir.

Bu bağlamda hemşirelere ağrı anksiyete ve depresyon kontrolünde; hizmet içi eğitim, seminer ve kursların yaygınlaştırılması, farmakolojik yöntemlerin yanında non-farmakolojik yöntemlere de yer verilmesi ve tecrübeli hemşirelerin bilgi birikimi ve deneyimlerinde faydalanılması gibi önemli sorumluluklar düşmektedir (92,109,127).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma; Akciğer ve meme kanseri tanısı alan, I, II, III, IV evrelerde, kemoterapi gören hastalarda ağrı ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi değerlendirmek, bunları etkileyen faktörleri belirlemek ve hemşirelik bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde rehber olacak öneriler geliştirmek amacıyla planlanmış, kesitsel bir araştırmadır.

ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR

1.Hastaların bireysel özellikleri ile ağrı ve anksiyete depresyon düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

2.Hastaların hastalık ile ilgili özellikleri ile ağrı ve anksiyete depresyon düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

3.Hastaların ağrı ile ilgili özellikleri ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TARİH

Araştırma Edirne'de Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Kliniğinde Mart 2008-Şubat 2009 tarihleri arasında yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın Evreni: Araştırmanın evrenini; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Kliniğinde yatarak tedavi gören akciğer ve meme kanseri tanısı alan hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmanın Örnekleme; Araştırmanın örnekleme Mart 2008-Şubat 2009 tarihleri arasında onkoloji kliniğinde yatarak kemoterapi gören, benzer evrelerdeki akciğer ve meme kanseri tanısı alan, 25 yaş ve üzeri iletişim kurmada problemi olmayan, görüşmeye istekli 60 hasta alınmıştır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler; hasta bilgi formu, GAS ağrı skalası, FPS ağrı skalası, HADS anksiyete ve depresyon ölçeğinden oluşmaktadır.

Hasta bilgi formu: Bu form araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür rehberliğinde geliştirilmiş, hastaların kişisel özelliklerini, hastalık ile ilgili özelliklerini ve ağrı ile ilgili özelliklerinin değerlendirildiği üç bölümden oluşmaktadır.

Kişisel özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, sağlık güvencesi, mesleği, aile tipi, çocuk sayısı, aylık gelir) olarak belirlenen toplam 11 sorudan oluşan birinci bölümde yer almaktadır.

Hastalık ile ilgili özellikler (klinik tanı, hastalığın klinik evresi, tedavide kullanılan kemoterapi protokolü, hastalığın ilk teşhis zamanı, ilk kemoterapi zamanı, hastalığa ve ilaç tedavisine uyum, hastalığı algılama durumu, ilaçlar hakkındaki düşünceler, sağlık kontrollerini yaptırma durumu, stresli yaşama sahip olma durumu, beslenme durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, sigara ve alkol kullanma durumu) olarak belirlenen toplam 16 sorudan oluşan ikinci bölümde yer almaktadır.

Ağrı ile ilgili özellikler (ağrının varlığı, ağrının başlama zamanı, ağrının ne kadar zamandır devam ettiği, ağrının nedeni, ağrıyı geçiren her hangi bir uygulama yada ilaç varlığı, ağrının sıklığı, ağrıya eşlik eden başka şikayet durumu, ağrıyı arttıran ve azaltan faktörlerin durumu, ağrının yeri, ağrının niteliği, gün içinde moral bozukluğunun durumu) olarak belirlenen toplam 16 sorudan oluşan üçüncü bölümde yer almaktadır.

Görsel Analog Skala (GAS): Price ve ark. (143) tarafından 1983 yılında geliştirilen ölçek hastada ağrının şiddetini ve ağrı düzeyini belirlemek için kullanılır. 10 cm'lik düz bir çizgi üzerinde "0" hiç ağrı yok, "10" çok şiddetli şeklinde ağrıyı tanımlamaktadır. Hastadan bu çizgi üzerinde kendisinin hissedeceği ağrı şiddetine karşılık gelen bir noktayı işaretlenmesi istenir. Buna göre işaretlenen yerin santimetre cinsinden karşılığı ağrının şiddeti olarak değerlendirilir. Ölçekte "0" ağrı olmamasını, "2" hafif ağrıyı, "4" orta şiddette, "6" şiddetli, "8" çok şiddetli, "10" dayanılmaz düzeyde ağrıyı ifade eder. Yapılan bu skorlama sayı değeri arttıkça ağrı düzeyindeki artışı da göstermektedir (110,143,144).

Wong-Baker Ağrı Skalası (FPS): Wong ve Baker (145) tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. Kansere bağlı ağrının duysal ve ruhsal bileşenlerinin değerlendirme konusunda pratik ve geçerli bir yöntemdir. Yüz ifadeleri numaralandırılarak hastaların ağrı düzeyleri belirlenir. Bu numaralarda; "0" Ağrı yok, "1" biraz ağrı, "2" Biraz daha fazla, "3" Daha fazla, "4" Oldukça fazla, "5" En şiddetli olarak ağrı düzeylerini ifade eder. Yüz ifadeleri ile numaralar arasındaki yapılan bu skorlama da sayı değeri arttıkça yüz ifadesi değişmekte ve buda ağrı düzeyindeki artışı ifade etmektedir (110,145).

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS): Zigmond ve Snaith (146) tarafından 1983 yılında geliştirilen ölçek hastayı kaygı ve depresyon yönünden değerlendirmek amacıyla kullanılır (136,146).

HADS ölçeği toplam 14 soru içermekte ve bunların yedisi (tek sayılar) anksiyete ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Aydemir ve ark. yaptıkları geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucunda HADS anksiyete skoru (HAD-A) için kesme puanı 10/11, HADS depresyon skoru (HAD-D) için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilir. HADS'de anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılan kendini değerlendirme ölçeğidir (134,136,146).

VERİLERİN TOPLANMASI VE UYGULANMASI

Hasta Bilgi Formu, VAS ve HADS skala formları örneklem grubuna (n=60) araştırmacı tarafından hasta ile bire bir görüşme yapılarak toplanmıştır. Görüşme sırasında hastaya uygun zaman belirlenmiş ve bütün sorular tek tek araştırmacı tarafından sorularak 20 dakika süre içerisinde uygulanmıştır.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İstatistiksel değerlendirme, AXA507C775506FAN3 seri numaralı STATISTICA AXA 7.1 istatistik programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler için sayı (yüzde) ve ortalama±SS değerleri verildi. Ölçülebilen verilerin normal dağılıma uygunlukları tek örneklem Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi. İki katogoriden oluşan değişkenlerin; ölçeklerden elde edilen toplam skorlarının karşılaştırılmasında skorlar normal dağılım göstermediği için Mann Whitney U testi kullanıldı. İki'den fazla kategoriden oluşan değişkenlerin; ölçeklerden elde edilen toplam skorlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Niteliksel verilerin değerlendirilmesi Ki-Kare testi ile incelendi. GAS ve FPS ağrı skalaları ile HADS ölçeği değişkenleri arasındaki ilişki Spearman's Korelasyon analizi ile incelendi. $P < 0.005$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı kabul edildi.

ETİK

Bu araştırma Trakya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu' dan 31.01.2008 tarihinde B.30.2.TRK.077.01.0/81 sayılı, 03/08 nolu karar onayı alınarak gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR

Verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirildikten sonra, araştırmanın bulguları;

- Bireysel özellikler ve hastalığa ilişkin özelliklerin dağılımı,
- Ağrı ile ilgili özelliklerin dağılımı,
- Anksiyete ve depresyona ilişkin özelliklerin dağılımı,
- Ağrı ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin karşılaştırılması şeklinde dört başlık altında gösterilmiştir.

KİŞİSEL ÖZELLİKLER VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Tablo 1. Hastaların Kişisel Özelliklerinin Dağılımı (n=60)

	Akciğer Kanseri		Meme Kanseri	
	n	%	n	%
Yaş				
50 Yaş altı	12	40.0	9	30.0
50 Yaş ve üzeri	18	60.0	21	70.0
Yaş Ortalaması	Ort±SD 57.4±10.3		Ort±SD 54.3±11.5	
Cinsiyet				
Erkek	29	96.7	1	3.3
Kadın	1	3.3	29	96.7
Eğitim Düzeyi				
Lise'nin altı	27	90.0	27	90.0
Lise ve üzeri	3	10.0	3	10.0
Medeni Durum				
Evli	30	100.0	29	96.7
Bekar	0	0.0	1	3.3
Sosyal Güvence				
SSK	15	50.0	8	26.7
EMS	2	6.7	9	30.0
BK	10	33.3	7	23.3
YK	3	10.0	6	20.0
Aylık Gelir				
500-↓ TL	14	46.7	19	63.3
500-↑ TL	16	53.3	11	36.7
Aile Tipi				
Çekirdek	25	83.3	27	90.0
Geniş	5	16.7	3	10.0
Çocuk Sayısı				
0-3 Çocuk	25	83.3	27	90.0
3 ve Daha fazla	5	16.7	3	10.0
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	11	36.7	0	0.0
Çalışmıyor	19	63.3	30	100.0

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu, EMS: Emekli Sandığı, BK: Bağkur, YK: Yeşilkart

Tablo 1’de hastaların kişisel özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; akciğer kanseri tanısı alan hastaların %40.0’nın 50 yaş altı, %60’nın 50 yaş ve üzeri, meme kanseri tanısı alan hastaların %30.0’nun 50 yaş altı, %70’inin 50 yaş ve üzeri olduğu saptanırken, akciğer kanserli hastaların yaş ortalamasının 57.4, meme kanserli hastaların yaş ortalamasının 54.3 olduğu belirlenmiştir.

Hastaların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde; akciğer kanseri tanısı alan hastaların %96.7’sinin erkek, %3.3’nün bayan, meme kanseri tanısı alan hastaların %96.7’sinin bayan, %3.3’nün erkek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların eğitim durumuna göre dağılımı incelendiğinde; akciğer kanseri tanısı alan hastaların %90.0’nin lise’nin altı, %10.0’unun lise ve üzeri mezun olduğu, meme kanseri tanısı alan hastaların %90.0’nin lise’nin altı, %10.0’unun lise ve üzeri mezun olduğu bulunmuştur.

Hastaların medeni durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; akciğer kanseri tanısı alan hastaların %100.0’nün evli olduğu, meme kanseri tanısı alan hastaların %96.7’sinin evli, %3.3’ünün bekar olduğu belirlenmiştir.

Hastaların sosyal güvencelerine göre dağılımı incelendiğinde; akciğer kanseri tanısı alan hastaların %50.0’nin SSK, %6.7’sinin EMS, %33.3’ünün BK, %10.0’unun YK’lı olduğu, meme kanseri tanısı alan hastaların %26.7’sinin SSK, %30.0’unun EMS, %23.3’ünün BK, %20.0’sinin YK’lı olduğu belirlenmiştir. Akciğer kanseri tanısı alan hastaların %83.3’ünün çekirdek aile, %16.7’sinin geniş aile, meme kanseri tanısı alan hastaların %90.0’nin çekirdek aile, %10.0’unun geniş aile yapısında olduğu belirlenmiştir.

Akciğer kanseri tanısı alan hastaların; %53.3’ünün 500 TL ve üstü aylık geliri, %83.3’ünün 0-3 çocuğu, %63.3’ünün çalışmadığı saptanırken, meme kanseri tanısı alanların; %63.3’ünün 500 TL ve altı aylık geliri, %90.0’nin 0-3 çocuğu, %100.0’ünün çalışmadığı belirlenmiştir.

Tablo 2. Hastalıkla İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n=60)

	Akciğer Kanseri		Meme Kanseri	
	n	%	n	%
Hastalığın İlk Teşhis Edilme Zamanı				
0-6 ay	19	63.3	8	26.7
6 Ay -1 yıl	5	16.7	6	20.0
1-3 Yıl	4	13.3	9	30.0
4 Yıl ve üzeri	2	6.7	7	23.3
Hastalığın Evresi				
1 Evre	8	26.7	7	23.3
2 Evre	9	30.0	8	26.7
3 Evre	2	6.7	2	6.7
4 Evre	11	36.7	13	43.3
Hastalığı Algılama Durumu				
Tedavi edilen bir hastalık	17	56.7	22	73.3
Kolay tedavi edilen bir hastalık	13	43.3	8	26.7
Hastalığa Uyum Sağlama Durumu				
Evet	24	80.0	24	80.0
Hayır	6	30.0	6	30.0
Kemoterapi Süresi				
0-6 Ay	21	70.0	11	36.7
6 Ay ve üzeri	9	30.0	19	63.3
Kemoterapi Kür Sayısı				
0-6 Kür	14	46.7	13	43.3
6-12 Kür	5	16.7	5	16.7
12-21 Kür	10	33.3	4	13.3
21 Kür ve üzeri	1	3.3	8	26.7
İlaç Tedavisi Hakkında Düşünce				
Tedavi edileceğime inanıyorum	20	66.7	14	46.7
Tedavi edecek ama çok yan etkisi var	10	33.3	16	3.3
İlaç Tedavisine Uyum Sağlama Durumu				
Evet	22	73.3	21	70.0
Hayır	8	26.7	9	30.0
Düzenli Sağlık Kontrolleri Yaptırma Durumu				
Evet	4	13.3	11	36.7
Hayır	26	86.7	19	63.3
Kanser Tanısı Aldıktan Sonra Sigara Kullanma Durumu				
Evet	4	13.3	2	6.7
Hayır	26	86.7	28	93.3

Tablo 2’de hastaların hastalıkla ilgili özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Hastalığın ilk teşhis zamanına göre dağılımı incelendiğinde; akciğer kanseri tanısı alan hastaların %63.3’ünün 0-6 ay, %16.7’sinin 6 ay-1 yıl, %13.3’ünün 1-3 yıl, %6.7’sinin 4 yıl ve üzeri, meme kanseri tanısı alan hastaların %26.7’sinin 0-6 ay, %20.0’sinin 6 ay-1 yıl, %30.0’unun 1-3 yıl, %23.3’ünün 4 yıl ve üzeri olduğu belirlenmiştir.

Hastaların hastalığın klinik evresine göre dağılımı incelendiğinde; akciğer kanseri tanısı alan hastaların %26.7’sinin 1.Evre, %30.0’unun 2.Evre, %6.7’sinin 3.Evre, %36.7’sinin 4.Evre, meme kanseri tanısı alan hastaların %23.3’ünün 1.Evre, %26.7’sinin 2.Evre, %6.7’sinin 3.Evre, %43.3’ünün 4.Evre olduğu belirlenmiştir.

Hastaların hastalığı algılama durumuna göre dağılımı incelendiğinde; akciğer kanseri tanısı alan hastaların, %56.7’sinin tedavi edilebilen bir hastalık, %43.3’ünün kolay tedavi gerektiren bir hastalık, meme kanseri tanısı alan hastaların %73.3’ünün tedavi edilebilen bir hastalık, %26.7’sinin kolay tedavi gerektiren bir hastalık olarak algıladıkları belirlenmiştir.

Hastaların hastalığa uyum sağlama durumuna göre dağılımı incelendiğinde; akciğer kanseri tanısı alan hastaların, %80.0’inin hastalığına uyum sağladıkları, %30.0’unun hastalığına uyum sağlayamadıkları, meme kanseri tanısı alan hastaların %80.0’inin hastalığına uyum sağladıkları, %30.0’unun hastalığına uyum sağlayamadıkları belirlenmiştir.

Hastaların kemoterapi tedavi süresine göre dağılımları incelendiğinde; akciğer kanseri tanısı alan hastaların kemoterapi süresi %70.0’inin 0-6 ay, %30.0’unun 6 ay ve üzeri, meme kanseri tanısı alan hastaların %36.7’sinin 0-6 ay, %63.3’ünün 6 ay ve üzeri olduğu belirlenmiştir.

Hastaların aldığı kemoterapi kür sayısına göre dağılımları incelendiğinde; akciğer kanseri tanısı alan hastaların %46.7’sinin 0-6 kür, %16.7’sinin 6-12 kür, %33.3’ünün 12-21 kür, %3.3’ünün 21 kür ve üzeri, meme kanseri tanısı alan hastaların %43.3’ünün 0-6 kür, %16.7’sinin 6-12 kür, %13.3’ünün 12-21 kür, %26.7’sinin 21 kür ve üzeri tedavi aldığı belirlenmiştir.

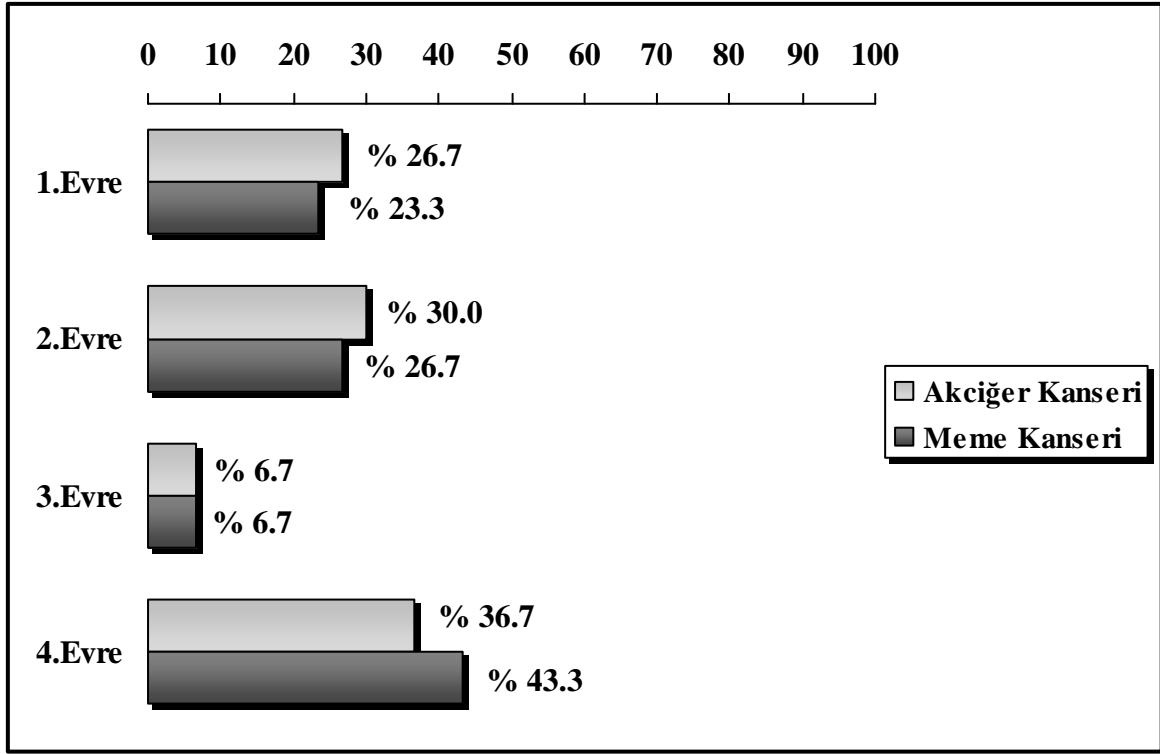
Hastaların ilaç tedavisi hakkındaki düşüncelerine göre dağılımı incelendiğinde; akciğer kanseri tanısı alan hastaların %66.7’sinin ilaçların tedavi edileceğine inandığı, %33.3’ünün tedavi edecek ama çok yan etkisi var şeklinde ifade ettiği, meme kanseri tanısı alan hastalarda %46.7’sinin ilaçların tedavi edileceğine inandığı, %3.3’ünün tedavi edecek ama çok yan etkisi var şeklinde ifade ettiği belirlenmiştir.

Hastaların ilaç tedavisine uyumu sağlama durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; akciğer kanseri tanısı alan hastaların %73.3’ünün ilaç tedavisine uyum sağladığı,

%26.7'sinin uyum sağlayamadığı, meme kanseri tanısı alan hastaların %70.0'inin uyum sağladığı, %30.0'unun uyum sağlayamadığı belirlenmiştir.

Hastaların düzenli sağlık kontrollerini yaptırma durumuna göre dağılımı incelendiğinde; akciğer kanseri tanısı alan hastaların %13.3'ünün düzenli sağlık kontrolleri yaptırdığı, %86.7'sinin düzenli sağlık kontrollerini yaptırmadığı saptanırken, meme kanseri tanısı alan hastaların %36.7'sinin düzenli sağlık kontrolleri yaptırdığı, %63.3'ünün düzenli sağlık kontrollerini yaptırmadığı belirlenmiştir.

Hastaların kanser tanısı aldıktan sonra sigara kullanma durumuna göre dağılımı incelendiğinde; akciğer kanseri tanısı alan hastaların %13.3'ünün sigara kullandığı, %86.7'sinin sigara kullanmadığı saptanırken, meme kanseri tanısı alan hastaların %6.7'sinin sigara kullandığı, %93.3'ünün sigara kullanmadığı belirlenmiştir.



