

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR**

**KANSERLİ HASTALARDA SEMPTOM KONTROLÜNÜN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Seda KURT SADIRLI

EDİRNE – 2008

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR**

**KANSERLİ HASTALARDA SEMPTOM KONTROLÜNÜN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Seda KURT SADIRLI

Destekleyen Kurum :

Tez No :

EDİRNE – 2008

TEŞEKKÜR

*Gerek tez çalışmam süresince gerekse yüksek lisans eğitimim boyunca yardım ve desteğini esirgemeyen, beni sabır ve anlayışla yönlendiren, daima teşvik ve özveride bulunan değerli hocam ve tez danışmanın **Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR'a,***

*Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam sırasında desteklerini esirgemeyen **Trakya üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu Öğretim Elemanlarına,***

*Yüksek lisans eğitimim boyunca destekleyici yaklaşımları için **Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne,***

*Çalışmamın veri toplama aşamasında ihtiyacım olan desteği veren **Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Hakan KARAGÖL'e, Onkoloji Kliniği ve Ayaktan Kemoterapi Kliniği Hemşirelerine,***

*Araştırma verilerinin analizindeki yardımlarından dolayı **Yrd. Doç. Dr. Necdet SÜT'e,***

*Sabır ve desteklerini esirgemeyen **Aileme, Eşime ve Arkadaşlarıma***

En içten duygularıyla teşekkür ederim.

Seda KURT SADIRLI

EDİRNE 2008

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR

SAYFA

GİRİŞ VE AMAÇ

GENEL BİLGİLER.....6

-Kanserin Epidemiyolojisi6

-Kanserin Sınıflandırılması.....7

-Kanserin Etyolojisi.....10

-Kanserden Korunma.....13

-Kanserde Tanı Yöntemleri.....16

-Kanserin Etki ve Belirtileri.....21

-Kanser Tedavisi.....22

-Kemoterapinin Yan Etkileri, Semptom Kontrolü ve
Hemşirenin Rolü.....30

GEREÇ VE YÖNTEM.....41

BULGULAR.....47

TARTIŞMA.....70

SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....81

TÜRKÇE ÖZET.....84

İNGİLİZCE ÖZET.....86

KAYNAKLAR.....88

ŞEKİLLER DİZİNİ.....94

ÖZGEÇMİŞ.....96

EKLER.....97

Ek 1: Etik Kurul İzni

Ek 2: Hasta Bilgi Formu

Ek 3: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği

Ek 4: Edmonton Symptom Assesment Scale

Ek 5: İzin Metni

Ek 6: Ölçeğin Geçerlilik ve Güvenirliliği Aşamasında Görüşleri Alınan Uzman Listesi

KISALTMALAR

Ark:	Arkadaşları
BT:	Bilgisayarlı Tomografi
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
IV:	Intravenöz
KİT:	Kemik İliği Transplantasyonu
KKM:	Kendi Kendine Meme Muayenesi
MR:	Manyetik rezonans
PET:	Pozitron Emisyon Tomografi
TNM:	Tümör, lenf, metastaz

GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser günümüzde tüm dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2001 kayıtlarına göre dünyada her yıl 10 milyon kişi kanser tanısı almakta ve 6 milyon kişi de kanserden ölmektedir (1).

Bundan yirmi yıl önce, nedeni bilinen ölümler sıralamasında kansere bağlı ölümler dördüncü sırada yer almaktaydı; günümüzde ise batılı ülkelerde olduğu gibi nedeni bilinen ölümler sıralamasında kalp-damar hastalıklarına bağlı ölümlerden sonra ikinci sırada yer almaktadır. Ülkemizde tüm ölümler içinde, kansere bağlı ölümlerin payı 1990 yılında %10.1 iken 1999'da %12.4'e ulaşmıştır. 2000 yılı içinde ulusal kanser insidans hızı yüz binde 49.29, 2001 yılında yüz binde 60.49, 2002 yılında yüz binde 71.49 ve 2003 yılında ise yüz binde 70.32'dir (2- 5).

Kanserin vücuda verdiği zararların yanısıra kanser tedavi yöntemlerinin de vücut üzerine yan etkileri vardır. Bu tedavi yöntemlerinden birisi de kemoterapidir. Kemoterapi ilaçlarının verilmiş amacı, hızla bölünen kanserli hücrenin bölünmesini engellemektir. Ancak ilaç, hızlı olarak bölünen malign hücreler ile ağız boşluğu, gastrointestinal sistem, kemik iliği ve kıl folüküllerinde bulunan normal hücreler arasında bölünmeyi engelleme açısından da bir ayırım yapmaz. Bu nedenle kemoterapi ilaçları tedavi etmenin yanı sıra ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, ruhsal değişiklikler, iştahsızlık, nefes darlığı, ciltte ve tırnaklarda değişiklikler, ağızda yara, ellerde uyuşma gibi yan etkilere de yol açar. Kanser tedavisi sonucu görülen bu yan etkiler, hastanın bu konuyu konuşmada yaşadığı rahatsızlıklar, bu yan etkileri ifade etmedeki yetersizlikleri nedeni ile gözden kaçabilmektedir. Oysa ki hastalarda görülen bu önemli semptomlar ve yan etkiler etkin ve bilinçli hemşirelik girişimleri ile önlenebilir ya da azaltılabilir (6-9).

Hastalarının biyopsikososyal bir varlık olarak, sosyal çevreleri ve aileleri ile birlikte bütüncül değerlendirilerek, özellikle kanserli hastalarda tıbbi ve psikososyal sorunların çeşitliliği göz önüne alınarak semptomların değerlendirilmesi ve kontrolünün önemli olduğu pek çok kaynakta ifade edilmektedir (7, 9, 10, 11).

Yapılan bir çalışmada; tedavi sonrasında tedavi öncesine göre pek çok semptomun

arttığı ifade edilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada da sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özellikler değerlendirildiğinde tedavi öncesi ve sonrası oluşan bu semptomların etkilendiği ifade edilmiştir (7, 12).

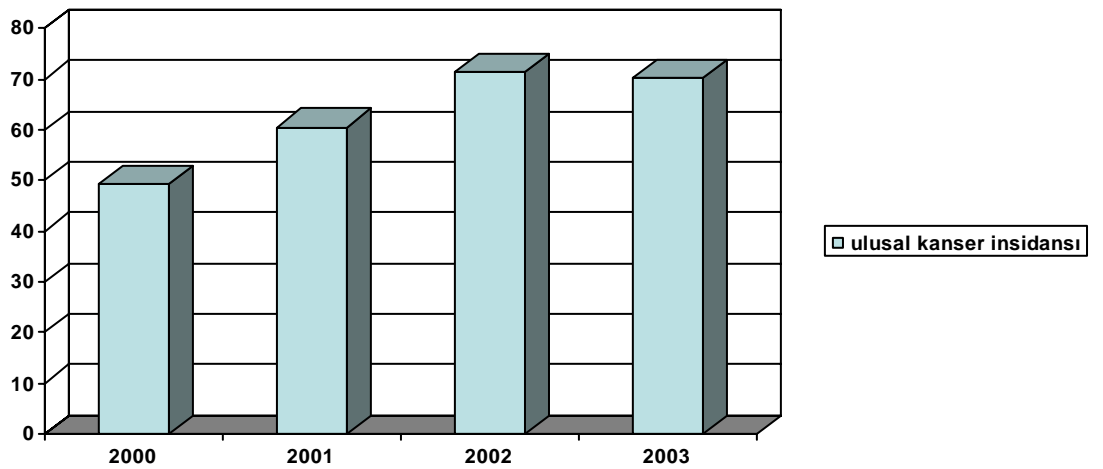
Bu verilerden yola çıkarak bu araştırma kanserli hastalarda semptom kontrolünü değerlendirmek, bunları etkileyen sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özellikleri belirlemek, uygun hemşirelik uygulamalarını geliştirmede rehber olacak öneriler belirlemek ve Edmonton Semptom Tanılama Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaparak literatüre yeni bir ölçek kazandırmak amacıyla planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

KANSERİN EPİDEMİYOLOJİSİ

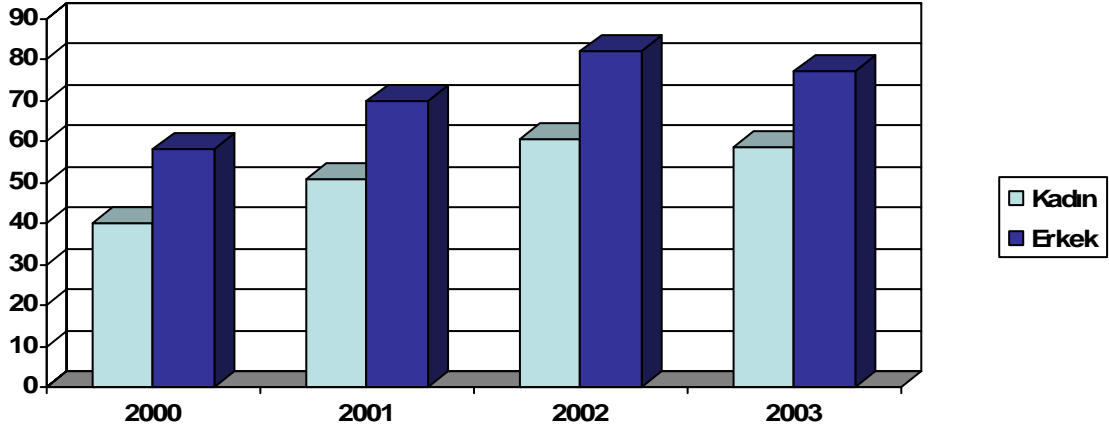
Kanser günümüzde dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur. DSÖ'nün 2001 kayıtlarına göre dünyada her yıl 10 milyon kişi kanser tanısı almakta ve 6 milyon kişi de kanserden ölmektedir (1).

Bundan yirmi yıl önce, nedeni bilinen ölümler sıralamasında kansere bağlı ölümler dördüncü sırada yer almaktaydı; günümüzde ise batılı ülkelerde olduğu gibi nedeni bilinen ölümler sıralamasında kalp-damar hastalıklarına bağlı ölümlerden sonra ikinci sırada yer almaktadır. Ülkemizde tüm ölümler içinde, kansere bağlı ölümlerin payı 1990 yılında %10.1 iken 1999'da %12.4'e ulaşmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2000 yılı içinde ulusal kanser insidans hızı yüz binde 49.29, 2001 yılında yüz binde 60.49, 2002 yılında yüz binde 71.49 ve 2003 yılında ise yüz binde 70.32'dir (Şekil 1) ((2- 5).



Şekil 1. 2000-2003 Yılları Arası Ulusal Kanser İnsidansı (5)

T.C. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2000 yılı kadınlarda kanser insidans hızı yüz binde 40.16, erkeklerde yüz binde 58.18'dir. 2003 yılında kadınlarda yüz binde 58.55 olan kanser insidans hızı erkeklerde ise yüz binde 77.19'a yükselmiştir (Şekil 2)(5).



Şekil 2. Ulusal Kanser İnsidansının Cinsiyete Göre Dağılımı (5)

Ülkemizde yılda beklenen kanser olgu sayısı, 70.000-100.000 iken 1999 yılında bildirilen olgu sayısı 25.942 olmuştur ve bu sayı hiçbir zaman yılda 40.000'i aşmamıştır (2).

Günümüzde tüm dünyada bir yılda ortaya çıkan 10 milyon yeni olgunun, 5.3 milyonunu (%53) erkekler, 4.7 milyonunu (%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 genelinde 6 milyon ölümün kansere bağlı ölümler olduğu hesaplanmıştır ve bu ölümlerin 1.6 milyonu Avrupa'da gerçekleşmektedir (13-15).

Dünyada 2000 yılı itibari ile 22 milyon kanserli hastanın yaşadığı ve yeni olgular içinde akciğer, meme, kolorektal, mide ve karaciğer kanserlerinin ilk 5 sırada yer aldığı bildirilmiştir (15).

Kanserin toplumda sıklığının bilinmesi, etyolojisinde rol oynayabilecek faktörlerin araştırılması, saptanması ve yok edilmesine yardımcı olabileceği gibi, meydana gelen kanserlerin erken tanısına, tedavi sonuçlarının değerlendirilmesine ve etkili tedavi yöntemlerinin saptanmasına da yardımcı olacaktır (16).

KANSER VE SINIFLANDIRILMASI

Tanı ve tedavi yöntemlerindeki yenilikler, insanların bilinçlenmesi, sağlık kuruluşlarından yararlanmalarının artması, birçok akut ve kronik hastalığın tanı ve tedavisindeki gelişmeler,

bunlara bağılı olarak ortalama yaşam süresinin uzaması ve başka birçok nedenle kanser, günümüzde önemli evrensel sağılık sorunlarından biri haline gelmiştir (17).

Kanser, hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve anormal şekilde yayılımı ile karakterize hastalık grubunu tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Kanser hücresel genlerde gerçekleşen somatik ve kalıtsal mutasyonlardan ve biriken genetik değışiklerden kaynaklanır ve genellikle yaşamı tehdit eden, tedavisindeki önemli gelişmelere rağmen tüm hastalıklar arasında en korkulanıdır (6, 7, 18, 19).

Normalde yeni hücreler, hücre sayısını yaklaşık hep aynı tutacak biçimde ve kontrollü bir hızla çoğalırlar. Ancak zedelenme sonucu hücre kaybına bir yanıt olarak da hızlı hücre çoğalması ortaya çıkar. Normal hücre büyümesini durduran ya da uyarıcı bir geri bildirim mekanizması vardır. Ancak malignitenin başladığı durumda vücudun normal kontrol mekanizmaları kanser hücrelerinin çoğalmasını kontrol edemezler. Sınırsız üreyen kanser hücreleri salgıladıkları toksik ve proteolitik enzimlerle dokuların sağılıklı enzimlerini eritip fagosite ederek, kendilerine yer açarlar ve kapladıkları alan artar. Bunun yanı sıra kanserli dokular, besin bakımından da normal dokulara ortak olur ve sayıları giderek daha da çok arttığı için, vücudun normal dokularını artan bir açlıkla besin yetersizliği içine sokarlar. Kanser hücreleri aynı zaman da farklılaşma özelliklerini de kaybederler. Farklılaşma, normal hücrelerin, bedenin değışik yapılarını oluşturmak için geçirdikleri fizik ve yapısal değışiklik sürecidir. Farklılaşmanın bozulmasına paralel olarak kanser hücresi apoptozis (programlı hücre ölümü) yeteneğini de kaybeder ve normal hücreye kıyasla daha uzun yaşarlar (6, 8, 18, 20).

Malign hücreler köken aldıkları normal hücrelerdeki işlev, görünüş ve özellikleri yitirirlerse de bazı durumlarda köken aldıkları hücrelerin işlevlerine hiç benzemeyen yeni hücresel işlevler de gösterebilirler. Örneğin endokrin bez özelliğı olmayan bazı tümörler hormon salgılama özelliğı kazanabilirler (6, 18).

Tümör ile kanser kelimeleri genellikle eş anlamlı kullanılırlar. Ancak bunlar eş anlamlı kelimeler değıillerdir. Tümörler benign (iyi huylu) ya da malign (kötü huylu) oluşumlardır. İyi ve kötü huylu tümörlerin her ikisi de anormal hücre büyümesi sonucu oluşurlar. Ancak benign tümörler, sınırlı büyüme potansiyelleri olup, buldukları bölgede büyüyerek genişler ve metastaz yapmazlar. Malign tümörler hızla çoğalıp, çevre dokulara infiltrate olur. Uzak organlara kan ve lenf yoluyla metastaz yaparlar (17, 18, 21).

Kanserleşme, normal hücrelerin malignite özelliğini kazanma sürecidir. Hücre DNA'sında bir değışim ya da genetik bir zedelenmenin ardından gelen değışimler, kanserleşmenin çok aşamalı sürecini oluştururlar (18).

Kanserin sınıflandırılması; kanser tanısı kesinleştikten sonra, hastalığının boyutlarını tanımlamanın yanında, tedavinin planlanmasında, prognozun belirlenmesinde ve değişik tedavi yaklaşımlarının karşılaştırılmasında yardımcı olan bir süreçtir (17, 18).

Amerikan Kanser Ortak Komisyonun önerdiği Tümör, Lenf, Metastaz (TNM) kalsifikasyonu, hastalığın boyutlarını belirlemede en sık kullanılan sınıflamadır. ‘T’ tümörün anatomik büyüklüğünü, ‘N’ lenf nodu katılımını, ‘M’ ise metastaz durumunu ifade eder. TNM sınıflandırılması şekil 3’de verilmiştir.

T: Primer Tümör

T_x: Cerrahi kurallar içinde belirlenemeyen tümör.

T₀: Primer tümöre ait bulgu yok.

T_{1s}: Karsinoma insitu

T₁: Çapı 2 cm.’den küçük tümör.

T₂: Çapı 2 cm.’den büyük, 4 cm.’den küçük tümör.

T₃: Çapı 4 cm.’den büyük tümör.

T₄: Çapı 4 cm.’den büyük masif tümör

N: Bölgesel Lenf Bezleri

N_x: Cerrahi kurallar içinde belirlenemeyen nodül.

N₀: Klinik olarak pozitif nodül yok.

N₁: Çapı 3 cm.’den küçük olan homolateral tek nodül.

N₂: Klinik olarak pozitif çapları 3-6 cm. olan homolateral tek nodül veya klinik olarak pozitif multiple homolateral nodüller.

N_{2a}: Klinik olarak pozitif çapları 3-6 cm. olan homolateral tek nodül.

N_{2b}: Klinik olarak pozitif çapları 3-6 cm. olan homolateral multiple nodüller.

N₃: Masif homolateral nodüller, bilateral nodüller veya kontrilateral nodüller.

N_{3a}: Klinik olarak pozitif çapları 6 cm.’i geçmeyen homolateral multiple nodüller.

N_{3b}: Klinik olarak pozitif bilateral nodül.

N_{3c}: Klinik olarak pozitif kontrilateral nodül.

M: Uzak Metastaz

M_x : Cerrahi kurallar içinde belirlenemeyen uzak metastaz.

M_0 : Uzak metastaz yok.

M_1 : Uzak metastaz var.

Evre:

Evre 1: $T_1 N_0 M_0$

Evre 2: $T_2 N_0 M_0$

Evre 3: $T_3 N_0 M_0$

Evre 4: $T_4 N_0 M_0$ veya $T_4 N_1 M_0$

Herhangi T N_2 veya $N_3 M_0$

Herhangi T herhangi N M_1

R: Residüel Tümör

R_0 : Rezidüel tümör yok.

R_1 : Mikroskopik rezidüel tümör var.

R_2 : Makroskopik rezidüel tümör var.

Şekil 3. TNM Sınıflandırması (22, 23)

KANSERİN ETYOLOJİSİ

Kanserin etyolojisinde birden fazla etkenin rol oynadığı tanımlanmaktadır. Bunlar;

- Virüsler, bakteriler ve parazitler
- Fiziksel Faktörler
- Sigara ve Kimyasal Faktörler
- Cinsel Sağlık ve Doğurganlık
- Genetik ve Ailesel Faktörler
- Beslenme Faktörü
- Hormonal Faktörler
- İmmünolojik Faktörler (17, 18, 19, 22, 24).

Virüsler, Bakteriler ve Parazitler: Retrovirüslerin onkogen aktivasyonu yaparak hayvanlarda kanser oluşturduğu, insanlarda da bazı virüslerin kanser oluşturduğu bilinmektedir (DNA virüsü olan Ebstein-Barr virüsü, Herpes simpleks, sitemegolavirüsler, Hepatit B, C virüsü, HIV). Bazı bakteri ve bazı parazitler ile de kanser arasında bir ilişki olduğu bilinmektedir (17, 19, 22).

Fiziksel Faktörler: Bu grup içindeki etkenler arasında iyonize radyasyon, X ışınları (röntgen), noniyonizeradyasyon (solar), güneşteki ultraviyole (mor ötesi ışınlar), radyoaktif etkenler (alfa, beta, gama ışınları), hipertermi, kronik iritasyon ya da inflamasyon ve tütün kullanımı sayılabilir (17, 18, 19).

Sigara ve Kimyasal Faktörler: Çevresel faktörler arasında kanserle ilişkisi en iyi bilinen sigara akciğer, larenks, farenks, özefagus, mesane, pankreas, renal hücreli kanser, anal kanser, meme, over, endometriyum ve serviks kanseri etyolojisinde yer almaktadır ve kanserden ölümlerin %30'unu oluşturmaktadır (17, 19, 22).

Birçok çalışma ortamında kokansorejen olan kimyasal maddeler bulunmaktadır. Aromatikler ve aminler (hidrokarbonlar), anilin boyası, pestisitler ve formaldehitler, arsenik, asbest, benzen, kadmiyum, kronium, nikel, çinko, berilyum ve polivinil klorid, rafine edilmemiş parafin yağı, mazot, krom, kobalt, hardal gazı, katran, kurum gibi kimyasal maddeler kansorejenler arasında sayılabilir. Bu maddeler tek başlarına ya da bir kaçı birlikte kansere neden olabilirler. Ayrıca çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların da insanlarda karsinojenik olduğu gösterilmiştir. Antineoplastik ilaçlardan bilhassa alkilleyici ajanlar, replasmen amacıyla kullanılan eksojen hormonlar, immünosüpressif ajanlardan özellikle azathioprine, androjenler ve anaobolik streoidler (17, 18, 19, 25).

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 riski; geç evlenmiş, geç doğum yapmış ya da hiç doğum yapmamış kadınlarda daha fazladır. Erken menarş, geç menapoz, ovulasyonsuz menstrüel dönemin sıklığı meme kanseri riskini arttırmaktadır (17, 24).

Genetik ve Ailesel Özellikler: Birçok kanser tipinin ailesel özelliğinin olduğu

gösterilmiştir. Bu durumun; genetik yapı, aynı çevreyi paylaşma, yaşam biçimi gibi ortak faktörlerden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Anormal kromozom; fazla kromozom, kromozom lokalizasyonunda değişiklik ile kanser arasında ilişki olduğu bilinmektedir (17).

Son on yıl içinde dikkatler, kanserle sonuçlanan normal hücre büyümesinin kesilmesine yol açan mutasyonları hedef alan hücre proliferasyonunu kontrol eden genler üzerine çekilmiştir. Bu gen mutasyonlarının bazıları germ hattından kalıtsal olarak geçebilir ve bazı ailelerde yüksek kanser riskini açıklayabilir (22).

Beslenme Faktörü: Beslenme ile kanser ilişkisinde; besinlerdeki mitotoksinler, doğal karsinojen maddeler, besinlere uygulanan işlemler ve tüketilen besinin içeriği ve miktarı rol oynamaktadır (17).

Beslenmede kanser riskini arttıran maddeler;

- Yağ (hayvansal yağ tüketiminin fazla olması meme, kolon, endometriyum, over, pankreas, prostat kanseri riskini artırır),
- Alkol,
- Tuz,
- Tütsülenmiş, tuzlanmış, yanmış et,
- Nitrat ve nitrit içeren besinler,
- Yüksek kalorili diyet,
- A, C ve E vitaminlerinden eksiklik ve lifli besinlerin az tüketimi,
- Yüksek proteinli besinler.

Beslenmede kanser riskini azaltan maddeler;

- Lifli/posalı besinler,
- A ve B grubu vitaminler (yeterli düzeyde alınması mitotoksinlerin zararlı etkisini azaltarak kanser riskini azaltır),
- İndol içeren; lahanası, brokoli, karnabahar, Brüksel lahanası, soya filizi, karatonoidlerden; havuç, domates, ıspanak, kayısı, şeftali, koyu yeşil ve sarı sebze ve meyveler,
- E-C vitamin, çinko ve selenyum (17, 19, 25).

Hormonal Faktörler:

- Meme, prostat ve uterus, kanserinin endojen hormon düzeyine bağlı olarak büyüdüğü,
- Menarş sonrası uzun süreli oral kontraseptif kullanılmasının meme ve endometrium kanseri riskini arttırdığı, östrojen replasman tedavisinin hepatoselüler ve meme kanseri riskini hafif düzeyde arttırdığı, over ve endometrial kanserlerde de bir düşmeye neden olduğu,
- Hamilelik sayısının artmasının meme, endometrium ve over kanseri riskini azalttığı bilinmektedir (17).

İmmünolojik Faktörler: İmmün sistemin kalıtsal ya da edinsel nedenlerle baskılanması, örneğin transplantasyon ve AIDS hastalarında, bağışıklık sisteminin zayıf olduğu çocukluk ve yaşlılık döneminde, otoimmün hastalıklarda; örneğin romatoid artrit'te kanser riski artmaktadır (17).

KANSERDEN KORUNMA

Dünya Sağlık Örgütü, kanser kontrol programlarının altı alanda ele alınmasını öngörmektedir. Bunlar:

- Primer korunma
- Sekonder korunma
- Zamanında ve uygun tedavi
- İzleme
- Tedavi sonrası bakım
- Rehabilitasyondur.

Bu sıralanan alanlarda yapılacak çalışmalar ile kanser kontrol programları başarıya ulaşacaktır. Bu programa göre:

- ✓ Birincil korunma kapsamında gereken sağlık eğitiminin yapılması, önlemlerin alınması,
- ✓ İkincil korunma kapsamında; tüm toplum ve yüksek risk altında olanlar için sitolojik tarama programlarının uygulaması

- ✓ Kanserli hasta bakımında disiplinler arası bakım uygulamalarının yapılması, rekonstrüktif cerrahi, beslenme, öz bakım gücünün geliştirilmesi, psikolojik destek gibi alanlarda rehabilitasyon hizmetlerinin yürütülmesi
- ✓ Terminal dönem hastaları için gereken palyatif cerrahi, radyoterapi, ağrı kontrolü, psikolojik yardım gibi konularda gereken uygulama ve bakım hizmetlerinin verilmesi
- ✓ Kansere ilişkin olarak gerekli demografik, hastalıkla ve ölüm bilgileri ile ilgili kayıtların sağlıklı tutulması
- ✓ Bakım, eğitim, erken tanı, klinik yöntemlerin değerlendirilmesi, tekniklerin geliştirilmesi ve bunların uygulamaya girmesinin sağlanması
- ✓ Yapılan çalışmaların etkinliğinin ve maliyetinin değerlendirilmesi
- ✓ Kanser alanında çalışan tüm sağlık disiplinlerini kapsayacak eğitim programlarının uygulanması gibi hizmetlerin yer alması gerekir (17).

Birçok hastalıkta olduğu gibi kanserden korunma, sosyal ve ekonomik nedenlerle önceliklidir. Günümüzde kanser, dünyada erken ölümlere ve önemli kayıplara yol açması bakımından bu önceliğini korumaktadır.

Kanserden korunma üç başlık toplanabilir. Bunlar:

- Primer korunma
- Sekonder korunma
- Tersiyer korunma (17).