Şekil 9. Akciğer ve Meme Kanseri Tanısı Alan Hastaların Klinik Evreye Göre Dağılımı (n=60)

Şekil 9’da hastaların klinik evreye göre dağılımı görülmektedir. Akciğer ve meme kanseri tanısı alan hastaların klinik evreye göre dağılımı incelendiğinde; akciğer kanseri tanısı alan hastaların %36.7’sinde 4.evre, meme kanseri tanısı alan hastalarda ise %43.3’ünde 4.evre diğer klinik evrelere göre yüksek bir oranda belirlenmiştir.

AĞRI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

Tablo 3. Hastaların Ağrı ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (n=60)

	Akciğer Kanseri		Meme Kanseri	
	n	%	n	%
Ağrı Durumu				
Evet	21	70.0	19	63.3
Hayır	9	30.0	11	36.7
<u>Ağrısı Olan (n=40)</u>				
Ağrı Başlama Zamanı				
6 Ay önce	8	38.1	12	63.2
6 Ay sonra	13	61.9	7	36.8
Ağrı Nedenini Bilme Durumu				
Evet	5	23.8	8	42.1
Hayır	16	76.2	11	57.9
Ağrının Sıklığı				
Sürekli	4	19.0	3	15.8
Ara sıra	17	81.0	16	84.2
Ağrıyı Attıran Neden				
Var	5	23.8	7	36.8
Yok	16	76.2	12	63.2
Ağrıyı Azaltan Neden				
Var	21	100.0	16	84.2
Yok	0	0.0	3	15.8
Ağrının Yeri				
Vücut üst bölümü	17	81.0	15	78.9
Vücut alt bölümü	4	19.0	4	21.1

Tablo 3’de hastaların ağrı ile ilgili özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Hastaların ağrı durumuna göre dağılımı incelendiğinde; akciğer tanısı alan hastalarda %70.0’inin ağrısının olduğu, %30.0’unun ağrısının olmadığı, meme kanseri tanısı alan hastaların %63.3’ünün ağrısının olduğu, %36.7’sinin ağrısının olmadığı belirlenmiştir.

Hastaların ağrı başlama zamanına göre dağılımı incelendiğinde; akciğer kanseri tanısı alan hastaların %38.1’inin 6 ay önce, %61.9’unun 6 ay sonra, meme kanseri tanısı alan hastaların %63.2’sinin 6 ay önce, %36.8’inin 6 ay sonra ağrıların başladığı belirlenmiştir.

Hastaların ağrı nedeni bilme durumuna göre dağılımı incelendiğinde; akciğer kanseri tanısı alan hastaların %23.8’inin ağrı nedenini bildiği, %76.2’sinin ağrı nedenini bilmediği, meme kanseri tanısı alan hastaların %42.1’inin ağrı nedenini bildiği, %57.9’unun ağrı nedenini bilmediği belirlenmiştir.

Hastaların ağrı sıklığına göre dağılımı incelendiğinde; akciğer kanseri tanısı alan hastaların %19.0'unun sürekli, %81.0'inin ara sıra, meme kanseri tanısı alan hastaların ise %15.8'inin sürekli, %84.2'sinin ara sıra olduğu belirlenmiştir.

Hastaların ağrıyı arttıran nedene göre dağılımı incelendiğinde; akciğer kanseri alan hastaların %23.8'inin ağrıyı arttıran nedenin var olduğu, %76.2'sinin ağrıyı arttıran nedenin var olmadığı saptanırken, meme kanserli hastaların %36.8'inin ağrıyı arttıran nedenin var olduğu, %63.2'sinin ağrıyı arttıran nedenin var olmadığı belirlenmiştir.

Hastaların ağrıyı azaltan nedene göre dağılımı incelendiğinde; akciğer kanseri alan hastaların %100.0'ünün ağrıyı azaltan nedenin var olduğu, %0.0'ının ağrıyı azaltan nedenin var olmadığı saptanırken, meme kanserli hastaların %84.2'sinin ağrıyı azaltan nedenin var olduğu, %15.8'inin ağrıyı azaltan nedenin var olmadığı belirlenmiştir.

Hastaların vücuttaki ağrı bölgesine göre dağılımı incelendiğinde; akciğer kanseri tanısı alan hastaların %81.0'inin vücut üst bölümünde, %19.0'unun vücut alt bölümünde ağrı saptanırken, meme kanseri tanısı alan hastalarda %78.9'unun vücut üst bölümünde, %21.1'inin vücut alt bölümünde ağrı belirlenmiştir.

Tablo 4. Hastaların Kişisel Özelliklerine Göre Ağrı Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=60)

	GAS Ağrı Skoru			FPS Ağrı Skoru		
	n	Ort±SD	P	Ort±SD	P	
Yaş						
50 Yaş altı	21	3.3±3.0	0.987*	1.7±1.5	0.823*	
50 Yaş ve üzeri	39	3.3±2.9		1.6±1.5		
Cinsiyet						
Erkek	30	3.5±3.2	0.575*	1.8±1.7	0.572*	
Kadın	30	3.0±2.6		1.5±1.3		
Tanı						
Akciğer kanseri	30	3.7±3.2	0.265*	1.9±1.7	0.259*	
Meme kanseri	30	2.8±2.6		1.4±1.3		
Eğitim Düzeyi						
Lise'nin altı	54	3.4±2.9	0.472*	1.7±1.5	0.430*	
Lise ve üzeri	6	2.5±3.0		1.1±1.3		
Medeni Durum						
Evli	59	3.3±2.9	0.859*	1.6±1.5	0.721*	
Bekar	1	3.0±0.0		1.0±0.0		
Sosyal Güvence						
SSK	23	3.2±2.8	0.881**	1.6±1.5	0.778**	
EMS	11	2.8±3.1		1.2±1.4		
BK	17	3.5±3.1		1.8±1.6		
YK	9	3.5±2.9		1.7±1.4		
Aylık Gelir						
500-↓ TL	33	3.5±3.2	0.726*	1.7±1.6	0.668*	
500-↑ TL	27	3.0±2.5		1.5±1.3		
Aile Tipi						
Çekirdek	52	3.3±2.9	0.956*	1.6±1.5	0.893*	
Geniş	8	3.3±3.3		1.6±1.6		
Çocuk Sayısı						
0-3 Çocuk	52	3.1±2.8	0.290*	1.5±1.4	0.394*	
3 ve Daha fazla	8	4.3±3.3		2.1±1.7		
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	11	4.0±3.3	0.457*	2.0±1.7	0.364*	
Çalışmıyor	49	3.1±2.8		1.5±1.4		

GAS: Görsel Analog Skala, **FPS:** Wong-Baker Ağrı Skalası

* Mann-Whitney U Testi

** Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Tablo 4'de hastaların kişisel özellikleri ile ağrı düzeyi karşılaştırılması görülmektedir. Hastaların kişisel özellikler ile GAS (Görsel Analog Skala) ve FPS (Wong-Baker Ağrı Skalası) ağrı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4).

Tablo 5. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Ağrı Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=60)

	n	GAS Ağrı Skoru		FPS Ağrı Skoru	
		Ort±SD	P	Ort±SD	P
Hastalığın İlk Teşhis Edilme Zamanı					
0-6 Ay	27	3.2±2.6	0.936**	1.5±1.3	0.949**
6-1 Yıl	11	2.8±2.6		1.4±1.4	
1-3 Yıl	13	3.7±3.3		1.9±1.8	
4 Yıl ve üzeri	9	3.5±3.9		1.7±1.9	
Hastalığın Evresi					
1 Evre	15	3.4±2.7	0.904**	1.6±1.4	0.901**
2 Evre	17	3.5±3.0		1.8±1.6	
3 Evre	4	2.5±3.3		1.2±1.5	
4 Evre	24	3.1±3.0		1.5±1.5	
Hastalığı Algılama Durumu					
Tedavi edilen bir hastalık	39	2.9±2.7	0.174*	1.4±1.4	0.195*
Kolay tedavi edilen bir hastalık	21	4.0±3.1		2.0±1.6	
Hastalığa Uyum Sağlama Durumu					
Evet	48	3.0±3.0	0.188*	1.5±1.5	0.127*
Hayır	12	4.2±2.2		2.1±1.1	
Kemoterapi Süresi					
0-6 Ay	32	2.9±2.6	0.425*	1.4±1.3	0.305*
6 Ay ve üzeri	28	3.7±3.2		1.9±1.7	
Kemoterapi Kür Sayısı					
0-6 Kür	27	2.7±2.7	0.587**	1.3±1.3	0.595**
6-12 Kür	10	3.8±3.1		1.9±1.5	
12-21 Kür	14	3.5±3.2		1.9±1.8	
21 ve Üzeri	9	4.2±3.1		2.0±1.7	
İlaç Tedavisi Hakkındaki Düşünce					
Tedavi edileceğime inanıyorum	34	3.1±3.1	0.619*	1.6±1.6	0.655*
Tedavi edecek ama çok yan etkisi var	26	3.5±2.7		1.7±1.4	
İlaç Tedavisine Uyum Sağlama Durumu					
Evet	43	2.6±2.9	0.010*	1.3±1.5	0.006*
Hayır	17	4.8±2.2		2.4±1.1	
Düzenli Sağlık Kontrolleri Yapılma Durumu					
Evet	15	3.6±3.0	0.662*	1.7±1.5	0.819*
Hayır	45	3.2±2.9		1.6±1.5	
Kanser Tanısı Aldıktan Sonra Sigara Kullanma Durumu					
Evet	6	3.8±2.6	0.613*	2.0±1.2	0.476*
Hayır	54	3.2±3.0		1.6±1.5	

GAS: Görsel Analog Skala, **FPS:** Wong-Baker Ağrı Skalası

*Mann-Whitney U Testi

** Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Tablo 5’de hastaların hastalıkla ilgili özellikleri ile ağrı düzeyi karşılaştırılması görülmektedir. İlaç tedavisine uyum sağlayamayan hastaların GAS ve FPS ağrı düzeyi puan ortalamaları uyum sağlayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p=0.010$, $p=0.006$) (Tablo 5). Tedaviye uyum sağlayamayan kanserli hastaların ağrı düzeyleri daha yüksektir.

Tablo 6. Hastalığın Klinik Evresi ile Ağrı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi (n=60)

Hastalığın Klinik Evresi	AKCİĞER KANSERİ				MEME KANSERİ				P
	AĞRI DURUMU		AĞRI DURUMU		AĞRI DURUMU		AĞRI DURUMU		
	Ağrısı Olan	Ağrısı Olmayan	Ağrısı Olan	Ağrısı Olmayan	Ağrısı Olan	Ağrısı Olmayan	Ağrısı Olan	Ağrısı Olmayan	
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Evre 1	5	62.5	3	37.5	6	85.7	1	14.3	0.569*
Evre 2	7	77.8	2	22.2	5	62.5	3	37.5	0.620*
Evre 3	1	50.0	1	50.0	1	50.0	1	50.0	1.000*
Evre 4	8	72.7	3	27.3	7	53.8	6	46.2	0.423*

* Ki-Kare Testi

Tablo 6’da akciğer ve meme kanserli hastaların ağrı durumlarının hastalığın klinik evrelerine göre karşılaştırılması görülmektedir. Akciğer ve meme kanserli hastalarda ağrı durumu ile hastalığın klinik evresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6). Hastalığın klinik seyrine göre ağrı durumu değişmektedir.

Tablo 7. Hastaların Ağrı Özelliklerine Göre Ağrı Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=60)

	n	GAS Ağrı Skoru		FPS Ağrı Skoru	
		Ort±SD	P	Ort±SD	P
Ağrı Durumu					
Evet	40	4.9±2.1	<0.001*	2.5±1.1	<0.001*
Hayır	20	0.0±0.0		0.0±0.0	
<u>Ağrısı Olan (n=40)</u>					
Ağrı Başlama Zamanı					
6 Ay önce	20	5.2±2.2	0.581*	2.6±1.2	0.480*
6 Ay sonra	20	4.7±2.1		2.3±1.0	
Ağrı Nedenini Bilme Durumu					
Evet	13	5.0±1.9	0.802*	2.3±1.0	0.809*
Hayır	27	4.9±2.3		2.5±1.2	
Ağrının Sıklığı					
Sürekli	7	1.1±1.9	0.001*	0.7±1.2	0.004*
Ara sıra	33	4.0±2.9		2.0±1.5	
Ağrıyı Attıran Neden					
Var	12	5.1±2.4	0.940*	2.8±1.3	0.309*
Yok	28	4.8±2.0		2.3±1.0	
Ağrıyı Azaltan Neden					
Var	37	5.0±2.2	0.917*	2.5±1.2	0.520*
Yok	3	4.3±0.5		2.0±0.0	
Ağrının Yeri					
Vücut üst bölümü	32	5.1±2.1	0.317*	2.5±1.1	0.230*
Vücut alt bölümü	8	4.3±2.4		2.1±1.1	

GAS: Görsel Analog Skala, **FPS:** Wong-Baker Ağrı Skalası

* Mann-Whitney U Testi

Tablo 7’de hastaların ağrı özellikleri ile ağrı düzeyi karşılaştırılması görülmektedir. Ağrısı olan kanserli hastaların GAS ve FPS ağrı puan ortalamaları ağrısı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p<0.001, p<0.001) (Tablo 7). Hastaların ağrı şiddeti arttıkça ağrı düzeyleride yükselmektedir.

Ağrı sıklığı ara sıra olan hastaların GAS ve FPS ağrı düzeyi puan ortalamaları ağrı sıklığı sürekli olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p=0.001, p=0.004) (Tablo 7). Ara sıra ağrısı olan hastaların sürekli ağrısı olan hastalara göre ağrıları daha yüksektir.

ANKSİYETE VE DEPRESYONA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Tablo 8. Hastaların Kişisel Özelliklerine Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=60)

	n	HAD-A Skoru		HAD-D Skoru	
		Ort±SD	P	Ort±SD	P
Yaş					
50 Yaş altı	21	7.0±4.4	0.840*	9.1±4.0	0.184*
50 Yaş ve üzeri	39	7.2±5.0		7.3±5.4	
Cinsiyet					
Erkek	30	7.8±4.7	0.313*	9.2±4.9	0.074*
Kadın	30	6.5±4.8		6.7±4.8	
Tanı					
Akciğer kanseri	30	7.8±4.7	0.269*	9.3±5.0	0.044*
Meme kanseri	30	6.5±4.7		6.6±4.7	
Eğitim Düzeyi					
Lise'nin altı	54	7.6±4.7	0.013*	8.4±5.0	0.036*
Lise ve üzeri	6	2.8±2.2		4.1±2.5	
Medeni Durum					
Evli	59	7.2±4.7	0.599*	8.1±4.9	0.269*
Bekar	1	1.0±0.0		0.0±0.0	
Sosyal Güvence					
SSK	23	7.2±5.3	0.228**	7.6±4.8	0.407**
EMS	11	5.2±4.4		6.1±5.3	
BK	17	7.3±4.7		9.3±5.6	
YK	9	9.0±3.3		8.4±3.3	
Aylık Gelir					
500-↓ TL	33	7.6±5.6	0.617*	8.1±5.7	0.917*
500-↑ TL	27	6.5±3.3		7.7±4.0	
Aile Tipi					
Çekirdek	52	6.9±4.6	0.206*	7.8±4.8	0.836*
Geniş	8	9.0±5.5		8.6±6.2	
Çocuk Sayısı					
0-3 Çocuk	52	6.9±4.6	0.383*	7.9±4.8	0.974*
3 ve Daha fazla	8	8.6±5.5		8.3±6.1	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	11	7.7±3.4	0.578*	9.3±3.5	0.274*
Çalışmıyor	49	7.0±5.0		7.6±5.2	

HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Anksiyete Skoru

HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Depresyon Skoru

* Mann-Whitney U Testi

** Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Tablo 8’de hastaların kişisel özellikleri ile anksiyete ve depresyon düzeyi karşılaştırılması görülmektedir. Akciğer kanseri tanısı alan bireylerin depresyon düzeyi puan ortalamaları meme kanseri tanısı alan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p=0.044$) (Tablo 8). Akciğer kanserli hastaların depresyon düzeyi daha yüksektir.

Eğitim düzeyi lise’nin altı olan bireylerin anksiyete ve depresyon düzeyi puan ortalamaları lise ve üzeri olan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p=0.013$, $p=0.036$) (Tablo 8). Hastaların eğitim düzeyi arttıkça anksiyete ve depresyon düzeyleri azalmaktadır.

Tablo 9. Hastalık Özelliklerine Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=60)

	n	HAD-A Skoru		HAD-D Skoru	
		Ort±SD	P	Ort±SD	P
Hastalığın İlk Teşhis Edilme Zamanı					
0-6 Ay	27	6.8±4.0	0.999**	7.5±4.5	0.798**
6-1 Yıl	11	7.7±5.8		9.3±4.5	
1-3 Yıl	13	7.6±5.6		8.1±6.4	
4 Yıl ve üzeri	9	6.7±4.9		7.4±5.3	
Hastalığın Evresi					
1 Evre	15	7.0±4.6	0.991**	6.8±4.6	0.714**
2 Evre	17	7.7±5.5		9.3±5.9	
3 Evre	4	6.5±3.4		7.0±5.5	
4 Evre	24	6.9±4.7		7.0±4.4	
Hastalığı Algılama Durumu					
Tedavi edilen bir hastalık	39	7.5±4.8	0.388*	7.7±5.1	0.663*
Kolay tedavi edilen bir hastalık	21	6.4±4.7		8.3±4.8	
Hastalığa Uyum Sağlama Durumu					
Evet	48	6.9±5.0	0.340*	7.9±5.2	0.993*
Hayır	12	8.0±3.3		8.0±4.3	
Kemoterapi Süresi					
0-6 Ay	32	6.7±4.0	0.661*	7.0±4.2	0.174*
6 Ay ve üzeri	28	7.7±5.4		9.0±5.6	
Kemoterapi Kür Sayısı					
0-6 Kür	27	6.9±4.6	0.479**	7.4±4.5	0.383**
6-12 Kür	10	8.4±4.6		9.7±4.6	
12-21 Kür	14	6.2±5.6		8.5±6.3	
21 Kür ve üzeri	9	7.8±4.1		6.8±4.8	
İlaç Tedavisine Hakkındaki Düşünce					
Tedavi edileceğime inanıyorum	34	6.7±5.3	0.291*	7.4±5.4	0.127*
Tedavi edecek ama çok yan etkisi var	26	7.7±3.9		8.7±4.3	
İlaç Tedavisine Uyum Sağlama Durumu					
Evet	43	7.0±5.0	0.464*	7.9±5.3	0.882*
Hayır	17	7.4±3.9		8.0±4.1	
Düzenli Sağlık Kontrolleri Yaptırma Durumu					
Evet	15	5.9±4.5	0.241*	6.8±5.1	0.406*
Hayır	45	7.6±4.8		8.3±4.9	
Kanser Tanısı Aldıktan Sonra Sigara Kullanma Durumu					
Evet	6	7.8±2.7	0.665*	9.0±2.9	0.466*
Hayır	54	7.1±4.9		7.8±5.2	

HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Anksiyete Skoru

HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Depresyon Skoru

* Mann-Whitney U Testi

** Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Tablo 9'da hastaların hastalık özellikleri ile anksiyete ve depresyon düzeyi karşılaştırılması görülmektedir. Hastalık özellikleri ile anksiyete ve depresyon düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 9)

Tablo 10. Hastaların Ağrı Özelliklerine Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=60)

	n	HAD-A Skoru		HAD-D Skoru	
		Ort±SD	P	Ort±SD	P
Ağrı Durumu					
Evet	40	8.4±4.6	0.002*	9.2±4.9	0.005*
Hayır	20	4.6±3.9		5.4±4.2	
<u>Ağrısı Olan (n=40)</u>					
Ağrı Başlama Zamanı					
6 Ay önce	20	9.6±4.8	0.277*	10.0±4.8	0.284*
6 Ay sonra	20	7.3±4.3		8.5±5.1	
Ağrı Nedenini Bilme Durumu					
Evet	13	8.3±5.2	0.954*	8.0±4.1	0.310*
Hayır	27	8.5±4.4		9.8±5.2	
Ağrının Sıklığı					
Sürekli	7	5.7±3.8	0.033*	7.1±4.9	0.029*
Ara sıra	33	7.6±5.0		8.5±5.0	
Ağrıyı Attıran Neden					
Var	12	9.5±4.2	0.235*	11.3±3.8	0.073*
Yok	28	8.0±4.8		8.3±5.1	
Ağrıyı Azaltan Neden					
Var	37	8.2±4.7	0.197*	9.4±4.9	0.236*
Yok	3	11.0±1.7		6.3±4.0	
Ağrının Yeri					
Vücut üst bölümü	32	8.3±4.7	0.529*	9.4±4.7	0.455*
Vücut alt bölümü	8	9.1±4.4		8.6±6.0	

HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Anksiyete Skoru

HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Depresyon Skoru

* Mann-Whitney U Testi

Tablo10’da hastaların ağrı özellikleri ile anksiyete ve depresyon düzeyleri karşılaştırılması görülmektedir. Ağrısı olan bireylerin anksiyete ve depresyon düzeyi puan ortalamaları ağrısı olmayan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p=0.002, p=0.005) (Tablo 10). Hastaların ağrı düzeyleri arttıkça anksiyete ve depresyon düzeyleride artmaktadır.