Primer Korunma: Kanser oluşumu mekanizmasını tetikleyecek karsinogenezis işlemini başlatabilecek olan her türlü kanser yapıcı madde ve oluşumla teması engellemektir. Teması engellemede sağlık eğitimi ile hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler sağlık danışmanlığı yapabilir, iyi sağlık alışkanlıkları kazandırabilir, sigara ya da sağlıksız beslenme gibi kötü alışkanlıkları azaltma ve bırakma konusunda bireylere yardımcı olabilir. Kanserde sağlık eğitimi, özellikle kanserle ilgili olduğu düşünülen risk etmenleri ve bu etmenlerle karşılaşmayı azaltma ya da önlemeyi içermelidir (18, 26).

Birincil korunmada öncelikle hedeflenen tüm toplumun kanser konusunda bilinçlendirilmesidir. Toplumun önemseydiği devletin üst yöneticileri, politikacılar, bakanlık temsilcileri, özel sektör ve sanatçıların, yazılı/görsel medya aracılığı ile:

- Kanser ve korunmanın önemini belirtmeli,

- Konuya toplumun dikkati çekilmeli,
- Korunmanın yaşam güvencesi olduğu önemsetilmeli,
- Bireyleri ücretsiz ve sosyal destekli tarama programlarına yönlendirilmeli,
- Kanserden korunmaya yönelik doğru ve etkili mesajlar verilmelidir (27).

Birincil korunmanın temelini bireysel çabalar ve eğitim oluşturmaktadır. Özellikle bireyin öz bakım uygulamaları, sağlığının korunması ve yükseltilmesinde etkin faktörler olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle aile ve toplumun kanser konusunda dikkatlerinin çekilmesi, önemi vurgulanarak bilgilendirilmesi, risk tanılması, endişe ve korkuya yer vermeyecek biçimde, öneriden çok paylaşıma öncelik verilerek uyarılmaları birincil korunmanın ana hedeflerindedir (27).

Bireylerin bilgilendirilmeleri sırasında;

- Barsak ve mesane alışkanlıklarında değişim,
- İyileşmeyen yaralar,
- Vücut boşluklarından drenaj ya da olağan dışı kanamalar,
- Meme ya da diğer bölgelerde yumru ya da sertlikler,
- Yutmada ya da hazmetmede güçlük,
- Ben ya da siğillerde görülür bir değişim,
- Rahatsız edici öksürük ya da ses kısıklığının kanserin 7 uyarıcı belirtisi olacağı vurgulanırken bu belirtilerin varlığının kesin kanser anlamında ele alınmaması konusu açıklanmalıdır (27).

Sekonder Korunma: Tarama ve erken tanı yoluyla olgularda kanseri erken yakalayıp iyileşme şansını arttırmaktır. Burada amaç kanseri erken dönemde belirleyerek yaşamın korunması ve kalitesinin yükseltilmesidir (26, 27).

Hemşireler, sekonder korunmanın temelini oluşturan erken tanı süreci sırasında bireylere destek ve yardım sağlamadaki etkinliklerinin yanı sıra tanı konulduğunda, hastanın olduğu kadar ailenin de bilgilendirilmesi ve katılımında rol alabilirler. Tüm tanı işlemlerini açıklama, bilgilendirilmiş onamı sağlama ve iletişim yolunu açık olarak sürdürmede hemşireler önemli bir rol üstelenerek, korku ve endişeyi en aza indirmeye yardımcı olurlar (27).

Tersiyer Korunma: Kanser hastasının optimum tedavisini yaparak, sakatlıkları azaltmak ve rehabilitasyonu sağlamak veya tedavi komplikasyonlarına bağlı olarak beklenenden erken ölmesini önlemektir (18, 26).

KANSERDE TARAMA VE TANI YÖNTEMLERİ

Kanserde Tarama

İnsanlarda herhangi bir belirti oluşmadan kanserin araştırılmasına tarama denilmektedir. Tarama, hiçbir belirtisi olmayan ve çoğunda kanser tanısı almayacak olan bireylerin basit test ve muayenelerinin yapılmasını içerir (18, 28). Sık görülen kanserlerde önemli risk faktörleri şekil 4’de verilmiştir.

Tanı Yöntemleri

Kansere karşı verilen zorlu mücadelede erken tanı büyük önem taşımaktadır. Tanı yöntemleri öykü ve fizik muayene, labratuvar incelemeleri, sitolojik incelemeler, endoskopik incelemeler, röntgen çalışmalarını içerir (17). Amerikan Kanser Birliği’nin Tarama Testleri İçin önerileri şekil 5’de verilmiştir.

<p>Ağız</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aşırı sigara ve alkol kullanmak, -Kötü ağız hijyeni. 	<p>Akciğer</p> <ul style="list-style-type: none"> -50yaş üzerinde olmak, sigara içmek, -15 yaşından önce sigara kullanmaya başlamak, -Mesleki nedenlerle asbestoza maruz kalmak. 	<p>Over</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ailede over kanseri öyküsü, -50 yaş üstü, hiç doğum yapmamış olmak.
<p>Mide</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ailede mide kanseri öyküsü, -Turşu, salamura, közleme vb. besinlerin tüketimi. 	<p>Cilt</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fazla güneşte kalmak, Açık tenli renkte olmak, -Kömür katranı, -Zift ve katran özü ile çalışıyor olmak, - Doğuştan ben ya da melanom olma. 	<p>Uterus, serviks, endometrium</p> <ul style="list-style-type: none"> -Olağan dışı kanama ve akıntı, -Düşük sosyo-ekonomik durum, -Gebelik ya da sonrası yetersiz bakım, -Geç menapoz (55 yaş ve üzeri), -Hipertansiyon, -Obezite, -Çocuk doğurmama.
<p>Kolon-Rektum</p> <ul style="list-style-type: none"> -Rektal polip öyküsü, -Ailede polip öyküsü, -Ülseratif kolit öyküsü, -40 yaş üstü, şişmanlık. 	<p>Meme</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kitle ya da meme başı akıntısı, -Meme kanseri öyküsü, -Yakın akrabalarda meme kanseri öyküsünün bulunması, -35 yaş üzerinde olmak, -Çocuk doğurmamış olmak, -İlk çocuğu 30 yaşın üzerinde doğurmak, -Erken menarş ve menapoz. 	<p>Prostat</p> <ul style="list-style-type: none"> -60 yaş üstü, -Kadmium ile çalışma (mesleki nedenler).

Şekil 4. Sık Görülen Kanserlerde Önemli Risk Faktörleri (17, 29)

Test	Cinsiyet	Yaş	Sıklık
Sigmoidoskopi	E-K	>50	İki negatif muayeneden sonra her 3-5 yılda bir
Dışkıda gizli kan	E-K	>50	Her yıl
Rektal tuşe	E-K	>40	Her yıl
PAP test	K	18 yaşına gelmiş seksüel olarak aktif her kadın	Her yıl (3 yıl ya da daha fazla ard arda (-) sonuç verirse, hekim kararına göre seyrek yapılabilir.
Pelvik muayene	K	18 yaşına gelmiş seksüel olarak aktif her kadın	Her yıl (3 yıl ya da daha fazla ard arda (-) sonuç verirse, hekim kararına göre seyrek yapılabilir.
Endometrial biyopsi	K	İnfertilite, obesite, nonovulatuvar siklusu olanlar, östrojen kullanımı öyküsü olan riskli gruplar	Her yıl
Meme (KKM muayenesi)	K	>20	Her ay
Meme fizik muayenesi	K	20-40 >40	Her 3 yılda Her yıl
Mamografi	K	35-49 >50	Bir kez kontrol Her yıl
Genel sağlık kontrolü	E-K	>20	Her 3 yılda bir
Kanser Check-up (Troid, testis, prostat, ovaryum, lenf ganglionları, ağız ve cilt kanserleri araştırmaları dahil)	E-K	>40	Her yıl

Şekil 5. Amerikan Kanser Birliği'nin Tarama Testleri İçin Önerisi (17, 29)

Öykü ve Fizik Muayene: Yaş, cinsiyet, çalışma koşulları, aile öyküsü gibi faktörler bireyin risk altında olup olmadığı hastanın hikayesinin tam olarak öğrenilmesi ve baştan aşağı tam bir fizik muayene ile mümkündür. Çünkü bazı gizli kalmış kanserler sadece hikayesi ve o andaki sağlık durumu sayesinde öğrenilebilir (17, 24).

Labratuvar İncelemeleri: Hastadan 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 kanserlere özel enzimler, tümör belirleyicileri (tumour markers) yapılır (17).

Tümör Belirleyiciler: İlgili tümörler tarafından üretilen biyokimyasal ya da immünokimyasal yöntemlerle ölçümleri yapılan maddelerdir (17). Tümör belirleyicileri ve ilişkili tümörler şekil 6’da gösterilmiştir.

<i>Tümör belirleyici</i>	<i>İlişkili Tümör</i>
a) Onkofetal antijenler CEA AFP POA*	Kolorektal, pankreas, akciğer, over, meme Karaciğer, germ hücreli tümör, Pankreas
b) Plasental proteinler hCG Plasental laktojen PLAP*	Trofoblastik ve germ hücreli tümör Trofoblastik tümörü serviks, over Seminoma, uterus, over, meme
c) Hormonlar Kalsitonon Katekolominler Kortizol Estradiol Gastrin Glukagon İnsülin VIP* Somatostatin Parathormon Serotonin Prolaktin Testosteron GH* ADH Eritropoietin	Troid Ca Feokromostoma, nöroblastoma Adrenal Over Pankreatik endokrin Pankreatik endokrin Pankreatik endokrin Pankreatik endokrin Pankreatik endokrin Paratroid Karsinoid Hipofiz adenomu Over Akciğer, mide Küçük hücreli Ca Renal
d) Enzimler NSE* Prostatik asit fosfotaz Plasental alkale fosfotaz 5’Nukleotidaz	Küçük hücreli akciğer, nöroblastoma, prostat Prostat Uterus, over, meme, akciğer Karaciğer metastazları

Alkelen fosfataz	Kemik, karaciğer metastazı
TdT*	ALL
Galaktozil transferaz	Over, kolon
Sialyl transferaz	Çeşitli tümörler
Lizozim	Lösemi
Renin	Küçük hücreli akciğer, böbrek
LDH	Lösemi, lenfoma, testis, melanoma
CK-BB*	Küçük hücreli akciğer
e) Tümör antijenleri	
CA 125	Over, karaciğer, pankreas, bilier sistem
CA 19-9	Pankreas, kolorektal, mide
CA 15-3	Meme
CA 72-4	Pankreas, mide, kolorektal, akciğer
CA 50	Pankreas, kolorektal, mide
CA 195	Kolorektal, pankreas, mide
PSA*	Prostat
TAA * (TA-4)	Baş-boyun, serviks
Du-Pan-2	Pankreas, mide, bilier sistem
CA 242	Pankreas
CA 549	Meme
CA M29	Meme
CA M26	Meme
CA 27,29	Meme
M 29	Meme
TPA*	Çeşitli tümörler
f) Diğerleri	
CYFRA 21-1	Skvamoz hücreli kanserler (baş, boyun, akciğer)
İmmünglobulinler	Multipl myeloma
Kaşektin (TNF)	Çeşitli tümörler
Ferritin	Çeşitli tümörler
Bombesin	Küçük hücreli akciğer
Neopterin	Çeşitli tümörler
Nörofizin	Küçük hücreli akciğer
Poliaminler	Çeşitli tümörler
Hidroksiprolin	Kemik metastazları
B2 Mikroglubulin	Multiple myeloma, lenfoma
*POA: Pankreatik onkofetal antijen	*PLAP: Plasental alkalin fosfataz-Regan izozimi
*VIP: Vazoaktif intestinal peptid	*GH: Büyüme hormonu
*NSE: Nöron Spesifik enolaz	*TdT: Terminal deoksiribonükleotidil transferaz
*CK-BB: Kreatin kinaz BB izoenzimi	*TAA: Tümör associated antijen
*PSA: Prostat Spesifik antijen	*TPA: Tissue polipeptid antijeni

Şekil 6: Tümör Belirleyiciler (23)

Sitolojik İncelemeler: Sitoloji; serviks akıntıları, balgam, mide yıkama sıvıları, plevra sıvısı ve idrar gibi çeşitli vücut sekresyonlarına atılan veya dökülen müköz membranlardan kazınarak alınmış hücrelerin mikroskop altında incelenmesidir. Pap-smear yöntemi bu amaçla 1943 yılında George N. Papanicolaou tarafından bulunmuş günümüzde de halen önemini koruyan ve serviksin institu ve erken kanserlerinin tanısında çok yararlıdır.

Ayrıca bazı durumlarda hastaların kemoterapi ve radyoterapi yanıtları da biyopsi ile değerlendirilir (17, 24).

Biyopsi: Dokudan parça alınarak incelenmesi yöntemidir. İç organlardan biyopsi alınması endoskopik işlemlerle birlikte gerçekleştirilir (17).

Endoskopik İncelemeler: Ucunda ayna, mercek ve forseps sistemi olan endoskop ile vücut boşluklarına girilerek gözle inceleme yapılması, gerekirse doku parçası ve sıvı alınması işlemidir.

Tanısal amaçlı cerrahi girişimler; ameliyathanede alınan biyopsiden sonra kesin tanı ve cerrahi girişim şeklinin belirlenmesi için kullanılan girişimlerdir. Tanısal amaçlı bir başka cerrahi yöntem “arayıcı laparotimi” dir. Bu yöntemde açıklanamayan abdominal sorunlarda kanser olup olmadığını kesinleştirmek amaçlanmaktadır. Bu yöntemde; metal bir alet ile göbek altından küçük bir insizyon yapılarak batına girilmesi ve gözle incelenmesi söz konusudur (17).

Röntgen Çalışmaları: Kanser tanılmasında direkt röntgen filmi, Manyetik Rezonans (MR), Bilgisayarlı Tomografi (BT), floroskopi, ultrasonografi, radyoizotoplarla inceleme, Pozitron Emisyon Tomografi (PET) gibi çalışmalar yapılmaktadır (17).

KANSERİN ETKİ VE BELİRTİLERİ

Tümörün etkileri lokal ve sistematik olarak ikiye ayrılır. İyi huylu bir tümörün lokal etkileri tümör önemli bir bölgede büyümeye başladıkça görülür. Tümör bağırsak, trakea, üreter gibi doğal geçitleri tıkayarak ilgili organların fonksiyonlarını bozar ve tıkanma belirtileri vererek ortaya çıkar. Kötü huylu bir tümörün lokal etkisi büyüklüğüne, infiltrasyon yeteneğine ve çevre dokuyu harap etmesine bağlıdır. Kanser:

- Tıkanma,
- Kanama,
- Enfeksiyon,
- Ülserasyon yaparak ortaya çıkabilir (17)

Kanser etkilediği organlara göre belirti ve bulgular verir. Bu belirti ve bulgular genel olarak şunlardır:

Sindirim sisteminde; konstipasyon, diyare, bulantı-kusma, tat ve koku duyularındaki değişimlere bağlı anoreksi, obstrüksiyona bağlı gastrointestinal işlev bozuklukları, karında asit, yutma güçlüğü, ağız kuruluğu, ağrı ve ağız kokusu gibi sorunlar görülebilir (17, 22) .

Üriner sistemde; malignite ile birlikte görülen böbrek işlev bozukluğu etyolojileri arasında bulunan direkt tümör veya idrar yollarında obstrüksiyon ile elektrolit denge bozuklukları (hiperkalsemi, hiperürisemi vs), hematüri, inkontinans ve mesaneye ilişkin sorunlar görülebilir (17, 22).

Kardiyovasküler sistemde; venakava obstrüksiyonuna ilişkin olarak üst ya da alt ekstremitelerde belirtileri, anemi ve pıhtılaşma bozuklukları görülebilir (17).

Solunum sisteminde; dispne, plevral effüzyon, solunum yolu enfeksiyonları, öksürük, hemoptizi, sekresyonda artmalar görülebilir (17).

Ciltte; metastatik kanserlerin sık görüldüğü yer olan deride çeşitli eritemler, pigment lezyonlar ve bununla birlikte kaşıntı, sarılık, terleme görülebilir (17, 22).

Nörolojik sistemde; beyin, epidura aralığına ve meninkslere olan metastazlar kanser hastalarındaki nörolojik bozuklukların ana nedenini oluşturur. Bu bozukluklarla disfazi, ataksi, hemiparazi, baş ağrısı, kord basısı, ağrı ve bacaklarda kuvvet kaybı gibi sorunlar görülebilir (17, 22).

KANSER TEDAVİSİ

Kanserin tedavi yöntemleri kemoterapi, kemik iliği transplantasyonu (KİT), kök hücre nakli, cerrahi tedavi ve radyoterapi olup, kanser tanısı konan hastaların bireysel özellik ve hastalık durumuna göre bu yöntemlerden bir veya birkaçı tedavide kullanılmaktadır. Bu tedavi yöntemleri ile hastaların yaşam süresinin uzaması ve tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan semptomların kontrol edilmesi ve daha nitelikli yaşaması amaçlanmaktadır (7, 30).

Bütün hastalar için kür ve kaliteli yaşam tedavinin ana amaçlarıdır. Bu amaçlar 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 (10).

Tedavilere yaklaşımlar uzun süreli deneyimler ve yenilikleri takip etmeyi gerektirmektedir. Ulusal ve uluslararası iş birliği, deneyimlerin paylaşılması, tedavi, araştırma ve veri toplamada ortak yaklaşımların kullanılması önem kazanmaktadır (10).

KEMOTERAPİ

Kemoterapi, kanser hastalarında hastanın veya konakçının normal hücrelerine zarar vermeden özellikle çoğalan hücrelere karşı seçici öldürücü etkileri olan, doğal veya sentetik kimyasal, biyolojik ajanlar ve hormonlarla yapılan tedavi şeklidir. İlaçlar, kanserli hücrelerin gelişmesini ve çoğalmasını önlediği gibi normal (bağırsak ve ağız mukoza epitelyumu, testisin jerminal epitelyumu, kemik iliğinin hematopoietik hücreleri, kıl folükülü hücreleri, embriyo ve fetüs hücreleri gibi) hücrelerin de gelişip çoğalmasını önler (6, 9, 10).

Kanser tedavi planındaki hedef, hastanın yaşam süresini uzatmak, tümör hücrelerinin yok edilmesi ve normal hücrelerin aktivitesini minimal düzeyde etkilemek olmalıdır. Bilindiği üzere bu tümörler sürekli, hızlı büyüme paterni göstermektedirler. Kemoterapi daha çok hızlı bölünen hücreler üzerinde etkilidir. Kemoterapide, maksimum düzeyde tümör hücre ölümünü sağlarken, yüksek mitotik indeksli normal hücrelerin (kemik iliği, oral mukoza, saç folikülleri gibi) minimal düzeyde etkilenmesi amaçlanmalıdır. Hastada uzun süreli kür beklenmiyorsa palyatif amaçlı destek tedavi ve semptom kontrolü sağlanarak hastaya toksisite yükleyen yoğun tedavilerin verilmesinden kaçınılmalıdır (10).

Kanser kemoterapisinin dört ilkesi vardır. Bunlar:

1. Tedavi (tam cevap)
2. Kontrol (tedavi sağlanmadığında yaşam süresini uzatmak)
3. Semptomları hafifletmek
 - Tedavi ya da kontrol sağlanmadığında 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 tedavisi yanında kullanılır)
 - Neoadjuvan (cerrahi tedaviden önce kemoterapi yapılmasıdır) (10, 31, 32, 33).

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 katılmadıkları evredir. Bu evrede hücre hareketsizdir ve kemoterapi bu hücreleri etkilemez (10, 17).

2. G1 (1. Evre): bu evrede yeni hücre oluşumu için DNA sentezlenir ve hücre bu dönemde kemoterapiye hassastır (10, 17).

3. S (Sentez Evresi): Bu evrede yeni DNA sentez edilir, hücre bölünmeye hazırlanır. Kemoterapik ilaçlar bu evrede etkilidir (10, 17).

4. G2 (2. Evre): Bu evre mitoz için RNA ve protein yapımının hızlandığı evredir ve hücre kemoterapik ilaçlara duyarlıdır (17).

5. M (Mitoz Evresi): Hücrenin bölünüp, çoğaldığı evredir ve kemoterapiye duyarlıdır. Dört safhada iki yeni hücre oluşur. Bu iki yeni hücre ya yaşam döngüsüne girer (G1) ya da kemoterapiye dirençli olarak G0 fazında istirahate çekilirler (10, 17).

Kemoterapi; intravenöz, intraperitoneal, intratekal, intraplevral, intraarteryal ve oral yollarla uygulanabilmektedir (17, 34). Kemoterapi protokolleri ve uygulamasında dikkat edilecekler şekil 7’de gösterilmiştir.

<i>İlaç İsmi</i>	<i>İlacı uygulamada dikkat edilecekler</i>
CMF(Siklofosfamid, metatreksat, 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 150 ml serum (%5 Dekstroz ya da serum fizyolojik) takılır ve ilaçlar puşe edilerek uygulanır.• Bulantı ve kusma beklenen yan etkilerdir. Önlenmesi için tedaviye geçilmeden 20-30 dakika önce bulantı önleyici tedavi (2 ampul metpamid +4 mg dekort veya 5 mg tropisetron (novaban), 4-8 mg ondansetron (zofran) ya da 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

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

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

beklenerek kan sayımı tekrarlanır.

- Uygulama öncesi hastaya 100 cc serum (%5 Dekstroz ya da serum fizyolojik) takılır.
- Bulantı ve kusma beklenen yan etkilerdir. Önlenmesi için tedaviye geçilmeden 20-30 dakika önce bulantı önleyici tedavi (2 ampul metpamid +4 mg dekort veya 5 mg tropisetron (novaban), 4-8 mg ondansetron (zofran) ya da 3 mg graniasetron (kytril)'den biri IV olarak yapılabilir. Tedavi sonrası bulantı devam ederse bu ilaçların tabletleri önerilen şekilde kullanılmalıdır.
- 15 günde bir tekrarlanır, 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 tekrarlanır.
- Tedavi öncesinde hastaya 100 cc serum serum (%5 Dekstroz ya da serum fizyolojik) takılır.
- Bulantı ve kusma beklenen yan etkilerdir. Önlenmesi için tedaviye geçilmeden 20-30 dakika önce bulantı önleyici tedavi (2 ampul metpamid +4 mg dekort veya 5 mg tropisetron (novaban), 4-8 mg ondansetron (zofran) ya da 3 mg graniasetron (kytril)'den biri IV olarak yapılabilir. Tedavi sonrası bulantı devam ederse bu ilaçların tabletleri önerilen şekilde kullanılmalıdır.
- Hasta hergün en az 4 lt sıvı almalıdır.
- Adriamisin kalp yönünden tetkik edilmelidir. Ekokardiyografiye 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 öncesinde hastaya 100 cc serum serum (%5 Dekstroz ya da serum fizyolojik) takılır.
- Bulantı ve kusma beklenen yan etkilerdir. Önlenmesi için tedaviye geçilmeden 20-30 dakika önce bulantı önleyici tedavi (2 ampul metpamid +4 mg dekort veya 5 mg tropisetron (novaban), 4-

<p>Sisplatin-Vepesit</p>	<p>8 mg ondansetron (zofran) ya da 3 mg graniasetron (kytril)'den biri IV olarak yapılabilir. Tedavi sonrası bulantı devam ederse bu ilaçların tabletleri önerilen şekilde kullanılmalıdır. Prednizolana bağlı olarak dispepsi görülebilir. Bunun için H2 reseptör blokerleri ve antiasit önerilebilir ve tuz kısıtlaması yapılır.</p> <ul style="list-style-type: none">• Gerekli görülürse ürikozürük tedavi eklenebilir.• Hasta hergün en az 4 lt sıvı almalıdır.• Adriamisin kalp yönünden tetkik edilmelidir. Ekokardiyografiye bakılmalıdır ve üç kür sonunda ve tedavi bitiminde bu tetkik tekrarlanmalıdır. <p>• 21 günde bir tekrarlanır ve toplam 6 kez uygulanır</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 günde 3000 cc olacak şekilde) alınmalıdır. Ayrıca sisplatin infüzyona geçmeden 1000 cc SF 2 saatte infüze edilmeli ve % 20 mannitol solüsyonundan 100 cc 20 dakikada verilmeli ve daha sonra sisplatin infüzyonuna geçilmelidir.• Bulantı ve kusma beklenen yan etkilerdir. Önlenmesi için tedaviye geçilmeden 20-30 dakika önce bulantı önleyici tedavi (2 ampul metpamid +4 mg dekort veya 5 mg tropisetron (novaban), 4-8 mg ondansetron (zofran) ya da 3 mg graniasetron (kytril)'den biri IV olarak yapılabilir. Tedavi sonrası bulantı devam ederse bu ilaçların tabletleri önerilen şekilde kullanılmalıdır.
<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 öncesi hastaya 1000 cc serum fizyolojik takılır. Gemsitabin uygulanırken 150 cc serum

<p>AC (Adriamisin, Siklofosfamid)</p>	<p>fizyolojik takılır.</p> <ul style="list-style-type: none">• Sisplatin infüzyondan önce 100 cc % 20'lik mannitol 12-20 dakikada verilmelidir.• Bulantı ve kusma beklenen yan etkilerdir. Önlenmesi için tedaviye geçilmeden 20-30 dakika önce bulantı önleyici tedavi (2 ampul metpamid +4 mg dekort veya 5 mg tropisetron (novaban), 4-8 mg ondansetron (zofran) ya da 3 mg graniasetron (kytril)'den biri IV olarak yapılabilir. Tedavi sonrası bulantı devam ederse bu ilaçların tabletleri önerilen şekilde kullanılmalıdır.• Hasta hergün en az 4 lt sıvı almalıdır.• Böbrek fonksiyonları yakından takip edilmelidir. <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 3500/mm³ ve üzerinde ise tedaviye başlanmalı, düşük ise bir hafta beklenerek kan sayımı tekrarlanmalıdır.• Uygulama öncesi hastaya 100 cc serum (% 5 dekstroz ya da serum fizyolojik) takılır.• Bulantı ve kusma beklenen yan etkilerdir.• Hasta hergün en az 4 lt sıvı almalıdır.• Adriamisin kalp yönünden tetkik edilmelidir. Ekokardiyografiye bakılmalıdır ve üç kür sonunda ve tedavi bitiminde bu tetkik tekrarlanmalıdır.
--	---

Şekil 7: Kemoterapi Protokolleri (17, 23)

KÖK HÜCRE NAKLİ VE KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYONU

Dokuların, sınırlı farklılaşma özellikleri de olsa kendilerine ait kök hücrelerinin var olduğu ve klinik uygulamalara girdiği bilinmektedir. Erişkin kök hücrelerinin uygun ortam şartlarında uygun uyarılarla farklı doku ve hücrelere dönüşebildiğini gösteren pek çok çalışma vardır. Özellikle normal şartlarda hassas ve kendi kendini yenileme özelliği olmayan, nöronlar ve kalp kası gibi dokuların kök hücre uygulamaları ile tamirin mümkün olması gelecekte umut vadeden tedavi uygulamaları arasındadır (35).