Ağrı sıklığı ara sıra olan bireylerin anksiyete ve depresyon düzeyi puan ortalamaları ağrı sıklığı sürekli olan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p=0.033, p=0.029) (Tablo 10). Hastaların ağrı sıklığı azaldıkça anksiyete ve depresyon düzeyleri artmaktadır.

AĞRI İLE ANKSİYETE VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 11. Hastaların GAS Ağrı Skorunun Anksiyete ve Depresyon Skoruna Göre Dağılımı (n=60)

	HAD-A				p	HAD-D				p
	10 ve Altı		11 ve Üzeri			7 ve Altı		8 ve Üzeri		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Ağrı Yok-Hafif	19	40.4	1	7.7		12	44.4	8	24.2	
Hafif-Orta Şiddetli	8	17.0	0	0.0		6	22.2	2	6.1	
Orta Şiddetli-Şiddetli	11	23.4	5	38.5	0.015*	5	18.5	11	33.3	0.058*
Şiddetli-Çok Şiddetli	6	12.8	3	23.1		3	11.1	6	18.2	
Çok Şiddetli-Dayanılmaz	3	6.4	4	30.8		1	3.7	6	18.2	

GAS: Görsel Analog Skala

HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Anksiyete Skoru

HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Depresyon Skoru

* Ki-Kare Testi

Tablo 11’de hastaların GAS ağrı skoru ile anksiyete ve depresyon düzeyleri eşik değerleri karşılaştırılması görülmektedir. Hastaların GAS skoru ağrı şiddeti ile anksiyete eşik değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.015$) (Tablo 11). Hastaların GAS skoru ağrı şiddeti ile depresyon düzeyleri eşik değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 11) Ağrı düzeyi yüksek olan hastaların anksiyete eşik değeri üstü 11 ve üzeri, ağrı düzeyi düşük olan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 12. Hastaların FPS Ağrı Skorunun Anksiyete ve Depresyon Skoruna Göre Dağılımı (n=60)

	HAD-A				p	HAD-D				p
	10 ve Altı		11 ve Üzeri			7 ve Altı		8 ve Üzeri		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Ağrım Yok	19	40.4	1	7.7		11	40.7	9	27.3	
Biraz Ağrı	8	17.0	0	0.0		6	22.2	2	6.1	
Biraz Daha Fazla	12	25.5	5	38.5	0.011*	6	22.2	11	33.3	0.079*
Daha Fazla	4	8.5	1	7.7		3	11.1	2	6.1	
Oldukça Fazla	3	6.4	5	38.5		1	3.7	7	21.2	
En Şiddetli	1	2.1	1	7.7		0	0.0	2	6.1	

FPS: Wong-Baker Ağrı Skalası

HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Anksiyete Skoru

HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Depresyon Skoru

* Ki-Kare Testi

Tablo 12’de hastaların FPS ağrı skoru ile anksiyete ve depresyon düzeyleri eşik değeri karşılaştırılması görülmektedir. Hastaların FPS skoru ağrı şiddeti ile anksiyete eşik değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.011) (Tablo 12). Hastaların FPS ağrı skoru şiddeti ile depresyon düzeyleri eşik değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 12). Ağrı düzeyi fazla olan hastaların anksiyete düzeyi eşik değer üstü 11 ve üzeri, diğer ağrı düzeylerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 13. Akciğer Kanseri Hastalarda Ağrı ile Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi (n=30)

	GAS	FPS
HAD-A		
r	0.343	0.343
p	0.063	0.064
HAD-D		
r	0.497	0.560
p	0.005*	0.001*

GAS: Görsel Analog Skala

FPS: Wong-Baker Ağrı Skalası

HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Anksiyete Skoru

HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Depresyon Skoru

* Spearman's Korelasyon Analizi

Tablo 13'de akciğer kanseri tanısı alan hastalarda ağrı ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin karşılaştırması görülmektedir. Ağrı ile depresyon düzeyleri arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Akciğer kanserli hastaların ağrı düzeyi arttıkça depresyon düzeyi de artmaktadır (r=0.343; p>0.05, r=0.343; p>0.05, r=0.497; p=0.005, r=0.560; p=0.001; sırasıyla) (Tablo 12).

Tablo 14. Meme Kanserli Hastalarda Ağrı ile Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi (n=30)

	GAS	FPS
HAD-A		
r	0.755	0.738
p	<0.001*	<0.001*
HAD-D		
r	0.561	0.581
p	0.001*	0.001*

GAS: Görsel Analog Skala

FPS: Wong-Baker Ağrı Skalası

HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Anksiyete Skoru

HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Depresyon Skoru

* Spearman's Korelasyon Analizi

Tablo 14'de meme kanseri tanısı alan hastalarda ağrı ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin karşılaştırması görülmektedir. Ağrı ile anksiyete ve depresyon arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Meme kanserli hastaların ağrı düzeyi arttıkça anksiyete ve depresyon düzeyi de artmaktadır ($r=0.755$; $p<0.001$, $r=0.738$; $p<0.001$, $r=0.561$; $P=0.001$, $r=0.581$; $p=0.001$; sırasıyla) (Tablo 14).

Tablo 15. Hastaların Ağrı ile Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi (n=60)

	GAS	FPS
HAD-A		
r	0.551	0.542
p	<0.001*	<0.001*
HAD-D		
r	0.524	0.567
p	<0.001*	<0.001*

GAS: Görsel Analog Skala

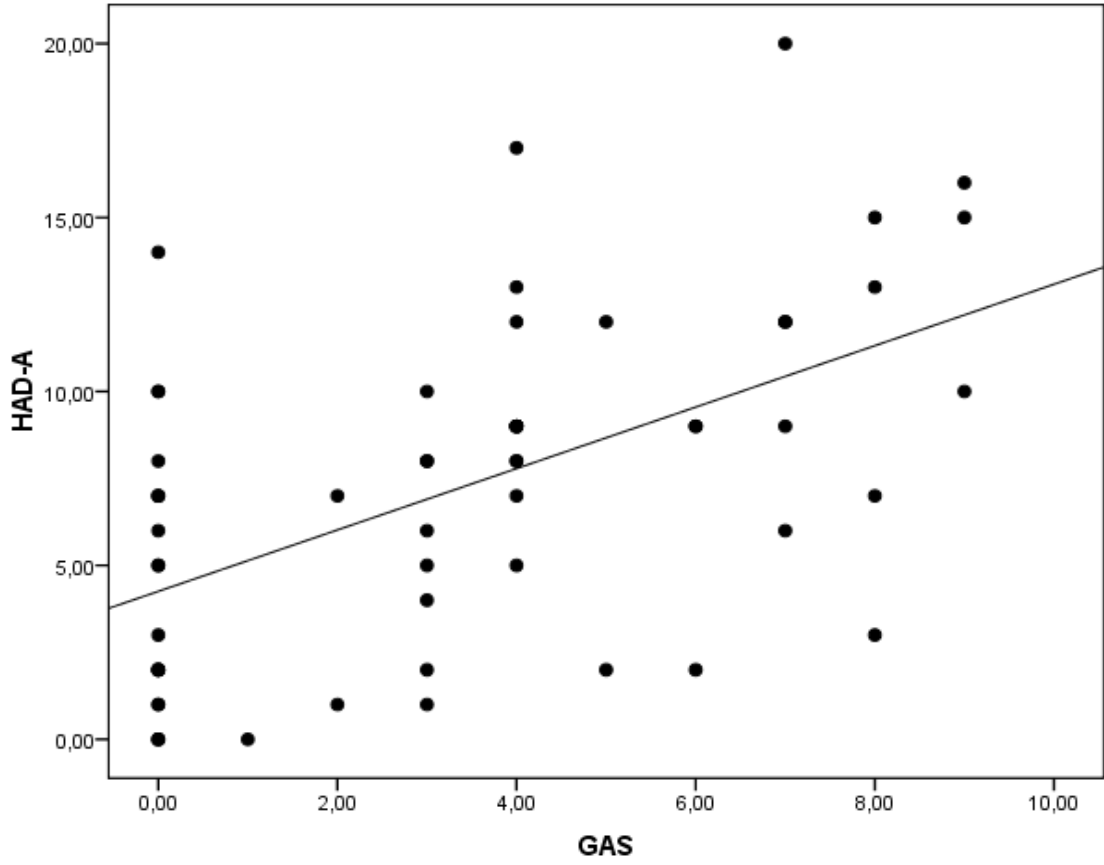
FPS: Wong-Baker Ağrı Skalası

HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Anksiyete Skoru

HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Depresyon Skoru

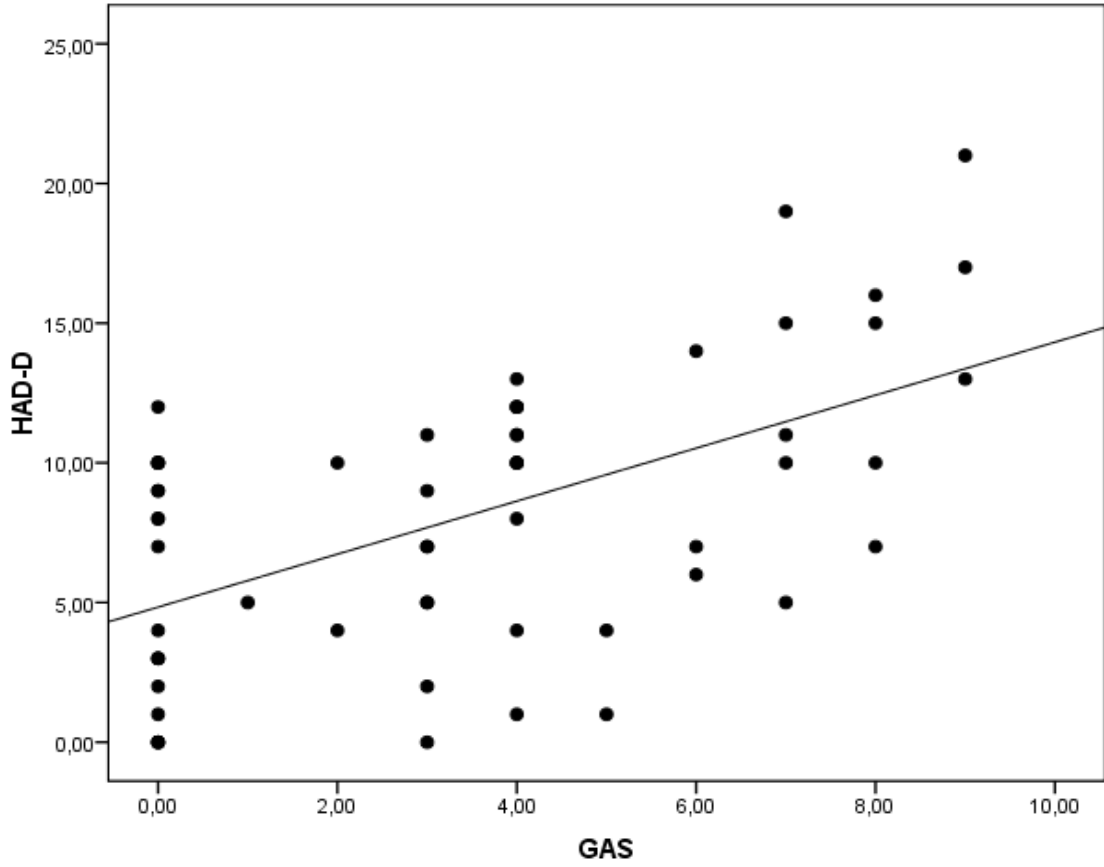
* Spearman's Korelasyon Analizi

Tablo 15'de hastaların ağrı ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin karşılaştırması görülmektedir. Ağrı ile anksiyete ve depresyon arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastaların ağrı düzeyi arttıkça anksiyete ve depresyon düzeyi de artmaktadır (r=0.551; p<0.001, r=0.542; p<0.001, r=0.524; p<0.001, r=0.567; p<0.001; sırasıyla) (Tablo 15).



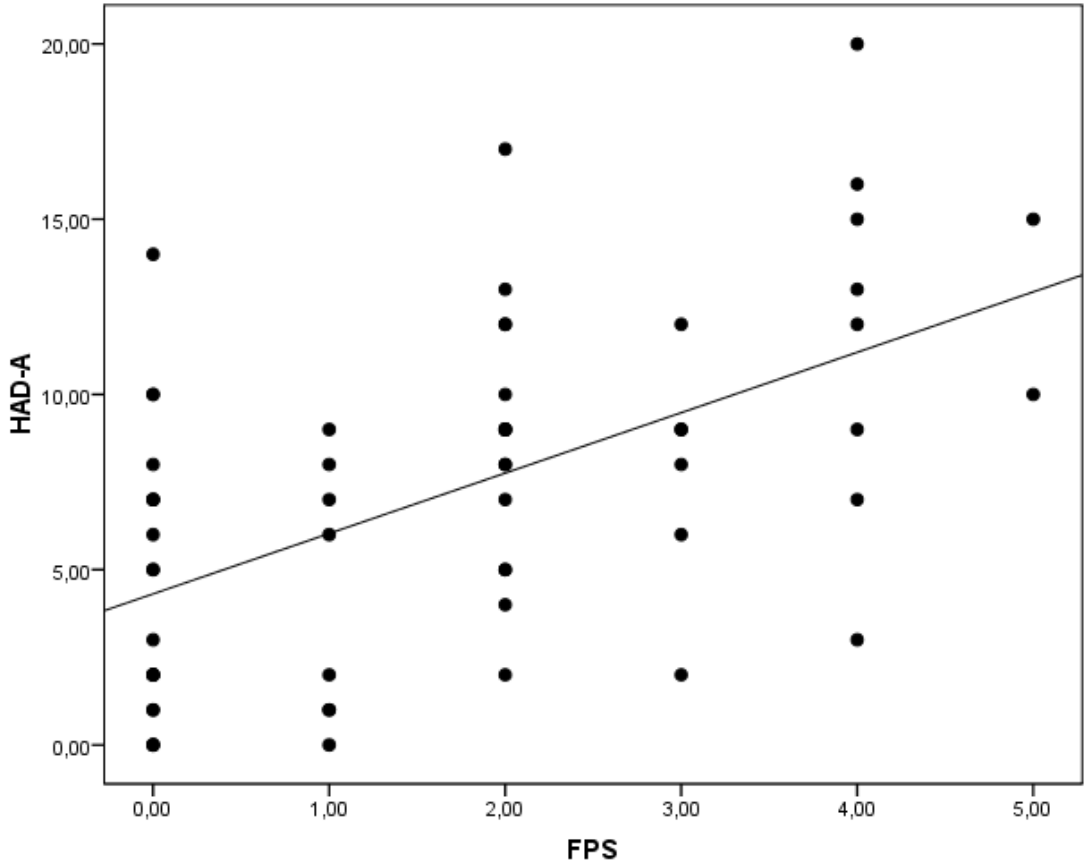
Şekil 10. Hastaların HAD-A ile GAS Ağrı Skoru İlişki Grafiği (n=60)

Şekil 10'da hastaların anksiyete düzeyi ile GAS ağrı düzeyi arasındaki ilişkinin karşılaştırılması görülmektedir. Hastaların anksiyete ve ağrı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kanserli hastaların anksiyete düzeyi arttıkça ağrı düzeyleri de artmaktadır.



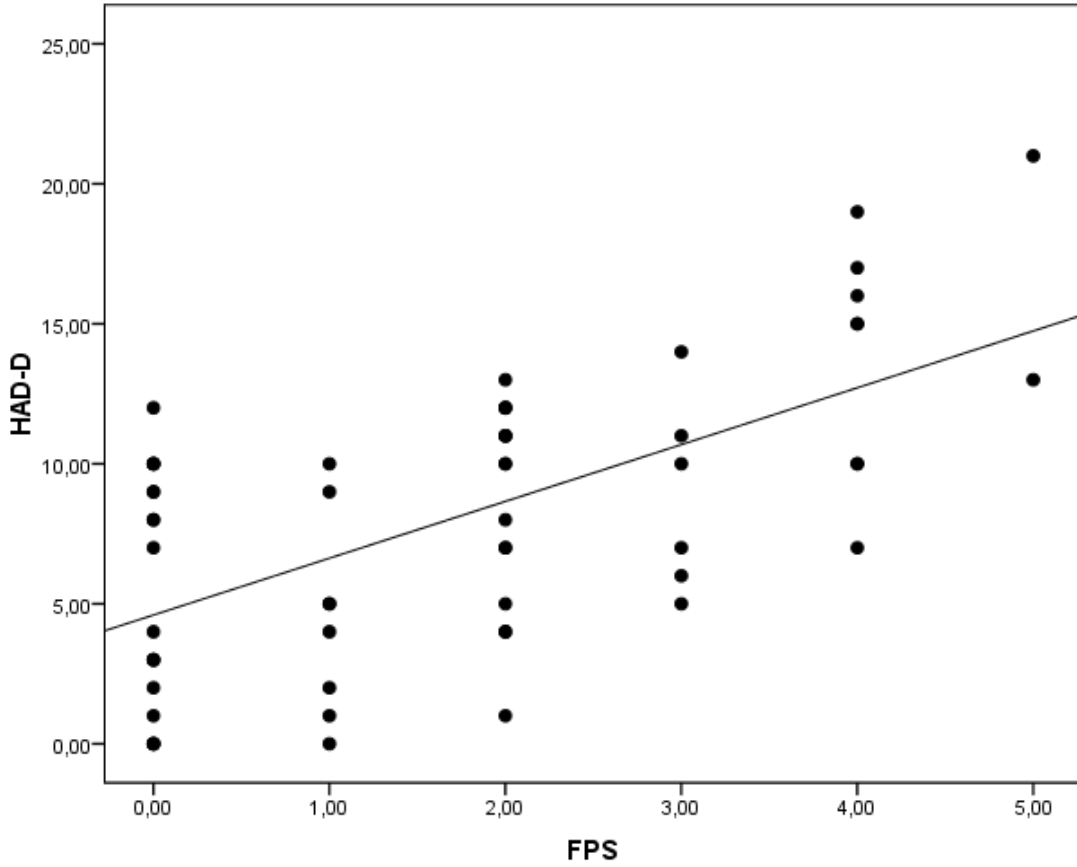
Şekil 11. Hastaların HAD-D ile GAS Ağrı Skoru İlişki Grafiği (n=60)

Şekil 11’de hastaların depresyon düzeyi ile GAS ağrı düzeyi arasındaki ilişkinin karşılaştırılması görülmektedir. Hastaların depresyon ve ağrı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kanserli hastaların depresyon düzeyi arttıkça ağrı düzeyleri de artmaktadır.



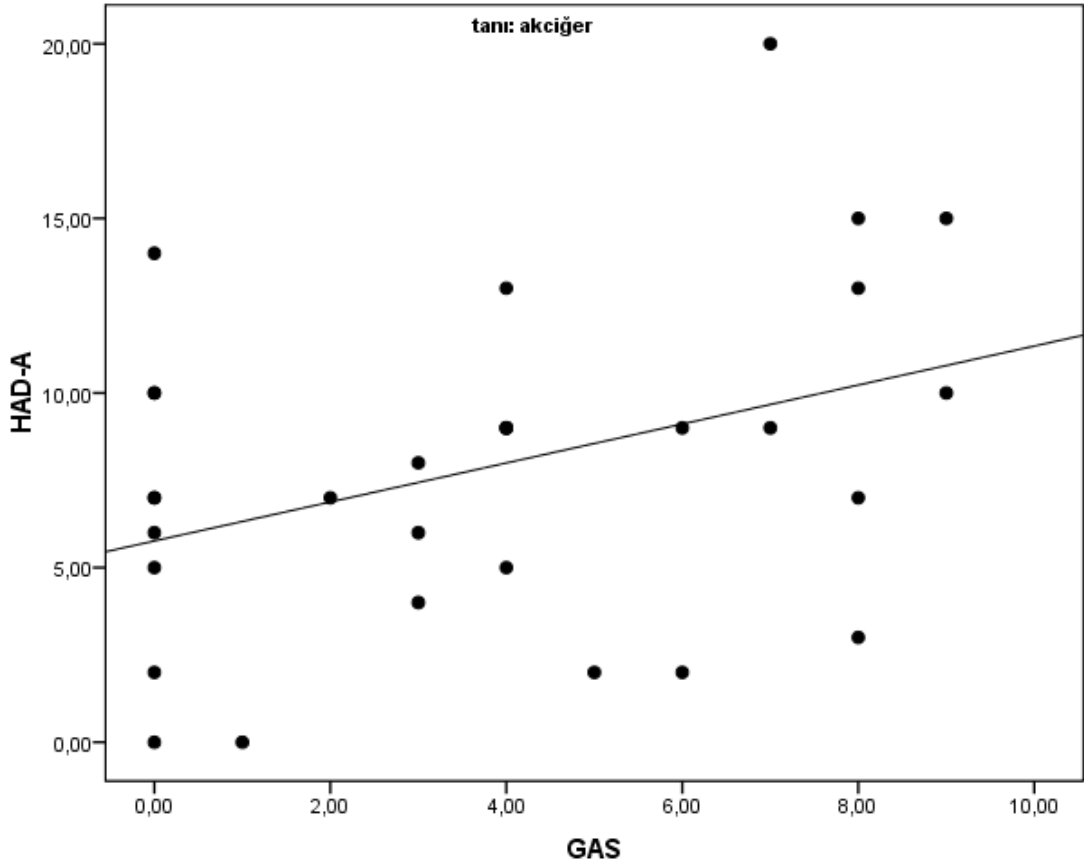
Şekil 12. Hastaların HAD-A ile FPS Ağrı Skoru İlişki Grafiği (n=60)

Şekil 12’de hastaların anksiyete düzeyi ile FPS ağrı düzeyi arasındaki ilişkinin karşılaştırılması görülmektedir. Hastaların anksiyete ve ağrı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kanserli hastalarda anksiyete düzeyi arttıkça ağrı düzeyleri de artmaktadır.