Organizmada kendi kendini yenileyebilen farklı hücre tiplerine dönüşebilen hücrelere kök hücreler (stem cells) adı verilir. Kök hücre, her türlü hücreyi üretebilen, farklılaşmamış

ve karmaşık bir hücredir. Uygun büyüme ortamında oluşur ve 200'den fazla dokuyu meydana getirir. Kendini yenileyebilir, hasarlı doku ve organları yenileyebilir. Kök hücreler Embriyonal, Fetal, Erişkin olmak üzere üç kaynaktan elde edilirler. Kök hücreler buldukları dokulara göre kan kök hücreleri, embriyonik kök hücreler veya sinir kök hücreleri gibi isimler alırlar (36, 37, 38).

Kök hücre nakli bir çok hematolojik hastalıkta temel tedavi metodu olarak kabul edilmektedir. Kök hücrelerinin kaynağına göre; periferik kan, kemik iliği ve umbilikal kord kanından yapılabilir (39).

KİT özellikle çocuklarda görülen lösemi, aplastik anemi, diğer hematolojik ve malign hastalıklarla, immün yetmezlik ve metabolik hastalıklar için oldukça çok kullanılan bir tedavi yöntemidir. İlik naklinda graflar allogeneik (singeneik, insan lökosit antijenleri –HLA-uyumlu kardeş veya akraba olmayan donörlerden) veya otolog kaynaklardan elde edilmektedir. Bu kaynaklardan en çok kullanılan ve başarılı olunan HLA tam uyumlu kardeşlerden yapılanıdır (40, 41).

Kemik iliği için donör olacak bireyden spinal anestezi altında iliak kemiğinden 1-3 ml'den 400-800 ml'ye kadar değişebilen aspirasyon yapılmaktadır. İşlem genellikle tolere edilebilmektedir. Malign olmayan durumlarda immün sistemin baskılanmasına gerek olmaksızın kemik iliği transplantasyonu yapılabilirken malign durumlarda immün sistem baskılanarak nakil yapılmalıdır (40).

Transplantasyon öncesi 4-5 gün immün sistemi baskılayıcı cyclophosphamide (50 mg/kg) kullanılmaktadır (40).

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 yöntemleriyle birlikte uygulanması gerekmektedir (42).

Cerrahi girişimin şekli hastanın klinik durumuna, risk faktörlerine, tümörün lokalizasyonuna, tümörün büyüklüğüne, hastanın klinik evresine ve hastanın tercihlerine göre değişmektedir (31).

Günümüzde cerrahi girişimler:

- İnsizyonel biyopsi, iğne biyopsisi ve eksploratris laparotomi şeklinde tanısal

- Storedüktif (radyoterapi ve kemoterapinin daha iyi etki etmesi için kitleyi küçültme amaçlı)
- Palyatif
- Önleyici (ağız boşluğu, serviks, epitelyumdeki premaling ve insitu lezyonlar için yapılan cerrahi girişimler), rekonstrüktif ve plastik amaçlı olabilmektedir (17).

Bazı hastalar, kanama ve enfeksiyon gibi ameliyat sonrası komplikasyonlar yönünden daha yüksek risk oluşturur. Hemşireler, olası sorunları daha erken dönemlerde tanımlayabilmek için hastaları dikkatle izleyip değerlendirmelidir. Önemli hemşirelik bakım yaklaşımlarını şöyle sıralayabiliriz:

- Temel fizyolojik işlevlerin sürdürülmesi,
- Ameliyat bölgesinin korunması,
- Hastanın durumundaki değişikliklerin izlenmesi, yorumlanması ve kaydedilmesi,
- Aseptik uygulamalarla ameliyat bölgesinde enfeksiyon gelişiminin önlenmesi,
- Solunum işlevlerinin sürdürülmesi,
- Pasif egzersizlerin yapılması ve erken dönemde yataktan kalkmadan hastaya yardım edilmesi,
- Ağrının analjeziklerle kontrol edilmesi,
- Fiziksel ve psikolojik rehabilitasyon yapılması,
- Hastaların radyoterapi ve kemoterapi için hazırlanması (42).

RADYOTERAPİ

Radyoterapi iyonize ışın ya da 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 ya da cerrahi ve kemoterapi gibi diğer tedavi yöntemleri ile birlikte kullanılmaktadır (43, 44).

Radyoterapi eksternal ve internal radyoterapi olmak üzere iki şekilde uygulanır.

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 seanslara bölünerek uygulanır (17).

İnternal Radyoterapi (Brakiterapi): Radyoaktif maddenin kalıcı ya da geçici süre için tümör içine ya da tümöre yakın bölgeye yerleştirilmesidir (17).

Çoğu hasta radyasyon sözcüğünden korktuğundan hastanın bu konudaki bilgisinin değerlendirilmesi çok önemlidir. Hemşire, hasta ve ailelerin radyoterapi tedavisi hakkındaki yanlış anlamalarını ve korkularını gidermeli, radyoterapinin kanser tedavisinde kullanımı, tedavi programı planlama süreci ve tedavinin yan etkilerini kontrol edebilmek için kendilerinin yapabilecekleri öz bakım etkinlikleri konusunda bilgilendirmelidir (42, 44).

KEMOTERAPİNİN YAN ETKİLERİ, SEMPTOM KONTROLÜ VE HEMŞİRENİN ROLÜ

Kanserin vücuda verdiği zararlara ek olarak kanser tedavi yöntemlerinin de vücut üzerine yan etkileri vardır. Bu tedavi yöntemlerinden birisi de kemoterapidir. Kemoterapi ilaçlarının verilmesi amacı, hızla bölünen kanserli hücrenin bölünmesini engellemektir. Ancak ilaç, hızlı olarak bölünen malign hücreler ile, ağız boşluğu, gastrointestinal sistem, kemik iliği ve kıl foliküllerinde bulunan normal hücreler arasında bölünmeyi engelleme açısından da bir ayırım yapmaz. Bu nedenle kemoterapi ilaçları tedavi etmenin yanı sıra ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, ruhsal değişiklikler, iştahsızlık, nefes darlığı, ciltte ve tırnaklarda değişiklikler, ağızda yara, ellerde uyuşma gibi yan etkilere de yol açar. Kanser tedavisi sonucu görülen bu yan etkiler, hastanın bu konuyu konuşmada yaşadığı rahatsızlıklar, bu yan etkileri ifade etmedeki yetersizlikleri nedeni ile gözden kaçabilmektedir. Oysa ki hastalarda görülen bu önemli semptomlar ve yan etkiler etkin ve bilinçli hemşirelik girişimleri ile önlenabilir ya da azaltılabilir (6-9).

Kemoterapik ilaçların hücre siklusunun hangi fazında etkili oldukları tedavi protokolünü hazırlayan ve seçimini yapan onkologları ilgilendirmekte ise de kemoterapinin hazırlanması, uygulanması ve uygulanan tedavi yöntemlerine bağlı olarak ortaya çıkan semptomların tedaviyi etkin bir şekilde sürdürmeyi ve yaşam kalitesini etkileyebileceği için semptomların erken dönemde saptanması, önlenmesi ve kontrol altına alınması sorumluluğu hemşireleri yakından ilgilendirmektedir. Semptomların erken dönemde saptanıp, önlenmesi ve kontrol altına alınmasıyla oluşan destek tedaviyle hastaların kaliteli bir yaşam sürmeleri amaçlanmaktadır. Bu yaklaşımla hemşireler, hastaları biyopsikososyal bir varlık olarak, sosyal çevreleri ve aileleri ile birlikte bütüncül değerlendirip etkin ve bilinçli hemşirelik girişimleriyle hastaların bu dönemi en rahat biçimde geçirmelerini sağlayabilirler. Sitotoksik alanda çeşitli sorumlulukları üstlenen hemşirelerin, ilaçların verilme yolları, her tür ilacın

verilme gerekçeleri ile birlikte avantaj ve dezavantajları konusunda detaylı bilgiye sahip olması, bunun yanı sıra hastayı ailesini ilaçlar konusunda bilgilendirmesi gerekir. Hemşirelik girişimleri yaşamsaldır ve bu sıkıntılar hafifletilmedikçe çok az sayıda hasta tedaviyi sürdürmeye istek gösterir (7, 9, 10, 11).

Kemoterapide en sık görülen semptomlar şunlardır;

1. Ağrı
2. Yorgunluk
3. Bulantı
4. Psikolojik Sorunlar
5. Uyku Sorunları
6. Beslenme Problemi
7. Nefes Darlığı
8. Cilt ve Tırnaklarda Değişiklik
9. Ağızda Yara (Stomatit)

Bu semptomlara yönelik neden, amaç ve hemşirelik girişimleri sırasıyla aşağıda verilmiştir.

AĞRI

Ağrı, vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, organik bir nedene bağlı olan veya olmayan, organizmanın zedelenmeye karşı gösterdiği savunma mekanizması olarak ortaya çıkan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili hoş olmayan bir duygudur (17, 45).

Kanserin kendisine, tanı işlemlerine ve tedavisine bağlı olarak gelişen ağrı kanser ağrısı olarak tanımlanır. Kanser ağrısı; hastanın günlük aktivitesine, duygusal yaşamına, motivasyonuna, aile ve yakınları ile etkileşimine ve genel yaşam kalitesi üzerine oldukça fazla olumsuz etki yarattığı için en önemli problemlerden olup, kanser hastalarında en sık görülen ve korkulan semptomdur (11, 45, 46).

Ağrının tedavisi için önce değerlendirilmesinin yapılması gerekir. Bunun için ağrının yeri, niteliği, şiddeti, başlamasını etkileyen faktörler (öfke, depresyon, uykusuzluk, anksiyete), ağrı sırasında gözlenen davranışlar ve baş etme biçimleri değerlendirilir (17, 46).

Hemşirelik tanısı: Ağrı

Amaç: Ağrı düzeyini tolere edebilecek düzeye getirilmesini sağlamak, hastanın ağrısının azaldığını veya yok olduğunu ifade etmesidir (47).

Hemşirelik Girişimleri:

- Ağrı tedavisini uygulamak. Ağrı tedavisinin planlanmasında Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği basamak tedavisi en çok kullanılan yöntemdir.
 1. Basamak: Hafif-orta ağrılar için narkotik olmayan analjezikler ± adjuvan tedavi
 2. Basamak: Orta şiddetli ağrılar için zayıf narkotikler + nonopoid ± adjuvan tedavi
 3. Basamak: Şiddetli ağrılar için güçlü narkotikler + nonopoid ilaçlar ± adjuvan tedavi(11, 17).

Adjuvan tedavi; Antikolvlülsonlar ve antidepresanlar gibi farklı endikasyonları da bulunan ilaç gruplarıyla yapılan ağrı tedavisidir (17).

- Ağrı kontrolünde önerilen nonfarmakolojik uygulamaları (pozisyon değiştirmek, masaj, sıcak uygulama, ılık banyolar, çevrenin sakin ve sessiz olmasını sağlamak, gevşeme tekniklerini öğretmek, radyo televizyon, okuma, müzik dinleme, hayal kurma) uygulamak (17).

YORGUNLUK

Yorgunluk; kas zayıflığı, hücre hasarına bağlı olarak artık ürünlerin birikmesi, kanserin fizyopatolojisinden kaynaklanan anemi, kanser patolojisi, tedavisi, ağrı veya kanser tanısı ile ilgili anksiyete gibi faktörlere bağlı olarak dinlenme ve uyku düzeninin bozulması, sosyal durum ve yaşam şekline bağlı olarak gelişen ve engellenemeyen bir tükenme duygusu olarak tanımlanmaktadır. Yorgunluk, kanserli hastaların hayatlarında çok önemli bir sorun olabilmekte, hastaların kendileri hakkındaki hislerini, günlük aktivitelerini, diğer kişilerle ilişkilerini etkileyebilmekte ve tedaviyi sürdürmelerine engel olabilmektedir (11, 34, 48, 49).

Hemşirelik tanısı: Yorgunluk

Amaç: Hastanın yorgunluğunun nedenlerini anlatabilmesi, yaşam üzerine yorgunluğun etkilerine ilişkin duygularını paylaşabilmesi, günlük ve haftalık aktiviteleri için önceliklerini belirleyebilmesi, aktivite düzeyinde tatmin edici sonuçlar elde edebilmesidir (47).

Hemşirelik Girişimleri:

- Yorgunluğun belirti ve bulgularını tanımak ve dikkate almak,
- Hastanın yorulduğu zaman dinlenmesini sağlamak, gece en az 7-8 saat uyumasını ve gündüz uyku periyotları oluşturulmasını sağlamak,
- Hastaya yorgunluğun, kemoterapi, radyasyon tedavisinin beklenen ve geçici bir yan etkisi olduğunu öğretmek,
- Aktiviteler arasında bir öncelik belirlemek; çok aşırı ve erken yüklemelerden kaçınmak,
- Alışılmış yaşam biçimi kalıplarını mümkün olduğunca korumak, aktiviteleri enerji düzeyine göre ayarlamak,
- Günlük yaşamın aktivitelerine yardımcı olmak,
- Bir kontrendikasyon yoksa günde en az 3000 ml sıvı içerek hücresel artık ürünlerin atılmasını sağlamak,
- Alışılmış dinlenme ve uyku düzenlerini korumak,
- Protein, vitamin ve demirden zengin yiyecekleri yemesini sağlamak,
- Ağrıyı önlemek ve en aza indirmek
- Hekimin önerisi ile eritrosit süspansiyonu vermek (17, 34, 50).

BULANTI

Bulanti, genellikle gastrik tonüsün azalması, peristaltizmin baskılanması ve hiposekresyonla birlikte görülen medullada kusma merkezine yakın veya onun bir parçası olan bir bölgenin bilinç dışı uyarılmasının bilinçli olarak midede algılanmasıdır (11, 51).

Kemoterapinin neden olduğu bulantı kemoterapi uygulamasının reddine kadar varan ya da sıvı elektrolit dengesizliğine ve beslenme yetersizliğine varan ciddi boyutlarda olabilir (17).

Hemşirelik tanısı: Bulantı

Amaç: Sıvı ve elektrolit dengesini sürdürmek, yeterli beslenmesini sağlamak, oral mukozayı korumak ve bulantının azaldığının ifade edilmesidir (47).

Hemşirelik Girişimleri:

- Antiemetik ilaçları en az yarım saat önce vermek,
- Bulantıyı azaltmak sıvı ve iyi tolere edilebilen yumuşak yiyecek yemesini sağlamak,
- Tatlı, yağlı, çok tuzlu, baharatlı ve ağır kokulu yiyeceklerden kaçınmasını sağlamak,
- Öğünleri azar azar ve sık sık alması ve iyice çiğnemesini önermek,
- Yiyeceklerin özellikle kuru gıdalardan seçilmesini sağlamak,
- Bulantıyı başlatabilecek uyarıları, görüntü, ses veya kokuları engellemek,
- Kemoterapi uygulaması sırasında değişik şekerler yemek,
- Bulantı ve kusma sırasında ağızdan nefes almanın faydalarını anlatmak,
- Vücut ağırlığı, aldığı ve çıkardığı sıvı miktarı, elektrolit değerlerini takip etmek,
- Kemoterapiyi düşünmek bile bulantıya neden olabileceğinden, tedaviden önce tedavi sırasında gevşeme tekniklerini kullanmasını öğretmek,
- Hoş müzik, sevilen televizyon programları, elektronik oyunlar ve kitap okuma türü oyalanmaları kişisel bazda etkili olabilen teknikler olarak kullanmak,
- Aşırı bulantı dönemlerinde uyumasını sağlamak (17, 51).

PSİKOLOJİK SORUNLAR

Ölümcül bir hastalıkla karşılaşma, karşılaşılan hastalığın nüksetmesi, hastalık belirtilerinin yarattığı fiziksel, duygusal sorunlar, cerrahi müdahale, radyoterapi, kemoterapi ve tedavi süresince hastanede kalma nedeni ile kişide gelişen ruhsal tepkiler, bu yeni ve kabulü çok güç olan, yaşamı ve geleceği tehdit eden duruma uyumu zorlaştırmıştır. Bunun yanı sıra hastalık nedeniyle beden görünümünün değişmesi, organların bazı işlevlerinin bozulması ya da cerrahi olarak çıkarılması da bireyin uyum mekanizmalarını etkilemekte ve geleceğe yönelik planlarında değişikliklere neden olmaktadır. Sağlık ekibinin bu durumu tanımaları ve psikiyatrik hastalıkların erken bulgularını bilmeleri ile gerektiğinde tanı ve tedavi için psikiyatri ile işbirliği yapmaları son derece önemlidir (52, 53, 54, 55).

Hemşirelik tanısı: Anksiyete-korku

Amaç: Risk faktörlerine yönelik planın kabulü, uygulanacak tedavi planının katılım sorumluluğunu alma, etkili baş etme yöntemlerini geliştirmedir (47).

Hemşirelik Girişimleri:

- Güvenli bir iletişim kurmak,
- Yas tepkilerini açıklamak (şok ve inanamama, farkındalığın artması, durumun yeniden düzenlenmesi, somatik belirtiler),
- Aile üyelerinin ve hastanın güçlü yönlerini konuşmak ve açığa çıkarmak,
- Hasta ve ailesinin hastalık ve tedavi süreci hakkındaki düşünce ve endişelerini rahatça ifade etmesini sağlamak,
- Üzüntü, korku ve anksiyete duygularının olağan olduğunu ve yaygın olarak görüldüğünü açıklamak,
- Depresyon düzeyini açıklamak,
- Öfkenin sözel olarak ifade edilmesini desteklemek, kolaylaştırmak,
- Hasta ve ailenin tanı, tedavi, komplikasyonlar ve prognoz hakkında ne bildiğini ve ne kadarını bilmek istediğini değerlendirmek,
- Hastaya zaman ayırmak, etkili ve rahat bir iletişim ortamı oluşturmak,
- Güven veren hasta-hemşire ilişkisi oluşturmak, konuşmaya zaman ayırmak, kısa öz ve açık konuşmak, soruları cevaplarken dürüst olmak, gerçekçi olmayan ümitler vermemek, destek sunmak, hastanın yaşına, kültürüne, değerlerine saygılı davranmak,
- Hasta ve ailesine kemoterapi veya radyoterapiyi izleyen remisyon sürecinde hemen hemen normal hayatlarını sürdürebilecek duruma gelebileceklerini açıklamak,
- Geçmişteki problemleri başarılı bir biçimde yönetme deneyimlerini kişiler ile birlikte inceleyip ortaya çıkarmak,
- Ailenin tedavi ve bakım sürecine katılmalarını sağlamak, mümkünse akraba ve arkadaş ziyaretine izin vermek,
- Hasta ve ailesinin gereksinim duyduğu sosyal hizmet alanlarını belirlemek,
- Hasta ve aileyi yararlanabilecekleri profesyonel destek sistemlerine yönlendirmek (kanser destek grupları, dernekler gibi) (56-58).

UYKU SORUNLARI

Uykuya dalmada güçlük yaşama, uyku kalitesi ve sürecinde bozulma, kesintili uyuma, uyanmada güçlük yaşama, uyuduğu halde dinlenmemiş hissetme, gündüz uyuma, uykuda değişime bağlı yorgunluk, gerginlik gibi belirtiler gösteren sorunlardır ve gürültü, ışık vb

çevresel değişiklikler, anksiyete, stres, depresyon, tedavi gibi nedenlerle oluşabilmektedir (59).

Hemşirelik tanısı: Uyku şeklinde bozukluk

Amaç: Uyku kalitesini yükselterek, uykusuzluğa bağlı oluşacak yorgunluk, gerginlik gibi belirtileri en aza indirmeye çalışmaktır.

Hemşirelik Girişimleri:

- Hastanın normal zamandaki uyku alışkanlıklarını belirlemek,
- Hastanın uyanmasına neden olan, uymasını engelleyen ya da kalitesini bozan etkenleri belirlemek,
- Uyumama nedenine yönelik düzenlemeler ve davranış değişiklikleri için hasta ile işbirliği yapmak,
- ✓ Çevrede sessizliğin sağlanması,
- ✓ Alarm seslerinin azaltılması,
- ✓ Işıkların hastanın istediği şekilde ayarlanması,
- ✓ Hafif tonda müzik ya da monoton sesler dinleme,
- ✓ Hastanın üzerinin örtülmesi,
- ✓ Yatmadan önce kafeinli içecekler içmemesi, sıvı almaması,
- ✓ İlaç saatleri ve ilaç rejiminin düzenlenmesinin sağlanması,
- ✓ Yatmadan önce idrarını yapması,
- ✓ Tedavi saatlerinin mümkün olduğunca uykuyu bölmeyecek şekilde planlanmasıdır.
- Hastaya gün içinde uyku sınırlaması yapmak,
- Gevşeme teknikleri (sakinleştirici masaj, meditasyon vb) hakkında hasta ve ailesini eğitmek,
- Hekim istemine göre ilaçlar vermek ve ilaçların etki ve yan etkilerini gözlemlemek (50, 59).

BESLENME PROBLEMİ

Kanserde morbidite ve mortalite üzerinde etkili olduğ u bilinen faktörlerden birisi de hastaların nütrisyon problemidir. Malnütrisyon; protein, enerji, eser elementler ve

vitaminlerin eksikliğini içeren değişik derecelerde yetersiz beslenme olarak tanımlanan bir patolojidir. Klinik olarak kanserli hastalarda malnütrisyon; gıda alımının azalması, tümörün yerleşimi, ileri kansere eşlik eden iştahsızlık, kanser tedavisine bağlı kusma, infeksiyon, mukozit ve ishal gibi nedenlerle meydana gelir (11, 60).

Hemşirelik tanısı: Beslenmede değişiklik: beden gereksiniminden az beslenme

Amaç: Hücre metabolizmasının devamlılığını sağlayarak, kanser kaşeksisini önlemek yada geri döndürmektir (11).

Hemşirelik Girişimleri:

- Yüksek kalori, protein ve vitamin yönünden zengin beslenmenin önemini hastaya/aileye açıklamak ve besin alımına teşvik etmek,
- Hastayı her gün aynı saatte, aynı kıyafet ile aynı tartıda tartmak ve kilo kaybı olup olmadığını takip etmek,
- Yetersiz sıvı ve besin alımına neden olan faktörleri azaltmak/ortadan kaldırmak;
- ✓ Yemeklerden önce ve sonra ağız bakımı vermek ve oral hijyeni sürdürmek,
- ✓ Hastanın sıvı alımını arttırmak,
- ✓ Hastanın odasını temiz tutmak ve kötü kokuları uzaklaştırmak,
- ✓ Çok tatlı ve yağlı yiyecekleri diyetinden çıkarmak,
- ✓ Hastanın yiyecek seçimine katılımını ve hoşlandığı besinleri almasını sağlamak,
- ✓ Ağrılı ve hoş olmayan işlemleri yemeklerden önce yapmamak,
- Hekim istemine göre antiemetikleri uygulamak,
- Parenteral sıvılar, elektrolitler ve gıda maddelerini hekim istemine göre uygulamak,
- Hasta yiyecekleri tolere edemiyorsa istemde belirtildiği şekilde total parenteral beslenmeye başlamak (61, 62).

NEFES DARLIĞI

Primer ve metastatik kanserler, sıklıkla öksürük, balgam, ateş, yan ağrısı, hemoptizi gibi yakınmalara yol açarlar. Hastalarda bu durumun varlığı sağ kalım süresini kısaltmakta, yaşam kalitesini bozmaktadır. Nefes darlığı bulunduğu evreden bağımsız olarak hastanın fiziksel, emosyonel ve sosyal konumlarını etkiler, anksiyete ve ölüm korkusunu artırır (63,

64).

Nefes darlığı; solunumun rahat olmaması anlamına gelen, solunumun yetersiz olduğunu ifade eden bir terimdir. Nefes darlığı solunum yetmezliği ve pnömoni kanser hastalarında ölüm nedenleri arasında oldukça sıktır (65).

Hemşirelik tanısı: Hava yollarının yetersiz temizlenmesi, Gaz değişiminde bozulma, Etkisiz solunum şekli

Amaç: Etkili solunumun sürdürülmesi, solunum hız, derinlik ve ritminin normal olması ve dispnenin azalmasının sağlanmasıdır (66).

Hemşirelik Girişimleri:

- Solunumun niteliği ve kalitesini hız, ritim ve derinlik yönünden değerlendirmek,
- Sekresyonu miktar, renk ve yoğunluk açısından incelemek,
- Fowler/semifowler pozisyon vermek,
- İki saatte bir pozisyonunu değiştirmek,
- Solunum ve öksürme egzersizlerini yaptırmak,
- Yeterli hidrasyonu sağlamak,
- Gerekirse hava yollarını aspire etmek,
- Ortamın nemli olmasını sağlamak,
- Ağız bakımı vermek,
- Yorucu aktivitelerden ve egzersizlerden kaçınmasını sağlamak,
- Hastanın günlük aktivitelerine destek olmak,
- Hastaya rahat, sakin ve sessiz bir ortam sağlamak ve ziyaretçileri kısıtlamak,
- Duruma göre oksijen tedavisi uygulamak,
- Tedavi protokolünde yer alan ilaçları (mukolitik, bronkodilatörler, antibiyotik) düzenli kullanmasını sağlamak (61, 66).

CİLTTE VE TIRNAKLARDA DEĞİŞİKLİK

En önemli duyu organlarımızdan biri olan deri; organizmayı fiziksel, kimyasal veya biyolojik ajanlardan korur, vücudun sıvı dengesini ve ısını düzenler. Kanserli hastalarda deri bütünlüğünde bozulma; kemoterapi ve radyoterapinin etkisiyle, özellikle terminal dönemde anoreksi, kaşeksi, malnütrisyon, anemi, bazı metabolik değişiklikler, hareket

bozuklukları, yaşlılık, kan dolaşım bozukları, nörolojik bozukluklar gibi birçok klinik duruma bağlı olarak ortaya çıkan deri tabakasındaki iritasyon, kızarıklık, kaşıntı ile kendini gösteren değişimdir (47, 67).

Hemşirelik tanısı: Ciltte ve tırnaklarda değişiklik.

Amaç: Tedavi alanını değerlendirerek deri reaksiyonlarını en aza indirmek ve deri bütünlüğünü sürdürerek enfeksiyon gelişimini önlemektir (47).