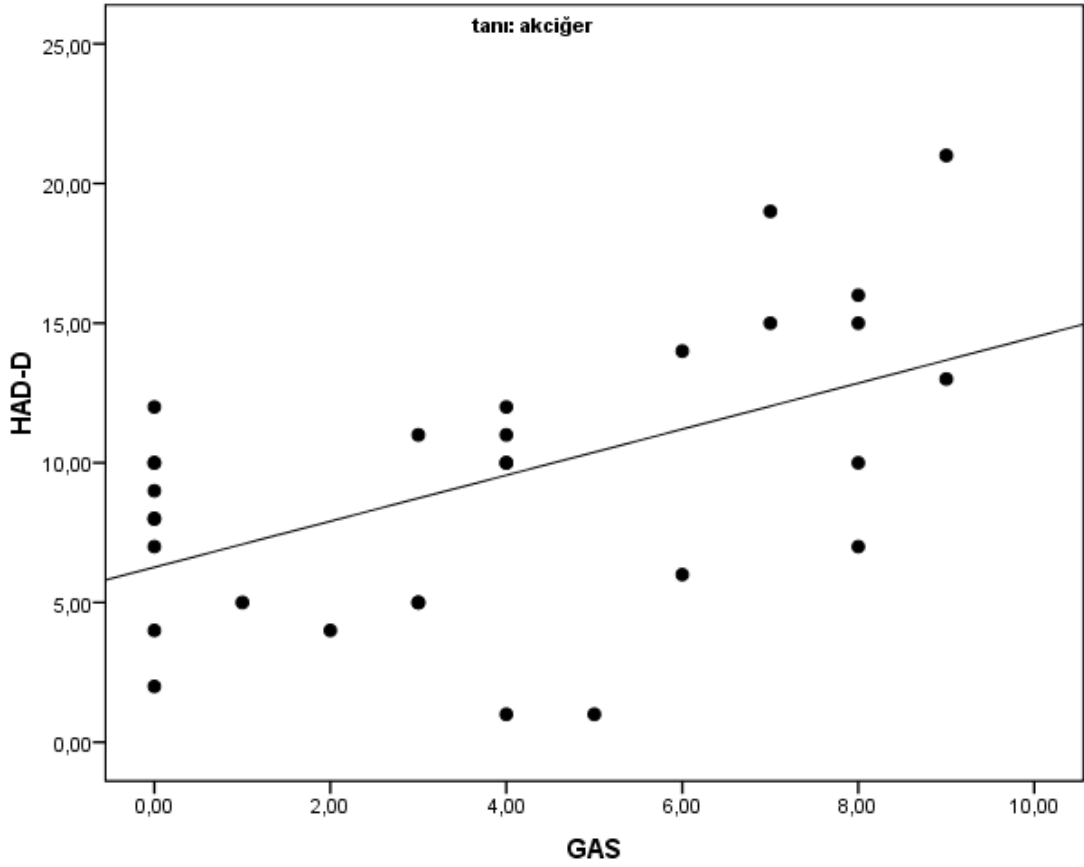
Şekil 13. Hastaların HAD-D ile FPS Ağrı Skoru İlişki Grafiği (n=60)

Şekil 13’de hastaların depresyon düzeyi ile FPS ağrı düzeyi arasındaki ilişkinin karşılaştırılması görülmektedir. Hastaların depresyon ve ağrı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kanserli hastalarda depresyon düzeyi arttıkça ağrı düzeyleri de artmaktadır.



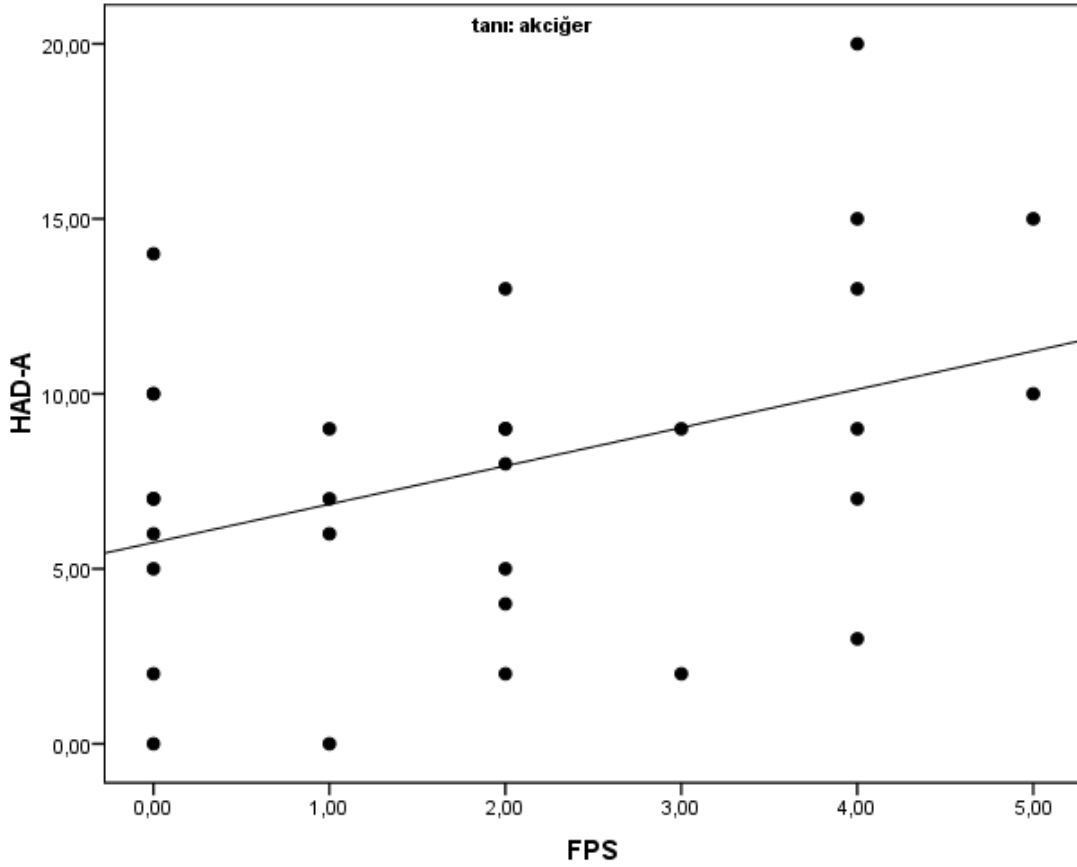
Şekil 14. Akciğer Kanserli Hastaların HAD-A ile GAS Ağrı Skoru İlişki Grafiği (n=30)

Şekil 14’de akciğer kanseri tanısı alan hastaların anksiyete düzeyi ile GAS ağrı düzeyi arasındaki ilişkinin karşılaştırılması görülmektedir. Hastaların anksiyete ve ağrı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Akciğer kanserli hastaların anksiyete düzeyi arttıkça ağrı düzeyleri de artmaktadır.



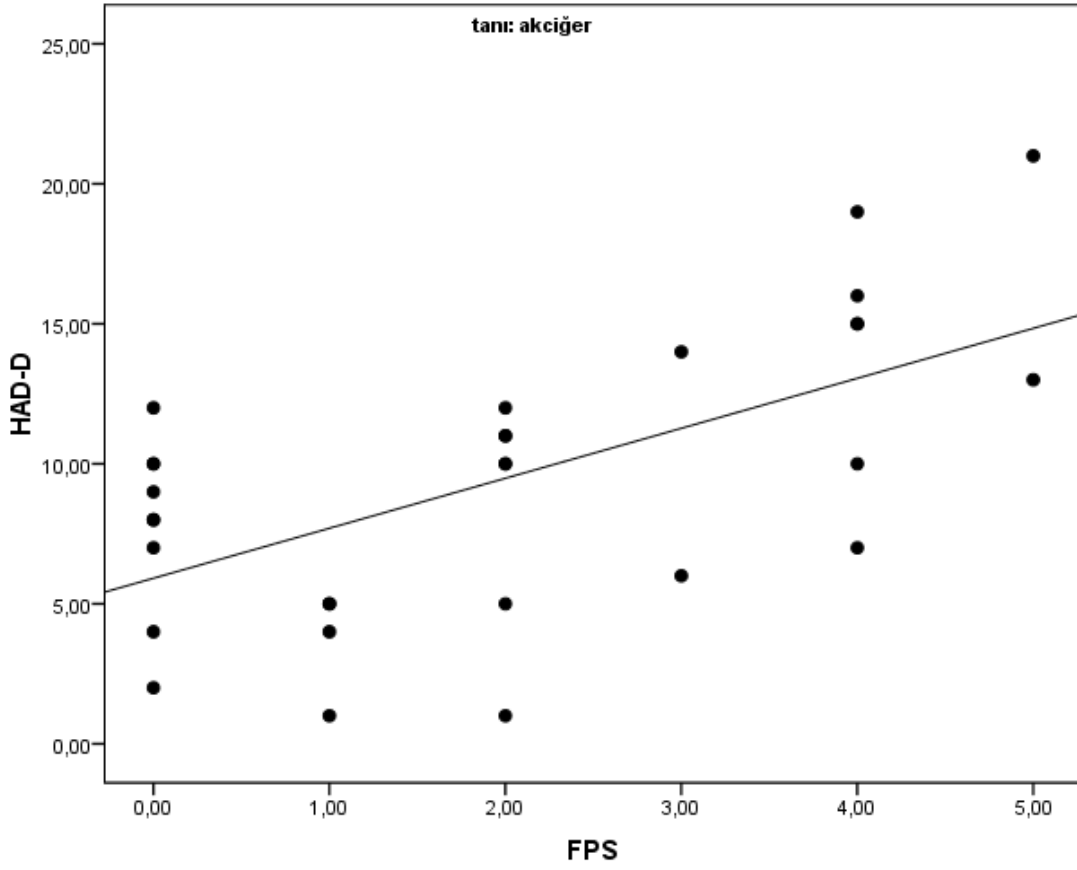
Şekil 15. Akciğer Kanserli Hastaların HAD-D ile GAS Ağrı Skoru İlişki Grafiği (n=30)

Şekil 15’de akciğer kanseri tanısı alan hastaların depresyon düzeyi ile GAS ağrı düzeyi arasındaki ilişkinin karşılaştırılması görülmektedir. Hastaların depresyon ve ağrı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Akciğer kanserli hastaların depresyon düzeyi arttıkça ağrı düzeyleri de artmaktadır.



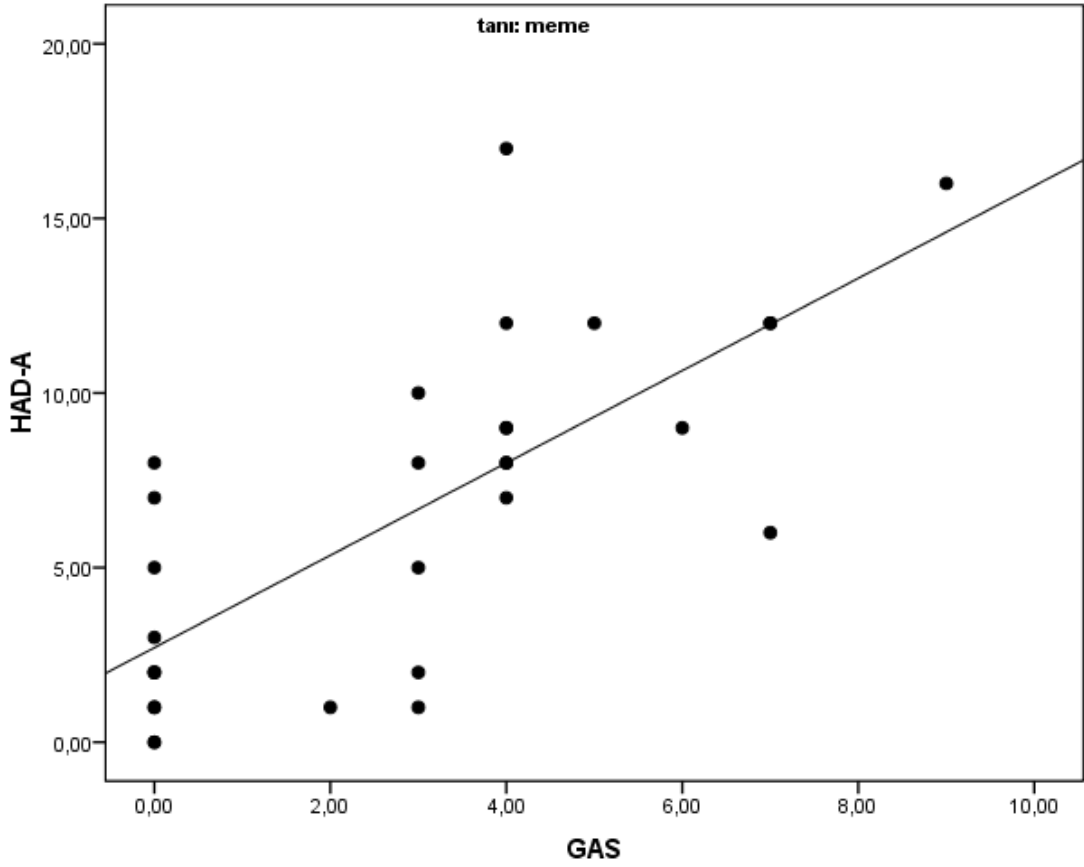
Şekil 16. Akciğer Kanserli Hastaların HAD-A ile FPS Ağrı Skoru İlişki Grafiği (n=30)

Şekil 16’da akciğer kanseri tanısı alan hastaların anksiyete düzeyi ile FPS ağrı düzeyi arasındaki ilişkinin karşılaştırılması görülmektedir. Hastaların anksiyete ve ağrı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Akciğer kanserli hastaların anksiyete düzeyi arttıkça ağrı düzeyleri de artmaktadır.



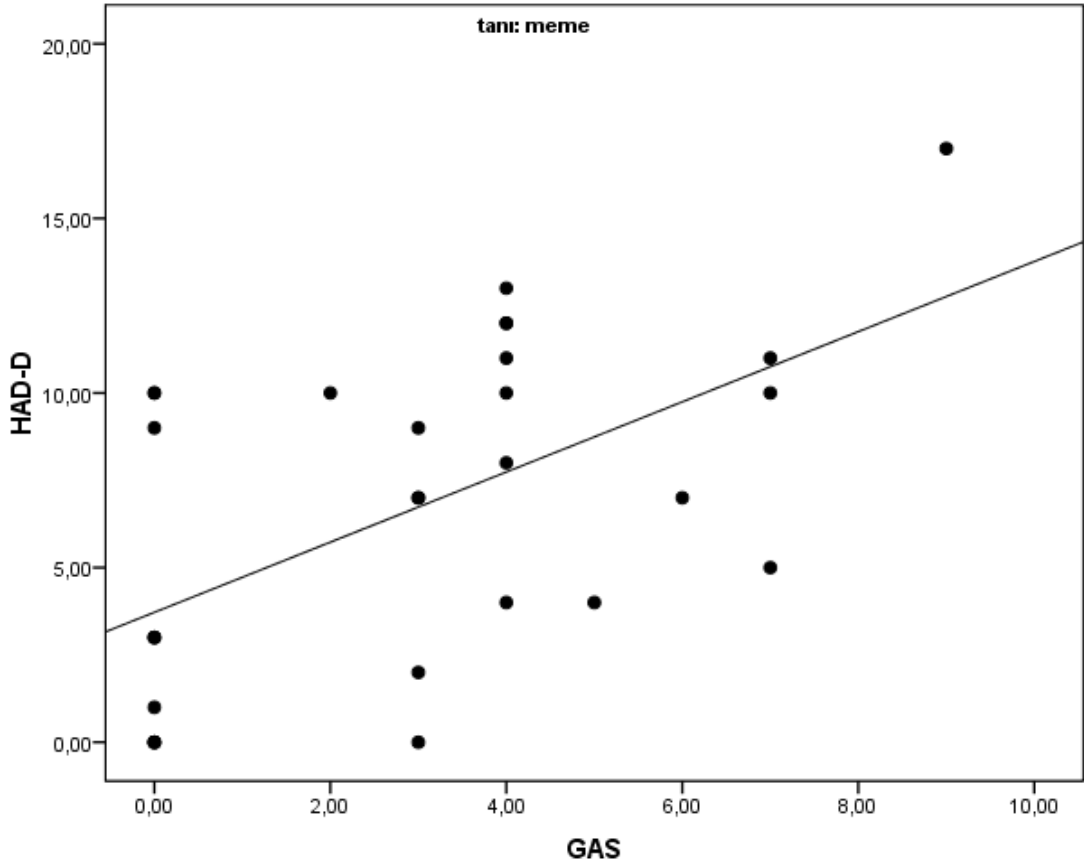
Şekil 17. Akciğer Kanserli Hastaların HAD-D ile FPS Ağrı Skoru İlişki Grafiği (n=30)

Şekil 17’de akciğer kanseri tanısı alan hastaların depresyon düzeyi ile FPS ağrı düzeyi arasındaki ilişkinin karşılaştırılması görülmektedir. Hastaların depresyon ve ağrı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Akciğer kanserli hastaların depresyon düzeyi arttıkça ağrı düzeyleri de artmaktadır.



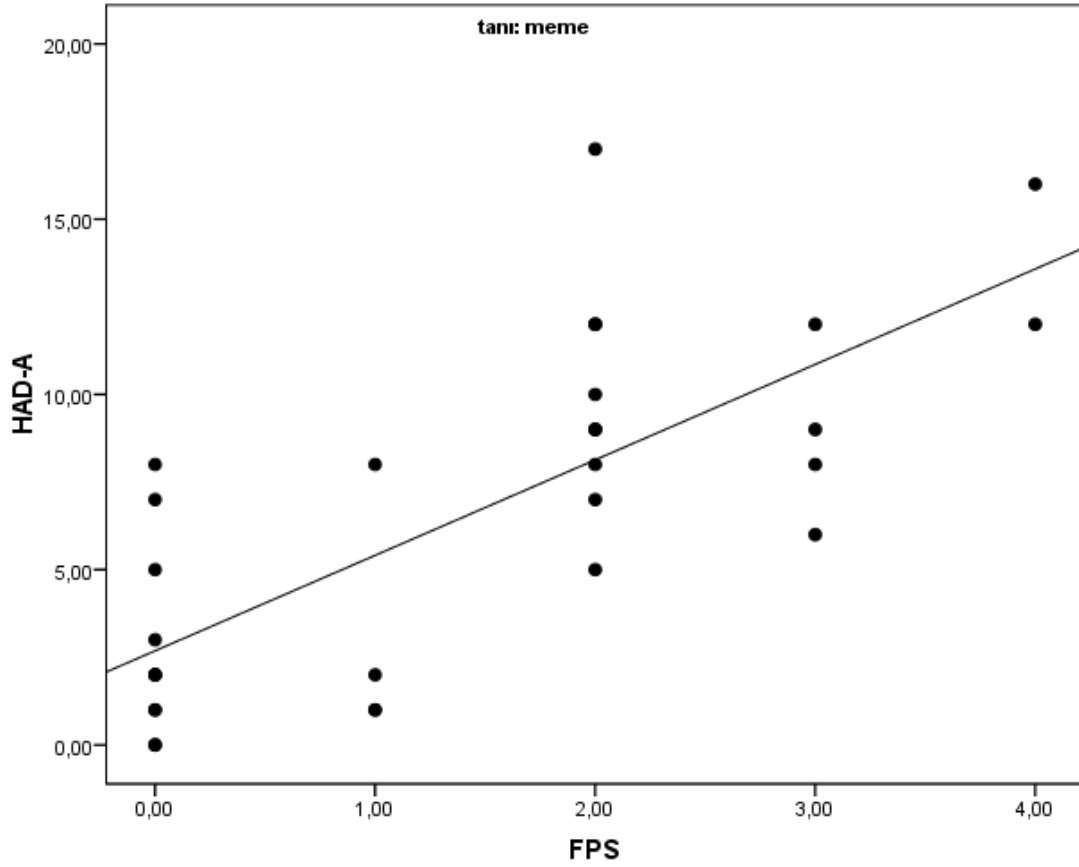
Şekil 18. Meme Kanseri Hastaların HAD-A ile GAS Ağrı Skoru İlişki Grafiği (n=30)

Şekil 18’de meme kanseri tanısı alan hastaların anksiyete düzeyi ile GAS ağrı düzeyi arasındaki ilişkinin karşılaştırılması görülmektedir. Hastaların anksiyete ve ağrı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Meme kanserli hastaların anksiyete düzeyi arttıkça ağrı düzeyleri de artmaktadır.