Hemşirelik Girişimleri:

- Deride kızarıklık, hiperpigmentasyon, kaşıntı, kuruluk, dermatit, akne oluşabileceği, fotosensivite nedeniyle güneşte fazla kalmanın sakıncalı olduğu, cilt ve tırnak diplerinde renk değişikliği olabileceğinden hastanın istediği renkte tırnak cilası kullanabileceği konusunda bilgilendirmek,
- Nemli ve kirli deride, deri bütünlüğünün bozulması ve enfeksiyon riski fazla olduğundan cildi kuru ve temiz tutmak,
- İrrite edici krem ve losyonları kullanmamak,
- Hastanın tırnakların kısa olmasını ve pamuklu giysileri tercih etmesini sağlamak,
- İritasyon ve reaksiyonu önlemek için; teri emici, yumuşak ve bol giysiler giymek,
- Bölgeyi aşırı sıcak ve soğuktan, direkt gün ışığından korumak için uzun kollu elbise ve geniş kenarlı şapkalar giymek, ayrıca güneş ışığını bloke eden kremler kullanmak, cilde doğrudan sıcak ya da soğuk kompres uygulamasından kaçınmak, yapıştırıcı band/selobant kullanmamak,
- Yatağa bağımlı hastalarda basınç bölgelerini gözleyerek hastanın pozisyonunu 2 saatte bir değiştirmek ve basınç bölgelerine masaj yapmak,
- Soğuk kompres uygulamak, doktor istemine göre antihistaminik ve kortikostreoid kullanmak. Kaşıntıyı arttırmamak ve cilt bütünlüğünü bozmamak için özellikle kaşınmamak gerektiğini hastaya anlatmak (17, 47, 62, 68).

AĞIZDA YARA (STOMATİT)

Ağız içi yumuşak dokular ile oral ve özafajiyal mukozanın, kemoterapinin ve radyoterapinin sitotoksik etkisine gösterdikleri enflamatuvar yanıt olarak gösterdikleri bulantı kusma, oral hijyen yetersizliği, nötropeni, trombositopeni ve dehidratasyon nedeniyle gelişen enflamasyonlardır. Oral kavitede eritem, ödem, ağız kuruluğu, dudaklarda yanma duygusu, travma, kuru sert yiyecekler ya da sert fırça kullanımına bağlı sekonder hemorajik ülserasyonlar, dilde ödem ya da enfeksiyon, beyaz düzensiz lekelere neden olabilen yüzeysel enflamasyon, uçuga benzer lezyonlar olabilir (47, 69).

Hemşirelik tanısı: Oral mukoz membranlarda değişiklik

Amaç: Oral mukozada ağrının ve enfeksiyonun görülmemesidir.

Hemşirelik Girişimleri:

- Oral kaviteyi her gün kırmızılık, beyazlık, sarılık yönünden kontrol edip değerlendirmek,
- Sıcak, baharatlı ve asit içerikli gıda ve içeceklerden uzak durmak,
- Çok çiğneme gerektiren gıdalardan (sert et veya az pişmiş sebzeler gibi) kaçınmak,
- Alkol ve kafein içeren içeceklerden kaçınmak,
- Hastaya uygun ağız bakımını öğretmek
- Lezyon yoksa; 4 saatte bir yumuşak diş fırçası ile dişleri fırçalamak ve mukostatin ve betadin ile gargara yapmak,
- Lezyon varsa; 2 saatte bir hidrojen peroksit solüsyonu, ardından serum fizyolojik ile ağız bakımı yapıp arkadan dudakları vazelinlemek,
- Hastanın öğünlerden önce ve sonra ağız bakımını yapmasını sağlamak,
- Yumuşak diş fırçası kullanmasını önermek,
- Hastanın dudaklarını kurumaktan ve çatlamalardan korumak için yumuşatıcı kremler kullanmak,
- Ağrı için doktor istemine göre lokal analjezikler önermek (11, 17, 47, 70).

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMA ŞEKLİ

Araştırma; kanser tanısı konan, I, II, III, IV evrelerde ve ilk kez kemoterapi uygulanan hastalarda kemoterapi öncesi ve kemoterapi tedavisinden sonraki semptomları karşılaştırmak, etkileyen faktörleri belirlemek ve uygun hemşirelik girişimlerini planlamada rehber olacak öneriler geliştirmek amacıyla planlanmış kesitsel bir araştırmadır.

Bu araştırmanın diğer bir amacı da Edmonton Semptom Tanılama Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaparak literatüre yeni bir ölçek kazandırmaktır.

ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR

1. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ) Türk kanser hastalarında geçerli ve güvenilir bir ölçek midir?
2. ESTÖ ile hastaların kişisel özellikleri ile kemoterapi öncesi ve sonrası semptomların arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
3. ESTÖ ile hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile kemoterapi öncesi ve sonrası semptomların arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın Evreni: Araştırmanın evrenini; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Onkoloji Kliniğine başvuran tüm hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın Örnekleme: Araştırmanın örnekleme Temmuz 2006- Nisan 2007 tarihleri arasında onkoloji kliniğine başvuran farklı kanser tanıları ancak benzer klinik evrelerdeki, ilk kez kemoterapi tedavisi alan, görüşmeye istekli, herhangi bir iletişim sorunu olmayan, 18 yaş ve üzeri 50 hasta alınmıştır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Hasta Bilgi Formu

Hasta bilgi formu; konu ile ilgili literatür rehberliğinde oluşturulmuştur, kişisel ve hastalıkla ilgili değişkenleri içermektedir.

Kişisel özellikler birinci bölümde; (yaş, cinsiyet, boy, kilo, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvencesi, aylık gelir düzeyi, medeni durumu, çocuk sayısı, aile tipi olarak belirlenen) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13. sorulardan oluşmaktadır.

Hastalıkla ilgili değişkenler ise ikinci bölümde; (klinik tanı, hastalığın klinik evresi, tedavi protokolünün ismi, hastalığının ne zaman tespit edildiği, tedavi görme süresi, hastalığa uyum sağlayabilme durumu, hastalığı algılama durumu, ilaç tedavisine uyum sağlayabilme durumu, ilaçlar hakkındaki düşüncesi, düzenli sağlık kontrolleri yaptırma durumu, stresli yaşama sahip olup olmama durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu olarak belirlenen) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17. sorulardan oluşmaktadır.

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ)

ESTÖ kanserli hastaların bakım yönetimini iyileştirmek amacı ile Edmonton ve ark. tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir. Semptomun değerlendirilmesinde en önemli kural (altın kural) hastanın kendi ifadesine göre semptomun şiddetini belirten numarayı işaretlemesidir (71).

Bu skala kanser hastalarında yaygın olarak görülen dokuz semptomun

değerlendirilmesine yardım eder. Bunlar; ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, nefes darlığı ve diğer sorunlardır. Ölçekte diğer sorunlar bölümüne literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacılar tarafından hastalarda ilave olarak görülen semptomlardan 3 tanesi (ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara, ellerde uyuşma) eklenmiştir. Her bir semptomun şiddeti 0'dan 10'a kadar olan sayısal numaralarla değerlendirilmektedir. 0 puan semptomun olmadığını, 10 puan ise semptomun çok şiddetli hissedildiğini göstermektedir ve 0'dan 10'a doğru semptomun şiddeti artmaktadır.

Skalada doldurulan kişiyi belirten bölüm vardır. Bunlar; hastanın kendisi, ailesi, sağlık personeli, aile veya personel yardımı şeklindedir.

Hastalara kemoterapi öncesi çalışmanın amacı açıklandıktan sonra ölçek hastalara verilmiş, hastalar tarafından yaklaşık 15 dakika içerisinde yanıtlanmıştır. Hasta yakınları da gerekli olduğunda hastalara yardımcı olmuşlardır. Formları yanıtlama esnasında hastaların soruları olduğunda araştırmacılar tarafından yanıtlanmıştır (71).

VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİLİĞİ

Hasta Bilgi Formu

Bireye ve hastalığa ilişkin özellikleri içeren bu form araştırmanın yapılacağı onkoloji kliniğinde yatan hastalardan seçilen 20 hastaya uygulanarak bir ön çalışma yapılmış ve forma son şekli verilmiştir.

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ)

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'nin ESTÖ'nin (Edmonton Symptom Assesment Scale; ESAS) Türkçe dil ve kültürüne uyarlamasını yapabilmek için skalayı oluşturan Edmonton ve ark.'dan izin alındı. Ölçek çeviri- geri çeviri ile Türkçe'ye kazandırıldı. Çeviriler birbirinden bağımsız iki dil bilim uzmanı ve altı öğretim üyesi tarafından İngilizceden Türkçe'ye çevrildi. Bu sekiz kişi bir araya gelerek görüşlerini paylaştı ve çevrilen ölçeğin orijinal halindeki maddelerin anlamlarını verip vermediği gözden geçirilerek en uygun haline karar verildi. Daha sonra geri çeviri yöntemiyle bir dil bilim uzmanı, beş hemşire öğretim üyesi ve bir onkoloji öğretim üyesi tarafından Türkçeden İngilizceye çevrildi. Bu altı kişi bir araya gelerek orijinal ölçekteki maddelerin aynı anlamı

verip vermediğini tekrar gözden geçirdi ve teknik döküm yapıldı.

Form uygulanmadan önce maddelerin anlaşılabilirliği için pilot çalışma yapıldı. Pilot çalışma onkoloji servisinde yatan kemoterapi alan hastalara uygulandı (n= 20). Yapılan pilot çalışma ile ölçeğin Türkçe kullanımının uygunluğu tekrar değerlendirildi. Pilot çalışma grubu araştırmanın örnekleme dahil edilmedi.

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada tedavi öncesi ve sonrası ESTÖ'nde yer alan maddelerin toplam madde korelasyon puanları ve Chronbach's alfa (α) güvenilirlik katsayıları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1 : Tedavi Öncesi ve Sonrası Edmonton Semptom Tanılama Ölçeğinde Yer Alan Maddelerin Toplam Madde Korelasyon Puanları veChronbach's Alfa(α) Güvenirlik Kat Sayıları (n=50)

	Tedavi Öncesi		Tedavi Sonrası	
	r	α	r	α
Semptomlar				
Ağrı	0.50	0.82	0.24	0.77
Yorgunluk	0.60	0.81	0.65	0.72
Bulantı	0.60	0.81	0.54	0.73
Üzüntü	0.59	0.81	0.67	0.72
Endişe	0.70	0.80	0.62	0.73
Uykusuzluk	0.71	0.80	0.31	0.76
İştahsızlık	0.66	0.80	0.48	0.74
Kendini İyi Hissetme Durumu	0.72	0.80	0.65	0.73
Nefes Darlığı	0.28	0.84	0.29	0.76
Ciltte ve Tırnaklarda Değişiklik*	-	-	0.26	0.76
Ağızda Yara	0.16	0.84	0.15	0.77
Ellerde Uyuşma	0.02	0.84	0.03	0.79
α	0.83		0.76	

*Bu madde tüm hastalar tarafından aynı şekilde değerlendirilip, değişkenlik göstermediği için korelasyon katsayısı hesaplanamamıştır.

Tedavi öncesi semptomların korelasyon katsayıları 0.02 - 0.72 arasında, tedavi sonrası ise; 0.03 - 0.67 arasında bulunmuştur. Tedavi öncesi semptomların Chronbach's alfa (α) güvenirlik katsayıları 0.83; tedavi sonrası için 0.76 olarak bulunmuştur.

Sonuç olarak; kemoterapi alan kanserli hastalarda tedavi sonrasında değişen semptomların değerlendirilmesinde bu ölçeğin kolay uygulanabilen, uygun bir değerlendirme aracı olduğu belirlenmiştir.

VERİLERİN TOPLANMASI VE UYGULANMASI

Ön Hazırlık

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi onkoloji kliniği ve polikliniğine başvuran farklı kanser tanıları ancak benzer klinik evrelerdeki, ilk kez kemoterapi tedavisi alan, 18 yaş ve üzeri hastaların kayıtları incelenerek örneklem grubu oluşturuldu (n=50)

Veri toplanacak kurum olan Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden etik kurul izni alındı.

Uygulama

Araştırmadaki veriler kişisel bilgi formu ve Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği formlarının belirlenen örneklem grubuna (n=50) araştırmacı tarafından hasta ile kemoterapi öncesi birebir görüşme yapıp bir kez uygulanarak toplanmasıyla elde edildi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ise kemoterapi sonrası kemoterapinin 1-3 günlerinde ikinci kez uygulandı.

Bu çalışmanın uygulama aşaması bir yıl içinde tamamlandı. Hastalara çalışmanın amacı açıklandıktan sonra ölçek hastalara verilmiş, hastalar tarafından yaklaşık 15 dakika içerisinde yanıtlanmıştır. Kemoterapi alacak olan veya kemoterapi alan bireylerle birebir ve diğer bireylerden etkilenmeyeceği bir ortamda görüşmeye özen gösterilmiştir. Ayaktan kemoterapi alacak olan birey ile bekleme salonunda karşılıklı konuşularak, yatan hastalarda iki kişilik odada kalanlarda hastanın diğer hastadan etkilenmeyeceği şekilde birebir konuşma yapılarak soruları yanıtlanması sağlanmıştır.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ESTÖ'nin güvenilirliği güvenilirlik (Reliability) analizi ile incelendi ve ölçeğe ilişkin Cronbach Alfa (α) katsayıları hesaplandı.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Tek örneklem Kolmogorov Smirnov test ile incelendi.

İki kategoriden oluşan değişkenlerin semptom skorlarının karşılaştırmasında, skorlar normal dağılım göstermediği için Mann Whitney U testi kullanıldı.

Semptom skorlarının önce-sonra değerlerinin karşılaştırmasında Wilcoxon test kullanıldı.

İkiden fazla kategoriden oluşan değişkenlerin semptom skorlarının karşılaştırmasında Kruskal-Wallis test kullanıldı, sonuç anlamlı bulunduğunda farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemede Bonferroni çoklu karşılaştırma testi kullanıldı.

$P < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi. İstatistiksel analizlerde Statistica 7.0 paket programı kullanıldı.

BULGULAR

Temmuz 2006- Nisan 2007 tarihleri arasında, kanser tanısı ile kemoterapi tedavisi gören toplam 50 hasta ile gerçekleştirilen çalışmada, hastalarla yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirildikten sonra bulgular:

- Kişisel özellikler ve hastalığa ilişkin özelliklerin dağılımı,
- Tedavi öncesi ve sonrası semptomların dağılımı,
- Kişisel özelliklerin kemoterapi öncesi ve sonrası semptomlara göre ve kemoterapi sonrası kendi içinde dağılımı,
- Hastalıkla ilgili özelliklerin kemoterapi öncesi ve sonrası semptomlara göre kemoterapi sonrası kendi içinde dağılımı olmak üzere üç bölümde incelenmiştir.

KİŞİSEL ÖZELLİKLER VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Kişisel Özellikler

Tablo 2 : Kişisel Özelliklerin Dağılımı

Kişisel Özellikler	n	%
Yaş		
60 yaş ve altı	28	56
60 yaş üzeri	22	44
Yaş Ortalaması	Ort. ± SS 57.8 ± 12.5	
Cinsiyet		
Bayan	22	44
Erkek	28	56
Beden Kitle İndeksi (kg/m²)		
Zayıf (<20)	6	12
Normal (20-25)	17	34
Kilolu (26-30)	20	40
Obez (>31)	7	14
Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil	6	12
İlk-ortaokul	38	76
lise	4	8
Üniversite	2	4
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	30	60
Çalışmıyor	20	40
Sosyal Güvence		
Emekli Sandığı	8	16
SSK	21	42
Bağkur	15	30
Yeşil Kart	6	12
Medeni durum		
Evli	45	90
Bekar	2	4
Dul	3	6
Aile Tipi		
Geniş Aile	12	24
Çekirdek Aile	37	74
Parçalanmış Aile	1	2

Tablo 2’de hastaların kişisel özelliklere göre dağılımı görülmektedir. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; hastaların % 56’sının 60 yaş ve altında, % 44’ünün 60 yaş üzerinde ve yaş ortalamasının 57.8 olduğu belirlenmiştir. Hastaların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde % 44’ünün bayan, % 56’sının da erkek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların beden kitle indekslerine göre dağılımı incelendiğinde; hastaların % 12’sinin zayıf, % 34’ünün normal, % 40’ının kilolu ve %14’ünün de obez olduğu belirlenmiştir.

Hastaların eğitim durumuna göre dağılımı incelendiğinde; hastaların % 12’sinin okur-

yazar olmadığı, % 76'sının ilk-ortaokul, % 8'inin lise, % 4'ünün de üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir.

Hastaların çalışma durumuna göre dağılımı incelendiğinde; % 60'ının çalışıyor, % 40'ının da çalışmıyor olduğu belirlenmiştir.

Hastaların sağlık sigortasına göre dağılımı incelendiğinde; % 16'sının Emekli Sandığı'na, % 42'sinin SSK'ya, % 30'unun Bağ-Kur'a bağlı ve % 12'sinin Yeşil Kart'a sahip olduğu belirlenmiştir.

Hastaların medeni durumuna göre dağılımı incelendiğinde; hastaların % 90'ının evli, % 4'ünün bekar, % 6'sının da dul olduğu saptanmıştır. Hastaların % 24'ünün geniş aile, % 74'ünün çekirdek aile ve % 2'sinin de parçalanmış aile olduğu belirlenmiştir.

Hastalığa İlişkin Özellikler

Tablo 3'de hastaların hastalığa ilişkin özellikleri görülmektedir. Hastaların kanser türlerine göre dağılımı incelendiğinde; %36'sının gastrointestinal sistem, %28'inin solunum sistemi, %14'ünün jinekolojik, %10'unun meme, %12'sinin de diğer kanser türlerinde (genitoüriner, lenf ve yumuşak doku kanserleri) yer aldığı belirlenmiştir. Hastaların hastalığa ilişkin özellikleri incelendiğinde; klinik evreye göre; % 8.5'inin I. evre, % 19.1'inin II. evre, % 40.4'ünün III. evre, % 31.9'unun da IV. evre'de olduğu belirlenmiştir.

Hastaların hastalığının teşhis edilme zamanına göre dağılımı incelendiğinde; % 80'inin 6 aydan az, % 20'sinin de 6 aydan daha fazla süredir kanser tanısı aldığı belirlenmiştir.

Hastaların hastalığa uyum sağlama durumlarının dağılımı incelendiğinde; % 84'ünün hastalığa uyum sağladığı, % 16'sının da hastalığa uyum sağlamadığı belirlenmiştir.

Hastaların hastalığı algılama durumlarının dağılımı incelendiğinde; % 58'inin hastalığın uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olduğunu, % 42'sinin kolay tedavi edilen bir hastalık olduğunu düşündükleri belirlenmiştir.

Hastaların ilaç tedavisine uyum sağlama durumlarının dağılımı incelendiğinde; % 88'inin ilaç tedavisine uyum sağladığı, % 12'sinin ilaç tedavisine uyum sağlamadığı belirlenmiştir.

Hastaların ilaç hakkındaki düşüncelerinin dağılımı incelendiğinde; % 76'sının ilaçların tedavi edeceğine inandığı, % 24'ünün tedavi edecek ama çok yan etkisinin olacağını ifade ettiği belirlenmiştir.

Hastaların düzenli sağlık kontrollerini yaptırma durumlarının dağılımı incelendiğinde;

% 40'ının düzenli sağlık kontrolleri yaptırdığı, % 60'ının düzenli sağlık kontrolleri yaptırmadığı belirlenmiştir.

Hastaların düzenli egzersiz yapma durumlarının dağılımı incelendiğinde; % 32'sinin düzenli egzersiz yaptığı, % 68'inin düzenli egzersiz yapmadığı belirlenmiştir.

Hastaların sigara kullanma durumlarının dağılımı incelendiğinde; % 10'unun sigara kullandığı, % 64'ünün sigara kullanmadığı, % 26'sının da sigarayı bıraktığı belirlenmiştir.

Tablo 3 : Hastalığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı

	n	%
Tanı		
Gastrointestinal Sistem Kanseri	18	36
Solunum Sistemi Kanseri	14	28
Jinekolojik Kanseller	7	14
Meme Kanseri	5	10
Genitoüriner Sistem Kanseri	3	6
Lenf Kanseri	2	4
Yumuşak Doku Kanseri	1	2
Evre		
Evre I	4	8.5
Evre II	9	19.1
Evre III	19	40.4
Evre IV	15	31.9
Hastalığın Teşhis Edilme Zamanı		
6 aydan az	40	80
6 aydan Fazla	10	20
Hastalığa Uyum Sağlama Durumu		
Evet	42	84
Hayır	8	16
Hastalığı Algılama Durumu		
Uzun Süre Tedavi Gerektiren Bir Hastalık Olduğu	29	58
Kolay Tedavi Edilen Bir Hastalık Olduğu	21	42
İlaç Tedavisine Uyum Sağlama Durumu		
Evet	44	88
Hayır	6	12
İlaç Hakkındaki Düşünce		
Tedavi Edeceğine İnanılıyor	38	76
Tedavi Edecek Ama Çok Yan Etkisi Var	12	24
Düzenli Sağlık Kontrolleri Yaptırma Durumu		
Evet	20	40
Hayır	30	60
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu		
Evet	16	32
Hayır	34	68
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	5	10
Hayır	32	64
Kullanıp Bırakmış	13	26

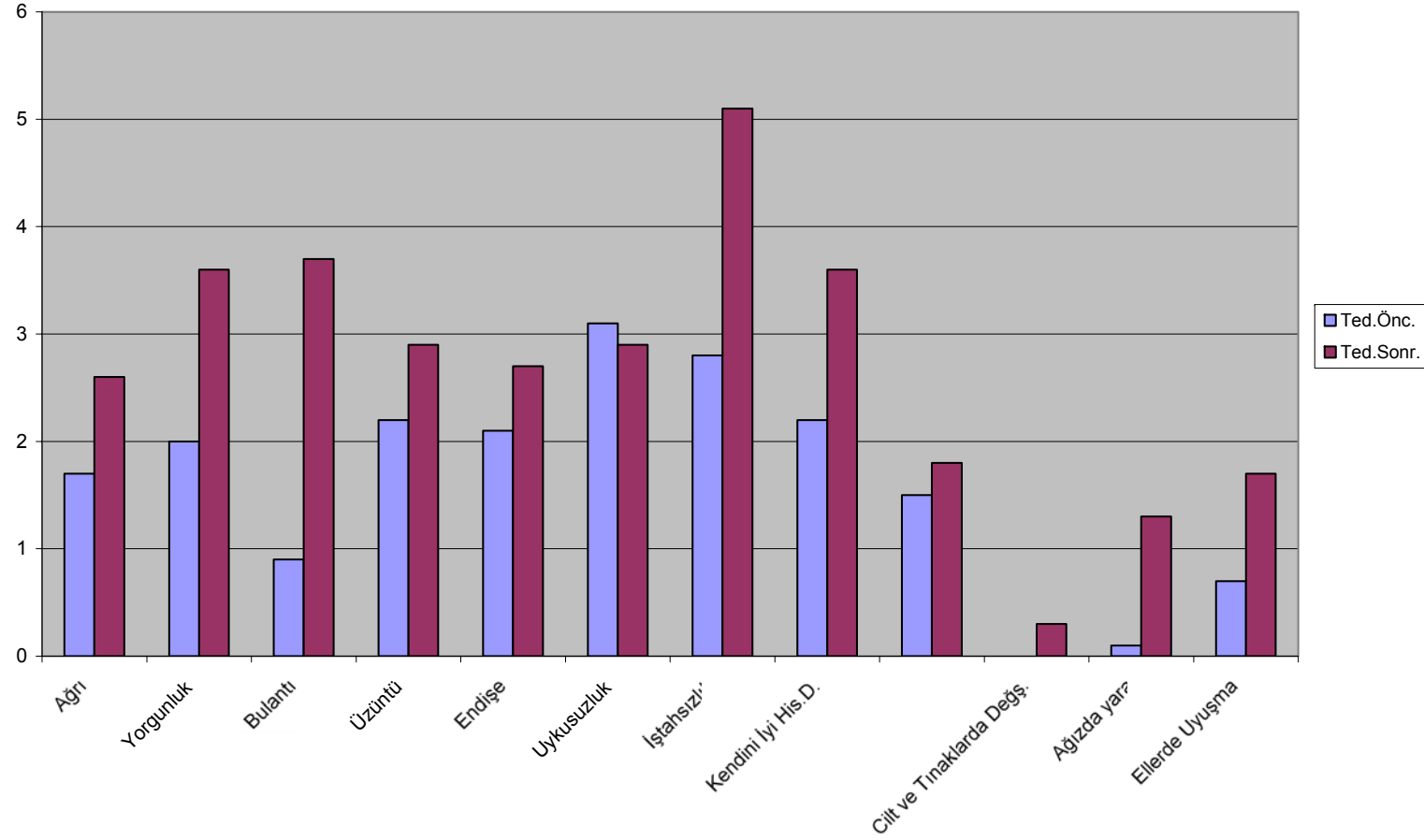
Tablo 4 : Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptomların Dağılımı (n= 50)

Semptomlar	Tedavi Öncesi (n= 50)	Tedavi Sonrası (n= 50)	z	p*
	Ort.± SD	Ort.± SD		
Ağrı	1.7±3.1	2.6±3.6	-1.776	0.076
Yorgunluk	2.0±3.2	3.6±3.2	-2.908	0.004
Bulantı	0.9±2.2	3.7±3.5	-4.475	< 0.001
Üzüntü	2.2±3.1	2.9±3.5	-1.405	0.160
Endişe	2.1±3.5	2.7±3.3	-1.190	0.234
Uykusuzluk	3.1±3.8	2.9±3.4	-0.337	0.736
İştahsızlık	2.8±3.5	5.1±4.0	-3.223	0.001
Kendini İyi Hissetme Durumu	2.2±2.5	3.6±2.9	-3.417	0.001
Nefes Darlığı	1.5±3.1	1.8±3.1	-0.858	0.391
Ciltte ve Tırnaklarda Değişiklik	0.0±0.0	0.3±1.1	-2.220	0.026
Ağızda Yara	0.1±1.0	1.3±2.5	-3.328	0.001
Ellerde Uyuşma	0.7±1.6	1.7±3.1	-2.566	0.010

*Wilcoxon Signed Ranks Test

Tablo 4’de tedavi öncesi ve sonrası semptomların dağılımı görülmektedir. Tedavi öncesi ve sonrası hastalarda meydana gelen semptomların dağılımı karşılaştırıldığında; tedavi sonrasında yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir (p= 0.004, < 0.001, 0.001, 0.001, 0.026, 0.001, 0.01 sırasıyla) (Tablo 4).

Tedavi öncesi ve sonrası semptomlarda meydana gelen değişiklikler sütun grafik olarak şekil 8’de de gösterilmiştir.



Şekil 8: Tedavi Öncesi ve Sonrası Meydana Gelen Semptomların Dağılımı

KEMOTERAPİ ÖNCESİ VE SONRASI SEMPTOMLARIN KİŞİSEL ÖZELLİKLERE GÖRE DAĞILIMI

Tablo 5 : Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptomların Yaş Grupları İle Karşılaştırılması

Yaş Grupları	60 yaş ve altı (n= 28)		p*	60 yaş üstü (n= 22)		p*	p #
	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		
	Ort. ± SD	Ort. ± SD		Ort. ± SD	Ort. ± SD		
Semptomlar							
Ağrı	1.5 ± 2.9	2.8 ± 3.6	0.133	1.8 ± 3.3	2.5 ± 3.6	0.440	0.755
Yorgunluk	1.8 ± 2.8	3.5 ± 3.4	0.012	2.3 ± 3.7	3.6 ± 3.0	0.105	0.750
Bulantı	1.1 ± 2.6	4.0 ± 3.7	<0.001	0.7 ± 1.6	3.1 ± 3.3	0.006	0.394
Üzüntü	2.6 ± 3.1	2.5 ± 3.3	0.648	1.5 ± 3.0	3.5 ± 3.7	0.009	0.363
Endişe	2.9 ± 3.6	2.3 ± 3.1	0.073	1.1 ± 3.0	3.2 ± 3.5	0.036	0.326
Uykusuzluk	2.8 ± 3.5	2.8 ± 3.4	0.900	3.5 ± 4.2	3.1 ± 3.6	0.574	0.701
İştahsızlık	3.0 ± 3.4	4.7 ± 3.8	0.073	2.4 ± 3.6	5.6 ± 4.3	0.006	0.428
Kendini İyi Hissetme Durumu	2.6 ± 2.6	3.7 ± 3.0	0.033	1.6 ± 2.2	3.5 ± 2.8	0.011	0.774
Nefes Darlığı	1.2 ± 2.9	1.2 ± 3.0	0.500	2.0 ± 3.3	2.5 ± 3.1	0.476	0.065
Ciltte ve Tırnaklarda Değişiklik	0.0 ± 0.0	0.3 ± 1.0	0.066	0.0 ± 0.0	0.3 ± 1.1	0.180	0.628
Ağızda Yara	0.3 ± 0.9	1.2 ± 2.7	0.016	0.0 ± 0.0	1.3 ± 2.3	0.018	0.595
Ellerde Uyuşma	0.9 ± 1.8	1.6 ± 3.1	0.121	0.4 ± 0.9	1.8 ± 3.1	0.042	0.693

*Wilcoxon Signed Ranks Test; #Mann Whitney-U Testi

p* Tedavi öncesi ve sonrası grupların kendi içinde karşılaştırıldığını gösterir.

p # Tedavi sonrası grupların kendi içinde karşılaştırıldığını gösterir.

Tablo 5’de tedavi öncesi ve sonrası semptomların yaş gruplarıyla karşılaştırılması görülmektedir. 60 yaş altı bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, kendini iyi hissetme durumu ve ağızda yara semptom ortalamaları tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p=0.012, p<0.001, p= 0.033, p=0.016) (Tablo 5).

60 yaş üstü bireylerin tedavi sonrası bulantı, üzüntü, endişe, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptom ortalamaları tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p=0.006, p= 0.009, p=0.036, p=0.006, p=0.011, p=0.018, p=0.042) (Tablo 5).

Tedavi sonrasında meydana gelen semptomların varlığı ile yaş karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p> 0.05) (Tablo 5).

Tablo 6: Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptomların Cinsiyet İle Karşılaştırılması

Cinsiyet	Bayan(n= 22)		p*	Erkek (n=28)		p*	p#
	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		
	Ort. ± SD	Ort. ± SD		Ort. ± SD	Ort. ± SD		
Semptomlar							
Ağrı	1.2 ± 2.7	3.5 ± 4.1	0.019	2.0 ± 3.4	2.0 ± 3.1	0.729	0.236
Yorgunluk	1.7 ± 3.0	3.5 ± 3.2	0.023	2.3 ± 3.4	3.6 ± 3.3	0.066	0.881
Bulantı	0.8 ± 1.8	3.6 ± 3.5	0.004	1.1 ± 2.5	3.7 ± 3.6	<0.001	0.936
Üzüntü	2.7 ± 3.4	3.5 ± 3.9	0.309	1.8 ± 2.8	2.4 ± 3.1	0.344	0.315
Endişe	2.5 ± 3.6	3.0 ± 3.6	0.531	1.9 ± 3.4	2.4 ± 3.2	0.344	0.466
Uykusuzluk	2.8 ± 4.0	2.1 ± 3.1	0.507	3.3 ± 3.7	3.6 ± 3.6	0.793	0.109
İştahsızlık	2.2 ± 3.4	4.7 ± 3.9	0.008	3.2 ± 3.5	5.4 ± 4.2	0.043	0.548
Kendini İyi Hissetme Durumu	2.1 ± 2.4	3.7 ± 3.0	0.018	2.2 ± 2.6	3.5 ± 2.9	0.012	0.862
Nefes Darlığı	1.4 ± 3.0	1.4 ± 2.5	1.000	1.6 ± 3.2	2.1 ± 3.5	0.332	0.563
Ciltte ve Tırnaklarda Değişiklik	0.0 ± 0.0	0.5 ± 1.2	0.066	0.0 ± 0.0	0.2 ± 1.0	0.180	0.239
Ağızda Yara	0.2 ± 0.9	1.5 ± 3.0	0.027	0.1 ± 0.6	1.1 ± 2.2	0.011	0.941
Ellerde Uyuşma	0.6 ± 1.3	1.1 ± 2.5	0.400	0.7 ± 1.7	2.2 ± 3.5	0.015	0.170

*Wilcoxon Signed Ranks Test; #Mann Whitney-U Testi

p* Tedavi öncesi ve sonrası grupların kendi içinde karşılaştırıldığını gösterir.

p# Tedavi sonrası grupların kendi içinde karşılaştırıldığını gösterir.

Tablo 6’de tedavi öncesi ve sonrası semptomların cinsiyet ile karşılaştırılması görülmektedir. Bayanların tedavi sonrası ağrı, yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu ve ağızda yara semptom ortalamaları tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p=0.019, p= 0.023, p=0.004, p=0.008, p=0.018, p=0.027) (Tablo 6).

Erkeklerin tedavi sonrası bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptom ortalamaları tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p<0.001, p=0.043, p= 0.012, p=0.011, p=0.015) (Tablo6).

Tedavi sonrasında meydana gelen semptomların varlığı ile cinsiyet karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p> 0.05) (Tablo 6).

Tablo 7: Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptomların Beden Kitle İndeksi ile Karşılaştırılması

Beden Kitle İndeksi	Zayıf (n=6)		p*	Normal (n=17)		p*	Kilolu (n=20)		p*	Obez (n=7)		p*	p#
	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		
	Ort.±SD	Ort.±SD		Ort.±SD	Ort.±SD		Ort.±SD	Ort.±SD		Ort.±SD	Ort.±SD		
Ağrı	1.7±2.7	3.8±4.9	0.357	1.2±2.7	1.6±2.9	0.340	1.8±3.4	2.7±3.6	0.213	2.3±3.9	3.9±3.9	0.285	0.408
Yorgunluk	1.8±3.0	5.7±2.8	0.045	1.9±2.7	2.8±3.0	0.325	1.5±3.2	3.0±3.0	0.022	4.1±4.3	5.4±3.5	0.581	0.111
Bulantı	0.3±0.8	4.2±2.2	0.039	0.6±2.0	3.4±3.8	0.007	1.0±2.4	2.9±2.9	0.003	2.1±2.8	6.1±4.6	0.174	0.263
Üzüntü	1.2±1.8	2.3±3.7	0.593	1.9±3.1	3.0±3.3	0.197	2.1±3.1	2.4±3.1	0.539	3.9±4.0	4.6±4.9	0.465	0.730
Endişe	1.0±1.7	2.5±3.9	0.285	2.0±3.5	2.4±3.4	0.610	2.1±3.5	2.7±3.2	0.306	3.6±4.5	3.6±3.7	1.000	0.787
Uykusuzluk	6.0±4.8	2.8±4.0	0.144	1.9±2.7	2.5±3.3	0.593	2.8±3.7	3.5±3.6	0.283	4.3±5.1	2.4±3.5	0.285	0.808
İştahsızlık	5.0±4.2	5.8±4.0	0.593	3.4±3.4	5.1±4.6	0.291	1.6±2.9	4.3±3.7	0.009	2.6±3.8	6.7±3.7	0.066	0.542
Kendini İyi Hissetme Durumu	2.8±3.2	5.0±2.6	0.109	2.5±2.6	2.6±2.5	1.000	1.5±2.2	3.4±2.9	0.002	2.6±2.5	5.6±3.3	0.109	0.067
Nefes Darlığı	3.3±5.2	2.3±3.7	0.593	1.8±3.2	2.2±3.7	0.680	0.5±1.4	1.2±2.6	0.043	2.3±3.7	1.9±2.6	0.414	0.856
Ciltte ve Tırnaklarda Değişiklik	0.0±0.0	0.0±0.0	1.000	0.0±0.0	0.4±1.3	0.180	0.0±0.0	0.2±0.5	0.102	0.0±0.0	0.7±1.9	0.317	0.810
Ağızda Yara	0.0±0.0	0.8±2.0	0.317	0.2±0.7	1.4±2.9	0.068	0.0±0.0	0.8±1.2	0.014	0.6±1.5	2.6±4.4	0.180	0.897
Ellerde Uyuşma	0.8±2.0	4.3±4.8	0.109	0.7±1.7	2.1±3.4	0.039	0.7±1.4	0.8±1.6	0.683	0.4±1.1	1.1±3.0	0.655	0.206

*Wilcoxon Signed Ranks Test; #KruskalWallisVaryans Analizi

p* Tedavi öncesi ve sonrası grupların kendi içinde karşılaştırıldığını gösterir.

p # Tedavi sonrası grupların kendi içinde karşılaştırıldığını gösterir.

Tablo 7’da tedavi öncesi ve sonrası semptomların beden kitle indeksi ile karşılaştırılması görülmektedir. Beden kitle indeksi zayıf olan bireylerin tedavi sonrası yorgunluk ve bulantı semptom ortalamaları tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p=0.045$, $p= 0.039$) (Tablo 7).

Beden kitle indeksi normal olan bireylerin tedavi sonrası bulantı ve ellerde uyuşma semptom ortalamaları tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p=0.007$, $p= 0.039$) (Tablo 7).

Beden kitle indeksi kilolu olan bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, nefes darlığı ve ağızda yara semptom ortalamaları tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p=0.022$, $p= 0.003$, $p=0.009$, $p=0.002$, $p=0.043$, $p=0.014$) (Tablo 7).

Beden kitle indeksi obez olan bireylerin tedavi sonrası ve tedavi öncesi semptom ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p> 0.05$) (Tablo 7).

Tedavi sonrasında meydana gelen semptomların varlığı ile beden kitle indeksi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p> 0.05$) (Tablo 7).

Tablo 8 : Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptomların Eğitim Durumu ile Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Okur-yazar değil (n=6)		p*	İlkortaokul (n=38)		p*	Lise (n=4)		p*	Üniversite (n=2)		p*	p#
	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		
	Ort.±SD	Ort.±SD		Ort.±SD	Ort.±SD		Ort.±SD	Ort.±SD		Ort.±SD	Ort.±SD		
Semptomlar													
Ağrı	2.5±4.2	2.0±2.5	0.581	1.8±3.1	2.9±3.8	0.070	0.0±0.0	2.5±4.4	0.180	0.0±0.0	0.0±0.0	1.000	0.686
Yorgunluk	2.2±4.0	4.0±3.3	0.131	2.1±3.2	3.8±3.3	0.009	0.0±0.0	1.5±2.4	0.180	3.5±4.9	1.5±2.1	0.317	0.422
Bulantı	1.3±2.2	3.0±4.0	0.109	1.0±2.4	4.1±3.5	<0.001	0.0±0.0	2.5±3.1	0.109	0.0±0.0	0.0±0.0	1.000	0.307
Üzüntü	3.3±5.2	5.5±3.9	0.102	1.8±2.5	2.6±3.5	0.205	0.8±1.5	2.0±2.3	0.180	7.5±3.5	2.5±3.5	0.157	0.315
Endişe	3.3±5.2	3.8±3.9	1.000	1.9±3.1	2.6±3.4	0.246	0.8±1.5	1.5±1.9	0.655	5.0±7.1	2.5±3.5	0.317	0.799
Uykusuzluk	4.3±4.4	5.7±3.9	0.500	3.2±3.9	2.8±3.3	0.519	0.5±1.0	0.5±1.0	1.000	3.0±4.2	2.5±3.5	0.317	0.124
İştahsızlık	3.0±3.5	4.8±4.1	0.336	2.8±3.5	5.4±4.1	0.002	1.3±2.5	4.3±4.9	0.180	5.0±7.1	2.5±3.5	0.655	0.683
Kendini İyi Hissetme Durumu	2.5±2.7	3.3±3.6	0.581	2.2±2.5	3.8±2.9	0.001	1.3±2.5	2.5±2.4	0.180	2.5±3.5	2.5±3.5	1.000	0.690
Nefes Darlığı	0.5±1.2	0.0±0.0	0.317	1.9±3.4	2.3±3.4	0.263	0.0±0.0	0.0±0.0	1.000	0.0±0.0	0.0±0.0	1.000	0.095
Ciltte ve Tırnaklarda Değişiklik	0.0±0.0	0.5±0.8	0.180	0.0±0.0	0.3±1.2	0.066	0.0±0.0	0.0±0.0	1.000	0.0±0.0	0.0±0.0	1.000	0.381
Ağızda Yara	0.0±0.0	1.3±2.4	0.180	0.2±0.8	1.2±2.5	0.005	0.0±0.0	0.0±0.0	1.000	0.0±0.0	5.0±4.2	0.180	0.086
Ellerde Uyuşma	0.7±1.0	1.2±2.9	0.655	0.8±1.7	2.1±3.3	0.013	0.0±0.0	0.0±0.0	1.000	0.0±0.0	0.0±0.0	1.000	0.358

*Wilcoxon Signed Ranks Test; #Kruskal- Wallis Varyans Analizi

p* Tedavi öncesi ve sonrası grupların kendi içinde karşılaştırıldığını gösterir.

p# Tedavi sonrası grupların kendi içinde karşılaştırıldığını gösterir.

Tablo 8’de tedavi öncesi ve sonrası semptomların eğitim durumu ile karşılaştırılması görülmektedir. Okuma-yazma bilmeyen bireylerin tedavi sonrası ve tedavi öncesi semptom ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 8).

İlk-ortaokul mezunu olan bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptom ortalamaları tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p=0.009$, $p<0.001$, $p=0.002$, $p=0.001$, $p=0.005$, $p=0.013$) (Tablo 8).

Lise mezunu olan bireylerin tedavi sonrası ve tedavi öncesi semptom ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 8).

Üniversite mezunu olan bireylerin tedavi sonrası ve tedavi öncesi semptom ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 8).

Tedavi sonrasında meydana gelen semptomların varlığı ile eğitim durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 8).

Tablo 9 : Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptomların Çalışma Durumu ile Karşılaştırılması

Çalışma Durumu	Çalışıyor (n= 30)		p*	Çalışmıyor (n= 20)		p*	p#
	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		
	Ort. ± SD	Ort. ± SD		Ort. ± SD	Ort. ± SD		
Semptomlar							
Ağrı	1.8±3.3	2.1±3.3	0.299	1.6±2.9	3.4±4.0	0.083	0.264
Yorgunluk	2.2±3.3	3.3±3.3	0.066	1.9±3.1	3.9±3.1	0.023	0.481
Bulantı	0.9±2.4	3.3±3.5	<0.001	0.9±1.8	3.9±3.6	0.006	0.601
Üzüntü	1.6±2.7	2.2±3.1	0.664	2.7±3.5	4.1±3.8	0.099	0.058
Endişe	1.6±3.2	2.0±3.1	0.529	2.7±3.7	3.6±3.5	0.344	0.069
Uykusuzluk	2.8±3.7	3.0±3.5	0.959	3.3±4.1	2.8±3.5	0.722	0.794
İştahsızlık	3.0±3.5	5.3±4.2	0.029	2.5±3.5	5.0±4.0	0.013	0.778
Kendini İyi Hissetme Durumu	2.0±2.6	3.2±2.9	0.010	2.4±2.5	4.0±3.0	0.025	0.374
Nefes Darlığı	1.6±3.1	2.0±3.5	0.332	1.5±3.2	1.5±2.6	1.000	0.898
Ciltte ve Tırnaklarda Değişiklik	0.0±0.0	0.2±0.9	0.180	0.0±0.0	0.5±1.2	0.066	0.072
Ağızda Yara	0.1±0.6	1.2±2.5	0.011	0.2±0.9	1.4±2.7	0.026	0.714
Ellerde Uyuşma	0.6±1.6	2.0±3.5	0.011	0.8±1.4	1.2±2.6	0.553	0.352

*Wilcoxon Signed Ranks Test; #Mann Whitney-U Testi

p* Tedavi öncesi ve sonrası grupların kendi içinde karşılaştırıldığını gösterir.

p # Tedavi sonrası grupların kendi içinde karşılaştırıldığını gösterir.

Tablo 9’de tedavi öncesi ve sonrası semptomların çalışma durumu ile karşılaştırılması görülmektedir. Çalışan bireylerin tedavi sonrası bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptom ortalamaları tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$, $p = 0.029$, $p = 0.010$, $p = 0.011$, $p = 0.011$) (Tablo 9).

Çalışmayan bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu ve ağızda yara semptom ortalamaları tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p = 0.023$, $p = 0.006$, $p = 0.013$, $p = 0.025$, $p = 0.026$) (Tablo 9).

Tedavi sonrasında meydana gelen semptomların varlığı ile çalışma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 9).

Tablo 10: Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptomların Medeni Durum ile Karşılaştırılması

Medeni Durum	Evli (n= 45)		p*	Bekar (n= 2)		p*	Dul (n= 3)		p*	p#
	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		
	Ort.±SD	Ort.±SD		Ort.±SD	Ort.±SD		Ort. ±SD	Ort. ±SD		
Semptomlar										
Ağrı	1.5±3.1	2.5±3.6	0.114	1.5±2.1	2.0±2.8	0.317	4.0±3.6	5.0±5.0	0.317	0.557
Yorgunluk	1.9±3.1	3.5±3.2	0.002	2.5±3.5	2.5±3.5	1.000	3.3±5.8	6.0±2.6	0.414	0.356
Bulantı	0.9±2.2	4.0±3.5	<0.001	0.0±0.0	2.5±3.5	0.317	1.7±2.9	0.0±0.0	0.317	0.116
Üzüntü	2.1±3.2	2.8±3.6	0.234	5.0±0.0	5.5±0.7	0.317	1.3±2.3	3.0±3.0	0.180	0.377
Endişe	2.1±3.5	2.5±3.4	0.330	6.5±2.1	6.0±1.4	0.655	0.0±0.0	2.7±2.5	0.180	0.285
Uykusuzluk	3.0±3.8	2.9±3.4	0.843	0.0±0.0	2.5±3.5	0.317	7.0±4.4	3.3±5.8	0.285	0.987
İştahsızlık	2.8±3.5	5.1±4.0	0.002	2.5±3.5	1.0±1.4	0.655	2.3±4.0	8.3±2.9	0.109	0.152
Kendini İyi Hissetme Durumu	2.0±2.4	3.4±3.0	0.001	5.5±0.7	4.0±1.4	0.317	3.0±2.6	6.0±1.0	0.180	0.155
Nefes Darlığı	1.4±2.9	1.6±3.1	0.393	0.0±0.0	0.0±0.0	1.000	4.7±5.0	5.7±5.8	0.593	0.029
Ciltte ve Tırnaklarda Değişiklik	0.0±0.0	0.4±1.1	0.026	0.0±0.0	0.0±0.0	1.000	0.0±0.0	0.0±0.0	1.000	0.691
Ağızda Yara	0.2±0.7	1.4±2.6	0.001	0.0±0.0	0.0±0.0	1.000	0.0±0.0	0.0±0.0	1.000	0.359
Ellerde Uyuşma	0.6±1.4	1.6±2.9	0.013	3.5±2.1	2.5±3.5	0.317	0.0±0.0	3.3±5.8	0.317	0.721

*Wilcoxon Signed Ranks Test; #Kruskal-Wallis Varyans Analizi

p* Tedavi öncesi ve sonrası grupların kendi içinde karşılaştırıldığını gösterir.

p# Tedavi sonrası grupların kendi içinde karşılaştırıldığını gösterir.

Tablo 10’da tedavi öncesi ve sonrası semptomların medeni durum ile karşılaştırılması görülmektedir. Evli olan bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptom ortalamaları tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p=0.002$, $p<0.001$, $p=0.002$, $p=0.001$, $p=0.026$, $p=0.001$, $p=0.013$) (Tablo 10).

Bekar olan bireylerin tedavi sonrası ve tedavi öncesi semptom ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p> 0.05$) (Tablo 10).

Dul olan bireylerin tedavi sonrası ve tedavi öncesi semptom ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p> 0.05$) (Tablo 10).

Tedavi sonrasında dul olan bireylerin, evli ve bekar olan bireylere göre nefes darlığı semptom ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p= 0.029$) (Tablo 10).

KEMOTERAPİ ÖNCESİ SONRASI SEMPTOMLARIN HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLERE GÖRE DAĞILIMI

Tablo 11: Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptomların Evre ile Karşılaştırılması

Evre	Evre I (n=4)		p*	Evre II (n=9)		p*	Evre III (n=19)		p*	Evre IV (n=15)		p*	p#
	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		
	Ort.±SD	Ort. ± SD		Ort.±SD	Ort± SD		Ort.±SD	Ort.±SD		Ort.±SD	Ort.±SD		
Ağrı	0.0±0.0	2.3±4.5	0.317	1.1±3.3	2.7±3.5	0.279	1.9±3.4	2.7±4.2	0.400	2.1±3.2	2.5±3.2	0.527	0.919
Yorgunluk	0.0±0.0	1.3±2.5	0.317	1.9±3.4	3.7±3.0	0.065	1.7±3.3	3.9±3.4	0.032	3.3±3.5	4.3±3.3	0.441	0.394
Bulantı	0.0±0.0	2.0±3.4	0.180	1.0±2.0	4.3±3.4	0.016	1.1±2.5	4.0±3.9	0.005	1.2±2.4	3.0±3.4	0.065	0.637
Üzüntü	2.0±2.4	1.0±2.0	0.655	2.6±3.7	3.2±3.9	0.588	1.6±2.6	3.2±3.8	0.024	2.7±3.8	3.0±3.4	0.670	0.691
Endişe	0.8±1.5	0.5±1.0	0.317	2.2±3.7	2.7±3.1	0.683	2.4±3.7	3.5±3.7	0.283	2.3±3.9	2.4±3.4	0.914	0.432
Uykusuzluk	0.0±0.0	0.0±0.0	1.000	3.2±4.5	1.8±1.9	0.273	3.5±4.2	4.6±3.5	0.154	3.5±3.8	1.9±3.6	0.154	0.010
İştahsızlık	1.3±2.5	3.3±3.9	0.180	2.0±3.5	4.7±4.2	0.059	2.5±3.5	4.8±4.4	0.046	3.7±3.9	5.9±4.0	0.156	0.612
Kendini İyi Hissetme Durumu	1.3±2.5	1.5±2.4	0.317	1.3±2.2	3.9±3.0	0.026	1.8±2.5	3.8±3.3	0.009	3.3±2.6	3.4±2.6	1.000	0.590
Nefes Darlığı	0.0±0.0	0.0±0.0	1.000	1.4±3.4	1.7±2.7	0.786	0.4±1.3	1.7±3.1	0.042	3.3±4.1	2.5±3.8	0.340	0.521
Ciltte ve Tırnaklarda Değişiklik	0.0±0.0	0.0±0.0	1.000	0.0±0.0	0.1±0.3	0.317	0.0±0.0	0.4±1.2	0.109	0.0±0.0	0.5±1.4	0.180	0.851
Ağızda Yara	0.0±0.0	2.0±4.0	0.317	0.0±0.0	1.0±1.7	0.102	0.2±0.9	1.2±2.4	0.026	0.2±0.8	1.6±3.0	0.068	1.000
Ellerde Uyuşma	0.0±0.0	0.0±0.0	1.000	0.0±0.0	0.3±1.0	0.317	1.4±1.9	2.3±3.4	0.341	0.5±1.4	2.5±3.8	0.038	0.194

*Wilcoxon Signed Ranks Test; #Kruskal-Wallis Varyans Analizi

p* Tedavi öncesi ve sonrası grupların kendi içinde karşılaştırıldığını gösterir.

p # Tedavi sonrası grupların kendi içinde karşılaştırıldığını gösterir.

Tablo 11’da tedavi öncesi ve sonrası semptomların evre ile karşılaştırılması görülmektedir. I. evrede olan bireylerin tedavi sonrası ve tedavi öncesi semptom ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 11).

II evrede olan bireylerin tedavi sonrası bulantı ve kendini iyi hissetme durumu semptom ortalamaları tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p=0.016$, $p= 0.026$) (Tablo 11).

III. evrede olan bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, üzüntü, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, nefes darlığı ve ağızda yara semptom ortalamaları tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p=0.032$, $p= 0.005$, $p= 0.024$, $p= 0.046$, $p=0.009$, $p= 0.042$, $p= 0.026$) (Tablo 11).

IV. evrede olan bireylerin tedavi sonrası ellerde uyuşma semptom ortalamaları tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p=0.038$) (Tablo 11).

Tedavi sonrasında III. evrede olan bireylerin I., II ve IV. evrede olan bireylere göre uykusuzluk semptom ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p=0.010$) (Tablo 11).