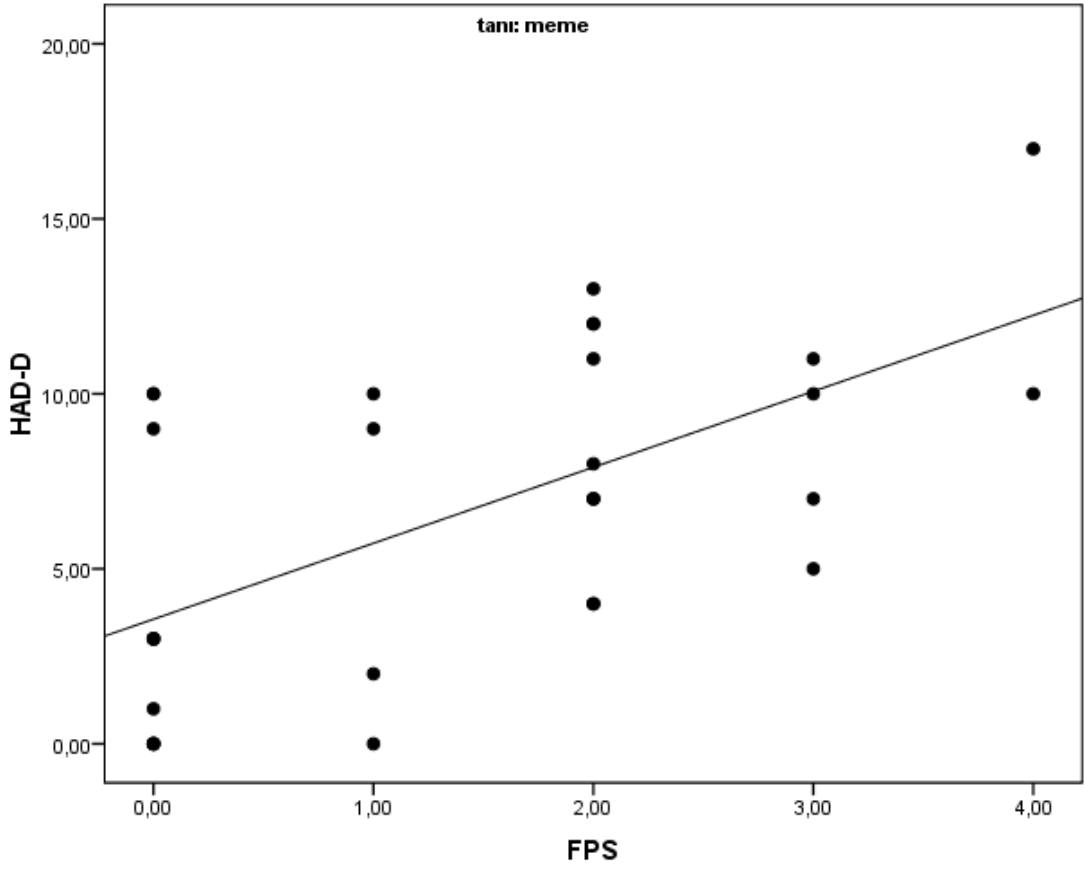
Şekil 19. Meme Kanserli Hastaların HAD-D ile GAS Ağrı Skoru İlişki Grafiği (n=30)

Şekil 19’da meme kanseri tanısı alan hastaların depresyon düzeyi ile GAS ağrı düzeyi arasındaki ilişkinin karşılaştırılması görülmektedir. Hastaların depresyon ve ağrı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Meme kanserli hastaların depresyon düzeyi arttıkça ağrı düzeyleri de artmaktadır.



Şekil 20. Meme Kanserli Hastaların HAD-A ile FPS Ağrı Skoru İlişki Grafiği (n=30)

Şekil 20’de meme kanseri tanısı alan hastaların anksiyete düzeyi ile FPS ağrı düzeyi arasındaki ilişkinin karşılaştırılması görülmektedir. Hastaların anksiyete ve ağrı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Meme kanserli hastaların anksiyete düzeyi arttıkça ağrı düzeyleri de artmaktadır.



Şekil 21. Meme Kanserli Hastaların HAD-D ile FPS Ağrı Skoru İlişki Grafiği (n=30)

Şekil 21’de meme kanseri tanısı alan hastaların depresyon düzeyi ile FPS ağrı düzeyi arasındaki ilişkinin karşılaştırılması görülmektedir. Hastaların depresyon ve ağrı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Meme kanserli hastaların anksiyete düzeyi arttıkça ağrı düzeyleri de artmaktadır.

TARTIŞMA

Araştırma; kemoterapi gören kanserli hastalarda ağrı ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi incelemek, bunları etkileyen faktörleri belirlemek ve kanserli hastaların hemşirelik bakım gereksinimlerini belirlemede rehber olacak öneriler geliştirmek amacıyla Trakya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Merkezi Onkoloji Kliniğinde yatarak kemoterapi gören, akciğer ve meme kanseri tanısı almış 60 hasta üzerine yapılmıştır.

Tartışma aşağıdaki bölümler halinde sunulmuştur;

- Bireysel özellikler ve hastalığa ilişkin özellikler,
- Ağrı ile ilgili özellikler,
- Anksiyete ve depresyona ilişkin özellikler,
- Ağrı ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin karşılaştırılması şeklinde dört başlık altında gösterilmiştir.

KİŞİSEL VE HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLER

Araştırma kapsamına göre akciğer kanserli hastaların yaş ortalaması 57.4 ± 10.3 olup, hastaların %60'ının 50 yaş ve üzeri, %96.7'sinin erkek, %90'ının lise'nin altı eğitim düzeyine sahip, %100'ünün evli, %50'sinin SKK'lı, %46.7'sinin 500 ve altı aylık gelire sahip, %83.3'ünün çekirdek aile yapısında, %83.3'ünün 0-3 çocuk sahibi, %13.3'ünün çalışmadığı saptanırken, meme kanserli hastaların yaş ortalaması 54.3 ± 11.5 olup, hastaların %70'inin 50 yaş ve üzeri, %96.7'sinin kadın, %90'ının lise'nin altı eğitim düzeyine sahip, %96.7'sinin evli, %30'unun EMS'li, %63.3'sinin 500 ve altı aylık gelire sahip, %90'ının çekirdek aile yapısında, %90'ının 0-3 çocuk sahibi, %100'nün çalışmadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Araştırma kapsamına göre akciğer kanserli hastaların hastalığının %63.3'ünün 0-6 ayda teşhis edildiği, %36.7'sinin 4. evre olduğu, %56.7'sinin akciğer kanserini tedavi edilebilen bir hastalık olarak gördüğü, %80'inin hastalığa uyum sağladığı, %70'inin 0-6 ay süre ile ilaç tedavisi gördüğü, %46.7'sinin 0-6 kür ilaç tedavisi gördüğü, %66.7'sinin ilaçların tedavi edeceğine inandığı, %73.3'ünün ilaç tedavisine uyum sağladığı, %86.7'sinin düzenli sağlık kontrollerini yaptırmadığı, %86.7'sinin kanser tanısı aldıktan sonra sigara kullanmadığı saptanırken; meme kanserli hastaların hastalığının %30'unun 0-6 ayda teşhis edildiği, %43.3'ünün 4. evre olduğu, %73.3'ünün meme kanserini tedavi edilebilen bir hastalık olarak gördüğü, %80'inin hastalığa uyum sağladığı, %63.3'ünün 0-6 ay ve üzeri ilaç tedavisi gördüğü, %43.3'ünün 0-6 kür ilaç tedavisi gördüğü, %46.7'sinin ilaçların tedavi edeceğine inandığı, %70'inin ilaç tedavisine uyum sağladığı, %63.3'ünün düzenli sağlık kontrollerini yaptırmadığı, %93.3'ünün sigara kullanmadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

AĞRI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

Araştırma kapsamına göre akciğer kanserli hastaların %70'inin ağrısının olduğu, %61.9'unun ağrısının teşhisten 6 ay sonra başladığı, %76.2'sinin ağrı nedenini bilmediği, %81'inin ara sıra ağrısının olduğu, %76.2'sinin ağrıyı artıran nedeni olmadığı, %100'ünün ağrıyı azaltan nedeni olduğu, %81'inin vücut üst bölümünde ağrısının olduğu belirlenmiştir. Meme kanserli hastaların %63.3'ünün ağrısının olduğu, %63.2'sinin ağrısının teşhisten 6 ay önce başladığı, %57.9'unun ağrı nedenini bilmediği, %84.2'sinin ara sıra ağrısının olduğu, %63.2'sinin ağrıyı artıran nedeni olmadığı, %84.2'sinin ağrıyı azaltan nedeni olduğu, %78.9'unun vücut üst bölümünde ağrısının olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Kuuppelomaki'nin (147) hemşirelerin terminal dönmedeki hastalarda ağrı problemini değerlendirdiği çalışmasında hastaların %62'sinin sürekli ağrısının olduğu bulunmuştur. Yılmaz'ın (148) ileri evre kanserli hastalarında bilgilendirme odaklı ağrı ile depresyonun değerlendirildiği çalışmasında hastaların %54.5'inin ağrıyı arttıran nedenin var olduğu, %22'sinin vücut üst bölümünde, %42.9'unun vücut alt bölümünde ağrısının olduğunu ifade ettikleri belirtilmiştir.

Çalışmamızdaki hastalarda ağrının varlığının yüksek oranlarda görülmesini kanser hastalarında ağrının en sık görülen semptomlar arasında olmasından kaynaklandığını söyleyebiliriz.

Araştırma kapsamına göre akciğerli kanserli hastaların; GAS (Görsel Analog Skala), FPS (Wong-Baker Ağrı Skala) ağrı düzeyleri puan ortalaması sırasıyla 3.7 ± 3.2 , 1.9 ± 1.7 , meme kanserli hastaların ise GAS, FPS ağrı düzeyleri puan ortalaması sırasıyla 2.8 ± 2.6 , 1.4 ± 1.3 olarak bulunmuştur (Tablo 4). GAS puan aralığının (0-10), FPS puan aralığının (0-5) olduğu ve puan arttıkça ağrının arttığı düşünülürse çalışmamızda akciğer ve meme kanserli hastaların GAS ağrı skorları düşük, FPS ağrı skorları orta düzeyde, meme kanserli hastaların GAS ve FPS ağrı skorları düşük düzeyde bulunmuştur. Akciğer kanserli hastaların ağrı düzeylerinin meme kanserli hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak akciğer ve meme kanserli hastaların GAS ve FPS ağrı düzeyleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4).

Stephenson ve ark.'larının (149) kanserde ağrı ve anksiyetede gevşeme tekniklerini değerlendirdikleri çalışmalarında VAS ağrı düzeyi puan ortalaması 3.2 ± 3.1 olarak bulunmuştur. Shannon ve ark.'larının (150) ileri evre ve kanser hastalarında ağrı düzeylerini değerlendirdikleri çalışmalarında FPS ağrı düzeyi puan ortalaması 3.3 ± 1.1 olarak bulunmuştur. Greenwald ve ark.'larının (151) kanser hastalarında ağrı yaygınlığını değerlendirdikleri çalışmalarında akciğer kanserli hastalarda ağrı semptomunun en sık ve en şiddetli görülen semptomlar arasında olduğu belirtilmiştir. Yılmaz'ın (148) çalışmasında akciğer kanserli hastaların ağrı düzeyinde meme kanserli hastalara göre artma olduğu bildirilmiştir.

İstatistiksel olarak ağrı düzeyi puan ortalamalarında anlamlılık olmamasına rağmen akciğer kanserli hastaların puan ortalamaları meme kanserli hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Akciğer kanserli hastaların ağrı düzeyinin daha kötü olması tedavi süresi, hastaların psikososyal sorunları, hastalığın klinik evresi nedeniyle olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda GAS ve FPS ağrı düzeyleri puan ortalamaları ile yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, aylık gelir, aile tipi, çocuk sayısı ve çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4).

Lin ve ark.'larının (152) kanserde umut ile ağrı düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmalarında ağrı düzeyine cinsiyetin etkili rolü olduğu bildirilmiştir. Bıkmaz'ın (153) lösemili hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirildiği çalışmasında çocuk sayısı ile ağrı düzeyi arasında negatif korelasyon bulunmuş, çocuk sayısı azaldıkça ağrı semptomunda azalma olduğu belirtilmiştir.

Hastalık ile ilgili özellikler ile ağrı düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında ilaç tedavisine uyum sağlama durumu ile ağrı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İlaç tedavisine uyum sağlayamayan hastaların ağrı düzeyleri ilaç tedavisine uyum sağlayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5).

Sadırlı'nın (27) kanserli hastalarda semptom kontrolünü değerlendirdiği çalışmasında hastalık özellikleri ile ağrı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bıkmaz'ın (153) çalışmasında hastalık ile ilgili özellikler ile ağrı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde ilaçların tedavi edecek ama çok yan etkisi var şeklinde düşünen grubun ağrı düzeyinin daha kötü olduğu belirtilmiştir. Aslan ve ark.'larının (12) kemoterapi alan kanserli hastalarda verilen eğitim kemoterapi semptomlarına etkisinin araştırıldığı çalışmalarında hastaların hastalık hakkındaki bilgi düzeylerinin ağrı düzeyinde anlamlı azalmaya neden olduğu ve kemoterapi tedavisine uyum sağlayan hastaların başta ağrı olmak üzere pek çok semptomunda azalma görüldüğü belirtilmiştir.

Akciğer ve meme kanserli hastaların kanser tedavisine uyum sağlama durumunun hastaların ağrı düzeyleri üzerinde olumlu etkileri olduğu düşünülmektedir. Literatürde de kanser tedavi sürecinin ağrıyı etkileyen faktör olduğu belirtilmiştir.

Hastalığın klinik evresi ile ağrı algılamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 6). Akciğer kanserinde 2.evrede, meme kanserinde 1.evrede GAS ve FPS ağrı skorlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Lin ve ark.'larının (152) çalışmasında ise ağrı düzeyine hastalığın evresinin etkili olduğu bulunmuştur. Songür ve ark.'larının (154) ileri evre akciğer kanser hastalarında depresyon düzeyini değerlendirdikleri çalışmalarında hastalığın klinik seyrinin ağrı düzeylerini etkilediği bulunmuştur.

Ağrı durumunun hastalığın klinik evresini etkilememesini vaka sayısının az olmasına ve ağrının varlığının kanser evrelerine göre değişiklik göstermesine bağlı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda ağrı özellikleri ile ağrı düzeyleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo7). Ağrısı ara sıra olan hastaların ağrı düzeyleri ağrısı sürekli olan hastalara göre daha yüksektir.

Çalışmamızda GAS ve FPS ağrı skorları ile ağrı başlama zamanı, ağrı nedenini bilme durumu, ağrıyı arttıran ve azaltan nedenlerin durumu ve ağrı yeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 7). Ağrısı olan kanserli hastaların ağrı skorlarının yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Ara sıra ağrı yaşayan kanserli hastaların sürekli ağrı yaşayanlara göre ağrı algılamasının daha kötü olmasını ağrı algılama şiddetine bağlı olduğu söylenebilir.

Lin ve ark.'larının (152) çalışmalarında ağrı sıklığının ağrı düzeyi üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir.

Genel olarak değerlendirmede ağrı lokalizasyonunun en fazla vücut üst bölümünde olduğu görülmektedir. Ağrıyı arttıran ve azaltan nedenlerin varlığı ise ağrı düzeyini yükselttiği bulunmuştur.

Özbek ve ark.'larının (155) kanser ağrısı nedeniyle başvuran hastaların retrospektif değerlendirildiği çalışmalarında hastaların ağrı lokalizasyonunun en belirgin olduğu bölgenin abdominal bölge olduğu bulunmuştur. Yılmaz'ın (148) çalışmasında ağrı düzeyini arttıran faktörlerin azaltan faktörlere oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ağrı lokalizasyonunun vücut üst bölümünde görülmesini araştırmamızda seçtiğimiz kanser tanılarına bağlı olduğu düşünülmektedir.

ANKSİYETE VE DEPRESYON İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

Akciğer kanserli hastaların HAD-A (Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Anksiyete Skoru) skoru 7.8 ± 4.7 , HAD-D (Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Depresyon Skoru) skoru 9.3 ± 5.0 , meme kanserli hastaların HAD-A skoru 6.7 ± 4.7 , HAD-D skoru 6.6 ± 4.7 olarak bulunmuştur (Tablo 8). Akciğer kanserli hastaların HAD-A skoru eşik değerinin altında düşük, HAD-D skoru eşik değerinin altında yüksek, meme kanserli hastaların HAD-A ve HAD-D skorları eşik değerinin altında düşük olduğu görülmektedir (Tablo 8).

Beser ve Öz'ün (126) kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmalarında HAD-A skoru 8.0 ± 4.8 , HAD-

D skoru 7.8 ± 5.1 olarak bulunmuştur. Payne ve ark.'larının (135) meme kanserli hastalarda anksiyete ve depresyonu düzeylerini değerlendirdikleri çalışmalarında HAD-A skoru 9.6 ± 6.4 , HAD-D skoru 3.4 ± 3.2 olarak bulunmuştur. Rodgers ve ark.'larının (156) meme kanserli hastalarda HADS skorlarının özelliklerinin değerlendirildiği çalışmalarında HAD-A skoru 7.3 ± 3.9 , HAD-D skoru 3.1 ± 3.7 olarak belirtilmiştir.

Çalışmamızda HAD-A düzeyi puan ortalamaları akciğer ve meme kanserinde düşük düzeyde, HAD-D düzeyi puan ortalamaları akciğer kanserinde yüksek meme kanserinde ise düşük düzeyde olduğu bulunmuştur.

Klinik tanı ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmamışken, depresyon düzeyi ile anlamlı bir fark bulunmuştur. Meme kanserli hastalara göre akciğer kanserli hastalarda depresyon görüldüğü belirlenmiştir (Tablo 8).

Yılmaz'ın (148) çalışmasında depresyon düzeyi meme kanserine oranla akciğer kanserinde daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Esmen ve ark.'larının (121) akciğer kanserli hastalarda tanıyı bilme ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmalarında anksiyete düzeyi ile tanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bulotiene ve ark.'larının (157) meme kanserli hastalarda psikolojik uyumunun değerlendirildiği çalışmalarında meme kanserli hastalarda depresyonun varlığını anksiyeteye göre daha fazla oranda görüldüğü belirtilmiştir.

Akciğerli kanserli hastaların depresyon düzeyinin meme kanserli hastalara göre daha yüksek düzeyde bulunmasını akciğer kanserinin hastalık ve tedavi sürecine ve erkeklerde görülen 1.sırada kanser olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo8). Hastaların eğitim düzeyleri arttıkça anksiyete ve depresyon düzeyleri azalmaktadır.

Bulotlene ve ark.'larının (157) çalışmalarında anksiyete ve depresyonun en çok fakülte mezunu bayan hastalarda görüldüğü, eğitim düzeyinin anksiyete ve depresyon düzeyini etkilediği belirtilmiştir. Kayıhan ve Sertbaş'ın (138) dahili ve cerrahi kliniklerinde yatan hastalarda anksiyete, depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarını değerlendirdikleri çalışmalarında eğitim düzeyi yüksek olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyinin düştüğü belirlenmiştir. Yazıcı ve ark.'larının (158) bel ve boyun ağrısı olan hastalarda anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmalarında depresyon düzeyi üzerinde eğitimin etkili faktör olduğu bulunmuştur.

Eğitim düzeyi ile anksiyete ve depresyon düzeyi arasındaki saptanan farkın çalışmamızdaki hastaların eğitim düzeyinin düşüklüğünden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatürde de eğitim düzeyinin anksiyete ve depresyon düzeyi üzerine olumlu etkisinin olduğu, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların stres kontrollerini daha iyi yapabildiklerini ve bu durumda anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerinde olumlu etkisinin olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda HAD-A ve HAD-D skorları puan ortalamaları ile yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyal güvence, aylık gelir, aile tipi, çocuk sayısı ve çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 8).