Tablo 12: Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptomların Hastalığın Teşhis Edilme Zamanı ile Karşılaştırılması

Teşhis Edilme Zamanı	6 aydan az (n= 40)		p*	6 aydan fazla (n=10)		p*	p#
	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		
	Ort. ± SD	Ort. ± SD		Ort. ± SD	Ort. ± SD		
Semptomlar							
Ağrı	1.9 ± 3.3	2.9 ± 3.9	0.116	1.0 ± 1.7	1.4 ± 1.8	0.498	0.407
Yorgunluk	2.3 ± 3.5	3.5 ± 3.4	0.043	1.0 ± 1.5	3.9 ± 2.4	0.017	0.570
Bulantı	1.0 ± 2.4	3.5 ± 3.5	<0.001	1.0 ± 1.5	4.2 ± 3.5	0.018	0.567
Üzüntü	2.0 ± 3.0	3.0 ± 3.6	0.061	3.0 ± 3.6	2.5 ± 3.2	0.588	0.917
Endişe	2.0 ± 3.4	2.6 ± 3.4	0.294	2.6 ± 3.7	3.0 ± 3.3	0.465	0.600
Uykusuzluk	2.9 ± 3.9	2.3 ± 3.0	0.210	3.7 ± 3.9	5.5 ± 3.9	0.141	0.016
İştahsızlık	2.8 ± 3.6	5.1 ± 4.2	0.008	2.7 ± 3.2	5.3 ± 3.6	0.046	0.931
Kendini İyi Hissetme Durumu	2.3 ± 2.6	3.5 ± 3.0	0.007	1.5 ± 2.1	3.9 ± 2.8	0.027	0.468
Nefes Darlığı	1.9 ± 3.3	2.0 ± 3.3	0.626	0.0 ± 0.0	0.7 ± 1.9	0.180	0.338
Ciltte ve Tırnaklarda Değişiklik	0.0 ± 0.0	0.4 ± 1.2	0.041	0.0 ± 0.0	1.0 ± 0.3	0.317	0.764
Ağızda Yara	0.2 ± 0.8	1.3 ± 2.6	0.003	0.0 ± 0.0	1.2 ± 2.5	0.102	0.963
Ellerde Uyuşma	0.6 ± 1.4	1.7 ± 3.1	0.009	1.0 ± 1.8	1.7 ± 3.3	0.786	0.939

*Wilcoxon Signed Ranks Test; #Mann Whitney-U Testi

p* Tedavi öncesi ve sonrası grupların kendi içinde karşılaştırıldığını gösterir.

p #Tedavi sonrası grupların kendi içinde karşılaştırıldığını gösterir.

Tablo 12’de tedavi öncesi ve sonrası semptomların hastalığın teşhis edilme zamanı ile karşılaştırılması görülmektedir. 6 aydan daha az sürede teşhis edilen bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptom ortalamaları tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p=0.043, p<0.001, p= 0.008, p=0.007, p=0.041, p=0.003, p=0.009) (Tablo 12).

6 aydan daha uzun sürede teşhis edilen bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık ve kendini iyi hissetme durumu semptom ortalamaları tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p=0.017, p= 0.018, p=0.046, p=0.027) (Tablo12).

Tedavi sonrasında hastalığı 6 aydan daha uzun bir sürede teşhis edilen bireylerin, hastalığı 6 aydan daha kısa sürede teşhis edilen bireylere göre uykusuzluk semptom ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p=0.016)(Tablo12).

Tablo 13: Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptomların Hastalığa Uyum Sağlama Durumu ile Karşılaştırılması

Hastalığa Uyum Sağlama Durumu	Evet (n=42)		p*	Hayır (n= 8)		p*	p*
	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		
	Ort. ± SD	Ort. ± SD		Ort. ± SD	Ort. ± SD		
Semptomlar							
Ağrı	1.7 ± 3.2	2.9 ± 3.7	0.067	1.3 ± 2.3	1.4 ± 2.7	1.000	0.267
Yorgunluk	1.9 ± 3.3	3.8 ± 3.2	0.002	2.5 ± 2.9	2.4 ± 2.8	1.000	0.236
Bulantı	0.9 ± 2.1	3.9 ± 3.4	<0.001	1.0 ± 2.8	2.5 ± 3.9	0.109	0.221
Üzüntü	1.7 ± 2.6	2.6 ± 3.5	0.108	4.8 ± 4.4	4.5 ± 3.3	0.854	0.092
Endişe	1.5 ± 2.9	2.3 ± 3.2	0.125	5.4 ± 4.6	4.8 ± 3.2	0.588	0.032
Uykusuzluk	2.9 ± 3.9	2.8 ± 3.3	0.832	4.1 ± 3.6	3.6 ± 4.4	0.588	0.746
İştahsızlık	2.4 ± 3.4	5.5 ± 3.9	<0.001	4.6 ± 3.5	2.8 ± 4.0	0.279	0.075
Kendini İyi Hissetme Durumu	1.8 ± 2.3	3.7 ± 3.0	<0.001	4.0 ± 2.8	3.0 ± 2.6	0.131	0.532
Nefes Darlığı	1.5 ± 3.0	1.7 ± 2.9	0.451	1.9 ± 3.7	2.1 ± 4.0	0.317	0.974
Ciltte ve Tırnaklarda Değişiklik	0.0 ± 0.0	0.4 ± 1.1	0.026	0.0 ± 0.0	0.0 ± 0.0	1.000	0.260
Ağızda Yara	9.5 ± 0.6	1.2 ± 2.5	0.005	0.4 ± 1.1	1.8 ± 2.7	0.059	0.222
Ellerde Uyuşma	0.5 ± 1.3	1.8 ± 3.3	0.006	1.5 ± 2.3	1.1 ± 2.1	0.180	0.713

*Wilcoxon Signed Ranks Test; #Mann Whitney-U Testi

p* Tedavi öncesi ve sonrası grupların kendi içinde karşılaştırıldığını gösterir.

p #Tedavi sonrası grupların kendi içinde karşılaştırıldığını gösterir

Tablo 13’de tedavi öncesi ve sonrası semptomların hastalığa uyum sağlama durumu ile karşılaştırılması görülmektedir. Hastalığa uyum sağlayan bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptom ortalamaları tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p=0.002, p<0.001, p<0.001, p<0.001, p= 0.026, p=0.005, p=0.006) (Tablo13).

Hastalığa uyum sağlamayan bireylerin tedavi sonrası ve tedavi öncesi semptom ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p> 0.05) (Tablo 13).

Tedavi sonrasında hastalığa uyum sağlamayan bireylerin, uyum sağlayan bireylere göre endişe semptom ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p=0.032) (Tablo 13).

Tablo 14 : Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptomların Hastalığı Algılama Durumu ile Karşılaştırılması

Hastalığı Algılama Durumu	Uzun Süre Tedavi Gerektiren Bir Hastalık (n= 29)		p*	Kolay Tedavi Edilebilen Bir Hastalık (n= 21)		p*	p*
	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		
	Ort. ± SD	Ort. ± SD		Ort. ± SD	Ort. ± SD		
Semptomlar							
Ağrı	1.6 ± 2.9	2.5 ± 3.7	0.186	1.7 ± 3.3	2.8 ± 3.6	0.220	0.712
Yorgunluk	2.0 ± 2.9	3.7 ± 3.2	0.015	2.0 ± 3.6	3.4 ± 3.3	0.043	0.749
Bulantı	0.7 ± 1.8	3.8 ± 3.7	<0.001	1.2 ± 2.6	3.5 ± 3.4	0.009	0.912
Üzüntü	2.3 ± 3.2	3.1 ± 3.4	0.183	1.9 ± 2.9	2.7 ± 3.7	0.385	0.592
Endişe	2.5 ± 3.6	2.9 ± 3.4	0.413	1.6 ± 3.3	2.4 ± 3.3	0.331	0.559
Uykusuzluk	3.7 ± 3.9	3.5 ± 3.8	0.704	2.2 ± 3.7	2.1 ± 2.8	0.959	0.268
İştahsızlık	4.0 ± 3.6	5.5 ± 3.9	0.183	1.0 ± 2.5	4.6 ± 4.2	0.002	0.499
Kendini İyi Hissetme Durumu	2.7 ± 2.6	3.7 ± 2.8	0.101	1.4 ± 2.2	3.4 ± 3.2	0.002	0.688
Nefes Darlığı	1.5 ± 3.1	1.4 ± 3.0	0.596	1.5 ± 3.2	2.2 ± 3.2	0.283	0.167
Ciltte ve Tırnaklarda Değişiklik	0.0 ± 0.0	0.4 ± 1.3	0.109	0.0 ± 0.0	0.1 ± 0.5	0.180	0.601
Ağızda Yara	0.2 ± 0.9	1.7 ± 3.1	0.011	0.0 ± 0.0	0.7 ± 1.4	0.039	0.419
Ellerde Uyuşma	0.9 ± 1.8	2.5 ± 3.7	0.032	0.3 ± 0.9	0.6 ± 1.4	0.269	0.106

*Wilcoxon Signed Ranks Test; M#ann Whitney-U Testi

p* Tedavi öncesi ve sonrası grupların kendi içinde karşılaştırıldığını gösterir.

p# Tedavi sonrası grupların kendi içinde karşılaştırıldığını gösterir.

Tablo 14’de tedavi öncesi ve sonrası semptomların hastalığı algılama durumu ile karşılaştırılması görülmektedir. Hastalığının uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olduğunu düşünen bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptom ortalamaları tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p=0.015, p<0.001, p= 0.011, p=0.032) (Tablo14).

Hastalığının kolay tedavi edilebilen bir hastalık olduğunu düşünen bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu ve ağızda yara semptom ortalamaları tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p=0.043, p=0.009, p=0.002, p=0.002, p=0.039) (Tablo14).

Tedavi sonrasında meydana gelen semptomların varlığı ile hastalığı algılama durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır(p>0.05) (Tablo14)

Tablo 15: Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptomların Düzenli Sağlık Kontrolleri Yaptırma Durumu ile Karşılaştırılması

Düzenli Sağlık Kontrolleri Yaptırma Durumu	Evet (n= 20)		p*	Hayır (n= 30)		p*	p*
	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		
	Ort. ± SD	Ort. ± SD		Ort. ± SD	Ort. ± SD		
Semptomlar							
Ağrı	2.1 ± 3.4	3.7 ± 4.1	0.099	1.4 ± 2.9	1.9 ± 3.0	0.344	0.070
Yorgunluk	2.2 ± 3.8	3.5 ± 3.4	0.094	1.9 ± 2.8	3.6 ± 3.1	0.012	0.832
Bulantı	0.8 ± 1.7	2.7 ± 3.5	0.036	1.0 ± 2.5	4.3 ± 3.4	<0.001	0.074
Üzüntü	1.5 ± 2.9	2.3 ± 3.3	0.372	2.6 ± 3.2	3.3 ± 3.6	0.263	0.345
Endişe	1.1 ± 2.6	2.3 ± 2.9	0.124	2.8 ± 3.8	2.9 ± 3.6	0.975	0.684
Uykusuzluk	3.3 ± 4.0	2.5 ± 3.1	0.387	2.9 ± 3.8	3.2 ± 3.7	0.648	0.527
İştahsızlık	1.9 ± 3.2	5.6 ± 4.2	0.003	3.3 ± 3.6	4.8 ± 4.0	0.097	0.522
Kendini İyi Hissetme Durumu	1.4 ± 2.0	2.8 ± 3.3	0.011	2.7 ± 2.7	4.1 ± 2.5	0.013	0.090
Nefes Darlığı	1.4 ± 2.8	1.5 ± 2.7	0.733	1.6 ± 3.3	1.9 ± 3.3	0.442	0.826
Ciltte ve Tırnaklarda Değişiklik	0.0 ± 0.0	0.5 ± 1.2	0.066	0.0 ± 0.0	0.2 ± 1.0	0.180	0.182
Ağızda Yara	0.2 ± 0.9	1.6 ± 2.8	0.011	0.1 ± 0.5	1.0 ± 2.4	0.027	0.168
Ellerde Uyuşma	0.4 ± 0.9	1.4 ± 2.7	0.077	0.9 ± 1.8	1.9 ± 3.4	0.058	0.608

*Wilcoxon Signed Ranks Test; #Mann Whitney –U Testi

p* Tedavi öncesi ve sonrası grupların kendi içinde karşılaştırıldığını gösterir.

p # Tedavi sonrası grupların kendi içinde karşılaştırıldığını gösterir

Tablo 15’de tedavi öncesi ve sonrası semptomların düzenli sağlık kontrolleri yaptırma durumu ile karşılaştırılması görülmektedir. Düzenli sağlık kontrolleri yaptıran bireylerin tedavi sonrası bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu ve ağızda yara semptom ortalamaları tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p=0.036, p=0.003, p=0.011, p=0.011) (Tablo15).

Düzenli sağlık kontrolleri yaptırmayan bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, kendini iyi hissetme durumu ve ağızda yara semptom ortalamaları tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p=0.012, p<0.001, p= 0.013, p=0.027) (Tablo15).

Tedavi sonrasında meydana gelen semptomların varlığı ile düzenli sağlık kontrolleri yaptırma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 15).

Tablo 16: Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptomların Sigara Kullanma Durumu ile Karşılaştırılması

Sigara Kullanma Durumu	Evet (n= 5)		p*	Hayır (n= 32)		p*	Bırakmış (n= 13)		p*	p*
	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası		
	Ort.±SD	Ort. ± SD		Ort.±SD	Ort.±SD		Ort. ±SD	Ort. ±SD		
Semptomlar										
Ağrı	2.8±4.4	0.0±0.0	0.180	1.4±2.9	2.7±3.7	0.039	1.9±3.2	3.5±3.6	0.108	0.96
Yorgunluk	4.8±4.5	7.0±3.1	0.273	1.6±3.0	3.3±3.1	0.012	1.9±2.8	2.8±2.9	0.282	0.066
Bulantı	2.4±4.3	4.6±4.4	0.180	0.8±1.7	3.7±3.5	<0.001	0.6±2.2	3.3±3.4	0.012	0.845
Üzüntü	4.4±3.6	3.4±3.4	0.465	2.2±3.1	3.2±3.7	0.164	1.3±2.5	2.1±2.9	0.157	0.606
Endişe	5.0±4.7	3.0±3.5	0.066	1.9±3.3	3.0±3.5	0.113	1.6±3.2	1.8±3.0	0.581	0.492
Uykusuzluk	6.4±3.9	5.0±5.0	0.414	2.7±3.8	2.9±3.3	0.740	2.8±3.4	2.2±3.1	0.496	0.473
İştahsızlık	8.0±2.1	6.2±4.5	0.461	2.0±3.0	5.0±4.0	0.001	2.8±3.3	5.0±4.2	0.067	0.775
Kendini İyi Hissetme Durumu	4.4±2.6	6.8±2.0	0.180	1.8±2.2	3.6±2.8	0.002	2.2±2.8	2.4±2.5	0.564	0.017
Nefes Darlığı	3.0±4.5	3.2±4.6	1.000	1.3±3.0	1.5±2.9	0.797	1.4±2.7	1.8±2.1	0.257	0.730
Ciltte ve Tırnaklarda Değişiklik	0.0±0.0	0.0±0.0	1.000	0.0±0.0	0.5±1.3	0.026	0.0±0.0	0.0±0.0	1.000	0.154
Ağızda Yara	0.0±0.0	0.4±0.9	0.317	0.1±0.7	1.6±2.8	0.003	0.2±0.8	0.8±2.2	0.180	0.378
Ellerde Uyuşma	0.0±0.0	2.0±4.5	0.317	0.6±1.2	1.1±2.3	0.183	1.2±2.2	3.0±4.1	0.066	0.412

*Wilcoxon Signed Ranks Test; # Kruskal-Wallis Varyans Analizi
p* Tedavi öncesi ve sonrası grupların kendi içinde karşılaştırıldığını gösterir.
p # Tedavi sonrası grupların kendi içinde karşılaştırıldığını gösterir

Tablo 16’te tedavi öncesi ve sonrası semptomların sigara kullanma durumu ile karşılaştırılması görülmektedir. Sigara kullanan bireylerin tedavi sonrası ve tedavi öncesi semptom ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0.05$) (Tablo 16).

Sigara kullanmayan bireylerin tedavi sonrası ağrı, yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ciltte ve tırnaklarda değişiklik ve ağızda yara semptom ortalamaları tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p=0.039$, $p=0.012$, $p<0.001$, $p=0.001$, $p=0.002$, $p=0.026$, $p=0.003$) (Tablo 16).

Sigarayı bırakmış bireylerin tedavi sonrası yorgunluk semptom ortalamaları tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p=0.012$) (Tablo16).

Tedavi sonrasında sigara kullanan bireylerin, sigara kullanmayan ve sigarayı bırakmış olan bireylere göre kendini daha kötü hissettiği bulunmuştur ($p=0.017$) (Tablo 16).

TARTIŞMA

Araştırma; kanser tanısı alan, I, II, III, IV evrelerde ve ilk kez kemoterapi uygulanan hastalarda kemoterapi öncesi ve kemoterapi tedavisinden sonraki semptomları karşılaştırmak, etkileyen faktörleri belirlemek ve uygun hemşirelik girişimlerini planlamada rehber olacak öneriler geliştirmek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmanın bir diğer amacı da ESTÖ'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaparak literatüre yeni bir ölçek kazandırmaktır.

Çalışma grubunda; Temmuz 2006- Nisan 2007 tarihleri arasında onkoloji kliniğine başvuran farklı kanser tanıları ancak benzer klinik evrelerdeki, ilk kez kemoterapi tedavisi alan, görüşmeye istekli, herhangi bir iletişim sorunu olmayan 50 hasta alınmıştır.

Tartışma aşağıdaki bölümler halinde sunulmuştur:

- Kişisel ve Hastalıkla İlgili Özelliklere İlişkin Veriler
- Kemoterapi Öncesi ve Sonrası Semptomların Dağılımı
- Kemoterapi Öncesi ve Sonrası Semptomların Kişisel Özelliklere Göre Dağılımı
- Kemoterapi Öncesi ve Sonrası Semptomların Hastalıkla İlgili Özelliklere Göre Dağılımı

KİŞİSEL VE HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLERE İLİŞKİN VERİLER

Çalışma grubundaki hastaların yaş ortalamaları 57.8 ± 12.5 olup % 56'sının 60 yaş ve altında, % 56'sının erkek, % 40'ının kilolu, % 76'sının ilk-ortaokul mezunu, % 60'ının bir işte çalıştığı, % 42'sinin SSK'ya bağlı olduğu, % 90'ının evli, % 74'ünün çekirdek aileye sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Hastaların %36'sının gastrointestinal sistem kanserlerinden birine sahip olduğu, % 40.4'ünün III. evrede, % 31.9'unun da IV. evrede olduğu belirlenmiştir. Çalışma grubundaki hastaların % 80'inin hastalıklarının 6 aydan az bir sürede teşhis edildiğini, % 84'ünün

hastalığına uyum sağladığını, % 58'inin hastalığının uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olduğunu düşündüğünü, % 88'inin ilaç tedavisine uyum sağladığını, % 76'sının ilaçların tedavi edeceğine inandığını, % 60'ının düzenli sağlık kontrolleri yaptırmadığını, % 60'ının stresli bir yaşama sahip olduğunu, % 68'inin düzenli egzersiz yapmadığını, % 64'ünün sigara kullanmadığını ifade ettiği belirlenmiştir (Tablo 3).

KEMOTERAPİ ÖNCESİ VE SONRASI SEMPTOMLARIN DAĞILIMI

Hastalarının biyopsikososyal bir varlık olarak, sosyal çevreleri ve aileleri ile birlikte bütüncül değerlendirilerek, özellikle kanserli hastalarda tıbbi ve psikososyal sorunların çeşitliliği göz önüne alınarak semptomların değerlendirilmesi ve kontrolünün önemli olduğu pek çok kaynakta ifade edilmektedir (7, 9, 10, 11).

Araştırma kapsamına alınan kanser hastalarının kemoterapi öncesi ve sonrası meydana gelen semptomlarının ESTÖ ile ölçümü sonucunda dağılımı birbirleriyle karşılaştırıldığında; tedavi sonrasında yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının kötüleştiği belirlenmiştir (Tablo 4). Can'ın meme kanserli hastalarda yorgunluğun ve bakım gereksinimlerinin değerlendirildiği çalışmasında (12) tedavi sonrası hastalar tarafından en fazla ifade edilen semptomlar arasında yorgunluk, bulantı, iştahsızlığın olduğu belirtilmiştir. Yine Can'ın çalışmasında (12) tedavi sonrasında, önceye kıyasla en fazla artış gösteren semptomların, yorgunluk, bulantı, iştahsızlık olduğu ifade edilmiştir. Brechtel ve ark.'larının ilerleyici hastalığa sahip olan ve uzun süredir bakım alan hastaların semptomlarının değerlendirildiği çalışmasında (72) ESTÖ ile ölçülen semptomların 48 saat sonunda ağrı, yorgunluk, kendini iyi hissetme durumu, depresyon ve uykusuzluk semptomlarında azaldığı görülmüştür. Nainis ve ark.'larının sanatla tedavi yöntemi kullanarak kanserli hastalarının semptomlarının hafifletilmesi amaçlanan çalışmasında (73) ESTÖ ile ölçülen ağrı, yorgunluk, depresyon, anksiyete, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, nefes darlığı semptomlarının terapi sonrasında azaldığı görülmüştür. Strasser ve ark.'larının (74) ESTÖ'ğinin kullanıldığı çalışmasında, hemşirelerin de yer aldığı multidisipliner palyatif bakım uygulanan kanserli hastalarda, geleneksel ağrı ve semptom yönetimi uygulanan hastalara göre kendini iyi hissetme, bulantı, üzüntü, endişe, nefes darlığı ve ağrı semptomlarının iyileştiği, yorgunluk, iştahsızlık, uykusuzluk semptomlarında bir değişiklik olmadığı belirlenmiştir.

Tedavi sonrasında hastalarda sırasıyla; iştahsızlık, bulantı, yorgunluk, kendini iyi hissetme, ellerde uyuşma, ağızda yara, cilt ve tırnaklarda değişiklik semptomlarının

kötüleştigi bulunmuştur. Hastaların tedavi sonrası daha çok fiziksel semptomlarında kötüleşme olduğu belirlenmiştir. Günümüzde en sık kullanılan kanser tedavi yöntemlerinden biri olan kemoterapi; hastalık tedavisinin yanı sıra, iştahsızlık, bulantı, yorgunluk vb. semptomlara da yol açmaktadır. Çalışma grubumuzun ilk defa kemoterapi alan hastalardan oluşması, tedavi protokollerinin çeşitliliği nedeniyle kanserli hastalarda fiziksel semptomların daha yoğun yaşanmasına yol açtığını söyleyebiliriz.

KEMOTERAPİ ÖNCESİ VE SONRASI SEMPTOMLARIN KİŞİSEL ÖZELLİKLERE GÖRE DAĞILIMI

Genel olarak kişisel özelliklerin kemoterapi öncesi ve sonrası semptomları değerlendirildiğinde tedavi öncesi semptomların varlığının ifade edilmediği çalışma grubumuzda tedavi sonrası ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, nefes darlığı, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının kötüleştiği belirlenmiştir. Kişisel özelliklerin tedavi sonrası önceye kıyasla tek tek karşılaştırıldığında en fazla ifade edilen semptomların birincisi bulantı, ikincisi kendini iyi hissetme durumudur. İştahsızlık, ve ağızda yara semptomlarının görülme sayısı aynı olup üçüncü sırada yer almaktadır. Dördüncü sırada yorgunluk ve ellerde uyuşma, beşinci sırada ağrı, üzüntü, endişe, nefes darlığı, ciltte ve tırnaklarda değişikliklerdir. Uykusuzluk semptomunun ise ifade edilmediği belirlenmiştir (Tablo 5-10).

Meyerowitz ve ark.'larının kemoterapi alan meme kanserli hastalarda yaptıkları çalışmalarında (75) en fazla görülen semptomların sırasıyla %98 ile yorgunluk, %88 ile bulantı %62 ile irritabilite olduğunu ifade etmişlerdir. Akpınar ve ark.'larının kemoterapi alan hastaların yaşadıkları yan etkilerden etkilenme durumlarını saptadıkları çalışmalarında (76) % 52'sinin saç dökülmesinden çok fazla etkilendiği, %50.5'inin kendini çok fazla halsiz hissettiği, %50'sinin tat-koku değişikliğinden orta derecede etkilendiği, %51.5'inin baş ağrısından çok fazla etkilendiğini belirlemişlerdir.

Kemoterapi tedavisinin ağır yan etkilerinden dolayı kanserli hastaların tedavi sonrasında ilk 72 saat içerisinde (1-3 gün) fiziksel semptomları daha yoğun yaşadığını söyleyebiliriz.

Tedavi sonrası semptomları etkileyen faktörler açısından kişisel özellikler değerlendirildiğinde; cinsiyet, beden kitle indeksi, eğitim durumu, çalışma durumunun hastalarda semptomları etkileyen kriterler olmadığı, sadece medeni durum ve sigara kullanma durumunun semptomları etkileyen kriterler olduğu saptanmıştır.

Yeşilbakan ve ark.'larının kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelendiği çalışmada (7) kemoterapi tedavisi gören hastalarda demografik özelliklerden cinsiyet, çalışma durumu, medeni durum, öğrenim durumu, ekonomik durum, sosyal güvencenin semptomları etkilemediğini, yaşın semptomları etkilediğini ifade etmişlerdir. Alacacıoğlu ve ark.'larının kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişikliklerin incelendiği çalışmada (77) kemoterapi gören hastalarda cinsiyetin semptomları etkilediğini ifade etmişlerdir. Beser ve Öz'ün kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeylerinin ve yaşam kalitesinin incelendiği çalışmada da (53) yaş ve medeni durumun semptomları etkilediğini ifade etmişlerdir.

Çalışma grubumuzda dul olan hastaların nefes darlığı yaşadığı ve sigara kullanan hastaların tedavi sonrasında kendini daha kötü hissettiği bulunmuştur. Bu durumu dul hastaların sosyal destek sistemlerinin yetersiz olmasına, sigara kullanan hastaların da semptomları daha yoğun yaşamasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Bu gruplardaki hasta sayılarının (dul; n= 3 ve sigara kullanan bireyler; n= 5) düşük olması nedeniyle daha fazla sayıda hasta grupları ile karşılaştırılmalı çalışmalar yapılması önerilebilir.

Tedavi öncesi ve sonrası semptomların yaş gruplarıyla karşılaştırıldığında 60 yaş altı bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, kendini iyi hissetme durumu ve ağızda yara semptomlarının kötüleştiği bulunmuştur. 60 yaş üstü bireylerin de tedavi sonrası bulantı, üzüntü, endişe, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının kötüleştiği bulunmuştur. Tedavi sonrasında meydana gelen semptomların varlığı ile yaş grupları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 5).

Literatürde yaş ile semptomların görülme sıklığı arasında farklı sonuçlar bulunmuştur. Beser ve Öz'ün (53) çalışmada kemoterapi öncesi ve 3. kür sonrasında, yalnızca 31-45 ve 46-65 yaş grubunun anksiyete puanlarında istatistiksel olarak anlamlı artış saptanmıştır. Yeşilbakan ve ark.'larının çalışmada (7) çalışmada 50-59 yaş grubundaki hastalarının 60 yaş ve üzeri hastalara göre psikolojik semptom puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Alacacıoğlu ve ark.'larının çalışmada (77) kemoterapi öncesi ve kemoterapi sonrası anksiyete düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı fark görülmemiştir. Can'ın çalışmada (12) tedavi sonrası yorgunluk algılaması yaş grupları ile karşılaştırıldığında; yaş gruplarının yorgunluğa ilişkin puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışma grubumuzda yaşlı kanser hastalarının daha genç hastalara göre tedavi sonrasında fiziksel ve psikolojik semptomların kötüleştiği belirlenmiştir. Bu durum yaş ilerledikçe bağışıklık sisteminin zayıflamasına, hastaların ilk kez ve yoğun kemoterapi

tedavisi görmelerine, tedavi protokollerinin çeşitliliğine, hastaların ileri evrelerde yer almasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Tedavi öncesi ve sonrası semptomların cinsiyet ile karşılaştırıldığında bayanların tedavi sonrası ağrı, yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu ve ağızda yara semptomlarının kötüleştiği bulunmuştur. Erkeklerin ise tedavi sonrası bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının kötüleştiği bulunmuştur. Tedavi sonrasında meydana gelen semptomların varlığı ile cinsiyet karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 6).

Yapılan bazı çalışmalarda cinsiyetin semptomları etkileyen önemli bir kriter olduğu belirlenirken; bazı çalışmalarda da cinsiyetin semptomları etkilemediği belirlenmiştir (53, 74, 78).

Yeşilbakan ve ark.'ları çalışmasında (7) cinsiyetin semptomları etkilemediğini belirtmişlerdir. Alacacioğlu ve ark.'ları çalışmasında (77) ise cinsiyetin semptomlar üzerinde etkili olduğunu belirtmişler ve kemoterapi sonrası kadınların anksiyete düzeyinde belirgin düşüş olduğunu saptamışlardır.

Bayan ve erkeklerin tedavi sonrası daha çok fiziksel semptomlar olmak üzere semptomların yarısında kötüleşme olduğu belirlenmiştir. Bu durumu hastaların cinsiyet dağılımının yarı yarıya olmasına, ilk kez, çeşitli türlerde ve yoğun kemoterapi tedavisine, hastaların ileri evrelerde yer almasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Tedavi öncesi ve sonrası semptomların beden kitle indeksi ile karşılaştırıldığında beden kitle indeksi zayıf olan bireylerin tedavi sonrası yorgunluk ve bulantı semptomlarının kötüleştiği bulunmuştur. Beden kitle indeksi normal olan bireylerin tedavi sonrası bulantı ve ellerde uyuşma semptomlarının kötüleştiği bulunmuştur. Beden kitle indeksi kilolu olan bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, nefes darlığı ve ağızda yara semptomlarının kötüleştiği bulunmuştur. Beden kitle indeksi obez olan bireylerin tedavi sonrası ve tedavi öncesi semptom ortalamalarında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır. Tedavi sonrasında meydana gelen semptomların varlığı ile beden kitle indeksi karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 7).

Can'ın çalışmasında da (12) beden kitle indeksinin semptomları etkilemediği ifade edilmiştir.

Beden kitle indeksi kilolu olan bireyler, zayıf, normal ve obez olan bireylere göre daha fazla semptomun kötüleştiğini ifade etmişlerdir. Bu durumun hastaların % 40'ının kilolu bireylerden oluşmasına, ilk kez kemoterapi tedavisi görmelerine, tedavi protokollerinin çeşitliliğine, hastaların ileri evrede yer almasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Literatürde

beden kitle indeksinin semptomları etkileyen bir kriter olduğunu ileri süren çalışmalarda vardır. Kilo ile enerji alımı ve enerji dönüşümü arasındaki ilişkiler göz önüne alındığında önemli bir faktör olduğu söylenebilir. Bu nedenle bu hipotezin geçerliliğini sağlamak için daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Tedavi öncesi ve sonrası semptomların eğitim durumu ile karşılaştırıldığında Okuma-yazma bilmeyen bireylerin tedavi sonrası ve tedavi öncesi semptom ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. İlk-ortaokul mezunu olan bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının kötüleştiği bulunmuştur. Lise mezunu olan bireylerin tedavi sonrası ve tedavi öncesi semptom ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Üniversite mezunu olan bireylerin tedavi sonrası ve tedavi öncesi semptom ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Tedavi sonrasında meydana gelen semptomların varlığı ile eğitim durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 8).

Azak ve Çınar'ın Lenfomalı hastalarda yorgunluk sendromu ve etkileyen faktörlerin araştırıldığı çalışmasında (48) okuma-yazma bilmeyen hastaların genel yorgunluk ve günlük faaliyetlerin yorgunluktan etkilenme düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Arslan ve Ark. 'larının kemoterapi alan hastalarda hastalık ve tedaviye bağlı yaşanan semptomların sosyo-demografik özellikler ve algılanan sosyal destek ile ilişkisinin incelendiği çalışmasında (78) eğitim durumunun fiziksel ve psikolojik semptomları etkilemede belirleyici kriter olduğu saptanmıştır. Can'ın çalışmasında (12) tedavi sonrası yorgunluk algılaması eğitim düzeyi ile karşılaştırıldığında; eğitim düzeyi farklı grupların yorgunluğa ilişkin puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

İlk-ortaokul mezunu olan bireylerin, tedavi sonrasında daha çok fiziksel semptomlar olmak üzere semptomların yarısında kötüleşme olduğunu ifade etmişlerdir. Bu durumun hastaların % 76'sının ilk-ortaokul mezunu bireylerden oluşmasına, ilk kez kemoterapi tedavisi görmelerine, tedavi protokollerinin çeşitliliğine, hastaların ileri evrede yer almasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Tedavi öncesi ve sonrası semptomların çalışma durumu ile karşılaştırıldığında çalışan bireylerin tedavi sonrası bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının kötüleştiği bulunmuştur. Çalışmayan bireylerin ise tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu ve ağızda yara semptomlarının kötüleştiği bulunmuştur. Tedavi sonrasında meydana gelen semptomların varlığı ile çalışma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır

(Tablo 9).

Yapılan çalışmalarda da çalışma durumunun semptomları etkilemediği belirtilmiştir (7, 12). Çalışan ve çalışmayan bireylerin tedavi sonrası genelde fiziksel semptomların yaklaşık yarısında kötüleşme olduğu belirlenmiştir. Bu durumun hastaların ilk kez ve yoğun kemoterapi tedavisi görmelerine, tedavi protokollerinin çeşitliliğine bağlı olduğu düşünülmektedir.

Tedavi öncesi ve sonrası semptomların medeni durum ile karşılaştırıldığında evli olan bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının kötüleştiği bulunmuştur. Bekar olan bireylerin tedavi sonrası ve tedavi öncesi semptom ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Dul olan bireylerin tedavi sonrası ve tedavi öncesi semptom ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Tedavi sonrasında dul olan bireylerin, evli ve bekar olan bireylere göre nefes darlığı semptom ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Tablo 10).

Can'ın çalışmasında da (12) medeni durumun semptomları etkilediği belirtilmiştir. Beser ve Öz'ün çalışmasında da (53) medeni durumun semptomları etkilediği ifade edilip yalnızca evli bireylerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirtilmiştir.

Evli olan bireyler, bekar ve dul olan bireylerden farklı olarak çoğunlukla fiziksel semptomların kötüleştiğini ifade etmişlerdir. Bu durumun hastaların % 90'ının evli olan bireylerden oluşmasına, ilk kez ve yoğun kemoterapi tedavisi görmelerine, tedavi protokollerinin çeşitliliğine, hastaların ileri evrede (% 72'si) yer almasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

KEMOTERAPİ ÖNCESİ VE SONRASI SEMPTOMLARIN HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLERE GÖRE DAĞILIMI

Hastalıkla ilgili özelliklerin kemoterapi öncesi ve sonrası semptomları değerlendirildiğinde kemoterapi sonrası ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, nefes darlığı, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının kötüleştiği belirlenmiştir. Hastalıkla ilgili özelliklerin tedavi sonrası önceye kıyasla tek tek karşılaştırıldığında istatistiksel olarak en fazla ifade edilen semptomların birincisi bulantı, ikincisi kendini iyi hissetme durumudur. Üçüncü sırada yorgunluk ve ağızda yara semptomları, dördüncü sırada iştahsızlık, beşinci sırada ellerde uyuşma, altıncı sırada cilt

ve tırnaklarda değişiklik, yedinci sırada ağrı, üzüntü ve nefes darlığı yer almaktadır. Endişe, uykusuzluk semptomlarının ise ifade edilmediği belirlenmiştir (Tablo 11-16).

Bulantı ve iştahsızlık semptomlarının yoğun yaşanmasını kemoterapi protokollerinin çeşitliliğinin gastrointestinal sistemi etkilemesine ve hastaların ilk kez kemoterapi tedavisi görmesine bağlayabiliriz. Semptomların şiddetinde artmaya paralel olarak hastaların kendini daha kötü hissettiğini ve genel iyilik halinde azalmaya yol açtığını, kemoterapi protokollerinin yan etkilerine bağlı olarak immün sistemin zayıflaması nedeniyle yorgunluk, ağızda yara, ciltte ve tırnaklarda değişiklik semptomlarının kötüleştiğini söyleyebiliriz.

Semptomları etkileyen faktörler olarak hastalıkla ilgili özellikler değerlendirildiğinde; yalnızca düzenli sağlık kontrolleri yaptırma durumunun belirleyici kriter olmadığı, kanserin evresinin, hastalığın teşhis edilme zamanı, hastalığa uyum sağlama durumunun, hastalığı algılama durumunun, sigara kullanma durumunun belirleyici kriterler olduğu saptanmıştır. Beser ve Öz'ün çalışmalarında (53) kemoterapi tedavisi gören hastaların hastalığı algılama durumlarında istatistiksel olarak anlamlı artışlar saptanmıştır.

Tedavi öncesi ve sonrası semptomların evre ile karşılaştırıldığında I. evrede olan bireylerin tedavi sonrası ve tedavi öncesi semptom ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır. II evrede olan bireylerin tedavi sonrası bulantı ve kendini iyi hissetme durumu semptomlarının kötüleştiği bulunmuştur. III. evrede olan bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, üzüntü, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, nefes darlığı ve ağızda yara semptomlarının kötüleştiği bulunmuştur. IV. evrede olan bireylerin ise tedavi sonrası ellerde uyuşma semptomlarının kötüleştiği bulunmuştur. Tedavi sonrasında III. evrede olan bireylerin I., II ve IV. evrede olan bireylere göre uykusuzluk semptom ortalamaları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Tablo 11).

Can'ın çalışmasında (12) tedavi sonrası yorgunluk algılaması hastaların buldukları evre ile karşılaştırıldığında; farklı evrelerde olan hastaların yorgunluğa ilişkin puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır; ancak lokal ileri evre meme kanseri olanlara kıyasla erken evre meme kanseri olan kadınlarda yorgunluğa bağlı bilişsel/ruhsal fonksiyonların etkilenmesine ilişkin relatif riskin olduğu saptanmıştır.

Çalışma grubumuza katılan bireylerin semptomlarının tedavi sonrasında ve özellikle hastalığın III. evresinde arttığını görmekteyiz. Çalışma grubumuzda tedavi sonrası III. evrede olan kanserli hastaların fiziksel ve psikolojik semptomlarını daha yoğun yaşamalarını, hastalık ilerledikçe semptomların artmasına, kemoterapi tedavisi sonrasında yan etkilerin daha yoğun yaşanmasına, hasta grubunun % 40'ının III. evrede yer almasına bağlayabiliriz.

Tedavi öncesi ve sonrası semptomların hastalığın teşhis edilme zamanı ile

karşılaştırıldığında 6 aydan daha az sürede teşhis edilen bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının kötüleştiği bulunmuştur. 6 aydan daha uzun sürede teşhis edilen bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık ve kendini iyi hissetme durumu semptomlarının kötüleştiği bulunmuştur. Tedavi sonrasında hastalığı 6 aydan daha uzun bir sürede teşhis edilen bireylerin, hastalığı 6 aydan daha kısa sürede teşhis edilen bireylere göre uykusuzluk semptom ortalamaları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Tablo 12).

Brechtel ve ark.'larının çalışmasında (72) uzun süredir bakım alan hastaların uykusuzluk semptomunda istatistiksel olarak anlamlı derecede bir azalma görülmüştür. Nainis ve ark.'larının çalışmalarında da (73) tedavi sonrası uykusuzluk semptomunda anlamlı dereceden bir azalma görülmüştür.

Kanser tanısı alan hastalarda genelde fiziksel semptomların yarısında kötüleşme olmasını hastaların ilk kez kemoterapi tedavisi görmesine ve ilaç tedavisi çeşitliliğine bağlayabiliriz. Hastalık kronikleştikçe, gelecek kaygısı vb. durumlara bağlı olarak uyku probleminin yaşandığını söyleyebiliriz.

Tedavi öncesi ve sonrası semptomların hastalığa uyum sağlama durumu ile karşılaştırıldığında hastalığa uyum sağlayan bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının kötüleştiği bulunmuştur. Hastalığa uyum sağlamayan bireylerin ise tedavi sonrası ve tedavi öncesi semptom ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Tedavi sonrasında hastalığa uyum sağlamayan bireylerin, uyum sağlayan bireylere göre endişe semptomunun arttığı bulunmuştur (Tablo13).

Brechtel ve ark.'larının çalışmalarında (72) uzun süredir bakım alan hastaların kendini iyi hissetme semptomunda istatistiksel olarak anlamlı derecede bir azalma görülmüştür. Nainis ve ark.'larının çalışmalarında da (73) tedavi sonrası kendini iyi hissetme semptomunda anlamlı dereceden bir azalma görülmüştür.

Hastalığa uyum sağlayan bireylerin tedavi sonrası semptomların yaklaşık yarısında kötüleşme olmasını hastaların ilk kez kemoterapi tedavisi görmelerine, tedavi protokollerinin çeşitliliğine ve hastaların % 84'ünün bu grupta yer almalarına bağlayabiliriz. Tedavi sonrasında hastalığa uyum sağlamayan bireylerin, uyum sağlayan bireylere göre daha endişeli bulunmalarını gelecek kaygısı yaşamaları, hastalığı kabullenmede sorun yaşamalarına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Tedavi öncesi ve sonrası semptomların hastalığı algılama durumu ile karşılaştırıldığında hastalığının uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olduğunu düşünen

bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının kötüleştiği bulunmuştur. Hastalığının kolay tedavi edilebilen bir hastalık olduğunu düşünen bireylerin ise tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu ve ağızda yara semptomlarının kötüleştiği bulunmuştur. Tedavi sonrasında meydana gelen semptomların varlığı ile hastalığı algılama durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo14).

Hastalığının uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olduğunu düşünen bireyler ve hastalığının kolay tedavi edilebilen bir hastalık olduğunu düşünen bireylerin tedavi sonrası özellikle fiziksel semptomların yaklaşık yarısında kötüleşme olduğu belirlenmiştir. Bu durumun hastaların ilk kez kemoterapi tedavisi görmelerine, tedavi protokollerinin çeşitliliğine, hasta gruplarının sayısının yaklaşık yarı yarıya olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Tedavi öncesi ve sonrası semptomların düzenli sağlık kontrolleri yaptırma durumu ile karşılaştırıldığında düzenli sağlık kontrolleri yaptıran bireylerin tedavi sonrası bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu ve ağızda yara semptomlarının kötüleştiği bulunmuştur. Düzenli sağlık kontrolleri yaptırmayan bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, kendini iyi hissetme durumu ve ağızda yara semptomlarının kötüleştiği bulunmuştur. Tedavi sonrasında meydana gelen semptomların varlığı ile düzenli sağlık kontrolleri yaptırma durumları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 15).

Düzenli sağlık kontrolleri yaptıran bireylerle düzenli sağlık kontrolleri yaptırmayan bireylerin tedavi sonrası semptomların yaklaşık yarısında kötüleşme olduğu belirlenmiştir. Bu durumun hastaların ilk kez kemoterapi tedavisi görmelerine, tedavi protokollerinin çeşitliliğine, hastaların ileri evrelerde yer almasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Tedavi öncesi ve sonrası semptomların sigara kullanma durumu ile karşılaştırıldığında sigara kullanan bireylerin tedavi sonrası ve tedavi öncesi semptom ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sigara kullanmayan bireylerin tedavi sonrası ağrı, yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ciltte ve tırnaklarda değişiklik ve ağızda yara semptomlarının kötüleştiği bulunmuştur. Sigarayı bırakmış bireylerin ise tedavi sonrası yorgunluk semptomlarının kötüleştiği bulunmuştur. Tedavi sonrasında sigara kullanan bireylerin, sigara kullanmayan ve sigarayı bırakmış olan bireylere göre kendini daha kötü hissettiği bulunmuştur (Tablo 16).

Sigara kullanmayan hastalarda fiziksel semptomların artmasını vaka sayısının yarısından fazla bu grupta yer almasına bağlayabiliriz. Kanseri için majör risk faktörü olduğu bilinen sigara içme durumunun, hastaların genel iyilik halini azalttığını söyleyebiliriz.

Sonuç olarak; ilk kez kemoterapi tedavisi gören kanserli hastalarda tedavi sonrası en sık görülen semptomların bulantı, iştahsızlık ve yorgunluk olduğu saptanmıştır. Tedavi sonrasında kişisel özelliklerden, medeni durum ve sigara kullanma durumu, hastalıkla ilgili özelliklerden de hastalığın evresi, teşhis edilme zamanı ve hastalığa uyum sağlama durumunun etkilendiği belirlenmiştir.

Bu sonuçlardan yola çıkarak hemşirelerin kemoterapi tedavisi gören kanserli hastalara bireysel ve hastalıkla ilgili özelliklerini göz önüne alarak semptom kontrolüne yönelik bakım ve eğitim vermesinin semptomların önlenmesinde önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Araştırma; kanser tanısı konan, I, II, III, IV evrelerde ve ilk kez kemoterapi uygulanan hastalarda kemoterapi öncesi ve kemoterapi tedavisinden sonraki semptomları karşılaştırmak, etkileyen faktörleri belirlemek ve uygun hemşirelik girişimlerini planlamada rehber olacak öneriler geliştirmek amacıyla planlanan çalışmadan elde edilen sonuçlar şunlardır;

- Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'nin kemoterapi tedavisöncesi Cronbach's Alfa (α) değeri 0.83; kemoterapi sonrası Cronbach's Alfa (α) değeri 0.76 olarak bulunmuştur.
- Hastaların yaş ortalaması 57.8 olarak bulunmuştur. Hastaların % 44'ü bayan, % 56'sı erkek, % 90'ını evlidir.
- Hastaların % 8.5'inin I. evrede, % 19.1'inin II. evrede, % 40.4'ünün III. evrede, % 31.9'unun da IV. evre'de olduğu belirlenmiştir.
- Tedavi sonrasında hastalarda yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının kötüleştiği belirlenmiştir.
- 60 yaş altı bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, kendini iyi hissetme durumu ve ağızda yara semptomlarının, 60 yaş üstü bireylerin tedavi sonrası bulantı, üzüntü, endişe, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının kötüleştiği belirlenmiştir.
- Bayanların tedavi sonrası ağrı, yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu ve ağızda yara semptomlarının, erkeklerin tedavi sonrası bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının kötüleştiği belirlenmiştir.
- Beden kitle indeksi zayıf olan bireylerin tedavi sonrası yorgunluk ve bulantı semptomlarının, beden kitle indeksi normal olan bireylerin tedavi sonrası bulantı ve ellerde uyuşma semptomlarının, beden kitle indeksi kilolu olan bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, nefes darlığı ve ağızda yara semptomlarının kötüleştiği belirlenmiştir.
- İlk-ortaokul mezunu olan bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının

kötüleştigi belirlenmiştir.

- Çalışan bireylerin tedavi sonrası bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının, çalışmayan bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu ve ağızda yara semptomlarının kötüleştigi belirlenmiştir.
- Evli olan bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının kötüleştigi belirlenmiştir. Tedavi sonrasında dul olan bireylerin, evli ve bekar olan bireylere göre nefes darlığı semptomunun kötüleştigi belirlenmiştir.
- II evrede olan bireylerin tedavi sonrası bulantı ve kendini iyi hissetme durumu semptomlarının, III. evrede olan bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, üzüntü, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, nefes darlığı ve ağızda yara semptomlarının, IV. evrede olan bireylerin tedavi sonrası ellerde uyuşma semptomunun kötüleştigi belirlenmiştir. Tedavi sonrasında III. evrede olan bireylerin I., II ve IV. evrede olan bireylere göre uykusuzluk semptomunun kötüleştigi belirlenmiştir.
- 6 aydan daha az sürede teşhis edilen bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının, 6 aydan daha uzun sürede teşhis edilen bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık ve kendini iyi hissetme durumu semptomlarının kötüleştigi belirlenmiştir. Tedavi sonrasında hastalığı 6 aydan daha uzun bir sürede teşhis edilen bireylerin, hastalığı 6 aydan daha kısa sürede teşhis edilen bireylere göre uykusuzluk semptomunun kötüleştigi belirlenmiştir.
- Hastalığa uyum sağlayan bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının kötüleştigi belirlenmiştir. Hastalığa uyum sağlamayan bireylerin tedavi sonrası ve tedavi öncesi semptomlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- Tedavi sonrasında hastalığa uyum sağlamayan bireylerin endişe semptomunun kötüleştigi belirlenmiştir.
- Hastalığının uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olduğunu düşünen bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının, hastalığının kolay tedavi edilebilen bir hastalık olduğunu düşünen bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu ve ağızda yara

semptomlarının kötüleştiği belirlenmiştir.

- Düzenli sağlık kontrolleri yaptıran bireylerin tedavi sonrası bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu ve ağızda yara semptomlarının, düzenli sağlık kontrolleri yaptırmayan bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, kendini iyi hissetme durumu ve ağızda yara semptomlarının kötüleştiği belirlenmiştir.
- Sigara kullanmayan bireylerin tedavi sonrası ağrı, yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ciltte ve tırnaklarda değişiklik ve ağızda yara semptomlarının, sigarayı bırakmış bireylerin tedavi sonrası yorgunluk semptomunun kötüleştiği belirlenmiştir. Tedavi sonrasında sigara kullanan bireylerin, sigara kullanmayan ve sigarayı bırakmış olan bireylere göre kendini iyi hissetme semptomunun kötüleştiği belirlenmiştir.

ÖNERİLER

Kanserli hastalarda semptom kontrolünün değerlendirildiği bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Kanserli bireylerin tedaviye bağlı yaşayabilecekleri semptomların belirlenmesi, değerlendirilmesi, kayıt edilmesi,
- Kanserli bireylerde oluşabilecek semptomların önlenmesi,
- Oluşan semptomları iyileştirmeye yönelik bireysel bakım planının uygulanması,
- Bakım planı uygulanmasında bu verilerden yararlanılması,
- Kanserli hastalarda semptomları etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik daha fazla sayıda hasta grupları ile karşılaştırılan çalışmalar yapılması,
- Hemşireler tarafından kanserli hastalarda tedavi sonrasında oluşabilecek semptomlar geçerli ve güvenilir ölçekler kullanılarak düzenli aralıklarla değerlendirilmesi önerilebilir.

ÖZET

Bu araştırma, kanser tanısı konan, I, II, III, IV evrelerde ve ilk kez kemoterapi uygulanan hastalarda kemoterapi öncesi ve kemoterapi tedavisinden sonraki semptomları karşılaştırmak, etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Bu araştırmanın diğer bir amacı da Edmonton Semptom Tanılama Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaparak literatüre yeni bir ölçek kazandırmaktır.

Araştırmaya Temmuz 2006- Nisan 2007 tarihleri arasında onkoloji kliniğine başvuran farklı kanser tanıları ancak benzer klinik evrelerdeki, ilk kez kemoterapi tedavisi alan, görüşmeye istekli, herhangi bir iletişim sorunu olmayan, 18 yaş ve üzeri 50 hasta alınmıştır.

Araştırmadaki veriler araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan hasta bilgi formu ve kanserli hastaların bakım yönetimini iyileştirmek amacı ile Edmonton ve ark. tarafından 1996 yılında geliştirilmiş olan Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçeğin çalışmada kullanılması konusunda gerekli izinler alındıktan sonra ölçeklere ilişkin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olup kemoterapi öncesi Cronbach's Alfa (α) değeri 0.83; kemoterapi sonrası Cronbach's Alfa (α) değeri 0.76 olarak bulunmuştur. Bu değerlerle; ESTÖ'nin Türk kanserli hastalarda kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Tek örneklem Kolmogorov Smirnov test ile, İki kategoriden oluşan değişkenlerin semptom skorlarının karşılaştırmasında skorlar normal dağılım göstermediği için Mann Whitney U testi ile, semptom skorlarının önce-sonra değerlerinin karşılaştırması Wilcoxon test ile, ikiden fazla kategoriden oluşan değişkenlerin semptom skorlarının karşılaştırması Kruskal-Wallis test ile, sonuç anlamlı bulunduğu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemede de Bonferroni çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır.

Araştırmanın sonuçlarına göre, kanser hastalarının kemoterapi öncesi ve sonrası meydana gelen semptomlarının ESTÖ ile ölçümü sonucunda dağılımı birbirleriyle karşılaştırıldığında; tedavi sonrasında yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir.

Grupların kendi içinde karşılaştırıldığında tedavi sonrası kişisel özelliklerden yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum ve sigara kullanma durumu; hastalıkla ilgili özelliklerden hastalık evresi, hastalığın teşhis edilme zamanı, hastalığa uyum sağlama, hastalığı algılama ve düzenli sağlık kontrolleri yaptırma durumunun etkilendiği belirlenmiştir.

Tedavi sonrası semptomları etkileyen faktörlerden kişisel özelliklerden medeni durum ve sigara kullanma durumu; hastalıkla ilgili özelliklerden de hastalık evresi, hastalığın teşhis edilme zamanı ve hastalığa uyum sağlama durumunun etkilendiği belirlenmiştir.

Çalışmanın bu sonuçları doğrultusunda;

- Kanserli bireylerin tedaviye bağlı yaşayabilecekleri semptomların belirlenmesi, değerlendirilmesi, kayıt edilmesi,
- Kanserli bireylerde oluşabilecek semptomların önlenmesi,
- Oluşan semptomları iyileştirmeye yönelik bireye uygun bakım planının uygulanması,
- Bakım planı uygulanmasında bu verilerden yararlanılması,
- Hemşireler tarafından kanserli hastalarda tedavi sonrasında oluşabilecek semptomlar geçerli ve güvenilir ölçekler kullanılarak düzenli aralıklarla değerlendirilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Kanserli hasta, Semptom kontrolü, ESTÖ, Hemşirelik bakımı.

SUMMARY

This study is planned to make a comparison between the symptoms before and after the chemotherapy treatment from the patients diagnosed as being cancer, the ones at the phases I, II, III, and IV, and from the patients having been treated via chemotherapy for the first time, and to determine the effective factors.

Another purpose of this research is to conduct the Turkish validity and reliability study with respect to the Edmonton Symptom Assessment Scale, so as to bring a new scale in the literature.