Böncü ve ark.'larının (159) meme kanserli hastalarda psikolojik durum değerlendirdiği çalışmalarında yaşın akciğerli kanserli hastalarda anksiyete ve depresyon için tek başına etkili faktör olmadığı belirtilmiştir. Pandey ve ark.'larının (160) kemoterapi alan meme kanserli hastalarda kaygıya bağlı anksiyete ve depresyon değerlendirilmesinde cinsiyetin özellikle bayanların depresyon düzeyinde etkili faktör olduğu bulunmuştur. Grov ve ark.'larının (132) ileri evre kanser hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmalarında bayan hastalarda erkek hastalara göre anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ateşçi ve ark.'larının (119) kanserli hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler üzerine yaptıkları çalışmalarında depresyonun varlığında kadın cinsiyetinin önemli risk etmeni olduğu belirtilmiştir.

Bulotine ve ark.'larının (157) çalışmalarında anksiyete ve depresyon şiddetini meslek ve medeni halin arttırdığı belirtilmiştir. Nordin ve ark.'larının (161) kanser hastalarında anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik çalışmalarında duygusal ve maddi destek yetersizliğinin anksiyete ve depresyon için risk etmeni olduğunu bildirmişlerdir.

Araştırmaya katılan hastaların kişisel özellikleri ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında ilişki bulunmamasını vaka sayısının kısıtlı olmasına, puan ortalamalarının yakın olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda HAD-A ve HAD-D skorları ile hastalığın teşhis zamanı, evresi, algılama ve uyum durumu, kemoterapi tedavisi uyumu süresi, kür sayısı ve ilaçlarla ilgili düşünce, sağlık kontrolleri, stres ve sigara arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 9).

Jenkins ve ark.'larının (162) meme kanserli hastaların psikolojik yönünü değerlendirdikleri çalışmalarında tanı ve tedavi aşamasında depresyonun öncelikle tanılanarak en aza indirgenmesi hastalığın seyri için önemli olduğu bildirilmiştir. Nordin ve ark.'larının (150) çalışmalarında anksiyete ve depresyon düzeylerinin hastalığın klinik seyri uzadıkça arttığını belirtmişlerdir. Jacobsen ve ark.'larının (163) çalışmalarında kemoterapi süresi uzadıkça anksiyete ve depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Kemoterapi süresi uzadıkça anksiyete ve depresyon düzeyinin de arttığı belirtilmiştir.

Braud ve ark.'larının (164) hemşirelerin kemoterapi kürleri sırasında tekrarlayan semptomları değerlendirdikleri çalışmalarında kemoterapi kür sayısı arttıkça anksiyete ve depresyon düzeylerinin azalma eğiliminde olduğu bulunmuştur. Beser ve Öz'ün (126) çalışmalarında kemoterapi tedavisinin uzun sürmesi ve kontrol edilemeyen yan etkilerin anksiyete ve depresyon düzeyinin artmasına neden olduğu bulunmuştur.

Araştırmamızda ağrı ile ilgili özellikler ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo10). Ağrı sıklığı ara sıra olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyi, sürekli olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.

Krotkova ve ark.'larının (165) kanser hastalarında tek ve çok boyutlu ağrı yanıtını değerlendirdikleri çalışmalarında uzun süreli kanser ağrısının duygusal strese yol açtığı bildirilmiştir. Teunissen ve ark.'larının (166) kanser hastalarında anksiyete ve depresyonun belirtileri ve psikolojik yükünü değerlendirdikleri çalışmalarında ağrısı olan hastaların anksiyete düzeyinin depresyon düzeyinden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastaların ağrı süresi uzadıkça anksiyete ve depresyon düzeylerinin azaldığı görülmektedir.

Ağrısı sürekli olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha düşük olmasına, ağrıya uyum sağlayamama, sürekli uygulanan ağrı tedavisi ve olanaklarına bağlı olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda HAD-A ve HAD-D düzeyleri ile ağrı başlama zamanı, ağrı nedenini bilme durumu, ağrıyı arttıran ve azaltan nedenler ve ağrının lokalizasyonu arasında anlamlı bir bulunmamıştır (Tablo10).

Tavoli ve ark.'larının (167) kanser hastalarında depresyon ile ağrının yaşam kalitesine etkilerini değerlendirdikleri çalışmalarında psikolojik ve emosyonel stresin ağrıyı etkilediği ve kanser hastalarında ağrıların anında tanımlanmasının ağrıyı azaltmada önemli role sahip olduğunu, ağrısı olan hastaların ağrı ile depresyon düzeyi arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. Aruthuzik'in (168) kanser hastalarında ağrı davranışı ve etkilerini değerlendirdiği çalışmasında ağrı düzeyini emosyonel ve bilişsel faktörlerin etkilediği, ağrı kontrolünün bu yüzden yeterli düzeyde sağlanmasının önemli olduğu bulunmuştur.

Hastaların anksiyete, depresyon düzeyleri ile ağrı özelliklerini hastalığın teşhisinden sonra en erken dönemde değerlendirilmesi, ağrı ile anksiyete ve depresyonuna yön vermede önemli bir yere sahip olduğu söylenebilir.

AĞRI İLE ANKSİYETE VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİ

Genel olarak kanserli hastaların GAS ve FPS ağrı skorları ile HAD-A eşik değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunurken, HAD-D eşik değerleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo11,12.) GAS ağrı düzeyi 'orta şiddetli-şiddetli', FPS ağrı düzeyi 'biraz daha fazla' olan hastaların anksiyete eşik değeri (11 ve üzeri) yüksek oranda bulunmuştur (Şekil 11,12,14,15,18,19)

GAS ağrı düzeyi orta şiddetli şiddetli olan hastaların HAD-A eşik değeri üzerinde %38.5, FPS ağrı düzeyi biraz daha fazla olan hastaların HAD-D eşik değeri üzerinde %38.5 en yüksek olarak bulunmuştur.

Teunessen ve ark.'larının (166) çalışmalarında ağrısı olan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Ağrısı olan hastaların anksiyete eşik değerin üzeri %5.8, depresyon eşik değerin üzeri %5.6 olarak bulunmuştur. Frick ve ark.'larının (169) kanser hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmalarında ağrısı olan hastaların anksiyete eşik değeri üzeri %9.5, depresyon eşik değerin altında %90.5 olarak bulunmuştur. Jacobsen ve ark.'larının (163) çalışmalarında anksiyete düzeyinin eşik değerin üzerinde %5, depresyon eşik değerin üzerinde %24 olarak belirtilmiştir. Teunissen ve ark.'larının (166) kanserde anksiyete ve depresyonun belirtileri ve psikolojik yükünü değerlendirdikleri çalışmalarında anksiyete düzeyi %27 eşik değerin üzerinde, depresyon düzeyi %32 eşik değerin üzerinde olduğu bulunmuştur.

GAS ve FPS ağrı skorlarında ağrı şiddeti orta düzeyde yüksek olan hastaların anksiyete düzeyinin yüksek, depresyon düzeyinin ise düşük olduğu bulunmuştur. Bu durumda ağrı düzeylerini anksiyetenin daha fazla etkilediği söylenebilir.

Akciğerli ve meme kanserli hastaların ağrı ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo13,14). Akciğer hastaların GAS ve FPS ağrı skorları arttıkça, HAD-A ve HAD-D skorları da artmaktadır ve meme kanserli hastaların GAS ve FPS ağrı skorları arttıkça, HAD-A ve HAD-D skorları da artmaktadır (Şekil 15,16,19,23,24).

Payne ve ark.'larının (135) çalışmalarında meme kanserli hastalarda ağrı ile anksiyete ve depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Yılmazer'in (148) çalışmasında akciğer ve meme kanseri tanısı alan hastalarda ağrı ile depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Akciğer ve meme kanserli hastalarda ağrı düzeyleri ile anksiyete ve depresyon düzeyleri birbirini etkilemektedir. Hastaların ağrı düzeyindeki artışa bağlı olarak anksiyete ve depresyon düzeylerinde de artma olduğu ve bu artışın ve özellikle akciğer kanserli hastaların depresyon düzeyinde daha fazla olduğu bulunmuştur.

Genel olarak çalışma grubundaki hastaların ağrı ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo15). Kanserli hastaların GAS ve FPS ağrı skorları arttıkça, HAD-A ve HAD-D skorları da artmaktadır.

Knotkova ve ark.'larının (165) çalışmalarında ağrı ile anksiyete düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki, depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Teunissen ve ark.'larının (166) çalışmalarında ağrı ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Frick ve ark.'larının çalışmalarında ağrı ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir.

Araştırmamızda ağrı, anksiyete ve depresyonun birbirini etkilediği, ağrı şiddetinde anksiyete ve depresyonun, anksiyete ve depresyon şiddetinde ise ağrının önemli faktör olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak bu araştırmada kemoterapi gören akciğer ve meme kanserli hastalarda ağrı ile anksiyete ve depresyon düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ağrı düzeyi arttıkça anksiyete ve depresyon düzeyi de artmaktadır. Akciğer kanserli hastaların depresyon düzeyi, meme kanserli hastalara göre daha yüksek düzeydedir. Ağrı, anksiyete ve depresyon düzeyleri hastaların hastalığa uyumunu ve tedaviye verdiği yanıtı olumsuz yönde etkilemektedir. Akciğer ve meme kanserli hastalarda ağrının anksiyete ve depresyon gelişmesi üzerinde olumsuz yönde etkisi olduğu söylenebilir.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Kemoterapi gören kanserli hastalarda ağrı ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek ve kanserli hastaların hemşirelik bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde rehber olacak öneriler geliştirmek amacıyla planlanan çalışmadan elde edilen sonuçlar şunlardır;

- Araştırma kapsamına giren akciğer kanserli hastaların %60'ının 50 yaş ve üzeri, meme kanserli hastaların %70'inin 50 yaş ve üzeri grupta olduğu belirlenmiştir.
- Akciğer kanserli hastaların %96.7'sini erkek, meme kanserli hastaların, %96.7'sini bayan oluşturmaktadır.
- Eğitim durumları incelendiğinde; akciğer ve meme kanserli hastaların %90'ının lise'nin altı eğitim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.
- Sağlık güvenceleri incelendiğinde; akciğer kanserli hastaların %50'sinin SSK, meme kanserli hastaların %30.0'ının EMS olduğu belirlenmiştir.
- Araştırma kapsamına giren akciğer kanserli hastaların %36.7'sinin 4.evre , meme kanserli hastaların %43.3'ünün 4.evre olduğu belirlenmiştir.
- Akciğer kanserli hastaların %70'inin 0-6 ay kemoterapi tedavisi görürken, meme kanserli hastaların %63.3'ünün 6 ay ve üzeri kemoterapi tedavisi gördüğü belirlenmiştir.
- Hastaların ağrı durumları incelendiğinde; akciğer kanserli hastaların %70'inin ağrısı olduğu, meme kanserli hastaların %63.3'ünün ağrısı olduğu belirlenmiştir.

- Araştırma kapsamına alınan akciğer kanserli hastaların GAS ve FPS skorları puan ortalaması sırasıyla 3.7 ± 3.2 , 1.9 ± 1.7 bulunurken, meme kanserli hastaların GAS ve FPS skorları puan ortalaması sırasıyla 2.8 ± 2.6 , 1.4 ± 1.3 bulunmuştur.
- Kemoterapi tedavisine uyum sağlayan kanser hastaların ağrı düzeylerinin kemoterapi tedavisine uyum sağlayamayan hastalara göre daha düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir.
- Araştırma kapsamındaki akciğer kanserli hastaların anksiyete ve depresyon düzeyi HAD-A skoru puan ortalaması 7.8 ± 4.7 , HAD-D skoru puan ortalaması 9.3 ± 5.0 bulunurken, meme kanserli hastaların anksiyete ve depresyon düzeyi HAD-A skoru puan ortalaması 7.8 ± 4.7 , HAD-D skoru puan ortalaması 9.3 ± 5.0 olarak bulunmuştur.
- Akciğer kanserli hastaların depresyon düzeyinin meme kanserli hastaların depresyon düzeyine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Eğitim düzeyi yüksek olan kanser hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Ağrısı olan kanser hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin ağrısı olmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Arasına ağrısı olan kanser hastalarının sürekli ağrısı olan hastalara göre ağrı, anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Ağrı düzeyi yüksek olan akciğer ve meme kanserli hastaların anksiyete eşik değeri ağrı düzeyi düşük olan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Ağrı ile anksiyete ve depresyon arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Akciğer ve meme kanserli hastaların ağrı düzeyi arttıkça, anksiyete ve depresyon düzeyi de artmaktadır.

ÖNERİLER

Kemoterapi gören akciğer ve meme kanseri tanısı alan hastalarda ağrı ile anksiyete, depresyon arasındaki ilişki incelendiği bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Kanserli hastalarda hastalık ve ilaç tedavisi ile ilgili özellikler doğrultusunda eğitim programlarının planlanması,
- Ağrıyı deneyimleyen akciğer ve meme kanserli hastalarda tedaviye uyumu arttıracak hemşirelik bakım ve girişimlerinin planlanması,
- Akciğer ve meme kanserli hastalarda ağrı semptomunu hafifletmeye yönelik etkili farmakolojik ve nonfarmakolojik girişimlerin sağlanması ve planlanması,
- Akciğer ve meme kanserli hastalarda ağrı, anksiyete ve depresyon düzeylerinin geçerli ve güvenilir ölçeklerle periyodik olarak değerlendirilmesi,
- Hemşireleri ağrı, anksiyete ve depresyon kontrolü ve bunları etkileyen faktörler konusunda yeterli düzeyde bilgilendirerek hemşirelik uygulamalarına yansıtılmaları için desteklenmesi,
- Kanserli hastalarda ağrı, anksiyete ve depresyon düzeylerini etkileyen faktörlere yönelik gelecekte daha geniş araştırma grupları ile karşılaştırılmalı deneysel araştırmalar planlanması,
- Ağrı, anksiyete ve depresyonun değerlendirilmesinde sosyo-kültürel ve psikolojik etkenlerin dikkate alınması.

KEMOTERAPİ GÖREN KANSERLİ HASTALARDA AĞRI İLE ANKSİYETE VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

Sevinç GÜLÇİĞ ÇAPAR

Bu araştırmanın amacı, kemoterapi gören kanserli hastalarda ağrı ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek ve bunları etkileyen faktörleri belirlemektir.

Araştırmaya Mart 2008-Şubat 2009 tarihleri arasında onkoloji kliniğinde yatarak kemoterapi gören benzer evrelerdeki akciğer ve meme kanseri tanısı olan 25 yaş ve üzeri iletişim kurmada problemi olmayan görüşmeye istekli 60 hasta alınmıştır.

Araştırmadaki veriler araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda geliştirilmiş hasta bilgi formu, Görsel Analog Skala (GAS), Wong-Baker Ağrı Skalası (FPS), ve Hastane Anksiyete (HAD-A) ve Depresyon Ölçeği (HAD-D) kullanarak toplanmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde; yüzde, frekans, Mann Whitney U, Kruskal Wallis Varyans Analizi, Ki-Kare Testi, Sperman's Kolerasyon Analizi kullanılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre akciğer kanserli hastaların; ağrı GAS ve FPS ağrı düzeyi puan ortalaması sırasıyla 3.7 ± 3.2 , 1.9 ± 1.7 , meme kanserli hastaların; GAS ve FPS ağrı düzeyi puan ortalaması sırasıyla 2.8 ± 2.6 , 1.4 ± 1.3 olduğu belirlenmiştir.. Akciğer kanserli hastaların HAD-A düzeyi puan ortalaması 7.8 ± 4.7 , HAD-D düzeyi puan ortalaması 9.3 ± 5.0 olduğu belirlenirken, meme kanserli hastaların HAD-A düzeyi puan ortalaması 7.8 ± 4.7 , HAD-D düzeyi puan ortalaması 9.3 ± 5.0 olduğu belirlenmiştir.

Akciğer kanserli hastaların depresyon düzeyinin meme kanserli hastalara göre daha yüksek düzeyde olduğu, hastalığına ve kemoterapi tedavisine uyum sağlayan kanserli hastaların ağrı düzeylerinin daha düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Akciğer ve meme kanserli hastaların ağrı ile anksiyete ve depresyon düzeyleri ile arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Akciğer ve meme kanserli hastaların ağrı düzeyleri arttıkça, anksiyete ve depresyon düzeyleri de artmaktadır ($p < 0.05$).

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre kanser hastalarında ağrı, anksiyete ve depresyon kontrolünde kanser tanısı önemli bir etkiye sahiptir. Araştırmanın bu sonuçları doğrultusunda; akciğer ve meme kanserli hastalarda ağrı semptomunu hafifletmeye yönelik etkili farmakolojik ve nonfarmakolojik girişimlerin sağlanması ve planlanması, ağrı ile anksiyete ve depresyon düzeylerinin geçerli ve güvenilir ölçeklerle periyodik olarak değerlendirilmesi önerilebilir.

Anahtar kelimeler; Akciğer Kanseri, Meme Kanseri, Kemoterapi, Hastane Anksiyete Depresyon leđi Anksiyete Skoru, Hastane Anksiyete Depresyon leđi Depresyon Skoru

AN EVALUATION OF THE RELATIONSHIPS BETWEEN PAIN, ANXIETY AND DEPRESSION IN CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY

SUMMARY

Sevinç GÜLÇİĞ ÇAPAR

The aim of the study was to analyze the relationships between pain, anxiety and depression in cancer patients receiving chemotherapy treatment and to determine the factors affecting these relationships.

A total of 60 lung and breast cancer patients at similar stages of the disease receiving chemotherapy treatment in oncology clinic between March 2008- February 2009 were included in the study. The participants, volunteered for the interview, were over the age of 25 and had no communication problem.

Patient information form developed by the researcher in light of literature data, Visual Analogue Scale (VAS), Wong-Baker FACES Pain Rating Scale (FPS), and Hospital Anxiety (HAD-A) and Depression Scale (HAD-D) were used for data collection. Data were analyzed using; percentage, frequency, Mann-Whitney U Test, Kruskal-Wallis Analysis of Variance, Chi-Square Test and Spearman's Correlation Analysis.

It was found that pain, VAS and FPS pain level average scores of lung cancer patients were 3.7 ± 3.2 and 1.9 ± 1.7 respectively; while pain, VAS and FPS pain level average scores of breast cancer patients were 2.8 ± 2.6 and 1.4 ± 1.3 respectively. HAD-A level average scores of lung cancer patients were 7.8 ± 4.7 , and HAD-D level average scores were 9.3 ± 5.0 . while HAD-A level average scores of breast cancer patients were 6.5 ± 4.7 , and HAD-D level average scores were 6.6 ± 4.7 .

It was found that lung cancer patients had higher depression levels when compared to breast cancer diseases. However, pain levels of cancer patients who adapted to the disease and chemotherapy treatment were lower ($p < 0.05$).

There was a statistically positive relationship between pain, anxiety and depression levels of lung and breast cancer patients. As the pain levels of lung cancer patients increased, anxiety and depression levels increased as well ($p < 0.05$).

According to the findings of the study, cancer diagnosis has a significant effect on pain, anxiety and depression control of cancer patients. Parallel to these findings it can be suggested that effective pharmacological and non-pharmacological interventions should be planned and applied to soothe pain symptom in lung and breast cancer patients. In addition, periodic evaluations should be made on pain, anxiety and depression levels using valid and reliable scales.

Key Words: Lung Cancer, Breast Cancer, Chemotherapy, Hospital Anxiety Depression Scale Anxiety Score, Hospital Anxiety Depression Scale Depression Score

KAYNAKLAR

1. Aslan Ö, Sekmen K, Kömürcü Ş, Özet A. Kanserli Hastalarda Umut, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 11 (2): 18-24
2. Bektaş H A, Akdemir N. Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durum Değerlendirilmesi, Türk Klinikleri J Med Sci. 2006; 26: 488-499
3. Kızılcı S. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999; 3 (2): 18-26
4. İzmirli M, Altın S, Dernek BO, Ünsal M. SSK Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Merkezi'nin 1999-2004 Yılları Kanser İstatistikleri, Türk Onkoloji Dergisi 2007; 22 (4): 172-182
5. Sevinç A İ, Candan A E, Atilla K ve Ark. Erkeklerde Meme Kanseri: 22 Olgu, Meme Sağlığı Dergisi 2007; 3(1): 14-18
6. Mandel N M, Onat H (Editörler). Kanser Hastasına Yaklaşım. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2002: p .261-280
7. Doğu G G, Çıtıl R, Dikiltaş M ve Ark. Kemoterapi Alan Hastaların Sosyodemografik ve Tanısal Özellikleri, Erciyes Tıp Dergisi 2007; 29(2): 132-138
8. Yalçınkaya İ, Sayır F, Kurnaz M. Akciğer Kanseri: 25 Olgunun Retrospektif Değerlendirmesi, Van Tıp Dergisi 1999; 6 (3): 18-21
9. Balcı N, Balcı M, Sargut K K. Onkolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı El Kitabı. Ankara: Mavi Ambalaj; 2005: p.13-189
10. Dayanır Y Ö, Özdemir A. Meme Değerlerinde Fizik Muayene, Ultrasonografi ve Mammografi Bulgularının Karşılaştırılması, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2000; 1 (2): 9-12

11. Aydın A, Topuz E. Meme Kanseri, NCCN onkoloji Klinik Uygulama Klavuzu. İstanbul: Turgut Yayıncılık; 2008: p. 35-37
12. 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
13. Gündoğdu F. Etkin Kemoterapi Uygulamaları, Hasta ve Ailesinin Eğitimi, XIII İPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi. Hemşire Programı: 2004 Mayıs 18-22; İzmir
14. Dalgıç G, Karadağ A, Kuzu N. Kemoterapiye Bağlı Gelişen Stomatitte Hemşirelik Bakımı, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 2 (2): 53-59
15. Aydın I. Kanser Ağrısı, Klinik Gelişim 2004;17: 3-15
16. Elbi H. Kanser ve Depresyon, Psikiyatri Dünyası 2001; 5: 5-10
17. Arıkan K. Kanser Hastalarında Psikolojik Destek, Klinik Gelişim 2004; 17: 77-86
18. Akduman S, Kanser Tedavisinde Yenilikler. Akgün G. Arasıl T, Büyükcünal E ve ark. (Editörler). Prospect, Tıp Dergisi 1999; 3 (1): 5-34
19. Murthy N S .Cancer Epidemiology, Prevention and Control, Current Science 2004; 86: 518-527
20. Nancy L N S, Swanson M, Dalton J. Partner-Delivered Reflexology: Effects on Cancer Pain and Anxiety, Oncology Nursing Forum 2007;37(1):127-132
21. Türkiye’de Kanser Kontrolü. Tuncer A M (Editör). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi ve Kanser Verileri. Ankara: 2008
22. Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006. Ankara. Türk Tabipler Birliği Yayınları; 2006: p.59-61
23. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset; 2004: p. 243-306
24. Gürkan Ş. Kanserden Korunma, Gülhane Tıp Dergisi 2005; 47: 324-326
25. Nural N, Akdemir N. Dahiliye Servisinde Yatan Hastalarda Kanser Risk Faktörleri ve Erken Tanı Belirtilerinin Saptanması, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 4 (2): 1-13
26. Taş F, Aydın A. Kanser Nedenleri Sigara ve Kanser İlişkisi Diyet ve Kanser. Topuz E, Aydın A, Karadeniz N A (Editörler). Klinik Onkoloji. İstanbul: Tunç Matbaası; 2000: p. 54-58
27. Sadırlı K S. Kanserli Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2008

28. Alper M, Öztürk M, Selçuk B S (Editör). Dahili Bilimler. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2001: p .455-474
29. Engin K (Editör). Meme Kanseri. Bursa: Nobel Tıp Kitapevleri; 2005: p.69-87
30. Birol L. Onkoloji Hemşireliği. Akdemir N (Editör). İç Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Birlik Ofset; 1998: p.53-86
31. Dinçer M. Kanserden Korunma. Topuz E, Aydın A, Karadeniz N A (Editörler). Klinik Onkoloji. İstanbul: Tunç Matbaası ; 2000: p. 59-62
32. Tenekeci N. Kanser Taramasında Radyoloji: Yeni Gelişmeler, Türk Onkoloji Dergisi 2004; 19 (2): 65-73
33. Smith R A, Metlin C J, Davis K J, Eyre H. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer, CA-A Cancer Journal For Clinicians 2002; 52: 8-22
34. Akyol H. Kemoterapinin Temel İlkeleri. XIII. TPQG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi, Hemşire Programı: 2004 Mayıs 18-22; İzmir
35. Şenler F Ç. Neoadjuvan Tedavi, Solunum 2001; 3(2): 212-214
36. Gilewski T A, Dong C, Surbone A, Norton L. Principles of Chemotherapy, Bast R J, Kufe D W, Pollock R E et al. (Eds). Cancer Medicine. London; B.C Decker inc; 2000; 5 (1): p. 511-515
37. Bektaş H A, Akdemir N. Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durum Değerlendirilmesi, Türk Klinikleri J Med Sci. 2006; 26: 488-499
38. Kambek S, Akal N. Kemik İliği Transplantasyonunun Çocuk Ağız-Diş Sağlığı Üzerine Etkileri, Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2001; 4 (1): 57-59
39. (Çeviri Birol L, Erdil F, Akdemir N ve ark, Çeviri Editörü Platin N). Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. Ankara: IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası;1996: p.22-264
40. Aydın A, Topuz E. Onkoloji El Kitabı, İstanbul; Turgut Yayıncılık; 2006: p.1-50
41. Turhal S, Şelimen D, Karamanoğlu A. 1.Onkoloji Hemşireliği Hizmet İçi Eğitim Kursu, İstanbul, 2000; 17-390
42. Dalay N. Kanser Biyolojisi. Topuz E, Aydın A, Karadeniz N A (Editörler). Klinik Onkoloji. İstanbul: Tunç Matbaası; 2000: p. 48-53
43. Akmansu M, Benekli M. Büyükberber S ve ark. Akciğer Kanseri Tanı ve Tedavi Konsepti. Ankara: Sanofi-Synthelabo A.Ş; 2005: p. 1-9
44. Aydın A, Topuz E. Meme Kanseri, İstanbul Konsensusu. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2006: p. 1-11

45. Aslan A, Temiz M, Yiğit Y ve Ark. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Meme Kanseri Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışı, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6 (3):193-198
46. Aydın A, Dinçer M, Topuz E. Meme Kanseri. Topuz E Aydın A, Karadeniz NA (Editörler). Klinik Onkoloji. İstanbul: Tunç Matbaası; 2000; p. 70-81
47. Gümüş A B. Meme Kanselerinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler, Meme Sağlığı Dergisi 2006; 2(3): 108-114
48. Çam O, Gümüş A B. Meme Kanseri Kadınlar İçin Duygusal Destek Odaklı Hemşirelik Girişimleri, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10(3): 52-60
49. Özmen V (Editör). Dünya'da ve Türkiye'de Meme Kanseri, Meme Sağlığı Dergisi 2008; 4 (2): 7-9
50. Aslan F E, Gürkan A. Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi, Meme Sağlığı Dergisi 2007; 3(2): 63-68
51. Topuz E, Aydın A, Dinçer M. Meme Kanseri. İstanbul; Nobel Tıp Kitabevi; 2003: p.90-124.
52. Karayurt Ö, Zorukoş S N. Meme Kanseri Riski Yüksek Olan Kadınların Yaşadıkları Duygular ve Bilgi-Destek Gereksinimlerinin Karşılanması, Meme Sağlığı Dergisi 2008; 4 (2): 56-61
53. Somunoğlu S. Meme Kanserinde Risk Faktörleri, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; 2 (5): 1-12.
54. Bilgel N. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi. Engin K. (Editör). Meme Kanseri. Bursa: Nobel Tıp Kitabevi; 2005: p.69-80
55. Çiçin İ. Hormon Reseptörü Negatif ve HER-2 Negatif Meme Kanseri Hastalarda Hormon Reseptörü Negatif ve HER-2 Pozitif Meme Kanseri Hastaların Demografik Patolojik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı; 2008
56. Spiro S G, Porter J C. Lung Cancer-Where are you We Today? Current Advances İn Staging and Nonsurgical Treatment, Am J Respir Care Med 2002; 166; 1166-1196
57. Göçmen H, Ocak İ, Savaş N N ve ark. Toplum Penceresinden Akciğer Kanseri, Akciğer Arşivi 2007; (8): 57-61
58. Ak G, Metintaş M, Metintaş S ve ark. Akciğer Kanseri Olguların Tanı Aşamasındaki Evrelerini Etkileyen Epidemiyolojik, Klinik ve Radyolojik Özellikleri, Osmangazi Tıp Dergisi 2006; 28 (1):17-31

59. Mitchell G. Lung Cancer, Reprinted From Australlan Family Physician 2004; 33 (5): 321-325
60. Müsellim B. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri, Akciğer Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etyolojisi, Sempozyum Dizisi 2007; 58: 113-118
61. Köktürk N, Kırısoğlu C E, Öztürk C. Akciğer Kanseri Moleküler Biyolojisi, Solunum 2003; 5 (3) :127-138
62. Kırkıl G, Deveci F, Turgut T ve Ark. Akciğer Kanserin Epidemiyolojik Özelliklerinin Retrospektif Olarak Karşılaştırılmalı Değerlendirilmesi, F.Ü.Sağlık Bilimleri Dergisi 2005; 19 (3):165-169
63. Yaman M, Aydın G. Akciğer Kanseri. Erk M (Editör). Göğüs Hastalıkları. İstanbul: Çantay Ltd Şti; 2001: p.755-791
64. Çolak H E, Yomralıoğlu T. Coğrafi Bilgi Sistemleri ile İtatistiksel Kanser Haritalarının Üretilmesi: Trabzon Örneği. TMMOB Harita ve Kadastro Mühendisleri Odası 11.Türkiye Harita Bilimsel ve Teknik Kurultayı. Ankara; 2007
65. Kılınç G . Akciğer Kanseri Tanı, İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi 2007; 58: 125-128
66. Aydın C. Akciğer Kanseri Sık Görülen Semptomlar Ve Tedavi Yaklaşımları, Solunum 2005; 7 (2): 85-94
67. Topuz E, Aydın A. Akciğer Kanseri. Topuz E, Aydın A, Karadeniz NA (Editörler). Klinik Onkoloji. İstanbul: Tunç Matbaası; 2000: p. 82-89.
68. Mason P. Lung Cancer, Hospital Pharmacist 2005; 12: 129-135
69. Aydın G. Akciğer kanserinde Tanı Yöntemleri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 2007; 58: 141-152
70. Arınç S, Özvaran M K, Güngör N ve Ark. Hastanemizde Tanı Alan Akciğer Kanseri Olguların Epidemiyolojik ve Histolojik Özellikleri, Akciğer Arşivi 2005; 6: 149 -152
71. Bircan A, Öztürk Ö, Şahin Ü ve ark.Akciğer Kanseri Tanısı Alan Olgularımızın Retrospektif Değerlendirilmesi, Süleyman Demirel Üniv.Tıp.Fak.Der: 2005; 12(3):1-6
72. Çakır B, Miloğlu Ö, Harorlo A. Radyoterapi ve Kemoterapi Gören Hastalarda Oral Bakım, Atatürk Üniv.Diş Hek. Fak.Derg. 2006; 16(3): 50-52
73. Özgüroğlu M. Kanseri Hastalarda Ağrıya Yaklaşım, İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 2002; 30: 225-239
74. Aldemir T, Erdine S. Kanser Ağrısında Tanı ve Tedavi.Topuz E, Aydın A, Karadeniz N A (Editörler). Klinik Onkoloji. İstanbul: Tunç Matbaası; 2000: p.323-330

75. Yıldırım Y K, Uyar M, Fadilođlu Ç. Kanser Ağrısı ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Ağrı 2005; 17 (4): 17-22
76. Ünsar S, Yıldız Fındık Ü, Kurt S ve Ark. Kanserli Hastalarda Evde Bakım ve Semptom Kontrolü, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; 2 (5): 89-106
77. Can G. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi. İstanbul: Mavi İletişim Danışmanlık A.Ş; 2007: p. 229-253
78. Suhag V. Palliative Therapyin Cancer Patients. An Overview, Science: Journal of Medical Education & Research 2005; 7 (2): 61-66
79. Rhodes VA, Daniel R W. Nausea, Vomiting, and Retching: Complex Problems In Palliative Care, Cancer Journal for Clinicians 2000; 51 (4): 231-248
80. Mancini I, Bruera E. Constipation in Aduanced Cancer Patients, Support Care Cancer 1998; 6: 356-364
81. Arnold R J G, Gabrail N, Raut M, KİM R. et al. Clinical İmplications of Chemotherapy İnduced Diarrhea in Patients with Cancer, The Journal of Supportive Oncology 2005; 3 (3): 227-232
82. Aydın G. Akciğer Kanserinde Sık Görülen Semptomlar ve Tedavi Yaklaşımları, Solunum 2005; 7(2):85-94
83. Wood L J, Nail L M, Gilster A, Winters K A: et al. Cancer Chemotherapy- Related Symptoms: Evidence to Surggest a Role for Prainflammatory Cytokines, Oncology Nursing Forum 2006; 33 (3): 535-542
84. Portenoy R K, İtn L M. Cancer-Related Fatlgue: Guidelines for Evaluatilon and Management, The Oncologist 1999; 4: 1-10
85. Akyolcu N. Kanser Hastalarında Dispne ve Hemşirelik Bakımı, C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2002; 6 (1): 1-
86. Aharon I B, Gulli A G, Paul M, Leibovici L, Stemmer S M. İnterventions for Alleviating Cancer-Related Dyspnea: A Systematic Rewew, Journal of Clinical Oncology 2008; 28 (14): 2396
87. Dalgıç G, Karadağ A, Kuzu N.Kemoterapiye Bağlı Gelişen Stomatitte Hemşirelik Bakımı, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 1998; 2(2):53-59
88. Aydınlı I. Kanser ve Ağrı, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 2003; 37: 87-113
89. Miaskowski C. Gender Differences in Pain, Fatigue, and Depression in Patients With Cancer, Journal of the National Cancer İnstitute Manographs 2004; 32: 139-143.

90. Miller K E, Jolley N R, Miller M M. Challenges in Pain Management at the End of Life, American Family Physician 2001; 67 (7): 1227-1234
91. Sevgili S, Karalezli A ve ark. Akciğer Kanseri Hastalarında Ağrı Değerlendirme Formu Kullanımının Yeri ve Önemi, Solunum Hastalıkları 2006; 17:13-19
92. Uçan Ö, Ovayolu N. Kanser Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; 2(4): 123-133
93. Portenoy R K. Management of Cancer Pain. Lancet 1999; 353: 1695 -1700
94. McGuire D B, Occurrent of Cancer Pain, Journal of the National Cancer Institute Monographs 2004; 32:51-56
95. Paul R, Sabzwari S, Evaluating and Managing Cancer Pain-Guidelines Using the World Health Organization Analgesic Ladder Approach, Medicine Today 2006;4:9-13
96. Rao A, Cohen H J. Symptom Management in the Elderly Cancer Patient Fatigue, Pain and Depression, Journal of the National Cancer Monographs 2004; 34: 152-154
97. Swarm R, Anghelescu D L, Benedeffic C, Boston B, et al. Adult Cancer Pain, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology 2007; 1-5
98. Kara H, Abay E. Kronik Ağrıya Psikiyatrik Yaklaşım, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 1 (2): 89-99
99. Soykan A, Kumbasar H. Kronik Ağrı Tedavisinde Psikiyatrik Yaklaşımlar, Klinik Psikiyatri 1999; 2: 109-116
100. Güleç G, Güleç S. Ağrı ve Ağrı Davranışı, Ağrı 2006; 18(4): 5-9
101. Aslan F E, Badır A. Ağrı Kontrol Gerçeği: Hemşirelerin Ağrının Doğası, Değerlendirilmesi ve Geçirilmesine İlişkin Bilgi ve İnançları, Ağrı 2005; 17 (2): 44-51
102. Topçu Y S. Üst Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Hemşirelik Tarafından Öğretilen Gevşeme Tekniklerinin Ağrı Kontrolü Üzerine Etkisi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2008
103. Davis M P, Walsh D. Cancer Pain: How to Measure the Fifty Vital Sing, Cleveland Clinic of Medicine 2004; 71 (8): 625-632
104. Aslan E F. Ağrı Değerlendirme Yöntemleri, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002; 6 (1): 9-16
105. Güzeldemir E M. Ağrı Değerlendirme Yöntemleri, Sendrom Tıp Dergisi 1995; 11-21
106. Çöçelli L P, Bacaksız B D, Ovayolu N. Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü, Gaziantep Tıp Dergisi 2008; 14: 53-58

107. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: Symptom Management in Cancer: Pain, Depression and Fatigue, Journal of the National Cancer Institute Monographs 2004; 32: 9-13
108. Altındağ Ö, Altındağ A, Soran N, Kronik Ağrı Hastalarında Anksiyete ve Depresyon Yaşam Kalitesine Etkisi, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2003; 13(2):72-77
109. Çöçelli L P, Bacaksız B D, Ovayolu N. Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü, Gaziantep Tıp Dergisi 2008; 14: 53-58
110. Jensen M P. The Validity and Reliability of Pain Measures in Adults with Cancer, The Journal Pain 2003; 4 (1): 2-21
111. Jaywant S S, Pai A V. A Comparative Study of Pain Measurement Scales in Acute Burn Patients, The Indian Journal of Occupational Therapy 2003; 35(3):15-17
112. Gordin V, Weave M A, Hahn MB. Acute and Chronic Pain Management in Palliative care, Clinical Obstetrics Gynaecology 2001; 15: 2003-2004
113. Özyuvacı E, Atan A, Vatansever Ş, İskender A. Kanser Ağrısı ve Transdermal Fentanil Kullanımı, Anestezi Dergisi 2002; 10 (4): 273-276
114. Ambrosio F, Paoletti F, Savola G, Amantea B et al. Sıgartı Recommendations of the Assessment and Treatment of Chronic Cancer Pain, Minerva Anestesiologia 2003; 69 (9): 697-706
115. Kutsal Y G. ve ark. Ağrıya Multidisipliner Yaklaşım, Hacettepe Tıp Dergisi 2005; 36 (2): 111-128
116. Mazenec P, Ferrall B R, Wellman C V. Pain and Advanced Cancer: Assessment and Management, JCOM 2000; 7(10): 47-57
117. Kelle İ. Ağrı Tedavisinde Alternatif İlaçlar, Dicle Tıp Dergisi 2006; 33 (3): 192-200
118. Passik S D, Kirsh K L. Psycho-oncology, Business Briefing: US Oncology Review 2004; 1-4
119. Ateşçi Ç F, Oğuzhanoglu K N, Baltalarlı B ve ark. Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar Ve İlişkili Etmenler, Türk Psikiyatri Dergisi 2003; 14 (2): 145-152
120. Ulutin H C. Kanserli Hastalarda Psikolojik Sorunlar, FTR Bil Der-J PMR SCİ 2006; 9 (1): 39-41
121. Esmel H, Sezer M, Güler Ö ve ark. Akciğer Kanserli Hastalarda Tanıyı Bilme ile Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişki, Solunum 2006; 8 (4):163-167
122. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S ve ark. Kanser Hastalarında Major Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Etkenler, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9: 59-66

123. Guo Y, Musselman D L, Manatunga A K, Gilles N. et al. The Diagnosis of Major Depression in Patients with Cancer A Comparati ve Approach, *Psychosomatics* 2006; 47 (5): 376-384
124. Ballantyne J C, Causins M J, Ciamberandino M A et al. The Cancer Patient with Anxiety and Chronic Pain, *Pain Clinical Updates* 2009;17(4):1-6
125. Alacacioğlu A, Yavuzşen T, Diriöz M ve Ark. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Aksiyete Düzeylerindeki Değişiklikler, *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi* 2007; 2 (17): 87-93
126. Beser N G, Öz F. Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003; 7(1): 47-58
127. Yeung W S. Psychiatric Morbidity in Cancer Patientns, *Hong Kong Practitioner* 1997; 19 (8): 403-407
128. Wasan A D, Artamonow M, Nedeljkovic S S, Delirum, Depression and Anxiety in the Treatment of Cancer Pain, *Techniques in Regional Anestheseia and Pain Management* 2005; 9 (3): 139-143
129. Massie J M, Roth J A. Anxiety and Management in Advanced Cancer (Eds) *Curr Opin Support Palliat Care*; Lippcontt Williams&Willkins 2007; 1: 50-56
130. Arıkan K. Kanser Hastalarında Psikolojik Destek, *Klinik Gelişim* 2004; 17: 77-86
131. Lim L. Diagnosis and Management of Depression in Terminal Cancer, *SGH Proceedings* 2007; 16(2): 88-96
132. Mete H E, Önen Ö. Kanserli Hastalarda Depresyon; *Duygudurum Dizisi* 2001; 4:184-191
133. Grow E K, Dahl A A, Moum T, Fossa S D. Anxiety, Depression and Quality of Life in Careqives of Patients with Cancer in Late Palliative Phase, *Annals of Oncology* 2005; 16: 1185-1191
134. Aydemir Ö. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formuna Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*; 8: 280-287
135. Payne D K, Hoffman R G, Theodoulou M, Dosik M, Massie M J. Screening for Anxiety and Depression in Women With Breast Cancer, *Psychosomatics* 1999; 40 (1): 64-69
136. Snaith R P. The Hospital Anxiety And Depression Scale, *Health and Quality of Life Outcomes* 2003; 1: 1-29
137. Albayrak N, İlhan SE, Ançel G, Albayrak A (Editörler). *Hemşirelik Bakım Planları*. Ankara: Birlik Matbaa; 2007: p 67-69

138. Kayıhan M, Setbaş G. Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8: 113-120
139. Deng G, Cassileth B R. İntegrative Oncology. Complementary Therapies for Pain, Anksiyety, and Mood Disturbance, *Cancer Journal for Clinicians* 2005; 55 (2): 108-115
140. Birol L. Hemşirelik Süreci. İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd.Şti; 2005; p. 292-293
141. Durna Z, Akın S, Özdilli K. İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Rehberi. İstanbul; Cinius Yayınları 2009: p.88-93
142. Akçalı D, Babacan A, Kanser Ağrısı ve Tedavi Seçenekleri, *Klinik Gelişim* 2007; 69: 115-119
143. Price D D, McGrath P A, Rafii A, Buckingham B. The Validation of Visual Analogue Scales as Ratio Scale Measures For Chronic and Experimental Pain, *Pain* 1983; 17: 45-56.
144. Price D D, Bush F M, et al. Acomparision of Pain Mea Surement Characteristics Of Methanical Visuel Analugue and Simple Numerical Rating Scale, *Pain* 1994; 56: 217-226
145. Wong DL, Baker CM. Pain in Children: comparison of assessment scales, *Pediatric Nursing* 1988; 14: 9-17
146. Zigmond AS, Snaith PR. The hospital anxiety and depression scale, *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-70.
147. Kuuppelomaki M. Pain Management Problemsin Patients Terminal Phase as Assesed by Nurses in Finland, *Journal of Advanced Nursing* 2002; 40(6): 701-709
148. Yılmaz M. İleri Evre Kanser Hastalarında Bilgilendirme Odaklı Ağrı ile Anksiyete ve Depresyon Değerlendirmesi (tez). Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Disiplinler arası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı; 2006
149. Stephenson N L N, Swanson M, Dalton J et al. Partner-Delivered Reflexology Effects on Cancer Pain and Anxiety, *Oncology Nursng Forum* 2007; 34(1): 127-132
150. Shannon M M, Rayan M A, Bresci F J. Assesment of Pain in Advanced Cancer Patients, *Journal of Pain and Symptom Management* 1995, 10 (4): 274-278
151. Greenwald H P, Bonica J J, Bergner M. The Prevalence of Four Cancers, *Cancer* 1987; 60: 2563-2569

152. Lin C C, Lui Y, Ward S E. Effect of Cancer Pain of Performance Status, Mood States and Level of Hope Amonoy, Taiwanese Cancer Patients, Journal Pain Symptom Management 2003; 25: 29-37
153. Bıkmaz Z. Lösemili Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2009
154. Songür N, Erenci G, Özdilekcan Ç. ve ark. Depression Rates Before Diagnosis and Treatment Patients with Advanced Lung Cancer, Turkish Respiratory Journal 2004; 5(2): 73-81
155. Özbek H, Atıcı Ş, Işık G. Kanser Ağrısı Nedeniyle Başvuran Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi, Ağrı 2000; 12(4): 36-42
156. Rodgers J, martin C R, Morse R C et al. An İntertigation İnto the Psychometric properties of The Hospital Anxiety and Depression Scale in Patients with Breast Cancer, Health and Quality of Life Outcomes 2005; 3: 1-4
157. Bulotiene G, Ostapenko V, Veseliūnas J. Psychological adaptation of Breast Cancer Patients, Acta Medica Lituanica 2006; 13(2): 92-96
158. Yazıcı K, Tet Ş ve ark. Bel ve Buyun Ağrısı Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi, Klinik Psikiyatri 2003; 6: 95-101
159. Böncü M, Özacar R ve ark. Akciğerli Kanserli Olgularda Anksiyete ve Depresyon Şiddeti, Akciğer Arşivi 2001; 3: 123-126
160. Pandey M, Sanita G P, Devi N et al. Distress, Anxiety and Depression in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy, World Journal of Surgical Oncology 2006; 4 (68): 1-5
161. Nordin K, Berlung G, Glimelius B et al. Predicting Anxiety and Depression Among Cancer Patients: A Clinical Nodel, European Journal of Cancer 2001; 37: 376-384
162. Jenkins İ, Djuric Z, Darga L, et al. Relationship of Psychiatric Diagnosis and Weight Loss Maintenance in Obese Breast Cancer Survivors, Obesity Research 2003; 11(11): 1369-1375
163. Jacobsen P B, Donovan K A, Traks P C. Screening for Psychologic Distress in Ambulatory Cancer Patientes, American Cancer Society 2005; 103(7): 1494-1502
164. Braud A C, Genre D, Leto C et al. Nurses' Repeat Measurement of Chemotherapy Symptoms, Cancer Nursing 2003; 26(6): 468-474
165. Knotkova H, Clark C et al. What Do Ratings on Unidimensional Pain and Emotion Scales Really Mean? A Multidimensional Affect and Pain Survey (MAPS) Analysis of

Cancer Patient Responses, *Journal of Pain and Symptom Management* 2004; 28(1): 19-27

166. Teunessen S. Are Anxiety and Depression Related to Physical Symptom Burden?, *Palliative Medicine* 2007; 21(4): 341-346
167. Tavoli A, Montazeri A, Rohsan R, et al. Depression and Quality of Life in Cancer Patients With and Without Pain: The Role of Pain Beliefs, *BMC Cancer* 2008; 8(177): 1-6
168. Aruthuzik M D. The Appraisal of Pain and Coping in Cancer Patients, *Western Journal of Nursing Research* 1991; 13: 714-731
169. Frick E, Tyroller M, Panzer M. Anxiety, Depression and Quality of Life of Cancer Patients Undergoing Radiation Therapy: a Cross-Sectional Study in a Community Hospital Outpatient Centre, *European Journal of Cancer Care* 2007; 16: 130-136

ŞEKİLLER VE TABLO DİZİNİ

ŞEKİLLER	SAYFA
Şekil 1. Amerikan Kanser Birliğinin Semptomsuz Kişilerin Taranması.....8 Konusunda Önerileri.	8
Şekil 2. Bazı Kemoterapi Protokolleri ve Uygulamasında Dikkat Edilecek.....10 Noktalar	10
Şekil 3. İyi Huylu ve Kötü Huylu Tümörlerin Özellikleri.....15	15
Şekil 4. TNM Sınıflandırılması.....16	16
Şekil 5. Kanser Ağrısının Nedenleri.....25	25
Şekil 6. Güvenirlilik Derecesine Göre Ağrı, Değerlendirilmesinde Öncelikler.....27	27
Şekil 7. Ağrı Değerlendirilmede Kullanılan Ölçekler.....28	28
Şekil 8. Dünya Sağlık Örgütü Analjezik Basamak Prensipleri.....29	29

Şekil 9.	Akciğer ve Meme Kanseri Tanısı Alan Hastaların Klinik Evreye Göre Dağılımı.....	45
Şekil 10.	Hastaların HAD-A ile GAS Ağrı Skoru İlişki Grafiği.....	63
Şekil 11.	Hastaların HAD-D ile GAS Ağrı Skoru İlişki Grafiği.....	64
Şekil 12.	Hastaların HAD-A ile FPS Ağrı Skoru İlişki Grafiği.....	65
Şekil 13.	Hastaların HAD-D ile FPS Ağrı Skoru İlişki Grafiği.....	66
Şekil 14.	Akciğer Kanserli Hastaların HAD-A ile GAS Ağrı Skoru İlişki Grafiği....	67
Şekil 15.	Akciğer Kanserli Hastaların HAD-D ile GAS Ağrı Skoru İlişki Grafiği....	68
Şekil 16.	Akciğer Kanserli Hastaların HAD-A ile FPS Ağrı Skoru İlişki Grafiği.....	69
Şekil 17.	Akciğer Kanserli Hastaların HAD-D ile FPS Ağrı Skoru İlişki Grafiği....	70
Şekil 18.	Meme Kanserli Hastaların HAD-A ile GAS Ağrı Skoru İlişki Grafiği.....	71
Şekil 19.	Meme Kanserli Hastaların HAD-D ile GAS Ağrı Skoru İlişki Grafiği.....	72
Şekil 20.	Meme Kanserli Hastaların HAD-A ile FPS Ağrı Skoru İlişki Grafiği.....	73
Şekil 21.	Meme Kanserli Hastaların HAD-D ile FPS Ağrı Skoru İlişki Grafiği.....	74

TABLolar

Tablo 1.	Hastaların Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımı.....	40
Tablo 2.	Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı.....	42
Tablo 3.	Hastaların Ağrı ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı.....	46
Tablo 4.	Hastaların Kişisel Özelliklerine Göre Ağrı Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	48
Tablo 5.	Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Ağrı Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	49
Tablo 6.	Hastalığın Klinik Evresi ile Ağrı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi....	51
Tablo 7.	Hastaların Ağrı Özelliklerine Göre Ağrı Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	52
Tablo 8.	Hastaların Kişisel Özelliklerine Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	53
Tablo 9.	Hastalık Özelliklerine Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	55
Tablo 10.	Hastaların Ağrı Özelliklerine Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	57
Tablo 11.	Hastaların GAS Ağrı Skorunun Anksiyete ve Depresyon Skoruna Göre Dağılımı.....	58
Tablo 12.	Hastaların FPS Ağrı Skorunun Anksiyete ve Depresyon Skoruna Göre Dağılımı.....	59

Tablo 13.	Akciğer Kanserli Hastalarda Ağrı ile Anksiyete ve Depresyon düzeyi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	60
Tablo 14.	Meme Kanserli Hastalarda Ağrı ile Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	61
Tablo 15.	Ağrı ile Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	62

Ö Z G E Ç M İ Ş

1981 yılında Çanakkale/Yenice’de doğan Sevinç GÜLÇİĞ ÇAPAR İlk ve Orta öğrenimini Yenice/Kalkım’da tamamlamasının ardından Niğde Üniversitesi Aksaray Sağlık Yüksek Okulunda başladığı lisans öğrenimini, 2004 yılında Çanakkale Onsekiz Mart Üniveristesi Sağlık Yüksek Okulunda tamamlayarak hemşire ünvanını almıştır. 2004-2010 yılları arasında diyaliz hemşireliği, enfeksiyon kontrol hemşireliği, onkoloji-hematoloji hemşireliği alanlarında görev yapmış, 2007 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları hemşireliği bölümünde yüksek lisans eğitimine başlamıştır.

Türk Hemşireler Derneği, Onkoloji Hemşireliği Derneği, Bedensel Engelliler Derneği, üye olup halen Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Kliniğinde hemşire olarak görev yapmaktadır.

E K L E R

Ek 1. Hasta Bilgi Formu

Ek 2. Ağrı Skalaları

Ek 3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS)

Ek 4. Etik Kurul İzni.

EK- 1

HASTA BİLGİ FORMU

I. KİŞİSEL ÖZELLİKLER

1. Hastanın Adı Soyadı:

2. Yaşı:

3. Cinsiyet: 1.() Erkek 2.() Bayan

4. Protokolü:

5. Eğitim Durumunuz: 1.() Okur Yazar 2.() Okur Yazar Deği
3.() İlkokul Mezunu 4.() Ortaokul Mezunu
5.() Lise Mezunu 6.() Yüksek Okul Mezunu
7.() Üniversite

6. Medeni Haliniz: 1.() Evli 2.() Bekar 3.() Boşanmış

7. Sağlık Güvenceniz: 1.() Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)
2.() Emekli Sandığı (EMS)
3.() Bağ kur (BK)
4.() Yeşil Kart (YK)
5.() Ücretli

8. Mesleğiniz: 1.() Memur 2.() Serbest Meslek 3.() İşçi
4.() Çiftçi 5.() Emekli 6.() Çalışmıyor

9. Aile Tipiniz: 1.() Çekirdek aile 2.() Geniş aile
3.() Parçalanmış aile 4.() Diğer

10. Çocuk Sayınız:

11. Aylık geliriniz ne kadardır ? :

II.HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

1. Klinik tanı:

2. Hastalığın klinik evresi:

3. Tedavi protokolünün ismi:

4. Hastalığınız ne zaman teşhis edildi: 1.() 0 - 6 ay 2.() 6 – 1 yıl

3.() 1 – 3 yıl 4.() 4 yıl üzeri

5. Ne kadar zamandır tedavi görüyorsunuz?
6. Kaçınıcı kür alıyorsunuz:
7. Hastalığına uyum sağlayabildiniz mi ? 1.() Evet 2.() Hayır
8. Hastalığı algılama durumunuz:
- 1.() Tedavi edilemeyen bir hastalık
- 2.() Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık
- 3.() Kolay tedavi edilebilen bir hastalık
9. İlaç tedavisine uyum sağlayabildiniz mi ? 1.() Evet 2.() Hayır
10. İlaçlar hakkındaki düşünceleriniz?
- 1.() Tedavi edileceğime inanıyorum
- 2.() Tedavi edecek ama çok yan etkisi var
- 3.() Diğer
11. Düzenli sağlık kontrolleri yaptırır mısınız? 1.() Evet 2.() Hayır
12. Stresli yaşamınız var mı? 1.() Evet 2.() Hayır
13. Beslenmenize dikkat eder misiniz ? 1.() Evet 2.() Hayır
14. Düzenli egzersiz yapar mısınız ? 1.() Evet 2.() Hayır
15. Sigara kullanıyor musunuz ? 1.() Evet 2.() Hayır
16. Alkol kullanıyor musunuz ? 1.() Evet 2.() Hayır

III:AĞRI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

1. Ağrınız var mı? 1.() Evet 2.() Hayır
2. Ağrınız ne zaman başladı:
3. Ağrınız ne kadar zamandır devam ediyor:
4. Ağrınızın nedenini biliyor musunuz? 1.() Evet 2.() Hayır
5. Ağrınızı geçiren herhangi bir uyulama veya ilaç var mı?
.....
6. Ağrınızın Sıklığı Nasıl:
- 1.() Sürekli 2.() Günde 1-2 kez 3.() Günde birkaç defa
- 4.() Haftada birçok kez 5.() Ayda 1-2 kez 6.() Ayda 1'den fazla
7. Ağrınıza eşlik eden başka şikayetiniz var mı ? 1.() Evet 2.() Hayır
8. Ağrınızı arttıran faktörler var mı?
9. Ağrınızı azaltan faktörler var mı?

10. Ağrınızın yeri :.....

11. Ağrınızın niteliği:

- | | | |
|----------------|------------------------|------------------|
| 1.() Zonklama | 2.() Bıçak saplanması | 3. () Kaşınma |
| 4.() Kesilme | 5.() Kasılma | 6.() Yanma |
| 7.() Sızlama | 8.() Acıma | 9.() Sıkıştırma |

12. Gün içinde moral bozukluğu ne kadar sıklıkla yaşıyorsunuz?

- | | | |
|--------------------|------------------|-----------------|
| 1.() Hiçbir zaman | 2.() Biraz | 3.() Nadiren |
| 4.() Sık sık | 5.() Çoğunlukla | 6.() Her zaman |

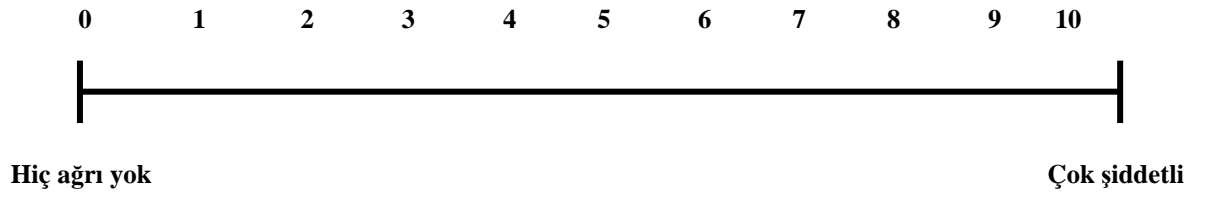
13. Moraliniz bozuk olduğunda ağrınızda herhangi bir artma veya azalma oluyor mu?

- | | |
|------------|-------------|
| 1.() Evet | 2.() Hayır |
|------------|-------------|

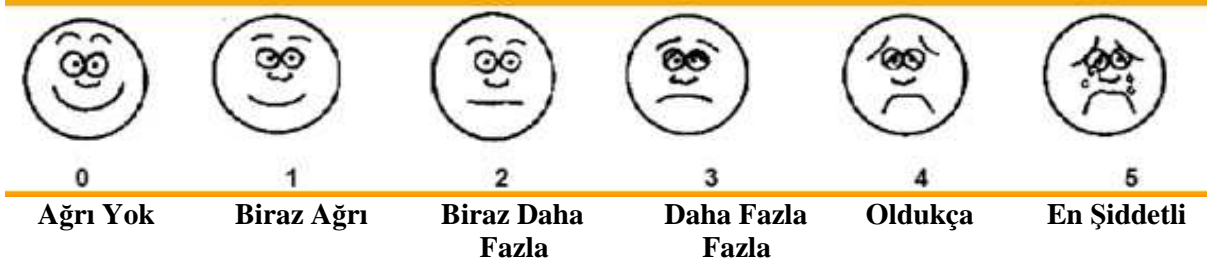
EK-2

AĞRI SKALALARI

GÖRSEL ANALOG SKALA (GAS)



WONG-BAKER AĞRI SKALASI (FPS)



EK-3

HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HADS)

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğru olacaktır.

1) Kendimi gergin, ‘patlayacak gibi’ hissediyorum.

|S01|Çoğu zaman

|S01|Birçok zaman

|S01|Zaman zaman, bazen

|S01|Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hâlâ zevk alıyorum.

|S02|Aynı eskisi kadar

|S02|Pek eskisi kadar değil

|S02|Yalnızca biraz eskisi kadar

|S02|Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

|S03|Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli

|S03|Evet, ama çok da şiddetli değil

|S03|Biraz, ama beni endişelendiriyor

|S03|Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

|S04|Her zaman olduğu kadar

|S04|Şimdi pek o kadar değil

|S04|Şimdi kesinlikle o kadar değil

|S04|Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

|S05|Çoğu zaman

|S05|Birçok zaman

|S05|Zaman zaman, ama çok sık değil

|S05|Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

|S06|Hiçbir zaman

|S06|Sık değil

|S06|Bazen

|S06|Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

|S07|Kesinlikle

|S07|Genellikle

|S07|Sık değil

|S07|Hiçbir zaman

8) Kendimi sanık durgunlaşmış gibi hissediyorum.

|S08|Hemen hemen her zaman

|S08|Çok sık

|S08|Bazen

|S08|Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

|S09|Hiçbir zaman

|S09|Bazen

|S09|Oldukça sık

|S09|Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim

|S10|Kesinlikle

|S10|Gerektiği kadar özen göstermiyorum

|S10|Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum

|S10|Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

|S11|Gerçekten de çok fazla

|S11|Oldukça fazla

|S11|Çok fazla değil

|S11|Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

|S12|Her zaman olduğu kadar

|S12|Her zamankinden biraz daha az

|S12|Her zamankinden kesinlikle daha az

|S12|Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

|S13|Gerçekten de çok sık

|S13|Oldukça sık

|S13|Çok sık değil

|S13|Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

|S14|Sıklıkla

|S14|Bazen

|S14|Pek sık değil

|S14|Çok seyrek

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
YEREL ETİK KURULU, Edirne, Türkiye
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTFEK 2008 / 07
	PROTOKOL ADI	Kemoterapi Tedavisi Gören Kansersiz Hastalarda Ağrı ile Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu
	BAŞVURULAN ETİK KURUL	TÜTF Yerel Etik Kurulu
	DESTEKLEYİCİ FIRMA	Araştırmacıların Kendileri
	FAZİ	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	<input checked="" type="checkbox"/> Tek Merkez <input type="checkbox"/> Çok Merkez <input checked="" type="checkbox"/> Ulusal <input type="checkbox"/> Uluslararası	

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Değişiklik No.su	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	31.01.2008		<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	OLGU RAPOR FORMU			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 03 / 09	Tarih: 07.02.2008
	Üniversitemiz Edirne Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Sevinç Gülçığ ÇAPAR'ın tezinin araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırma bütçesinin araştırmacıların kendileri tarafından karşılanması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, Jy. Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF Etik Kurul Yönergesi
---------------	---

ÜYELER	
--------	--

Ünvanı / Adı / Soyadı Ek Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Dikmen DÖKMECİ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Ümit N. BAŞARAN Başkan Yardımcısı	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	izinli
Prof. Dr. Betül Biner ORHANER Üye	Çocuk Sağ. ve Hst.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst. A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Dilek MEMİŞ Üye	Anesteziyoloji	T.Ü.T.F. Anesteziyoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Betül Uğur ALTUN Üye	Endokrinoloji	T.Ü.T.F. İç Hst. A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	izinli
Doç. Dr. Gürçan ALTUN Üye	Adli Tıp	T.Ü.T.F. Adli Tıp A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Hakan ERBAŞ Üye	Biyokimya	T.Ü.T.F. Biyokimya A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Ufuk USTA Üye	Patoloji	T.Ü.T.F. Patoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	izinli
Ecz. Emine SAKMAN Üye	Eczacı	T.Ü.T.F. Başhekimliği	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Avukat Banuş DEMİREL Üye	Hukuk	T.Ü. Rektörlüğü	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

* Araştırma ile ilişki,
** Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Filiz AKATA
Dekan