The study was attended by 50 patients at the age of 18 and above, having applied to the oncology clinic between the dates of July 2006- April 2007 with various cancer diagnoses, but at similar clinical phases, receiving chemotherapy for the first time, willing to interview, and free from any communication difficulty.

The data from the research has been obtained by the researcher via patient information sheets, having been arranged in accordance with the related literature, and via Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), having been developed in 1996 by Edmonton *et al*, with the purpose of improving the treatment method of treating cancer patients.

Upon obtaining any permit necessary for utilizing the scale having been utilized at the research, the validity and reliability studies as per the scales were conducted, Cronbach's Alfa (α) value prior to chemotherapy was found as 0.83, while the said value was found as 0.76 after chemotherapy. With these values at hand, ESAS has been deemed as a valid and reliable scale to be utilized on Turkish cancer patients.

The validity of the said data to normal dispersion was tested via Single-Sample Kolmogorov Smirnov Test, while Mann Whitney U Test was utilized for the symptom scores having not shown a normal dispersion throughout the comparison of the said scores as per the variables under two categories, Wilcoxon Test was utilized as per the comparison of the before-after values of the symptom scores, Kruskal-Wallis Test was utilized for the comparison of the symptom scores as per the variables under more than two categories, and finally Bonferroni Multiple-Comparison Test was utilized upon deeming the outcome purposeful, for specifying among which groups there exists difference.

According to the outcomes of the study, having the dispersion of the symptoms

(arising from the cancer patients before and after chemotherapy) following their assessment via ESAS compared among themselves, it has thereby been specified that, such symptoms as fatigue, nausea, lack of appetite, discomfort, deformations at the skin and nails, lesions inside the mouth, and numbness at hands have risen at a statistically significant rate after the treatment.

Upon comparing the groups among themselves, it has been determined that, after the treatment among the personal characteristics, age, gender, body mass index, education status, marital-status, and smoking status; and among the disease characteristics, stage of the disease, time of disease diagnosis, adaptability to disease status, detection of disease, undergoing regular medical checkup status have been effected.

Among the factors effecting the post-treatment symptoms, it has been determined that, among the personal characteristics, marital status and smoking; and among the disease characteristics, stage of the disease, time of disease diagnosis, and adaptability to disease status have been effected.

Due to these outcomes of the work, it may be recommended to;

- specify, assess, and record the symptoms from the cancer patients, arising from the respective treatment,
- prevent the symptoms arising from the cancer patients,
- apply the care plan proper to each patient, for curing the arisen symptoms,
- benefit from these data during the course of the application of the care plan,
- have the nurses regularly assess the symptoms that may arise from the cancer patients following their treatments, via valid and liable scales.

Keywords: Cancer patient, symptom control, ESAS, Nurse care.

KAYNAKLAR

1. Pınar R. Assesment of Quality of life in Turkish patients with cancer, Turkish Journal Of Cancer 2003; 33(2): 96-101.
2. Kanserle Savaş Politikası ve Kanser Verileri (1995-1999). T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı Bakanlık Yayın No: 618, Ankara: 2002.
3. Kutluk T, Kars A. Kanser konusunda genel bilgiler, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları, Ankara, 1996; 44-45.
4. Jemel A, Tiwari RC, Murray T, et al; American Cancer Society, Cancer Statistics 2004. CA Canser J Clin 2004; 54: 8-29.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. Kanser. Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Yardım N ve Ark. (Editörler). Türkiyede Sağlığa Bakış. Ankara: Bölük Ofset Matbaacılık; 2007: p.59-67.
6. Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş ve Ark. Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10(1): 15-28.
7. Yeşilbakan Usta Ö, Akyol Durmaz A, Çetinkaya Y ve ark. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 21(1): 13-31.
8. Dalgıç G, Karadağ A, Kuzu N. Kemoterapiye bağlı gelişen stomatitte hemşirelik bakımı, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 2(2): 53-59.
9. Ovayolu N, Parlar S, Karakaş S. Kemoterapi uygulamasının toksik ve yan etkilerine yönelik alınabilecek hemşirelik önlemleri, Hemşirelik forumu 2003; 6(2): 36-41.
10. Akyol H. Kemoterapinin temel ilkeleri. XIII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser kongresi, Hemşire Programı: 2004 Mayıs 18-22; İzmir.
11. Kömürcü Ş, Şenler Çay F. Kanserde destek tedavi ve semptom kontrolü. Aydın A, topuz E (Editörler). Onkoloji El Kitabı. İstanbul: Turgut Yayıncılık; 2006: p.809-836.
12. Can G. Meme Kanserli Hastalarda Yorgunluğun ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2001.
13. Eaton L. World cancer rates set to double by 2020. BMJ 2003; 326: 728.
14. Bray F, Guerra Y m, Parkin DM. The comprehensive cancer monitoring programe in Europe. Eur J Public Health 2003; 13 Suppl 3: 61-66.

15. Parkin DM. Global cancer statistics in the year 2000. *Lancet Oncol.* 2001; 2: 533-543.
16. Alıcı S, İzmirli M, Doğan E. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'na başvuran kanser hastalarının epidemiyolojik değerlendirilmesi, *Türk Onkoloji Dergisi* 2006; 21(2): 87-97.
17. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset; 2004: p. 243-306.
18. Birand AL, Knop JM. (Çeviri: S. Aban). Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. Ankara: IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası; 1996: p. 10-21.
19. Taş F, Aydın A. Kanser nedenleri, sigara ve kanser ilişkisi, diyet ve kanser. Topuz E, Aydın A, Karadeniz N A (Editörler). *Klinik Onkoloji*. İstanbul: Tunç Matbaası; 2000: p. 54-58.
20. Dalay N. Kanser biyolojisi. Topuz E, Aydın A, Karadeniz N A (Editörler). *Klinik Onkoloji*. İstanbul: Tunç Matbaası; 2000: p. 48-53.
21. Birol L. Onkoloji hemşireliği. Akdemir N (Editör). İç Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Birlik Ofset; 1998: p.53-86.
22. Koşar A, Öztürk M (Editörler). Dahili Bilimler. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004: p. 444-458.
23. Güllü H İ. Kemoterapi Elkitabı. Ankara: Hacettepe Doktorlar Yayınevi; 2005: p. 26-28.
24. Taşpınar A H, Tortum O B, Ertem M. Cerrahi Onkoloji. İstanbul: Türkiye Kanserle Savaş Vakfı Yayını; 1995: p. 17-54.
25. Karaoğuz H. Kanser epidemiyolojisi. İliçin G, Ünal S, Biberoglu K ve ark. (Editörler). *Temel İç Hastalıkları*. Ankara: Güneş Kitabevi; 1996: p. 1395-1406.
26. Diçer M. Kanserden korunma. Topuz E, Aydın A, Karadeniz N A (Editörler). *Klinik Onkoloji*. İstanbul: Tunç Matbaası; 2000: p. 59-62.
27. Aksoy G. Birincil ve ikincil korunmada hemşirenin rolü. Topuz E, Aydın A, Karadeniz N A (Editörler). *Klinik Onkoloji*. İstanbul: Tunç Matbaası; 2000: p. 340-345.
28. Özgür F. En sık görülen kanser türleri, ilgili tarama ve tanı yöntemleri
<http://www.bilkent.edu.tr/~bilheal/aykonu/ay2007/Nisan07/kanser.html> /09. 07. 2007
29. Nolte S A, Walczak J R. Screening and prevention of gynecologic malignancies. Almadrones L A, Erikson J H, Gossfeld L M et al. (Eds.). *Women and Cancer*. Canada: Jones and Bartlett Publishers; 2000: p. 4-7.

30. Kızılcı S. Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999; 3(2): 18-26.
31.(Çeviri G. Can, Çeviri Editörü Durna Z, Aydın A). Kanser Kemoterapi ve Uygulama Rehberi. İstanbul: Nobel tıp Kitabevleri; 2003: p: 6-8.
32. Dinçol K. Kemoterapide temel prensipler. Topuz E, Aydın A, Karadeniz N A (Editörler). Klinik Onkoloji. İstanbul: Tunç Matbaası; 2000: p. 34-47.
33. Almadrones L. Chemotherapy. Almadrones L A, Erikson J H, Gossfeld L M et al. (Eds.). Women and Cancer. Canada: Jones and Bartlett Publishers; 2000: p. 359-357.
34. Madeya M L, Britton D. Yorgunluk. Yasko J M (Editör). Kemoterapiye Bağlı Belirtilerin Denetimi ve Bakımı. İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı Basım ve Ciltevi; 1994: p. 133-137.
35. Şahin F, Saydam G, Omay S B. Kök hücre plastisitesi ve klinik pratikte kök hücre tedavisi, Türk Hematoloji-Onkoloji Dergisi 2005; 15(1): 48-56.
36. Güneş AM. Kök hücre plastisitesi ve tıptaki kullanım alanları, Güncel Pediatri 2005; 3(1): 36-42.
37. Karamehmetoğlu S Ş. İnme ve kök hücre tedavisi, Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2006; 52(özel ek): 21-22.
38. Baran Pamukçu Ö, Nergiz Y, Bahçeci S. Göbek kordonu kan ve stromal kökenli hücrelerin sinir hücrelerine farklılaşması, Dicle Tıp Dergisi 2007; 34(3): 233-238.
39. Erdem Ü, Ay H, Köksal S ve ark. Allojenik kemik iliği transplantasyonu sonrası kronik graft-versus-host hastalığına bağlı korneal perferasyon, Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48: 166-168.
40. Kambek S, Akal N. Kemik iliği transplantasyonunun çocuk ağız-diş sağlığı üzerine etkileri, Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2001; 4(1): 57-60.
41. Dilek İ, Arslan Ö, Gürman G. Allogeneik periferik kök hücre transplantasyonu, Van Tıp Dergisi 1998; 5(3): 183-187.
42. Dietrick-Gallagher M, Brasher EM. (Çeviri: S. Aban). Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. Ankara: IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası; 1996: p. 60-67.
43. Karadeniz A N. Kanser tedavisinde radyoterapinin genel ilkeleri. Topuz E, Aydın A (Editörler). Klinik Onkoloji Temel İlkeler ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı; 1997: p. 20-24.
44. Memiş S. Radyoterapide hasta ve hemşire eğitimi, İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y. Dergisi 2002; 12(48): 81-92.

45. Özgürlüoğlu M. Kanserli hastalarda ağrıya yaklaşım, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Etkinlikleri Baş, Boyun, Bel Ağrıları Sempozyum Dizisi 2002; 30: 225-239.
46. 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.
47. 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.
48. Azak A, Çınar S. Lenfomalı (hodkin ve non-hodkin) hastalarda yorgunluk sendromu ve etkileyen faktörler, Türk Hematoloji-Onkoloji Dergisi 2005; 15(2): 78-83.
49. Escalante CP. Treatment of cancer-related fatigue: an update, Support Care Cancer 2003; 11: 79-83.
50. Aştı T. Kanserli hastanın evde bakımında temel ilke ve uygulamalar, Hemşirelik Forumu 2003; 6(2): 48-61.
51. Hogan C M. Bulantı ve kusma. Yasko J M (Editör). Kemoterapiye Bağlı Belirtilerin Denetimi ve Bakımı. İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı Basım ve Ciltevi; 1994: p. 97-116.
52. Şenler Çay F. Akciğer kanserinde psikososyal sorunlar ve tedavisi, Solunum 3 2001; Özel sayı 2: 223-225.
53. Beser N, Öz F. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi, C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003; 7 (1): 47-58.
54. Varricchio CG, Aziz N. Rehabilitation and survivorship. Lenbard RE, Osteen RT, Gansler T (Eds). Clinical Oncology. US: American Cancer Society; 2001: p.824-836.
55. Çam O, Gümüş Babacan A. Meme kanserli kadınlar için duygusal destek odaklı hemşirelik girişimleri, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10(3): 52-60.
56. Tosun N. Lösemi. Akbayrak N, İlhan Erkan S, Ançel G ve ark (Editörler). Hemşirelik Bakım Planları. Ankara: Birlik Matbaası; 2007: p. 565-574.
57. Oflaz F. Psikotik bozukluklar ve hemşirelik bakımı. Akbayrak N, İlhan Erkan S, Ançel G ve ark (Editörler). Hemşirelik Bakım Planları. Ankara: Birlik Matbaası; 2007: p. 105-123.
58. Sayın Yazıcı Y, Kanan N. Kanserde psikososyal yaklaşım, İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y. Dergisi 2004; 13(53): 127-136.
59. Ançel G. Cerrahi ve dahili problemi olan hastaya psikososyal yaklaşım. Akbayrak N, İlhan Erkan S, Ançel G ve ark (Editörler). Hemşirelik Bakım Planları. Ankara: Birlik Matbaası; 2007: p. 3-18.

60. Bavbek S. Kanserde destek tedaviler. Topuz E, Aydiner A, Karadeniz N A (Editörler). Klinik Onkoloji. İstanbul: Tunç Matbaası; 2000: p. 318-322.
61. Sun Kapucu S. Akciğer kanserleri. Akbayrak N, İlhan Erkan S, Ançel G ve ark (Editörler). Hemşirelik Bakım Planları. Ankara: Birlik Matbaası; 2007: p. 167-170.
62. Öztekin D. Pankreas kanseri. Akbayrak N, İlhan Erkan S, Ançel G ve ark (Editörler). Hemşirelik Bakım Planları. Ankara: Birlik Matbaası; 2007: p. 881-889.
63. Erturan S. Kanser hastalarında akciğer sorunları, Klinik Gelişim 2004; 17: 48-56.
64. Aydın G. Akciğer kanserinde sık görülen semptomlar ve tedavi yaklaşımları, Solunum 2005; 7(2): 85-94.
65. Yücel A. Kanserli hastalarda solunum sistemi ile ilgili semptomlar. Erdine S (Editör). Kanserde Palyatif Bakım. İstanbul: Sandoz A.Ş.; 1993: p.117-128.
66. Mollaoğlu M. Akciğer tüberkülozu. Akbayrak N, İlhan Erkan S, Ançel G ve ark (Editörler). Hemşirelik Bakım Planları. Ankara: Birlik Matbaası; 2007: p. 171-179.
67. Erdine S. Kanserde palyatif bakımın genel ilkeleri. Erdine S (Editör). Kanserde Palyatif Bakım. İstanbul: Sandoz A.Ş.; 1993: p. 1-9.
68. Conrad K. Kemoterapiye bağlı deri reaksiyonları. Yasko J M (Editör). Kemoterapiye Bağlı Belirtilerin Denetimi ve Bakımı. İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı Basım ve Ciltevi; 1994: p.35-50.
69. Miller S E. Stomatit ve özofajit. Yasko J M (Editör). Kemoterapiye Bağlı Belirtilerin Denetimi ve Bakımı. İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı Basım ve Ciltevi; 1994: p.83-96.
70. Stern C. Oncology: Nursing management in cancer care. Smeltzer SC, Bare BG (Eds). Medical-Surgical Nursing 10th ed. AmericaLippincot Williams & Wilkins; 2000.p. 295-304.
71.Guidelines for using the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), Regional Palliative Care Program Capital Healt, August 25, 2005.
72. Brechtel R J, Murshed S, Homel P et al. Monitoring symptoms in patients with advanced illness in long-term care: a pilot study, Journal of Pain and Symptom Management 2006; 32(2): 168-174.
73. Nainis N, Paice A J, Ratner J ve ark. Relieving symptoms in cancer: innotiver use of art therapy, Journal of Pain and Symptom Management 2006; 31(2): 162-169.
74. Strasser F, Sweeney C, Willey J ve ark. Impact of a half-day multidisciplinary symptom control and palliative care outpatient clinic in a comprehensive cancer center on recommendations, symptom intensity, and patient satisfaction: a

- retrospective descriptive study, *Journal of Pain and Symptom Management* 2004; 27(6): 481-491.
75. Meyerowitz BE, Watkins IK, Sparks FC. Quality of life for breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy, *The American Journal of Nursing* 1983; 83(2): 232-235.
76. Akpınar D, Serbest N, Batmaz M. Kemoterapi alan hastaların yaşadıkları yan etkilerden etkilenme durumları. 6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Uluslararası Katılımlı; 2007-Haziran-26-29; İstanbul,Türkiye. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi Müdürlüğü; 2007.
77. Alacacıoğlu A, Yavuzşen T, Diriöz M ve ark. Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler, *Uluslar arası Hematoloji-Onkoloji Dergisi* 2007; 17(2): 87-93.
78. Arslan S, Akın B ve Koçoğlu D. Kemoterapi alan hastalarda hastalık ve tedaviye bağlı yaşanan semptomların sosyo-demografik özellikler ve algılanan sosyal destek ile ilişkisi, *Hemşirelerde Araştırma Geliştirme Dergisi* 2008; 10(1): 47-56.

ŞEKİLLER DİZİNİ

ŞEKİLLER	<u>SAYFA</u>
Şekil 1: 2000-2003 Yılları Arası Ulusal Kanser İnsidansı	6
Şekil 2: Ulusal Kanser İnsidansının Cinsiyete Göre Dağılımı	7
Şekil 3: TNM Sınıflandırması	9
Şekil 4: Sık Görülen Kanserlerde Önemli Risk Faktörleri	17
Şekil 5: Amerikan Kanser Birliği'nin Tarama Testleri İçin Önerisi	18
Şekil 6: Tümör Belirleyiciler	19
Şekil 7: Kemoterapi Protokolleri	24
Şekil 8: Tedavi Öncesi ve Sonrası Meydana Gelen Semptomların Dağılımı	52

TABLolar

Tablo 1 : Tedavi Öncesi ve Sonrası Edmonton Semptom Tanılama Ölçeğinde Yer Alan Maddelerin Toplam Madde Korelasyon Puanları ve Chronbach's Alfa(α) Güvenirlik Kat Sayıları	44
Tablo 2 : Kişisel Özelliklerin Dağılımı	48
Tablo 3 : Hastalığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı	50
Tablo 4 : Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptomların Dağılımı (n= 50)	51
Tablo 5 : Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptomların Yaş Grupları İle Karşılaştırılması	53
Tablo 6: Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptomların Cinsiyet İle Karşılaştırılması	54

Tablo 7: Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptomların Beden Kitle İndeksi ile Karşılaştırılması	55
Tablo 8 : Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptomların Eğitim Durumu ile Karşılaştırılması	57
Tablo 9 : Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptomların Çalışma Durumu ile Karşılaştırılması	59
Tablo 10: Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptomların Medeni Durum ile Karşılaştırılması	60
Tablo 11: Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptomların Evre ile Karşılaştırılması	62
Tablo 12: Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptomların Hastalığın Teşhis Edilme Zamanı ile Karşılaştırılması	64
Tablo 13: Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptomların Hastalığa Uyum Sağlama Durumu İle Karşılaştırılması	65
Tablo 14 : Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptomların Hastalığı Algılama Durumu İle Karşılaştırılması	66
Tablo 15: Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptomların Düzenli Sağlık Kontrolleri Yaptırma Durumu ile Karşılaştırılması	67
Tablo 16: Tedavi Öncesi ve Sonrası Semptomların Sigara Kullanma Durumu ile Karşılaştırılması	68

ÖZGEÇMİŞ

1981 yılında İstanbul'da doğan Seda Kurt Sadırlı İlk, orta, lise öğrenimini Bitlis, Tokat ve Kırklareli'nde tamamladı. 2001 yılında Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünde başladığı eğitimini 2005 yılında tamamladı ve hemşire ünvanı aldı. Aynı yıl Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Onkoloji servisinde hemşire olarak göreve başladı. Eylül 2005 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Bölümünde yüksek lisans eğitimine başladı.

Aralık 2005 yılında Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulunda Araştırma Görevlisi olarak çalışmaya başlamış olup, halen bu görevi sürdürmektedir, İngilizce bilmektedir, evlidir.

EKLER

Ek 1: Etik Kurul İzni

Ek 2: Hasta Bilgi Formu

Ek 3: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği

Ek 4: Edmonton Symptom Assesment Scale

Ek 5: İzin Metni

Ek 6: Ölçeğin Geçerlik ve Güvenirliliği Aşamasında Görüşleri Alınan Uzman Listesi

HASTA BİLGİ FORMU

I. Kişisel Özellikler

1. Hastanın protokol numarası:
2. Hastanın adı soyadı:
3. Yaşı:.....
4. Cinsiyeti: 1()Bayan 2()Erkek
5. Boyunuz:
6. Kilonuz:
7. Eğitim Durumunuz: 1() Okur-yazar değil 2()Okur-yazar
3()İlk-Ortaokul 4()Lise 5()Üniversite
8. Mesleğiniz: 1()Emekli 2()Memur 3()İşçi 4()Çiftçi
5()Serbest Meslek 6()Çalışmıyor
9. Sosyal Güvenceniz: 1()Emekli sandığı 2()SSK 3()Bağ kur
4()Yeşil kart 5()Diğer 6()Yok
10. Aylık gelir düzeyiniz ne kadardır?
11. Medeni durumunuz nedir?
12. Çocuk sayınız:
13. Aile tipiniz: 1() geniş aile 2() çekirdek aile 3() Parçalanmış aile 4() diğer

II. Hastalık İle İlgili Özellikler

1. Klinik tanı:
2. Klinik evresi:
3. Tedavi protokolünün ismi:
4. Hastalığınız ne zaman teşhis edildi: 1() 0-6 ay 2() 6 ay-1 yıl
3() 1-3 yıl 4() 4 yıl üzeri
5. Ne kadar zamandır tedavi görüyorsunuz?
6. Hastalığınıza uyum sağlayabildiniz mi?
1() Evet 2() Hayır
7. Hastalığı algılama durumunuz:
1() Tedavi edilmeyen bir hastalık
2() Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık
3() Kolay tedavi edilebilen bir hastalık

8. İlaç tedavisine uyum sağlayabildiniz mi?

1 () Hayır 2 () Evet

9. İlaçlar hakkındaki düşünceleriniz?

1 () Tedavi edeceğine inanıyorum

2 () Tedavi edecek ama çok yan etkisi var

3 () Diğer

10. Düzenli sağlık kontrolleri yaptırır mısınız?

1 () Hayır 2 () Evet

11. Stresli yaşamınız mı var?

1 () Hayır 2 () Evet

12. Düzenli egzersiz yapar mısınız?

1 () Hayır 2 () Evet

13. Sigara kullanıyor musunuz?

1 () Hayır 2 () Evet

14. Ne kadar süre ile kullandınız/ kullanıyorsunuz?

1 () 0-5 yıl 2 () 5-10 yıl 3 () 10 ve üzeri

15. Günde kaç sigara tüketiyorsunuz?

1 () 1-10 adet 2 () 10-20 adet 3 () 21 ve üzeri

16. Alkol kullanıyor musunuz?

1 () Hayır 2 () Evet

17. Alkolü ne sıklıkta kullanırsınız?

1 () Her gün 2 () Haftada 1-2 3 () Ayda 1-2 4 () Diğer

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ)

Doldurulma Tarihi: _____ Zaman: _____
Durumunuzu en iyi ifade eden rakamı daire içine alınız:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ağrım yok

Ağrım çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Yorgun değilim

Aşırı yorgunum

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bulantım yok

Bulantım çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Üzüntülü değilim

Üzüntüm çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Endişeli değilim

Endişem çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Uykusuz değilim

Uykusuzluğum çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

İştahsız değilim

İştahsızlığım çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kendimi çok
iyi hissediyorum

Kendimi çok kötü
hissediyorum

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nefes darlığım yok

Nefes darlığım çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cildimde ve tırnaklarımda
değişiklik yok

Cildimde ve tırnaklarımda
çok fazla değişiklik var

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ağızımda hiç yara yok

Ağızımda çok fazla yara var

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ellerimde uyuşma yok

Ellerimde uyuşma çok fazla

Edmonton System Assessment Scale (ESAS)

Date of Completion: _____ Time: _____

Please circle the number the best describes:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No pain Worst possible pain

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Not tired Worst possible tiredness

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Not nauseated Worst possible nausea

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Not depressed Worst possible depression

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Not anxious Worst possible anxiety

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Not drowsy Worst possible drowsiness

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Best appetite Worst possible appetite

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Best feeling of well being Worst possible feeling of well being

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No shortness of breath Worst possible shortness of breath

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Other problem

ESAS completed by:

Patient

Health professional

Family

Assisted by family or health professional

Dear Prof. Bruera,
Thanks for your relation about my research.

Best Regards

Research assistant Seda Kurt BSN

Trakya University Edirne Health College

Tel. +90 2842133042

Fax. +90 2842126107

e-mail: sedakurt81@hotmail.com

>From: ebruera@mdanderson.org
>To: "seda kurt" <sedakurt81@hotmail.com>
>CC: ebruera@mail.mdanderson.org
>Subject: Re: About Edmonton System Assessment Scale (ESAS)
>Date: Tue, 9 May 2006 07:13:57 -0500
>
>Please go ahead and translate the tool. good luck in your research!
>
>Eduardo Bruera, M.D.
>Professor & Chair
>Department of Palliative Care & Rehabilitation Medicine (Unit 8)
>UT M. D. Anderson Cancer Center
>1515 Holcombe Blvd.

>Houston, TX 77030
>
>713-792-6084 - office *** 713-792-6092 - fax
>ebruera@mdanderson.org
>
>
>
>
>
>
>
>
>
>"seda kurt" <sedakurt81@hotmail.com>
>
>05/09/2006 01:11 AM
>
>
>
>
>
>
>
>To:
>ebruera@mail.mdanderson.org
>cc:
>
>
>
>
>
>
>Subject:
>About Edmonton System Assessment Scale (ESAS)
>
>
>
>Dear Prof. Bruera,
>I am a master student in medical nursing also I am research assistant in
>medical nursing department, Trakya University Edirne city in Turkey. I am
>preparing thesis on palliative caring cancerous patient I want to use your
>
>Edmonton System Assessment Scale?s. I wonder if it would be translated in

>to

>turkish if not want to translate. Would you give me permission for Turkish

>

>translation.

>

>

>

>

>

>

>

Best Regards

>

>

>

>

>

>

>

Research assistant Seda Kurt BSN

>

> Trakya University Edirne Healt College

>

> Tel. +90 2842133042

>

> Fax. +90 2842126107

>

> e-mail: sedakurt81@hotmail.com

**ÖLÇEĞİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİLİĞİ AŞAMASINDA GÖRÜŞLERİ
ALINAN UZMANLAR:**

Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR	Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu
Yrd. Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK	Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu
Yrd. Doç. Dr. İlknur DİNDAR	Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu
Okutman Emine AKOĞUL	Trakya Üniversitesi Rektörlüğü
Tamer EMEK	Tercüman
Doç. Dr. Hakan KARAGÖL	Trakya Üniversitesi Onkoloji Anabilim Dalı
Yrd. Doç.Dr. Gülbeyaz CAN	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Araş. Gör. Özgül EROL	Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu