

**T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**RADYOTERAPİ UYGULANAN KANSERLİ
HASTALARIN
BAKIM GEREKSİNİMLERİ**

**Tezi Hazırlayan
Gölsüm Nihal ÇÜRÜK**

**Tezi Yöneten
Yrd.Doç.Dr.Sultan TAŞÇI**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Temmuz 2005
KAYSERİ**

**T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**RADYOTERAPİ UYGULANAN KANSERLİ
HASTALARIN
BAKIM GEREKSİNİMLERİ**

**Tezi Hazırlayan
Gölsüm Nihal ÇÜRÜK**

**Tezi Yöneten
Yrd.Doç.Dr.Sultan TAŞÇI**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Temmuz 2005
KAYSERİ**

TEZ ONAY FORMU

Sultan TAŞCI danışmanlığında **Gölsüm Nihal ÇÜRÜK** tarafından hazırlanan “**Radyoterapi Uygulanan Kanserli Hastaların Bakım Gereksinimleri**” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

15 /09/ 2005

JÜRİ

İmza

Üye : Prof.Dr.Ümit SEVİÇ

Üye : Doç.Dr. Bünyamin KAPLAN

Üye : Yrd.Doç.Dr. Sultan TAŞCI

Ümit Seviç
Bünyamin Kaplan
Sultan Taşci

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun 07.10.05...tarih ve 340..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

07/10/2005

Enstitü Müdürü
Prof. Dr. Meral ASCIOĞLU



TEŞEKKÜR

Çalışmamı yönlendiren ve destekleyen Sayın Yrd.Doç.Dr Sultan TAŞCI, Sayın Prof. Dr.Ümit SEVİĞ'e, araştırmanın gerçekleştirilmesi için gerekli ortamı sağlayan Erciyes Üniversitesi Mehmet Kemal Dedeman Onkoloji Hastanesi ve Gevher Nesibe Hastanesi Radyoterapi Üniteleri personeline, araştırma verilerinin toplanmasında yardım eden sayın radyoterapi teknikeri Müjge ÖZCAN'a, tez çalışması süresince destek veren ailem ve arkadaşlarıma katkılarından dolayı içtenlikle teşekkür ederim.

RADYOTERAPİ UYGULANAN KANSERLİ HASTALARIN BAKIM GEREKSİNİMLERİ ÖZET

Araştırma, Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Ünitesi ve M. Kemal Dedeman Onkoloji Hastanesi Radyoterapi Ünitesinde radyoterapi uygulanan kanserli hastaların bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini; Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi ve Erciyes Üniversitesi M. Kemal Dedeman Onkoloji Hastanesi Radyoterapi ünitelerine bir yıllık sürede radyoterapi uygulanması için kabul edilen tüm kanserli hastalar oluşturmaktadır.

Çalışmada 30.09.2004-28.02.2005 tarihleri arasında radyoterapi uygulanarak tedavi gören 345 hasta örneklem kapsamına alınmıştır. Veriler; radyoterapi uygulanan kanserli hastaların bakım gereksinimlerini belirlemeye yönelik araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu aracılığı ile hastalarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. İstatistiksel değerlendirmede, dört gözlü ve çok gözlü düzenlerde ki-kare testi kullanılmıştır.

RT uygulanan bireylerin % 80.9'unun RT tedavisinde sorun yaşadıkları, en sık yaşanan sorunların halsizlik-yorgunluk, iştahsızlık, bulantı-kusma olduğu, sorun yaşayan bireylerin yarısından fazlasına yaşadıkları soruna yönelik doktor tarafından uygulama yapıldığı ve uygulamanın yapılmasını hastaların kendilerinin talep ettikleri (%79.8) tespit edilmiştir. RT tedavisine ayaktan gelen bireylerin yarısından fazlasının üniteden beklentisi olduğu belirlenmiştir (P<0.05). Bireylerin yarısından fazlasının tedavi hakkında bilgi almadıkları, tedavi sırasında sorun yaşayanların (%83.2) bilgi almak istedikleri saptanmıştır (P<0.05). Araştırmaya katılan bireylerin RT ünitelerinde tek hemşire çalışıyor olmasına rağmen hemşireden ilgilenme ve tedavi hakkında bilgi verilme yönünde beklentisi olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma sonuçları doğrultusunda; Radyasyon Onkolojisi bölümünde görev yapan hemşire sayısının artırılması, hemşire tarafından tedavi öncesinde bireye özgü eğitimin planlanması ve verilmesi gibi önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler: **Radyoterapi, kanser, gereksinim, hemşire**

CARE REQUIREMENTS OF CANCER PATIENTS WHO ARE APPLIED RADIOTHERAPY

ABSTRACT

This definitive study is performed to identify the care requirements of cancer patients who are applied RT. The scope of this study consisted of the cancer patients who are applied RT who are accepted for a period of a year at Erciyes University Gevher Nesibe Hospital and M.Kemal Dedeman Oncology Hospital. A total of 345 patients who are treated at the hospital are looked after by using RT for a period of 6 months from 30.09.2004-28.2.2005. Data is collected by a questionnaire to determine care requirements of cancer patients who are applied RT by interviewing face to face. After completing hospital survey, patients are given some information and brochure occurred side effects of RT and requirements that must be done. Statistical evaluation was performed with two-sided and four-sided Chi-square test.

It was shown that % 80.9 of members who are applied RT have some trouble at the RT treatment ; as the most frequent problem, lack of appetite, nausea-vomiting and weakness-fatigue are detected, more than half of the members who have problems related with their treatment are informed by the doctor and all of these applications are demanded by the patients (% 79.8). It was detected that more than half of the patients coming from polyclinic have some expectations from the unit ($P<0.05$). It was determined that more than half of the members didn't get any information about their treatments, however members (% 83.2) who have some problems during the treatment wanted to have information ($P<0.05$). It is also determined that members of investigation have some expectations related with their treatments and demand special interest from the nurses although they work as one person at RT units.

In conclusion, increasing the number of nurses who are working at the department of Radiation Oncology and planning of the personal education before the treatment by the nurse are advised.

Key words: Radiotherapy, cancer, requirement, nurse

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK.....	I
KABUL ONAY SAYFASI.....	II
TEŞEKKÜR.....	III
ÖZET.....	IV
ABSTRACT.....	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
TABLO LİSTESİ.....	VII
KISALTMALAR.....	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. KANSER.....	5
2.2. RADYOTERAPİ.....	6
2.3. RADYOTERAPİNİN AMAÇLARI.....	6
2.3.1. Küratif (İyileştirici) Radyoterapi.....	7
2.3.2. Palyatif Radyoterapi.....	7
2.4. RADYOTERAPİ TEDAVİ TEKNİKLERİ.....	8
2.4.1. Teleterapi.....	8
2.4.2. Brakiterapi.....	9
2.5. RADYOTERAPİNİN YAN ETKİLERİ.....	9
2.6. RADYOTERAPİ UYGULANAN HASTALARDA HEMŞİRELİK BAKIMI.....	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	13
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	13
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	13
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	14
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	14
3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	15
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ.....	15
3.6.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması.....	15
3.6.2. Ön Uygulama.....	15
3.6.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	15
3.6.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	16
4. BULGULAR.....	17
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	44
6. KAYNAKLAR.....	57
ÖZGEÇMİŞ	
EKLER	

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 4.1.	RT uygulanan bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı.....	17
Tablo 4.2.	RT uygulanan bireylerin RT'ye ilişkin özelliklerine göre dağılımı	20
Tablo 4.3.	RT uygulanan bireylerin RT ile ilgili bilgilendirme durumlarına göre dağılımı	21
Tablo 4.4.	RT uygulanan bireylerin daha önce radyoterapi tedavisi deneyimi ile ilişkili durumlarına göre dağılımı.....	23
Tablo 4.5.	RT uygulanan bireylerin RT sırasında sorun yaşama ve yaşanan soruna yönelik uygulama yapılma durumlarına göre dağılımı	24
Tablo 4.6.	Onkoloji Hastanesi'nde RT uygulanan bireylerin ünite görev yapan hemşireyi tanıma ve bu hemşireden beklenti durumlarına göre dağılımı	26
Tablo 4.7.	RT uygulanan bireylerin RT ünitesinden beklenti durumlarına göre dağılımı	27
Tablo 4.8.	RT uygulanan bireylerin sorun yaşama ve bilgi almayı isteme durumlarına göre dağılımı	28
Tablo 4.9.	RT uygulanan bireylerin tedaviye gelme şekli ve üniteden beklenti durumlarına göre dağılımı.....	28
Tablo 4.10.	RT tedavisinde sorun yaşayan bireylerin sağlık personeli ve aile bireylerinden beklenti durumlarına göre dağılımı	29
Tablo 4.11.	RT uygulanan bireylerin tanıtıcı özellikleri ve sorun yaşama durumlarına göre dağılımı	30
Tablo 4.12.	RT uygulanan bireylerin RT tedavisine ilişkin özellikleri ve sorun yaşama durumlarına göre dağılımı.....	32
Tablo 4.13.	RT tedavisi sırasında sorun yaşayan bireylerin tanıtıcı özellikleri ve sağlık personelinin beklentisi olma durumlarına göre dağılımı.....	33
Tablo 4.14.	RT tedavisinde sorun yaşayan bireylerin tanıtıcı özellikleri ve aile üyelerinden beklentisi olma durumlarına göre dağılımı	35
Tablo 4.15.	RT tedavisinde sorun yaşayan bireylerin RT tedavisine ilişkin özellikleri ve sağlık personelinin beklentisi olma durumlarına göre dağılımı	37
Tablo 4.16.	RT tedavisinde sorun yaşayan bireylerin RT tedavisine ilişkin özellikleri ve aile üyelerinden beklentisi olma durumlarına göre dağılımı	39
Tablo 4.17.	RT uygulanan bireylerin tanıtıcı özellikleri ve bilgi gereksinimleri olma durumlarına göre dağılımı.....	40
Tablo 4.18.	RT uygulanan bireylerin RT tedavisine ilişkin özellikleri ve bilgi gereksinimleri olma durumlarına göre dağılımı.....	42

KISALTMALAR

RT	: Radyoterapi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
KT	: Kemoterapi
GNH	: Gevher Nesibe Hastanesi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde, tıp ve teknoloji alanındaki gelişmelere paralel olarak tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, doğuştan beklenen yaşam süresini artırmakta, yaşın artmasıyla birlikte de kronik hastalığı olan birey sayısı artış göstermektedir. Kronik hastalıklar bireylerin yaşamında kısıtlamalara yol açması ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemesi nedeniyle önlenmesi ve kontrol altına alınması gereken önemli sağlık sorunlarından biridir.

Bireyin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen sağlık sorunları arasında kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, solunum yolu hastalıkları ve obezite gibi ciddi hastalıklar yer almaktadır. Bu sağlık sorunları ölümlerin % 59' undan ve hastalıkların % 45,9' undan sorumludur.

Kanser, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi gelişmekte olan ülkelerde de görülme sıklığı gittikçe artan evrensel, kronik bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre beş yaşından sonra hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde ilk üç ölüm nedenlerinden biri kanser olup, tüm ölümlerin % 10'u kanser nedeniyledir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ölüme neden olan, en sık rastlanan iki hastalık % 32,2 ile kalp hastalıkları ve % 23,4 ile kanserdir. Dünya'da her yıl 6,4 milyon yeni kanser vakası ortaya çıkmakta ve her yıl 4,8 milyon kişi de kanser nedeni ile ölmektedir. ABD'de 1999 yılı sonunda kanser tanısı almış olan birey sayısı dokuz

milyon civarında olup, 2005 yılında toplam 1,372,910 yeni kanser vakasının tespiti ve 570,280 kişinin de kanserden dolayı ölmesi beklenmektedir. Türkiye’de 1970’li yıllarda bütün ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer alan kanser, 1998 yılında en sık görülen ölüm nedenleri arasında % 15’e yükselmiş ve % 38 ile birinci sırada olan kalp ve damar hastalıklarının takip ederek en çok ölüme neden olan ikinci hastalık olmuştur. Bütün yaşlardaki ölümler bir arada değerlendirildiğinde ise on ölümden biri kanser nedeniyle olmaktadır.

Ülkemizde 1999 yılında erkeklerde en sık görülen altı kanser türü sırası ile akciğer, mesane, larenks, deri ve prostat kanserleriyken, kadınlarda en sık görülen altı kanser türü meme, mide, deri, yumurtalık, kolon ve akciğer kanserleridir.

Dünyada ve ülkemizde kronik hastalıklar içerisinde ilk sıralarda yer alan kanser, bireylerin fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik dengelerini bozmakta, yaşamdan doyum almalarını engellemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir.

Kanserli hastaların yaşam kalitesi; hastalık belirtilerinin yarattığı fiziksel ve duygusal sorunlar, cerrahi müdahale, kemoterapi (KT), radyoterapi (RT) ve tedavi süresince hastanede kalma nedeni ile olumsuz etkilenmektedir.

1960’lı yıllarda kanserin potansiyel yaygınlığı anlaşılmaya başlanmıştır. O yıllardan beri çalışmalar sonucunda; kanserin doğası daha iyi anlaşılmiş, tedavide çok önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Bununla birlikte kanser insidansı azalmamış, mortalite etkilenmemiştir. Kanser tedavisi konan hastaların bireysel özellikleri ve hastalık durumuna göre bu yöntemlerin bir veya birkaçı tedavide kullanılmaktadır.

Bütün kanserli hastaların yaklaşık % 60’ının hastalıkları süresince tedavi veya palyatif amaçla RT aldıkları belirtilmektedir. RT’nin sistemik yan etkileri olduğu için bireyin günlük yaşamını sürdürmesini zorlaştırmaktadır. Tedavinin erken dönemlerinde kemik iliği baskılanmasına bağlı lökopeni, trombositopeni, anemi görülmekte, enfeksiyon, yorgunluk, bulantı-kusma, stomatit v.b. yan etkiler ortaya çıkmaktadır. Yapılan çalışmalar da RT uygulanan hastalarda bu yan etkilerin yaşandığını göstermektedir.

RT uygulanan kanserli hastaların % 40’ında stomatit, % 40-70 arasında değişen oranlarda 10 kg’dan fazla vücut ağırlığı kaybı gelişmekte ve yan etkiler bu hastaların % 20-25’inde ölüme kadar giden sonuçlar doğurmaktadır. Ware ve Sherbourne’nin

çalışmasında kanser hastalarının en fazla yakındığı sorunun % 31,4 ile yorgunluk olduğu belirtilmiştir. Radyoterapiden tüm dokuların etkilenmesine karşın, deri ilk etkilenen dokudur; deride eritem, saç kaybı, ter bezlerinin azalmış fonksiyonu, hiper veya hipopigmentasyon gelişebilmektedir.

Tüm bunlardan anlaşılacağı gibi karmaşık ve uzun süreli olan kanser tedavisi çoğu zaman fiziksel iyilik ve yaşamın psikososyal yönüne zarar verir. Kanser tanısı alan bireyde, tedavi ile ilgili kaygılar, operasyon sonrası gelişebilecek olan psikolojik ve fiziksel sorunlar, hastalığı kabullenememe, ekonomik sorunlar, RT ve kemoterapiye bağlı yan etkiler gibi bir çok ve çok yönlü etkenler ruhsal sorunların ortaya çıkma riskini arttırmaktadır. Kanserli hastalarda en sık görülen ruhsal bozukluk depresyondur. Depresyon görülme sıklığı % 4,5-58 gibi çok geniş bir aralık içinde değişen oranlarda bildirilmektedir.

Radyoterapinin yan etkileri ve kanserin neden olduğu sorunlar, hasta bireyin anksiyete ve depresyon yaşamasını kolaylaştırmaktadır. Beser'in yaptığı çalışmada anksiyete ve depresyonun tedavi alan kanserli hastalarda tedavi ve hastalık süresince arttığı belirtilmiştir. Anksiyete ve depresyon hastanın tedaviye uyumunu, tedavi ekibi ile olan işbirliğini, tedaviye yanıtını, hastalığın seyrini olumsuz etkilemekte ve hasta bireyin yaşam kalitesini daha da düşürmektedir. Bu durum hastaların hastanede kalış sürelerini ve tedavinin maliyetini arttırmakta, hasta ve ailesini ekonomik ve psikolojik anlamda yıpratarak sosyal problemler yaşamalarına neden olmaktadır.

Velioğlu'nun yaptığı çalışmada hemşirelerin gerekli olan fiziksel bakımı zamanında ve güler yüzlü uygulayabildiği, hastayı bilgilendirerek, anksiyeteyi minimuma indirebildiği durumlarda hemşirelik bakımının etkinliğinin ve hasta memnuniyetinin artacağı belirtilmektedir. Hastalara verilen etkin bakımla hastanelerde kalış sürelerinin azaldığı ve hasta memnuniyetinin arttığını gösteren birçok çalışma vardır. Tüm bu nedenlerle RT uygulanan hastalarda hemşirelik bakım gereksinimi önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalarda hastalar bakımı ile ilgili gereksinimlerini ve sorunlarını hemşireler ile paylaşmak istediklerini ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin temel görevleri; insan yaşamının kalitesini yada niteliğini arttırmak, birey, aile ve toplumun gönencine katkı sağlamak ve insanların yaşamdan daha çok doyum almalarına destek olmaktır. Bu temel görev anlayışı içerisinde kanserli hastaların yaşamlarındaki bu önemli değişimler nedeniyle onları bütüncül (holistik) bir yaklaşımla

ele almaları ve profesyonel anlamda yaşam kalitelerini iyileştirmek için katkı sağlamaları gerekmektedir. Bu katkı kanser tanısı almış ve RT uygulanan hastaların karşı karşıya kalabilecekleri fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerle ilgili bilgilendirilmeleri, fizyolojik komplikasyonların önlenmesi ve gelişebilecek komplikasyonlarla baş etmeleri yönünde eğitilmeleri ile sağlanabilir. Bu nedenle kanser tanısı almış olan ve tedavi uygulanan hastanın yaşamında ortaya çıkan değişimlerin ve sorunların belirlenmesi, beklentilerin bilinmesi, hemşirelere hastalara hangi konularda rehberlik etmeleri gerektiğine temel oluşturacaktır. Sağlık personeli içerisinde hemşirelerin, hasta ve ailelerine duygularını ifade etme ve kanserle yaşamının getirdiği günlük stresler konusunda yardımcı olmak için bir çok olanakları vardır. Hemşire daima bireye ihtiyacı olan yardım ve bakımı en iyi şekilde sağlamaktan sorumludur.

Hastalara daha fazla yardımcı olabilmek, hasta bakımının kalitesini yükseltmek, hasta bireye holistik yaklaşabilmek ve hemşirelik sürecini doğru uygulayabilmek amacıyla hastaların bakım gereksinimlerinin bilinmesi önemlidir.

Bu araştırma da, radyoterapi uygulanan kanserli hastaların bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KANSER

Kanser çağımızın önde gelen sağlık sorunlarından biridir. Yüzyılın başlarında ölüme neden olan hastalıklar arasında yedinci ve sekizinci sıralarda yer alırken, bugün dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye’de kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (1-4).

Kanser, hücre çekirdeğinin hastalığıdır. İyonizan radyasyon, kozmik ışınlar yada diğer kansorejen etkenlerle DNA’daki baz sıralanışında meydana gelebilecek değişiklikler sonucu çekirdekteki genetik sistemin bir bölümünün mutasyona uğraması veya anormal aktivasyonu sonucunda ortaya çıkmaktadır (5-7).

Kanserin tedavi yöntemleri genel olarak 1860’lara kadar cerrahi ± KT iken, 20. yy başından itibaren bunlara RT ve immünoterapinin eklenmesi söz konusu olup, kanser tanısı konan hastaların bireysel özellikleri ve hastalığın durumuna göre bu yöntemlerden bir veya birkaçı tedavide kullanılmaktadır. Bu tedavi yöntemleri ile hastaların yaşam süresinin uzaması ve daha nitelikli yaşaması amaçlanmaktadır. Lokal tedavide cerrahi

ve RT etkili olurken, metastazları önlemek ancak KT ile mümkündür. Cerrahi ve RT ile % 40-50 oranında tümörün lokal kontrolü mümkün iken, metastazlar nedeni ile uzun süreli yaşam % 15-20'nin üstüne çıkamamaktadır (4,8-10).

2.2. RADYOTERAPİ

RT, günümüz kanser tedavisinin vazgeçilmez unsurlarından biridir. RT, malign ve seçilmiş bazı benign hastalıklarda iyonizan radyasyonun kullanılması prensibine dayanan bir tedavi yöntemidir. Radyasyon tedavisi, kanser tedavisinde X-ışınları, gamma ışınları ve elektronlar gibi iyonize radyasyonun tedavi edici olarak kullanılmasıdır. Klinik uygulamalarda alet seçimi, tedavi planlaması, dozimetri, sağlık personeli ve hasta için radyasyon emniyeti, tümör biyolojisi, hücre, doku ve organların iyonize radyasyona cevabı, immun sistemdeki değişiklikler önemlidir (11-14).

Tüm kanser hastalarının % 60'ına tedavilerinin bir bölümünde en az bir kez RT uygulanmaktadır.

İyonize radyasyon, tıpta 1895'te Roentgen'in X-ışınlarını keşfinden beri kullanılmaktadır. 1899'da RT ile ilk hasta tedavi edilmiş, 1910'da ilk brakiterapi denemeleri yapılmıştır. 1913 ve 1922 yıllarında X-ışını cihazları ile derin dokuların ışınlanması mümkün olmuştur. 1960-1970 yıllarında Co-60 teleterapi ünitelerinin ve lineer hızlandırıcıların yaygın olarak kullanılmasıyla birlikte kanser tedavisinde tek başına brakiterapi uygulamaları yaygınlığını yitirmiştir. 1980'lerden itibaren brakiterapi uygulamalarına, özellikle eksternal RT ile kombine edilerek devam edilmektedir (8,11,12,15).

2.3. RADYOTERAPİNİN AMAÇLARI

Radyoterapinin amacı; çevre sağlam dokuya en az zararlı, dikkatlice ölçülmüş radyasyon dozunun, belirlenmiş tümör volümüne verilmesidir. RT, esas olarak iki hedefe yöneliktir. Hastalığı tedavi etmek amacı ile küratif olarak veya hastalığı tümenden yok etmenin mümkün olmadığı durumlarda hastanın şikayetlerini hafifletmek ve yaşamda kalmayı uzatmak amacı ile palyatif olarak kullanılır. Eğer hastalık sistemik değilse tedavi küratif amaçla uygulanır. Her iki durumda tedaviye genellikle cerrahi ve KT yöntemleri de eşlik eder (8,11,13,16,17).

2.3.1. Küratif (İyileştirici) Radyoterapi

Hastalık hakkındaki mevcut bilgiler ışığında, hastalığın tamamen yok edilmesinin mümkün olduğu durumlarda uygulanan, kanser hücrelerinin tümüyle ortadan kaldırılmasına yönelik tedavi şeklidir. Küratif tedavi sonrası daha uzun süreli yaşam şansı vardır. Tedaviye bağlı bazı yan etkiler, istenmediği halde görülebilmektedir (16).

- a) **Önleyici Radyoterapi** : Amaç lokal nüksün veya muhtemel metastazın önlenmesidir. En sık rastlanılan uygulamalar: Akut lenfoblastik lösemilerde (ALL) tüm beyin ışınlanması, testis seminomlarında diyafragma altı paraaortik ve iliak lenf bezlerinin ışınlanması ve genelde cerrahi olarak primer tümörün çıkartıldığı tümör yatağına veya ganglion kürajından sonra metastatik lenf bezi görüldüğü durumlarda (meme kanseri, baş-boyun tümörleri, rektum kanseri, yumuşak doku sarkomları vs.) yapılan ışınlamalardır.
- b) **Ameliyat Öncesi (Preoperatuar) Radyoterapi** : Cerrahi olarak tam olarak çıkartılamayacak tümörlerin ameliyat öncesi ışınlanması ile cerrahi işleme uygun hale getirilmeleri amaçlanır. Kemik, yumuşak doku, rektum kanserlerinde olduğu gibi.
- c) **Adjuvan-Postoperatuar Radyoterapi** : Cerrahi ile tümörün tam olarak çıkartılmadığı veya KT ile primer tümör odağının yok olduğu durumlarda, tümör yatağında muhtemel mikroskopik kalıntıların yok edilmesi amacıyla yapılan ışınlamalardır. Embriyoner tümörler, mide, rektum, serviks ve küçük hücreli dışı akciğer kanseri gibi.
- d) **Primer Radyoterapi** : Küratif amaçla yalnız RT'nin kullanıldığı küçük hacimli baş boyun, serviks ve deri kanserinde veya ışına çok duyarlı ve/veya ameliyatı mümkün olmayan kanserlerde uygulanır. Medikal kontrendikasyon nedeniyle cerrahi ve KT uygulanamayan ileri yaştaki hastalarda tek tedavi yöntemi RT'dir (8).

2.3.2. Palyatif Radyoterapi

Bu tip tedavide amaç; sadece hastalığın belirtilerini hafifletmek ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Palyatif RT'de tümör kontrolü için bazen küratif dozun % 75-80'i kadar yüksek doz ışınlamalar gereklidir (16).

Palyatif tedavi şu amaçlarla uygulanmaktadır;

- Ağrı giderici : Kemik ve karaciğer metastazlarında,
- Bası azaltıcı (dekompresyon): Beyin ve omurilik metastazlarında, vena cava superior sendromlarında,
- Kanamaya karşı (hemostatik): Tümör nedeniyle hematüri veya uterus kanaması varsa ve durdurulamıyorsa,
- Küratif tedavi yapılamayan, ileri yaşta ve performansı düşük hastalarda yaşam kalitesini iyileştirmek, tümör küçülmesini temin etmek amacı ile (8,12,15,18).

2.4. RADYOTERAPİ TEDAVİ TEKNİKLERİ

Hastaya RT uygulanması kararı alındıktan sonra hangi teknikle RT uygulanacağına karar verilir. Daha sonra hedef alan ve doz sınırlayan organlar belirlenerek tedavi planlaması yapılır. RT tedavi planlamasında amaç, hedef alanda tümör dozunu maksimum düzeye çıkarırken, normal dokuya verilen dozu minimum düzeyde tutmaktır. Çünkü hedef alandaki maksimum doz komplikasyonları, minimum doz ise tümör tekrar olasılığını belirler. RT süresince belli aralıklarla port filmleri çekilerek tedavi alanları kontrol edilir (8,13).

Radyasyon tedavisi için birkaç teknik kullanılmaktadır. Klinikte temel olarak RT, teleterapi ve brakiterapi olmak üzere iki farklı şekilde uygulanır (8,11).

2.4.1. Teleterapi

Teleterapi; hastaya belli uzaklıktan radyoterapinin uygulanmasıdır.

Teleterapi Üniteleri

- a) Kobalt-60 teleterapi cihazı: Co-60, Co-59'un nötranla bombardımanından elde edilir. Teleterapi ünitelerinde en yaygın olarak kullanılan radyoizotoptur. SSD (kaynak-cilt mesafesi) 80 cm'de maksimum tedavi alanı 40×40 cm'dir.
- b) Betatron: Manyetik alanda elektronların hızlandırılması prensibi ile çalışır. Tedavi alanı maksimum 20×20 cm'dir. Cihazlar çok büyük ve hantaldır. Günümüzde kullanımdan kalkmak üzeredir.
- c) Lineer Hızlandırıcılar: Elektronlar yüksek frekanslı manyetik dalgalar ile hızlandırılır. Yüksek enerjili elektron demeti yüzeysel tümörlerin tedavisinde

kullanılacağı gibi, X-ışını demeti oluşturarak derin yerleşimli tümörler için de kullanılabilir (11-13).

2.4.2. Brakiterapi

Brakiterapi, tümöral dokuya veya tümör alanına, radyoaktif maddelerin kısa mesafeden uygulanmasıdır. Radyoaktif materyal (iğneler, tüpler, teller, çekirdekler) direkt olarak tümör içine (interstisyel brakiterapi), tümörün bulunduğu kavite ya da lümen içine (intrakaviter brakiterapi) ya da tümör yüzeyine (kontakt tedavi) yerleştirilerek uygulanır. İnterstisyel ve intrakaviter brakiterapi pek çok jinekolojik ve oral kavite tümörlerinde uygulanırken, kontakt tedavi daha çok deri tümörlerinde uygulanır. Brakiterapi ile tümöral dokuya yüksek doz radyasyon uygulanırken maksimum olarak çevre normal doku korunur (11,12,15,20).

2.5. RADYOTERAPİNİN YAN ETKİLERİ

RT'nin amacı kanserli hücreleri yok etmektir, ama bu arada tedavi alanı içinde kalan sağlıklı hücreler de etkilenmektedir. RT uygulandığında hücrede hasar oluşur. Hasara bağlı hücre ölümü oluşabilir ya da hasar tamir edilir ve hücre yaşamına devam eder. Tümör tedavisinde kaçınılmaz olarak sağlam dokularda tedavi alanına girmekte ve radyasyondan olumsuz etkilenmektedir. Radyasyonun normal dokuya yapacağı hasar bir çok faktöre bağlıdır;

- **Tedavi alanının genişliği ve lokalizasyonu:** Alan genişledikçe komplikasyon riski artar. Ayrıca tedavi alanının içinde yer alan kritik organ sayısı ve hacmi arttıkça, risk artar. Her organın radyasyona direnci değişiktir. Özellikle radyasyona toleransı az olan böbrek, karaciğer gibi dokuların alan içinde bulunduğu durumlarda azami dikkat gerekir.
- **Uygulanacak toplam ve günlük doz miktarı:** Gerek toplam ve gerek günlük doz miktarı ne kadar yüksekse, yan etki riski de o kadar yüksek olacaktır.
- **Hastanın yaşı ve genel durumu:** Yaşlı ve direnci düşük hastalarda, genel durumu bozuk hastalarda RT'ye bağlı yan etkiler daha çabuk gelişir ve daha problemlidir.
- **Tedavinin kalitesi:** Doğru cihaz seçimi, doğru planlama ve tedavi süresince dikkatli bir takiple yan etki olasılığını asgariye indirmek mümkündür (11,21).

Genelde, RT gören hastalarda tedavinin ilk haftasında belirgin hiçbir yan etkiye rastlanmaz. Doza bağımlı olmakla birlikte, ilk şikayetler yaklaşık birinci haftadan sonra başlar ve bazen bir ömür devam eden hasar oluşturabilir. Hızlı bölünen hücreler, yavaş bölünen hücrelere göre genellikle radyasyona daha fazla duyarlıdır. Bu nedenle radyasyonun akut etkisi hızlı bölünen hücrelere bağlı, kronik etkisi ise yavaş bölünen hücrelere bağlı olarak ortaya çıkar (21,22).

1. Akut Yan Etkiler; RT uygulanırken ya da uygulamayı takip eden, bir iki hafta içinde ortaya çıkar ve gastrointestinal mukoza, oral mukoza, deri ve kemik gibi hızlı hücre yenilenmesi olan dokularda görülür. İştahsızlık, bulantı, kusma, bitkinlik, uyuşukluk, diyare, özefagus hasarı, deri ve mukoza reaksiyonları, tüylerin dökülmesi ve kan hücrelerinin baskılanması akut komplikasyonlar içerisinde yer alır (5,11,15,17,21-24).

2. Kronik Yan Etkiler; Birkaç ay ile birkaç yıl içinde görülür. Hasarın ortaya çıkması için aylar, bazen yıllar geçmesi gerekir. Geç komplikasyonlar total doz ve uygulanan günlük doza bağlı olarak gelişir ve RT dozunu sınırlar. Yavaş bölünen veya hiç bölünemeyen organlarda ortaya çıkar. Radyasyonun doku üzerindeki direkt etkisi ile veya vasküler hasarlanmaya sekonder olarak gelişir. Bunlar; ışınlanan alanın sklerozu, kemik nekrozu, içi boş organların stenozu, kanama, sinir paralizileri, fibrosis, fistül oluşumu, iyileşmeyen ülserler ve spesifik olarak organlara verilen hasardır (11,12,21,23,25-27).

RT'nin hemen hemen tüm komplikasyonları tedavi alanındaki dokuların (deri dahil) kanlanmasındaki hasara bağlıdır. Bu hasar kalıcıdır ve genellikle yavaş yavaş ilerler. Bu durum da nekroza ve iyileşmede gecikmeye sebep olur (12,28).

RT'nin yan etkileri tümörün neden olduğu semptomlardan daha fazla olmamalıdır. Amaç, RT uygulanan süreden daha uzun bir süre semptomsuz bir yaşam sağlanması, yaşam kalitesinin artırılması, yaşam süresinde bir artış sağlanmasa da kanama, ağrı, obstrüksiyon gibi semptomların giderilmesi, olası kanama, obstrüksiyon, perforasyon gibi semptomların gelişiminin engellenmesidir (11).

2.6. RADYOTERAPİ UYGULANAN HASTALARDA HEMŞİRELİK BAKIMI

Kanser tedavisi alan hastanın hemşirelik bakımı, birçok yönden diğer hastalıkların tedavisindeki bakıma benzerlik gösterir. Bu benzerliğin yanında yer alan önemli farklılıklar nedeniyle de üst düzeyde hemşirelik girişimlerine çok fazla gereksinim duyulan bir alandır (15).

Onkoloji hemşiresinin görevleri şunlardır;

- Hasta ile birlikte olma,
- Saygı gösterme, değer verme,
- Hastanın özerkliğini koruma,
- İlişki kurma,
- Kendini ifade etmesine yardımcı olma,
- Ortak amaç belirleme,
- Destekleme,
- Umudu sürdürme,
- Bilgi verme, seçenek sunma,
- Öğretim,
- Rahatlığı sağlama,
- Semptomların kontrolü,
- Acıyı hafifletme,
- Tedaviyi uygulama,
- Sistemleri değerlendirme,
- Bakımın sürekliliğini sağlama,
- Hasta/ailesinin bakıma aktif katılımını sağlama,
- Hastanın gereksinimlerine odaklanma,
- Hastaya gereksinimi olduğu anda yardım etme,
- Psikososyal gereksinimlerin ele alınması,
- Yüksek teknik bakımı sağlama,
- Karmaşık bakımın koordinasyonu,
- Aile merkezli bakım sağlama,
- Hasta/ailenin savunuculuğu,

- Çatışmalı etik konuları ele alma,
- Sürecin izlemi ,
- İnterdisipliner ekip çalışmasını güdüleme,
- Ölüm anında onurunu koruma (29).

Kanser ya da kanser tedavisinin neden olduğu sıkıntılı durumlar morbiditeyi, tedaviyi sürdürmeyi ve yaşamın niteliğini etkileyebileceğinden kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin bu konuları bilmeleri gereklidir (15).

Hemşirelik bakımı komplikasyonları önleme, erken dönemde belirleme ve kontrol etmede yoğunlaşır. Günümüzde hemşirelerin semptom kontrolünde otonomileri artmaktadır. Semptom kontrolü hasta bakımında yaratıcı olma ve hastaların yaşam niteliğinde önemli farklılıklar yaratabilme olanağı sağlayan bir alandır.

RT öncesi hastalar radyoterapinin ne olduğu, hangi amaçlarla yapıldığı, tedavinin ne kadar süreceği, tedavi öncesi, sırası ve sonrasında neler yapması gerektiği ve acı duyup duymayacağı konusunda endişelidirler ve bilgiye gereksinimleri vardır. RT öncesi hemşire hasta ve ailesi ile görüşerek yanlış bilgileri düzeltmeli, eksik bilgileri tamamlamalıdır. Tedavi konusunda kısa ve net bilgiler vermelidir.

Eksternal RT uygulanacak hastaya, uygulama bölgesinin işaretleneceği, bu işaretleri yıkamaması, silmemesi gerektiği, işlemin ne kadar süreceği, ağrı duymayacağı ve kendisine verilen pozisyonu bozmaması söylenmelidir. Tedavi sonrası oluşabilecek komplikasyonlar konusunda hasta ve ailesi bilgilendirilmeli (EK-2), tedavi randevularına düzenli olarak gelmeleri önemle vurgulanmalıdır (19,26,30,31).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma, RT uygulanan kanserli hastaların bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi (GNH) Radyasyon Onkolojisi Ünitesi ve M. Kemal Dedeman Onkoloji Hastanesi RT Ünitesinde yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı dönemde Kayseri il sınırları içerisinde bu hastaneler dışında RT uygulanan başka bir RT ünitesi bulunmamaktadır.

Erciyes Üniversitesi GNH'si 884 yataklı olup, 452 doktor, 360 hemşire görev yapmaktadır. Radyasyon Onkolojisi Ünitesi hastanenin zemin katında yer almaktadır.

M. Kemal Dedeman Onkoloji Hastanesi Erciyes Üniversitesi Hastanesine bağlı olup, kampus sınırları içerisinde bulunmaktadır. Hastane 83 yataklı olup, 23 doktor ve 30

hemşire çalışmaktadır. Erciyes Üniversitesi M. Kemal Dedeman Onkoloji Hastanesi RT Ünitesi hastanenin bodrum katında yer almaktadır.

RT ünitelerinde bir adet Cobalt-60, bir adet Lineer Acceleratör (LINAC) ve bir adet brakiterapi cihazı ile hizmet verilmektedir. External RT uygulanmak üzere her iki hastanedeki ünitelere günde yaklaşık olarak 80-100 hasta kabul edilmektedir.

GNH ve M. Kemal Dedeman Onkoloji Hastanesi RT ünitelerinde toplam 9 teknisyen, 2 fizik mühendisi, 1 hemşire, 3 öğretim üyesi, 1 uzman, 3 asistan doktor hafta içerisinde 8.00-17.00 saatleri arasında hizmet vermektedir.

RT ünitelerinde görev yapan hemşire Sağlık Meslek Lisesi mezunu olup, çoğunlukla M. Kemal Dedeman Onkoloji Hastanesi RT ünitesinde bulunmakta, tedavi amacıyla gelen hastalara destek tedavisi (bulantı-kusma, ağrı v.b. şikayetleri olan hastalara Dr. istemine göre ilaç uygulaması) yapmakla sorumludur. Eksternal RT uygulanan hastalara radyasyon onkolojisi doktoru ve teknisyenin sorumluluğunda tedavi uygulanmaktadır. RT uygulanan ünitelerde hastalar için özel olarak düzenlenmiş bir eğitim programı bulunmamakta, RT hakkında ön bilgi doktorlar tarafından sözel olarak verilmektedir.

3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini; Erciyes Üniversitesi GNH ve Erciyes Üniversitesi M. Kemal Dedeman Onkoloji Hastanesi RT ünitelerine bir yıllık sürede RT uygulanması için kabul edilen tüm kanserli hastalar oluşturmaktadır.

3.4.ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini belirlemek amacıyla hastanelerin kayıtlarına bakılmış ve bir aylık süre içerisinde aynı hastanelerde yaklaşık 80-100 hastanın radyoterapi uygulanarak tedavi görmüş olduğu belirlenmiştir. Bu inceleme sonucunda 01.09.2004-28.02.2005 tarihleri arasında altı aylık sürede radyoterapi uygulanarak tedavi gören hastaların örneklemini oluşturması planlanmış, ayrıca bir örneklem seçimine gidilmemiştir. RT uygulanmak üzere ünitelere kabul edilen, örneklem kapsamına giren 450 hastadan; 105'i araştırma sınırlılıklarına girdiği için örnek dışı bırakılmış, değerlendirme **345** hasta üzerinden yapılmıştır.

3.5.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bakım gereksinimlerini rahat ifade edemeyeceği düşünül­düğü için, 18 yaş altı, işitme-konuşma zorluğu, zeka geriliği ya da bunama gibi herhangi bir iletişim sorunu olan bireylerle, tedavinin birinci haftasında olan, ön uygulamaya alınan ve daha önce anket uygulanmış olup tekrar tedavi alan, araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ve brakiterapi uygulanan bireyler (hastalar sadece bir gün hastaneye geldiğinden) çalışma dışı bırakılmıştır.

3.6.VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

3.6.1.Veri Toplama Aracının Hazırlanması

Araştırmanın verileri; RT uygulanan kanserli hastaların bakım gereksinimlerini belirlemeye yönelik araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu (EK-1) ile toplanmıştır.

Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür taraması yapılarak ve uzman görüşü alınarak hazırlanan anket formu radyoterapi uygulanan kanserli hastaların tanıtıcı özelliklerini, hastaların bakım gereksinimlerini belirlemeyi içeren toplam 50 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2.Ön Uygulama

Hazırlanan anket formunun işlerliğini tespit etmek amacıyla, Erciyes Üniversitesi GNH ve Erciyes Üniversitesi M. Kemal Dedeman Onkoloji Hastanesi RT ünitelerine RT tedavisi için başvuran ilk 20 hastaya Eylül 2004 tarihinde ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucuna göre gerekli düzeltmeler yapılarak anket formuna son şekli verilmiştir.

3.6.3.Veri Toplama Aracının Uygulanması

Çalışmanın yapılabilmesi için önce etik kurul onayı (EK-3) alınmıştır. Örnekleme alınan bireylere tedaviye başladıktan 1 hafta sonra araştırmacı tarafından çalışmanın amacı açıklanmış ve sözlü onayları alınmıştır.

Anket formu araştırmacı ve araştırmacı tarafından anket doldurma tekniği ve radyoterapinin yan etkileri konusunda eğitilen bir anketörle, örnekleme alınan bireylerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak ve hasta kayıtlarından yararlanılarak

doldurulmuştur. Anket formu uygulandıktan sonra araştırmacı ve anketör tarafından hastalara radyoterapinin yan etkilerine yönelik yapılması gerekenlere ilişkin eğitim verilmiştir. Eğitim sonrası araştırmacı tarafından hazırlanan radyoterapinin yan etkileri ve yapılması gerekenler ile ilgili gerekli bilgileri içeren kitapçık (EK-2) hastalara verilmiştir.

Veriler; 01.09.2004-28.02.2005 tarihleri arasında, hafta içi her gün, 8:00-17:00 saatleri arasında toplanmıştır.

Görüşmeler poliklinik odasında, görüşmenin kesintiye uğramayacağı bir ortamda yapılmış ve ortalama 25-30 dakika sürmüştür.

3.6.4.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede dört gözlü ve çok gözlü düzenlerde ki-kare testi kullanılmıştır.

Hastaların tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, eğitim vb.) bağımsız, hastaların sorun yaşama durumları, beklentileri ve gereksinim ifadeleri ise bağımlı değişken olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Radyoterapi uygulanan kanserli hastaların bakım gereksinimlerinin araştırılması amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. RT uygulanan bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n:345)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	157	45.5
Erkek	188	54.5
Yaş Grubu		
20-29	13	3.7
30-39	38	11.0
40-49	82	23.8
50-59	91	26.4
60 yaş ve üstü	121	35.1
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	64	18.6
Okur yazar	34	9.9
İlköğretim	175	50.7
Ortaöğretim	52	15.0
Yüksek Öğretim	20	5.8

Tablo 4.1. 'in devamı

Tanıtcı Özellikler	Sayı	%
Medeni Durumu		
Evli	304	88.1
Dul	32	9.3
Bekar	6	1.7
Boşanmış/Ayrı Yaşıyor	3	0.9
Yaşanılan Yer		
Kayseri İl Merkezi	166	48.1
Kayseri İlçe	42	12.2
Kayseri Köy	18	5.2
Kayseri dışı il merkezi	47	13.6
Kayseri dışı ilçe	43	12.5
Kayseri dışı köy	29	8.4
Gelir Durumu(Kendi İfadesine Göre)		
İyi	43	12.5
Orta	228	66.1
Kötü	74	21.4
Sosyal Güvence		
Emekli sandığı	55	15.9
Bağ-kur	57	16.5
SSK	174	50.4
Yeşil Kart	59	17.2
Tanı		
Meme Ca	59	17.1
Akciğer Ca	68	19.7
Sindirim sistemi Ca	34	9.9
Baş-boyun Ca	88	25.5
Lenfoma	18	5.2
Üreme organı Ca	19	5.5
Boşaltım sistemi Ca	39	11.3
Diğer	20	5.8
Metastaz varlığı		
Var	44	12.8
Yok	301	87.2
Metastaz Bölgesi* (n=44)**		
Kemik	35	79.5
Karaciğer	12	27.2
Baş-boyun	6	13.6
Diğer	2	4.5

Tablo 4.1. 'in devamı

Tanıtcı Özellikler	Sayı	%
Tanı süresi		
0-12 ay	272	78.8
13 ay ve üstü	73	21.2
RT'de eşlik eden yakını		
Var	261	75.7
Yok	84	24.3
Eşlik Eden Kişi* (n= 261)**		
Eşi	205	78.5
Çocukları	109	41.7
Akraba	44	16.8
Anne-Baba & Komşu	7	2.6

* Birden fazla cevap verilmiştir.

** Yüzdeler “n” üzerinden hesaplanmıştır.

RT uygulanan bireylerin tanıtcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1'de görülmektedir. RT uygulanan bireylerden % 54.5'i erkek, % 35.1'i 60 yaş ve üstü yaş grubunda, % 50.7'si ilkokul mezunu, % 88.1'i evli, % 48.1'i Kayseri il merkezinde yaşamakta, kendi ifadelerine göre % 66.1'inin gelir durumu orta, % 21.4'ünün ise gelir durumu kötü düzeyde, % 50.4'ü SSK sosyal güvencesine sahiptir. Bireylerin % 25.5'i baş-boyun Ca, % 19.7'si akciğer Ca tanısı ile takip edilmekte, % 12.8'inde metastaz bulunmakta, metastazı olanların % 79.5'inde metastazın kemik bölgesinde olduğu görülmektedir. Kadınların % 37.6'sının meme Ca tanısı ile takip edildiği saptanmıştır. Çalışma grubunun % 78.8'inin tanısının bir yıl ve daha kısa süreden beri konulduğu, % 75.7'sininin tedavi sırasında kendisine eşlik eden yakını olduğu, bunların % 78.5'ini eşlerin oluşturduğu görülmüştür.

Tablo 4.2. RT uygulanan bireylerin RT'ye ilişkin özelliklerine göre dağılımı (n:345)

RT'ye ilişkin Özellikler	Sayı	%
RT uygulanan yer		
GNH	171	49.6
Onkoloji Hastanesi	174	50.4
RT'ye gelme şekli		
Serviste yatarak	62	18.0
Ayaktan	283	82.0
RT uygulanan bölge sayısı		
1	21	6.1
2	209	60.6
3	39	11.3
4	44	12.8
5 ve üstü	32	9.2
RT uygulanan süre		
10 gün ve altı	67	19.4
11-20 gün	46	13.3
21-30 gün	206	59.7
31 gün ve üstü	26	7.6
RT uygulanan bölge		
Meme	49	14.2
Mediastinum	71	20.6
Colon-rectum	22	6.4
Mide	29	8.4
Baş-boyun	91	26.4
Mesane-prostat	10	2.9
Kadın üreme organları	10	2.9
Kemik	56	16.2
Diğer	7	2.0
Daha önce KT uygulanma durumu		
Uygulanan	39	11.3
Uygulanmayan	306	88.7
RT Ünitesini tanıma durumu		
Tanıyan	248	71.9
Tanımayan	97	28.1
İletişim kurduğu sağlık personeli varlığı		
Var	329	95.3
Yok	16	4.7
İletişim kurduğu sağlık personeli*(n=329)**		
Doktor	111	33.7
Teknisyen	279	84.8
Hemşire	1	0.3

* Birden fazla cevap verilmiştir.

** Yüzdeler “n” üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.2’de RT uygulanan bireylerin RT’ye ilişkin özelliklerine göre dağılımı verilmektedir. Bireylerin % 50.4’üne Onkoloji hastanesinde, % 49.6’sına GNH’de RT uygulanmakta, % 18.0’ı serviste takip edilmekte, % 93.9’una birden fazla bölgeden RT uygulanmaktadır. Bireylerin % 67.3’üne RT uygulanan süre 21 gün ve üzeri olup, % 26.4’üne baş-boyun bölgesinden, % 20.6’sına mediastinumdan RT uygulanmakta, % 11.3’üne de daha önce KT uygulandığı görülmektedir. RT uygulanan bireylerin % 71.9’u RT ünitesini tanıdığını, % 28.1’i üniteyi tanımadığını ifade ederken, % 95.3’ü tedavi sırasında sağlık personeli ile iletişimde bulunduğunu, % 4.7’si iletişimde bulunduğu herhangi bir sağlık personeli olmadığını, % 84.8’i üniteye en çok teknisyen ile, % 0.3’ü hemşire ile iletişim halinde olduğunu belirtmektedir.

Tablo 4.3. RT uygulanan bireylerin RT ile ilgili bilgilenme durumlarına göre dağılımı (n:345)

Tedavi hakkında bilgi verilme durumu	Sayı	%
Verilen	156	45.2
Verilmeyen	189	54.8
Bilgi veren kişi* (n=156)**		
Doktor	133	85.2
Teknisyen	20	12.8
Diğer hastalar	11	7.0
Aile yakınları	3	1.9
Hemşire	1	0.6
Verilen bilgiyi yeterli bulma durumu (n=156)**		
Yeterli	50	32.1
Kısmen yeterli	67	42.9
Yetersiz	39	25.0
Bilgiye gereksinim duyma durumu		
Duyan	279	80.9
Duymayan	66	19.1
Bilgi istenilen konu *(n=279)**		
Genel Durum-Kontrol zamanı	223	79.9
Banyo	115	41.2
Yan Etki	157	56.2
Diyet	21	7.5
Bölge işaretleri	26	9.3
Giyinme	21	7.5
Bilgiyi almak istedikleri kişi *(n=279)**		
Doktor	92	32.6
Üniteye görevli herhangi bir uzman	188	67.4

Tablo 4.3. 'ün devamı

Bilgi almak istenilen kişileri seçme nedenleri *(n=279)**	Sayı	%
Bilinçli-bilgili olması	88	31.5
İlgilenmesi	11	3.9
Yetkili olduğunu düşünmesi	13	4.6
Önemli olanın bilgi almak olduğunu düşünmesi	170	60.9
RT'nin yan etkilerini bilme (kendi ifadesine göre)		
Bilen	188	54.5
Bilmeyen	157	45.5
Yan etkileri öğrendiği bilgi kaynağı* (n=188)**		
Kendi deneyimi	81	42.9
Doktor	60	31.9
Diğer hastalar	53	28.1
Teknisyen	33	17.5
Hemşire	3	1.5

* Birden fazla cevap verilmiştir.

** Yüzdeler “n” üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.3’de RT uygulanan bireylerin RT ile ilgili bilgilendirme durumlarına göre dağılımı yer almaktadır. Bireylerin % 45.2’sine RT’ye ilişkin bilgi verilmiş, bilgi verilenlerin % 85.2’si bu bilgiyi doktordan, % 0.6’sı hemşireden edindiklerini, % 32.1’i verilen bilgiyi yeterli bulduklarını ifade etmiştir. RT uygulanan bireylerin % 80.9’u bilgiye gereksinim duyduklarını ve bu bireylerin % 79.9’u genel durum - kontrol zamanına, % 56.2’si tedavinin yan etkilerine ilişkin bilgiye gereksinim duyduklarını belirtmektedir. Bilgi gereksinimi olan bireylerden % 31.5’inin bilinçli-bilgili, % 60.9’unun önemli olanın bilgi almak olduğunu düşünerek, ünite görevli herhangi bir uzman kişiden (% 67.4) bilgi almak istedikleri görülmektedir. Bireylerin % 54.5’i RT’nin yan etkilerini bildiğini ifade ederken, % 42.9’u bu bilgiyi kendi deneyimleri ile öğrendiğini, % 31.9’u doktordan, % 28.1’i diğer hastalardan, % 1.5’i hemşireden bilgi edindiklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 4.4. RT uygulanan bireylerin daha önce radyoterapi tedavisi deneyimi ile ilişkili durumlarına göre dağılımı (n:345)

Daha önce RT tedavisi	Sayı	%
Uygulanma Durumu		
Uygulanan	46	13.3
Uygulanmayan	299	86.7
Uygulanma Sayısı (n=46)**		
1 kez	33	71.7
2 kez ve üstü	13	28.3
Sorun yaşama durumu (n=46)**		
Yaşayan	35	76.1
Yaşamayan	11	23.9
Yaşanılan Sorun* (n=35)**		
Halsizlik-yorgunluk	28	80.0
İştahsızlık	28	80.0
Bulantı-kusma	28	80.0
Yutma güçlüğü	17	48.5
Kilo kaybı	10	28.5
Ağrı	6	17.1
Saç-kaş dökülmesi	5	14.2
Ağızda yara	3	8.5
Diğer	4	11.4
Soruna yönelik uygulama (n=35)**		
Yapılan	22	62.9
Yapılmayan	13	37.1
Yapılan uygulama çeşidi (n=22)**		
İlaç	7	31.8
Bilgi&açıklama	4	18.2
İlaç+bilgi	11	50.0
Uygulamayı yapan kişi (n=22)**		
Doktor	20	91.0
Hemşire	1	4.5
Teknisyen	1	4.5
Uygulamanın yapılma nedeni (n=22)**		
Kendi talebi	16	72.7
Kendiliğinden	6	27.3

* Birden fazla cevap verilmiştir.

** Yüzdeler “n” üzerinden hesaplanmıştır.

RT uygulanan bireylerin daha önce RT tedavisi deneyimi ile ilişkili durumlarına göre dağılımı Tablo 4.4'de görülmektedir. Bireylerin % 13.3'üne daha önce RT tedavisi uygulanmış olup, % 71.7'sine bu tedavi bir kez uygulanmışken, % 76.1'i tedavi esnasında sorun yaşadığını ifade etmiştir. Bireyler RT tedavisi esnasında en sık yaşadıkları sorunları halsizlik-yorgunluk (% 80), iştahsızlık (% 80), bulantı-kusma (% 80) olarak belirtmişlerdir. Sorun yaşayan bireylerin % 62.9'una yaşadıkları soruna yönelik uygulama yapılmış, % 50.0'ı bu uygulamanın konu ile ilgili bilgi verilmesi ve ilaç uygulanması şeklinde olduğunu ifade etmişlerdir. Bireylerin % 91.0'ına yaşanan soruna yönelik uygulamayı doktor yapmış ve bunların % 72.7'si uygulama yapılmasını kendilerinin talep ettiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.5. RT uygulanan bireylerin RT sırasında sorun yaşama ve yaşanan soruna yönelik uygulama yapılma durumlarına göre dağılımı (n:345)

Tedavi esnasında sorun yaşama	Sayı	%
Yaşayan	279	80.9
Yaşamayan	66	19.1
Yaşanılan sorun* (n=279)**		
Yorgunluk-halsizlik	240	86.0
Bulantı-Kusma	167	59.9
İştahsızlık	142	50.9
Yutma güçlüğü	134	48.0
Stomatit	90	32.3
Ciltte değişiklik	88	31.5
Ağrı	61	21.9
Kilo kaybı	41	14.7
Diare	24	8.6
Konstipasyon	23	8.2
Saç-kaş-sakal dökülmesi	19	6.8
Baş dönmesi	17	6.1
Uykusuzluk	17	6.1
Diğer	33	11.8
Soruna yönelik yardım isteme		
İsteyen	213	76.3
İstemeyen	66	23.7

Tablo 4.5. 'in devamı

Yardım istenen sağlık personeli* (n=213)**		
Doktor	158	74.1
Teknisyen	49	23.0
Hemşire	11	5.1
Yardım istedikleri kişileri seçme nedenleri*(n=213)**		
Bilinçli-bilgili olması	112	52.6
İlgilenmesi	93	43.6
Yetkili olduğunu düşünmesi	16	7.5
Soruna yönelik uygulama yapılma durumu (n=279)**		
Yapılan	168	60.2
Yapılmayan	111	39.8
Uygulamayı yapan kişi* (n=168)**		
Doktor	150	89.2
Hemşire	2	1.1
Diğer hastalar	2	1.1
Teknisyen	27	16.0
Uygulamayı yeterli bulma durumu (n=168)**		
Yeterli bulan	93	55.4
Kısmen yeterli bulan	43	25.6
Yeterli bulmayan	32	19.0
Uygulamanın yapılma nedeni (n=168)**		
Hastanın kendi talebi	134	79.8
Tedavi ekibinin kararı	34	20.2
Yapılan uygulama (n=168)**		
İlaç başlanması	67	39.9
Duruma ilişkin açıklama	51	30.4
İlaç uygulaması ve duruma ilişkin açıklama	50	29.7

* Birden fazla cevap verilmiştir.

** Yüzdeler “n” üzerinden hesaplanmıştır.

RT uygulanan bireylerin RT sırasında sorun yaşama ve yaşanan soruna yönelik uygulama yapılma durumlarına göre dağılımı Tablo 4.5’de verilmiştir. Bireylerin % 80.9’u sorun yaşadıklarını, yaşanan sorunu % 86.0’ı yorgunluk-halsizlik, % 59.9’u bulantı-kusma, % 50.9’u iştahsızlık olarak belirtmiştir. Bireylerin % 32.3’ünde stomatit geliştiği, stomatit gelişen bireylerin ise % 27.3’üne baş-boyun bölgesinden RT uygulandığı saptanmıştır. Sorun yaşayan bireylerin % 60.2’sine soruna yönelik

uygulama yapılmış, bu uygulamayı % 89.2'sine doktor yapmış, % 55.4'ü yapılan uygulamayı yeterli bulmuş, % 79.8'i uygulama yapılmasını kendisi talep etmiştir. Sorun yaşayan bireylerin % 39.9'una soruna yönelik ilaç verildiği, % 30.4'üne de duruma ilişkin açıklama yapıldığı görülmüştür. Tedaviye ayaktan gelen bireylerin en yoğun yaşadığı sorunun yorgunluk, bulantı-kusma ve iştahsızlık olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.6. Onkoloji Hastanesi'nde RT uygulanan bireylerin ünite görev yapan hemşireyi tanıma ve bu hemşireden beklenti durumlarına göre dağılımı (n:174)

Hemşireyi Tanıma Durumu	Sayı	%
Tanıyan	30	17.2
Tanımayan	144	82.8
Hemşirenin yaklaşımı(n=30)*		
Yeterince iyi	28	93.3
İlgisiz	2	6.7
Hemşireden beklentisi (n=30)*		
Olan	23	76.7
Olmayan	7	23.3
Hemşireden beklenti şekli (n=23)*		
İlgilenme	21	91.4
İyileştirme	1	4.3
Bilgi verme	1	4.3

*Yüzdeler "n" üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.6'da Onkoloji Hastanesi'nde RT uygulanan bireylerin radyoterapi ünitesinde görev yapan hemşireyi tanıma ve bu hemşireden beklenti durumlarına göre dağılımı yer almaktadır. Bireylerin % 82.8'i RT ünitesinde görev yapan hemşireyi tanımadığını belirtmiş, tanıyanların % 93.3'ü hemşirenin yaklaşımını iyi olarak ifade etmiştir. Bireylerin % 76.7'si hemşireden beklentisi olduğunu, % 91.4'ü bu beklentinin kendileriyle ilgilenmeleri şeklinde olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.7. RT uygulanan bireylerin RT ünitesinden beklenti durumlarına göre dağılımı (n:345)

RT Ünitesinden Beklentisi	Sayı	%
Olan	205	59.5
Olmayan	140	40.5
Beklentiler* (n=205)**		
Bilgi alma	150	73.1
Yatarak tedavi alma	39	19.0
Daha iyi fiziksel ortam	30	14.6
Daha iyi tedavi imkanı	17	8.2
Psikolojik destek	10	4.8
Mesai dışı tedavi ve ücret düzenlemesi	3	1.4

* Birden fazla cevap verilmiştir.

** Yüzdeler “n” üzerinden hesaplanmıştır.

RT uygulanan bireylerin RT ünitesinden beklenti durumlarına göre dağılımı Tablo 4.7’de verilmiştir. RT uygulanan bireylerin % 59.5’i beklentisi olduğunu ifade etmiş, % 73.1’i bilgi almak istediklerini, % 19.0’ı yatarak tedavi almak istediklerini belirtmiştir. Yatarak tedavi almak isteyen bireylerin çoğunluğunun tedaviye Kayseri dışından geldiği tespit edilmiştir.

Tablo 4.8. RT uygulanan bireylerin sorun yaşama ve bilgi almayı isteme durumlarına göre dağılımı (n:345)

Sorun Yaşama	Bilgi Almayı İsteme						Test
	İsteyen		İstemeyen		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaşayan	232	83.2	47	16.8	279	100.0	X²=4.920 p < 0.05
Yaşamayan	47	71.2	19	28.8	66	100.0	
Toplam	279	80.8	66	19.2	345	100.0	

RT uygulanan bireylerin sorun yaşama ve bilgi almayı isteme durumlarına göre dağılımı Tablo 4.8’de görülmektedir. RT uygulanan bireylerden tedavi sırasında sorun yaşayanların % 83.2’si, sorun yaşamayanların % 71.2’si bilgi almak istediklerini ifade etmiş ve gruplar arasındaki bu farklılık da anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4.9. RT uygulanan bireylerin tedaviye gelme şekli ve üniteden beklenti durumlarına göre dağılımı

Tedaviye gelme şekli	Üniteden beklenti						Test
	Var		Yok		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Serviste yatarak	24	38.7	38	61.3	62	100.0	X²=13.445 p < 0.05
Ayaktan	181	64.0	102	36.0	283	100.0	

Tablo 4.9’da RT uygulanan bireylerin tedaviye gelme şekli ve üniteden beklenti durumlarına göre dağılımı verilmektedir. RT tedavisine servisten yatarak gelen bireylerin % 38.7’si, ayaktan gelen bireylerin ise % 64.0’ı üniteden beklentisi olduğunu ifade etmiştir. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur (p < 0.05).

Tablo 4.10. RT tedavisinde sorun yaşayan bireylerin sağlık personeli ve aile bireylerinden beklenti durumlarına göre dağılımı (n:279)

Doktordan Beklentisi	Sayı	%
Olan	128	45.9
Olmayan	151	54.1
Beklenti şekli* (n=128)**		
Tedavi olma iyileşme	68	53.1
Bilgi verme	46	35.9
İlgi, moral	31	24.2
Hemşireden Beklentisi		
Olan	20	7.2
Olmayan	259	92.8
Beklenti şekli* (n=20)**		
İlgi	19	95.0
Güleryüz-Hoşgörü	4	20.0
İyileşme	1	5.0
Aile Bireylerinden Beklentisi		
Olan	28	10.0
Olmayan	251	90.0
Beklenti şekli (n=28)**		
İlgi	28	100.0

* Birden fazla cevap verilmiştir.

** Yüzdeler “n” üzerinden hesaplanmıştır.

RT tedavisinde sorun yaşayan bireylerin sağlık personeli ve aile bireylerinden beklenti durumlarına göre dağılımı Tablo 4.10’da verilmiştir. Bireylerin % 45.9’u doktordan beklentisi olduğunu belirtmiş, % 53.1’i bu beklentiye tedavi olma-iyileşme olarak ifade etmiştir. Bireylerin % 7.2’si hemşireden beklentisi olduğunu ifade etmiş, % 95.0’ı bu beklentiye ilgi, % 20.0’ı hoşgörü olarak belirtmiştir. Bireylerin % 10.0’ının aile bireylerinden beklentisi olduğu, beklentisi olanların tamamının ise kendisine karşı ilgili olmalarını istedikleri görülmüştür.

Tablo 4.11. RT uygulanan bireylerin tanıtıcı özellikleri ve sorun yaşama durumlarına göre dağılımı (n:345)

Tanıtıcı Özellikler	Sorun Yaşama Durumu				Test
	Yaşayan %	Yaşamayan %	Toplam S	%	
Cinsiyet					$X^2=2.752$ $p>0.05$
Kadın	84.7	15.3	157	100.0	
Erkek	77.7	22.3	188	100.0	
Yaş Grubu					$X^2=0.230$ $p>0.05$
20-39	78.4	21.6	51	100.0	
40yaş ve üzeri	81.3	18.7	294	100.0	
Eğitim Durumu					$X^2=0.554$ $p>0.05$
Okur yazar değil / Okur yazar	81.6	18.4	98	100.0	
İlköğretim	79.4	20.6	175	100.0	
Lise / Yüksek Öğretim	83.3	16.7	72	100.0	
Medeni Durumu					$X^2=0.077$ $p>0.05$
Evli	81.2	18.8	304	100.0	
Evli olmayan	78.0	22.0	41	100.0	
Yaşanılan Yer					$X^2=0.800$ $p>0.05$
İl Merkezi	82.2	17.8	213	100.0	
İlçe	77.6	22.4	85	100.0	
Belde /Köy	80.9	19.1	47	100.0	
Gelir Durumu (Kendi İfadesine Göre)					$X^2=2.720$ $p>0.05$
İyi	74.4	25.6	43	100.0	
Orta	80.3	19.7	228	100.0	
Kötü	86.5	13.5	74	100.0	
Sosyal Güvence					$X^2=0.061$ $p>0.05$
Emekli sandığı	81.8	18.2	55	100.0	
Bağ-kur	80.7	19.3	57	100.0	
SSK	80.5	19.5	174	100.0	
Yeşil Kart	81.4	18.6	59	100.0	
Tanı					$X^2=8.250$ $p>0.05$
Meme Ca	81.4	18.6	59	100.0	
Akciğer Ca	83.8	16.2	68	100.0	
Sindirim sistemi Ca	85.3	14.7	34	100.0	
Baş-boyun Ca	83.0	17.0	88	100.0	
Boşaltım sistemi Ca	64.1	35.9	39	100.0	
Diğer	82.5	17.5	20	100.0	

Tablo 4.11. 'in devamı

Tanıtıcı Özellikler	Sorun Yaşama Durumu				Test
	Yaşayan %	Yaşamayan %	Toplam S	%	
Metastaz varlığı					
Var	86.4	13.6	44	100.0	X ² =0.619 p>0.05
Yok	80.1	19.9	301	100.0	
Tanı süresi					
0-12 ay	80.9	19.1	272	100.0	X ² =0.000 p>0.05
13 ay ve üstü	80.8	19.2	73	100.0	
RT'de eşlik eden yakını					
Var	80.8	19.2	261	100.0	X ² =0.000 p>0.05
Yok	81.0	19.0	84	100.0	
Eşlik Eden Kişi *(n= 261)**					
Eşi	82.6	17.4	115	100.0	X ² =3.007 p>0.05
Çocukları	83.5	18	109	100.0	
Diğer	72.5	14	51	100.0	

* Birden fazla cevap verilmiştir.

** Yüzdeler "n" üzerinden hesaplanmıştır.

RT uygulanan bireylerin tanıtıcı özellikleri ve sorun yaşama durumlarına göre dağılımı Tablo 4.11'de görülmektedir. Çalışmada, RT uygulanan bireylerden erkeklerin % 84.7'si, 40 yaş ve üzerinde olanların % 81.3'ü, lise/yüksek okul öğretim mezunu olanların % 83.3'ü, evli olanların % 81.2'si, il merkezinde yaşayanların % 82.2'si, gelir durumu kötü olanların % 86.5'i emekli sandığı sağlık güvencesine sahip olanların % 81.8'i, sindirim sistemi Ca tanısına sahip olanların % 85.3'ü, metastazlı olanların % 86.4'ü, tanı süresi 0-12 ay olanların % 80.9'u, tedavi esnasında eşlik eden yakını olmayanların % 81.0'ı, eşlik eden yakını çocukları olanların % 83.5'i, RT tedavisi esnasında sorun yaşadıklarını ifade etmiştir. İstatistiksel incelemede gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı değildir (p > 0.05).

Tablo 4.12. RT uygulanan bireylerin RT tedavisine ilişkin özellikleri ve sorun yaşama durumlarına göre dağılımı (n:345)

RT tedavisine ilişkin özellikler	Sorun Yaşama Durumu				Test
	Yaşayan %	Yaşamayan %	Toplam S	%	
RT uygulanan yer					X ² =1.003 p>0.05
GNH	83.0	17.0	171	100.0	
Onkoloji Hastanesi	78.7	21.3	174	100.0	
RT'ye gelme şekli					X ² =0.885 p>0.05
Serviste yatarak	75.8	24.2	62	100.0	
Ayaktan	82.0	18.0	283	100.0	
RT uygulanan bölge sayısı					X ² =0.021 p>0.05
2 bölge ve altı	80.4	19.6	230	100.0	
3 bölge ve üstü	81.7	18.3	115	100.0	
RT uygulanan süre					X ² =0.339 p>0.05
10 gün ve altı	77.6	22.4	67	100.0	
11 gün ve üstü	81.7	18.3	278	100.0	
RT uygulanan bölge					X ² =4.993 p>0.05
Meme	79.6	20.4	49	100.0	
Mediastinum	84.5	15.5	71	100.0	
Boşaltım-Üreme	68.8	31.2	32	100.0	
Mide	82.8	17.2	29	100.0	
Baş-boyun	84.6	15.4	91	100.0	
Kemik	78.6	21.4	56	100.0	
Diğer	76.5	23.5	17	100.0	
Daha önce KT alma durumu					X ² =0.202 p>0.05
Alan	76.9	23.1	39	100.0	
Almayan	81.4	18.6	306	100.0	
RT Ünitesini tanıma durumu					X ² =0.103 p>0.05
Tanıyan	80.2	19.8	248	100.0	
Tanımayan	82.5	17.5	97	100.0	
İletişim kurduğu sağlık personeli varlığı					X ² =1.799 p>0.05
Var	80.2	19.8	329	100.0	
Yok	93.8	6.2	16	100.0	
İletişim kurduğu sağlık personeli* (n=329)**					X ² =3.731 p>0.05
Doktor	85.1	14.9	114	100.0	
Teknisyen	79.2	20.8	279	100.0	
Diğer	94.1	5.9	17	100.0	

* Birden fazla cevap verilmiştir.

** Yüzdeler "n" üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.12’de RT uygulanan bireylerin RT tedavisine ilişkin özellikleri ve sorun yaşama durumlarına göre dağılımı verilmiştir. RT tedavisi GNH’de uygulananların (% 83.0), tedaviye ayaktan gelenlerin (% 82.0), üç ve daha fazla bölgeden tedavi uygulananların (% 81.7), 11 gün ve daha fazla süre RT uygulananların (% 81.7) sorun yaşadığı saptanmıştır. Bireylere RT tedavisi baş-boyun bölgesinden uygulananların (% 84.6), mediastinumdan uygulananların (% 84.5), daha önce KT tedavisi almayanların (% 81.4), tedavi sırasında sağlık personeli ile iletişim kurmayanların (% 93.8), en çok hemşire ile iletişim halinde olanların (% 100.0) sorun yaşadığı belirlenmiştir. Gruplar arasında yüzde olarak fark bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.13. RT tedavisi sırasında sorun yaşayan bireylerin tanıtıcı özellikleri ve sağlık personelinin beklentisi olma durumuna göre dağılımı (n:279)

Tanıtıcı Özellikler	Sağlık Personelinin Beklentisi				Test
	Olan %	Olmayan %	Toplam S	%	
Cinsiyet					
Kadın	46.6	53.4	133	100.0	$X^2=0.461$ $p>0.05$
Erkek	50.7	49.3	146	100.0	
Yaş Grubu					
20-49	55.1	44.9	107	100.0	$X^2=2.841$ $p>0.05$
50 yaş ve üzeri	55.2	44.8	172	100.0	
Eğitim Durumu					
Okur yazar değil / Okur yazar	48.8	51.2	80	100.0	$X^2=2.158$ $p>0.05$
İlköğretim	45.3	54.7	139	100.0	
Lise / Yüksek Öğretim	56.7	43.3	34	100.0	
Medeni Durumu					
Evli olan	50.6	49.4	247	100.0	$X^2=2.915$ $p>0.05$
Evli olmayan	34.4	65.6	32	100.0	
Yaşanılan Yer					
İl Merkezi	51.4	48.6	175	100.0	$X^2=3.044$ $p>0.05$
İlçe	39.4	60.6	23	100.0	
Belde / Köy	52.6	47.4	20	100.0	

Tablo 4.13. 'ün devamı

Tanıtcı Özellikler	Sağlık Personelinden Beklentisi				Test
	Olan %	Olmayan %	Toplam S	%	
Gelir Durumu(Kendi İfadesine Göre)					
İyi	53.1	46.9	32	100.0	$X^2=2.250$ $p>0.05$
Orta	50.8	49.2	183	100.0	
Kötü	40.6	59.4	64	100.0	
Sosyal Güvence					
Emekli sandığı	60.0	40.0	45	100.0	$X^2=8.702$ $p<0.05$
Bağ-kur	30.4	69.6	46	100.0	
SSK	50.7	49.3	140	100.0	
Yeşil Kart	50.0	50.0	48	100.0	
Tamı					
Meme Ca	50.0	50.0	48	100.0	$X^2=1.966$ $p>0.05$
Akciğer Ca	54.4	45.6	57	100.0	
Baş-boyun Ca	50.7	49.3	73	100.0	
Üreme-boşaltım sistemi Ca	42.9	57.1	42	100.0	
Diğer	44.1	55.9	101	100.0	
Metastaz varlığı					
Var	52.6	47.4	38	100.0	$X^2=0.116$ $p>0.05$
Yok	48.1	51.9	241	100.0	
Tamı süresi					
0-12 ay	50.5	49.5	220	100.0	$X^2=1.216$ $p>0.05$
13 ay ve üstü	42.4	57.6	59	100.0	
RT'de eşlik eden yakını					
Var	50.7	49.3	211	100.0	$X^2=1.338$ $p>0.05$
Yok	42.6	57.4	68	100.0	
Eşlik Eden Kişi * (n= 261)**					
Eşi	50.5	49.5	95	100.0	$X^2=3.085$ $p>0.05$
Çocukları	45.1	54.9	91	100.0	
Diğer	62.2	37.8	37	100.0	

* Birden fazla cevap verilmiştir.

** Yüzdeler "n" üzerinden hesaplanmıştır.

RT tedavisinde sorun yaşayan bireylerin tanıtıcı özellikleri ve sağlık personelinin beklentisi olma durumuna göre dağılımı Tablo 4.13'de yer almaktadır. RT uygulanan bireylerden erkek olanlar (% 50.7), 50 yaş ve üzerinde olanlar (% 55.2), lise / yüksek okul mezunu olanlar (% 56.7), evli olanlar (% 50.6), belde / köyde yaşayanlar (% 52.6), gelir durumu iyi olanlar (% 53.1), akciğer Ca tanısına sahip olanlar (% 54.4), baş-boyun Ca tanısına sahip olanlar (% 50.7), metastazı olanlar (% 52.6), tanı süresi 0-12 ay olanlar (% 50.5), tedavi sırasında eşlik eden yakını olanlar (% 50.7), eşlik eden yakını anne-baba, akraba olanlar (% 62.2) sağlık personelinin beklentisi olduğunu belirtmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmeler sonucu gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Bireylerden emekli sandığı sosyal güvencesine sahip olanların % 60.0'ı sağlık personelinin beklentisi olduğunu ifade etmiş, gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.14. RT tedavisinde sorun yaşayan bireylerin tanıtıcı özellikleri ve aile üyelerinden beklentisi olma durumlarına göre dağılımı (n:279)

Tanıtıcı Özellikler	Aile Üyelerinden Beklentisi				Test
	Olan %	Olmayan %	Toplam S	%	
Cinsiyet					
Kadın	13.5	86.5	133	100.0	$X^2=2.744$ $p>0.05$
Erkek	6.8	93.2	146	100.0	
Yaş Grubu					
20-49	15.0	85.0	107	100.0	$X^2=4.648$ $p<0.05$
50 yaş ve üzeri	7.0	93.0	172	100.0	
Eğitim Durumu					
Okur yazar değil / Okur yazar	11.3	88.7	80	100.0	$X^2=0.973$ $p>0.05$
İlköğretim	10.8	89.2	139	100.0	
Lise / Yüksek Öğretim	6.7	93.3	60	100.0	
Medeni Durumu					
Evli olan	10.5	89.5	247	100.0	$X^2=0.574$ $p>0.05$
Evli olmayan	6.3	93.7	32	100.0	
Yaşanılan Yer					
İl Merkezi	9.7	90.3	175	100.0	$X^2=1.856$ $p>0.05$
İlçe	7.6	92.4	66	100.0	
Belde / Köy	15.8	84.2	38	100.0	

Tablo 4.14. 'ün devamı

Tanıtıcı Özellikler	Aile Üyelerinden Beklentisi				Test
	Olan %	Olmayan %	Toplam S	%	
Gelir Durumu(Kendi İfadesine Göre)					
İyi	15.6	84.4	32	100.0	X ² =1.251 p>0.05
Orta	9.3	90.7	183	100.0	
Kötü	9.4	90.6	64	100.0	
Sosyal Güvence					
Emekli sandığı	11.1	88.9	45	100.0	X ² =2.548 p>0.05
Bağ-kur	4.3	95.7	46	100.0	
SSK	12.1	87.9	140	100.0	
Yeşil Kart	8.3	91.7	48	100.0	
Tanı					
Meme Ca	18.8	81.2	48	100.0	X ² =5.607 p>0.05
Akciğer Ca	8.8	91.2	57	100.0	
Baş-boyun Ca	9.6	90.4	73	100.0	
Üreme-boşaltım sistemi Ca	4.8	95.2	42	100.0	
Diğer	6.9	93.1	59	100.0	
Metastaz varlığı					
Var	89.5	10.5	38	100.0	X ² =0.12 p>0.05
Yok	90.0	10.0	241	100.0	
Tanı süresi					
0-12 ay	9.5	90.5	220	100.0	X ² =0.277 p>0.05
13 ay ve üstü	11.9	88.1	59	100.0	
RT'de eşlik eden yakını					
Var	10.9	89.1	211	100.0	X ² =0.378 p>0.05
Yok	7.4	92.6	68	100.0	
Eşlik Eden Kişi * (n= 261)**					
Eşi	13.7	86.3	95	100.0	X ² = 1.101 p>0.05
Çocukları	9.9	90.1	91	100.0	
Diğer	8.1	91.9	37	100.0	

* Birden fazla cevap verilmiştir.

** Yüzdeler "n" üzerinden hesaplanmıştır.

RT tedavisinde sorun yaşayan bireylerin tanıtıcı özellikleri ve aile üyelerinden beklentisi olma durumlarına göre dağılımı Tablo 4.14'de verilmiştir. RT uygulanan bireylerden kadın olanların % 13.5'i, okur yazar değil/okur yazar olanların % 11.3'ü, evli olanların % 10.5'i, belde/köyde yaşayanların % 15.8'i, gelir durumu iyi olanların % 15.6'sı, SSK sosyal güvencesine sahip olanların % 12.1'i, meme Ca tanısına sahip olanların % 18.8'i, metastazı olmayanların tamamına yakını (% 90.0), tanı süresi bir yıldan fazla olanların % 11.9'u, tedavi esnasında eşlik eden yakını olanların % 10.9'u, eşlik eden yakını eşi olanların % 13.7'si aile üyelerinden beklentisi olduğunu belirtmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmeler sonucu gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı değildir ($p>0.05$). Bireylerden 20-49 yaş grubunda olanların % 15.0'ı aile üyelerinden beklentisi olduğunu ifade etmiş, gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.15. RT tedavisinde sorun yaşayan bireylerin RT tedavisine ilişkin özellikleri ve sağlık personelinin beklentisi olma durumlarına göre dağılımı (n:279)

RT tedavisine ilişkin özellikler	Sağlık Personelinin Beklentisi				Test
	Olan %	Olmayan %	Toplam S	%	
RT uygulanan yer					
GNH	52.8	47.2	142	100.0	$X^2=1.919$ $p>0.05$
Onkoloji	44.5	55.5	137	100.0	
RT'ye gelme şekli					
Serviste yatarak	46.8	53.2	47	100.0	$X^2=0.017$ $p>0.05$
Ayaktan	49.1	50.9	232	100.0	
RT uygulanan bölge sayısı					
2 bölge ve altı	50.8	49.2	185	100.0	$X^2=0.937$ $p>0.05$
3 bölge ve üstü	44.7	55.3	94	100.0	
RT uygulanan süre					
10 gün ve altı	61.5	38.5	52	100.0	$X^2=4.187$ $p<0.05$
11 gün ve üstü	45.8	54.2	227	100.0	
RT uygulanan bölge					
Mediastinum	53.3	46.7	60	100.0	$X^2=2.494$ $p>0.05$
Meme	51.3	48.7	39	100.0	
Baş-boyun	48.1	51.9	77	100.0	
Kemik	47.7	52.3	44	100.0	
Boşaltım-Üreme	36.7	63.3	30	100.0	
Diğer	51.7	48.3	29	100.0	

Tablo 4.15. 'in devamı

RT tedavisine ilişkin özellikler	Sağlık Personelinden Beklentisi				Test
	Olan %	Olmayan %	Toplam S %		
Daha önce KT uygulanma durumu					
Uygulanan	46.7	53.3	30	100.0	X ² =0.002 p>0.05
Uygulanmayan	49.0	51.0	249	100.0	
RT Ünitesini tanıma durumu					
Tanıyan	49.7	50.3	199	100.0	X ² =0.280 p>0.05
Tanımayan	46.3	53.7	80	100.0	
İletişim kurduğu sağlık personeli varlığı					
Var	48.9	51.1	264	100.0	X ² =0.000 p>0.05
Yok	46.7	53.3	15	100.0	
İletişim kurduğu sağlık personeli*					
Doktor	43.3	56.7	97	100.0	
Teknisyen	57.4	42.6	221	100.0	
Hemşire	100.0	0.0	1	100.0	

* Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 4.15'de sorun yaşayan bireylerin RT tedavisine ilişkin özellikleri ve sağlık personelinin beklentisi olma durumlarına göre dağılımı yer almaktadır. RT tedavisi GNH'de uygulananların (% 52.8), tedaviye ayaktan gelenlerin (% 49.1), iki ve daha az bölgeden tedavi uygulananların (% 50.8), mediastinumdan RT uygulananların (% 53.3), Daha önce KT tedavisi uygulanmayanların (% 49.0), RT ünitesini tanıyanların (% 49.7), tedavi sırasında sağlık personeli ile iletişimde bulunanların (% 48.9), en çok hemşire ile iletişim halinde bulunanların (% 100.0) sağlık personelinin beklentisi olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında yüzde olarak fark bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0.05). RT tedavisi 10 gün ve daha az sürede uygulananların % 61.5'i sağlık personelinin beklentisi olduğunu ifade etmiş ve gruplar arasındaki bu farklılığın anlamlı olduğu görülmüştür (p<0.05).

Tablo 4.16. RT tedavisinde sorun yaşayan bireylerin RT tedavisine ilişkin özellikleri ve aile üyelerinden beklentisi olma durumlarına göre dağılımı (n:279)

RT tedavisine ilişkin özellikler	Aile üyelerinden beklentisi				Test
	Olan %	Olmayan %	Toplam S	%	
RT uygulanan yer					
GNH	12.0	88.0	142	100.0	X ² =0.804 p>0.05
Onkoloji	8.0	92.0	137	100.0	
RT'ye gelme şekli					
Serviste yatarak	8.5	91.5	47	100.0	X ² =0.146 p>0.05
Ayaktan	10.3	89.7	232	100.0	
RT uygulanan bölge sayısı					
2 bölge ve altı	9.2	90.8	185	100.0	X ² =0.202 p>0.05
3 bölge ve üstü	11.7	88.3	94	100.0	
RT uygulanan süre					
10 gün ve altı	11.5	88.5	52	100.0	X ² =0.021 p>0.05
11 gün ve üstü	9.7	90.3	227	100.0	
RT uygulanan Bölge					
Meme	15.4	84.6	39	100.0	X ² =2.774 p>0.05
Mediastinum	8.3	91.7	60	100.0	
Boşaltım-Üreme	6.7	93.3	30	100.0	
Baş-boyun	10.4	89.6	77	100.0	
Kemik	6.8	93.2	44	100.0	
Diğer	13.8	86.2	29	100.0	
Daha önce KT uygulanma durumu					
Uygulanan	10.0	90.0	30	100.0	X ² =0.000 p>0.05
Uygulanmayan	10.0	90.0	249	100.0	
RT Ünitesini tanıma durumu					
Tanıyan	9.0	91.0	199	100.0	X ² =0.420 p>0.05
Tanımayan	12.5	87.5	80	100.0	
İletişim kurduğu sağlık personeli varlığı					
Var	9.8	90.2	264	100.0	X ² =0.191 p>0.05
Yok	13.3	86.7	15	100.0	
İletişim kurduğu sağlık personeli*					
Doktor	54.6	45.4	97	100.0	
Teknisyen	29.0	71.0	221	100.0	
Hemşire	100.0	0.0	1	100.0	

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 4.16’da sorun yaşayan bireylerin RT tedavisine ilişkin özellikleri ve aile üyelerinden beklenti durumlarına göre dağılımı verilmiştir. RT tedavisi onkoloji hastanesinde uygulanan bireylerden % 12.0’inin, tedaviye ayaktan gelenlerin % 10.3’ünün, üç ve daha fazla bölgeden tedavi uygulananların % 11.7’sinin, 10 gün ve daha az sürede RT uygulananların % 11.5’inin, meme bölgesinden RT uygulananların % 15.4’ünün aile üyelerinden beklentisi olduğu saptanmıştır. Bireylerden RT ünitesini tanımayanların % 12.5’i, tedavi sırasında hiçbir sağlık personeli ile iletişimde bulunmayanların % 13.3’ü aile üyelerinden beklentisi olduğunu belirtmiştir. Gruplar arasında yüzde olarak fark bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Tedavi sırasında en çok hemşire ile iletişimde bulunan bireylerin tamamı aile üyelerinden beklentisi olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4.17. RT uygulanan bireylerin tanıtıcı özellikleri ve bilgi gereksinimleri olma durumlarına göre dağılımı

Tanıtıcı özellikler	Bilgi Gereksinimi				Test
	Olan %	Olmayan %	Toplam S	%	
Cinsiyet					$X^2=0.000$ $p>0.05$
Kadın	80.9	19.1	157	100.0	
Erkek	80.9	19.1	188	100.0	
Yaş Grubu					$X^2=0.472$ $p>0.05$
20-49	82.7	17.3	133	100.0	
50 yaş ve üzeri	79.7	20.3	212	100.0	
Eğitim Durumu					$X^2=0.737$ $p>0.05$
Okur yazar değil / Okur yazar	83.7	16.3	98	100.0	
İlköğretim	79.4	20.6	175	100.0	
Lise / Yüksek Öğretim	80.6	19.4	72	100.0	
Medeni Durumu					$X^2=0.832$ $p>0.05$
Evli olan	81.6	18.4	304	100.0	
Evli olmayan	75.6	24.4	41	100.0	
Yaşanılan Yer					$X^2=0.168$ $p>0.05$
İl Merkezi	80.3	19.7	213	100.0	
İlçe	82.4	17.6	85	100.0	
Belde / Köy	80.9	19.1	47	100.0	

Tablo 4.17. 'nin devamı

Tanıtıcı özellikler	Bilgi Gereksinimi				Test
	Olan %	Olmayan %	Toplam S	%	
Gelir Durumu(Kendi İfadesine Göre)					
İyi	83.7	16.3	43	100.0	X ² =4.300 p>0.05
Orta	80.3	19.7	228	100.0	
Kötü	81.1	18.9	74	100.0	
Sosyal Güvence					
Emekli sandığı	83.6	16.4	55	100.0	X ² =2.417 p>0.05
Bağ-kur	73.7	26.3	57	100.0	
SSK	81.6	18.4	174	100.0	
Yeşil Kart	83.1	16.9	59	100.0	
Tanı					
Meme Ca	76.3	23.7	59	100.0	X ² =6.334 p>0.05
Akciğer Ca	75.0	25.0	68	100.0	
Baş-boyun Ca	87.5	12.5	88	100.0	
Üreme-boşaltım sistemi Ca	86.2	13.8	58	100.0	
Diğer	77.8	22.2	72	100.0	
Metastaz varlığı					
Var	90.9	9.1	44	100.0	X ² =3.286 p>0.05
Yok	79.4	20.6	301	100.0	
Tanı süresi					
0-12 ay	11.0	89.0	272	100.0	X ² =3.435 p>0.05
13 ay ve üstü	19.2	80.8	73	100.0	
RT'de eşlik eden yakını					
Var	80.5	19.5	261	100.0	X ² =0.116 p>0.05
Yok	82.1	17.9	84	100.0	
Eşlik Eden Kişi * (n= 261)**					
Eşi	84.3	15.7	115	100.0	X ² =2.412 p>0.05
Çocukları	78.9	21.1	109	100.0	
Diğer	74.5	25.5	51	100.0	

Tablo 4.17'de RT uygulanan bireylerin tanıtıcı özellikleri ve bilgi gereksinimleri olma durumlarına göre dağılımı verilmiştir. RT uygulanan bireylerden kadın ve erkek olanların % 80.9'u, 20-49 yaş grubunda olanların % 82.7'si, okur yazar değil-okur yazar olanların % 83.7'si, evli olanların % 81.6'sı, ilçede yaşayanların % 82.4'ü, gelir durumu

iyi olanların % 83.7'si, emekli sandığı sosyal güvencesine sahip olanların % 83.6'sı, baş-boyun ca tanısı ile takip edilenlerin % 87.5'i, metastazı olanların % 90.9'u, tanı süresi 13 ay ve daha uzun süreli olanların % 19.2'si, tedavi sırasında eşlik eden yakını olanların % 82.1'i, eşlik eden yakını eşi olanların % 84.3'ü bilgi gereksinimleri olduğunu ifade etmiştir. İstatistiksel incelemede gruplar arasındaki bu fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.18. RT uygulanan bireylerin RT tedavisine ilişkin özellikleri ve bilgi gereksinimleri olma durumlarına göre dağılımı

RT tedavisine ilişkin özellikler	Bilgi Gereksinimi				Test
	Olan %	Olmayan %	Toplam S	%	
RT uygulanan yer					$X^2=12.113$ $p<0.05$
GNH	88.3	11.7	171	100.0	
Onkoloji Hastanesi	73.6	26.4	174	100.0	
RT'ye gelme şekli					$X^2=0.582$ $p>0.05$
Serviste yatarak	77.4	22.6	62	100.0	
Ayaktan	81.6	18.4	283	100.0	
RT uygulanan bölge sayısı					$X^2=3.035$ $p>0.05$
2 bölge ve altı	83.5	16.5	230	100.0	
3 bölge ve üstü	75.7	25.3	115	100.0	
RT uygulanan süre					$X^2=2.779$ $p>0.05$
10 gün ve altı	88.1	11.9	67	100.0	
11 gün ve üstü	79.1	20.9	278	100.0	
RT uygulanan Bölge					$X^2=9.180$ $p>0.05$
Meme	73.5	26.5	49	100.0	
Mediastinum	76.1	23.9	71	100.0	
Boşaltım-Üreme	81.0	19.0	42	100.0	
Baş-boyun	86.8	13.2	91	100.0	
Kemik	89.3	10.7	56	100.0	
Diğer	72.2	27.8	36	100.0	
Daha önce KT uygulanma durumu					$X^2=0.040$ $p>0.05$
Uygulanan	82.1	17.9	39	100.0	
Uygulanmayan	80.7	19.3	306	100.0	
RT Ünitesini tanıma durumu					$X^2=0.553$ $p>0.05$
Tanıyan	81.9	18.1	248	100.0	
Tanımayan	78.4	21.6	97	100.0	

Tablo 4.18. 'in devamı

RT tedavisine ilişkin özellikler	Bilgi Gereksinimi				Test
	Olan %	Olmayan %	Toplam S	%	
RT Ünitesini tanıma durumu					
Tanıyan	81.9	18.1	248	100.0	
Tanımayan	78.4	21.6	97	100.0	
Tedavi sırasında iletişimde bulunduğu sağlık personeli					
Var	80.2	19.8	329	100.0	
Yok	93.8	6.2	16	100.0	
En çok iletişimde bulunduğu sağlık personeli*					
Doktor	82.9	17.1	111	100.0	
Teknisyen	80.6	19.4	279	100.0	
Hemşire	100.0	0.0	1	100.0	
Tedavi hakkında bilgi verilme durumu					
Verilen	75.4	24.6	65	100.0	X²=8.720 P<0.05
Kısmen verilen	91.2	8.8	91	100.0	
Verilmeyen	77.8	22.2	189	100.0	
RT'nin yan etkilerini bilme (kendi ifadesine göre)					
Bilen	80.9	19.1	188	100.0	X²=0.000 P>0.05
Bilmeyen	80.9	19.1	157	100.0	

RT uygulanan bireylerin RT tedavisine ilişkin özellikleri ve bilgi gereksinimlerine göre dağılımı Tablo 4.18'de yer almaktadır. Bireylerden tedaviye ayaktan gelenlerin % 81.6'sının, iki ve daha az bölgeden tedavi uygulananların % 83.5'inin, 10 gün ve daha az sürede tedavi uygulananlardan % 88.1'inin, kemik bölgesine RT uygulananların % 89.3'ünün, baş-boyun bölgesine tedavi uygulananların % 86.3'ünün, daha önce KT tedavisi uygulananlardan % 82.1'inin bilgi gereksinimi olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel incelemede gruplar arasındaki bu fark anlamlı değildir ($p>0.05$). RT tedavisi GNH'de uygulanan bireylerden % 88.3'ü, tedavi hakkında kısmen bilgi verilen bireylerden % 91.2'si bilgi gereksinimi olduğunu belirtmiştir, gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Tedavi sırasında sağlık personeli ile iletişimde bulunmayanların % 93.8'i, en çok iletişimde bulunduğu personel hemşire olanların tamamı bilgi gereksinimi olduğunu ifade etmiştir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

RT uygulanan bireylerden çoğunluğu erkek, 40 yaş ve üstü yaş grubunda, eğitim düzeyi ilköğretim ve altında, evli, Kayseri il merkezinde yaşamakta, orta düzeyde gelir durumuna ve SSK sosyal güvencesine sahiptir. Çalışma kapsamına alınan bireyler sırasıyla baş-boyun Ca, akciğer Ca, meme Ca ve boşaltım sistemi Ca tanısı ile takip edilmektedir (Tablo 4.1). Ülkemizde en sık görülen kanser türleri akciğer, meme, larenks, üreme ve boşaltım sistemi kanserleridir (1). Bulgularımız literatür ile paralellik göstermektedir. Bireylerin tanı süresi bir yıl ve daha kısa süreli, yarısından fazlasında metastaz bulunmamakta, metastazı olanların çoğunluğunda metastaz kemik bölgesinde yer almaktadır. RT uygulanan bireylerin tamamına yakın kısmına tedavi sırasında aile üyelerinin eşlik ettiği, bunların % 78.5'ini eşlerin oluşturduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1). Aileler birey için birincil destek kaynağıdır. Sosyal destek kaynaklarının kullanımının bireylerin sorunlarla baş etmesinde önemli rol oynadığı ve destek gruplarının kullanılması, mevcut değilse oluşturulması önerilmektedir (32,33).

Turan'ın (34) yapmış olduğu çalışmada özellikle eşlerin sağladığı desteğin hastaların kendilerini iyi hissetmelerindeki rolü hastalar tarafından açık bir şekilde ifade edilmiştir.

RT uygulanan bireylerin % 50.4'üne Onkoloji Hastanesi'nde, % 49.6'sına GNH'de tedavi uygulanmakta, bireylerin % 82.0'ı tedaviye ayaktan gelmekte, tamamına yakınına birden fazla bölgeden ve 21 günden uzun süreli tedavi uygulanmaktadır. Bireylere en fazla baş-boyun, mediastinum, kemik ve meme bölgelerinden RT uygulanmaktadır. Bireylerin çoğunluğu RT ünitesini tanımakta, tamamına yakını sağlık personeli ile iletişim kurmakta, % 80.8'i radyoterapi teknikeri ile ve yalnızca % 0.3'ü hemşirelerle iletişimde bulunduğunu ifade etmektedir (Tablo 4.2). RT ünitelerinde işlemin karmaşıklığına rağmen, maliyeti azaltmak için hemşire yerine radyoterapi teknikerleri kullanılmaktadır, ancak bu uzun vadede maliyeti azaltmaz; çünkü komplikasyonları ve yan etkileri ancak hemşire önceden belirleyip kontrol altına alabilir (35). Çalışmada da bireylerin çoğunluğunun radyoterapi teknikeri ile iletişimde bulunması, RT uygulamasını radyoterapi teknikerlerinin yapmasından ve ünite görevli tek hemşirenin bulunmasından, ünite görevli hemşirenin ise sadece destek tedaviye (bulantı-kusma, ağrı v.b. şikayetleri olan hastalara dr. istemine göre ilaç uygulaması) gereksinim duyan bireylerle ilgileniyor olmasından kaynaklanmaktadır. Radyoterapistler ve teknikerler hastayı yalnızca periyodik olarak gördükleri için bakımın devamı ve tedavi değerlendirmeleri hemşirenin sorumluluğundadır. Bunun yanı sıra tedaviye bağlı etkilerin değerlendirilmesi için hemşireler aktif olarak semptom kontrolü, tedavisi devam eden hastaların eğitimini yapmaktadır (35).

Çalışma kapsamına alınan bireylerden % 80.9'unun RT'ye ilişkin bilgiye gereksinim duydukları, % 67.3'ünün bu bilgiyi ünite görevli herhangi bir uzmandan almak istedikleri, yarısından fazlasına tedavi hakkında bilgi verilmediği, bilgi verilenlerin ise tamamına yakınına doktor tarafından bilgi verildiği saptanmıştır (Tablo 4.3). RT uygulanan bireyleri bilgilendiren kişilerin tamamına yakınının doktor olmasının nedeni; tedavinin planlanması aşamasında bu bireylerin doktor ile iletişimde bulunması, hastaların hemşireyi bilgi kaynağı olarak görmemesi olabileceği gibi, hasta sayısının çok hemşire sayısının az olması nedeni ile hemşirenin rutin işlerin dışına çıkıp hastaların bilgi gereksinimlerine yeterince zaman ayıramaması da olduğu düşünülebilir. Özcan (36) 1997'de, "Hastanede yatan hastaların durumlarına ilişkin bilgi istedikleri alanların saptanması ve hastaya verilecek bilgiler konusunda hemşire ve hasta

görüşlerinin karşılaştırılması” adlı çalışmasında kliniklerde hasta sayısının fazla hemşire sayısının az oluşunun hasta paylaşımına gidilmesini engellediğini ve hemşirenin rutin işlerin dışında hastanın gereksinimlerine yönelik bir uygulama yapmasına olanak veremediğini saptamıştır. Hemşirenin belirginleşen ve ön plana çıkan rollerinden biri eğitici rolüdür (32,37). Bireylerden sadece birinin (% 0.6) hemşireden bilgi aldığını ifade etmesi ünitelerde görevli tek hemşire olmasından kaynaklandığı gibi hemşirenin bu rolünü yerine getirmedeğinin bir göstergesi de olabilir. Yurtsever (38) çalışmasında hasta ve ailesini hastalık hakkında bilgilendirmenin, tedavi uyumunu arttırdığını; bunun sonucunda da hastalıkla başa çıkma yeteneğinde olumlu değişiklikler olduğunu ve hastalık tekrarlarının azaldığını ifade etmiştir. Düzenli eğitimin verilmediği durumlarda hasta bireylerin değişik kaynaklara başvurdukları bilinen bir gerçektir. Buna paralel olarak bireylerin yarısından fazlası tedavinin yan etkileri konusunda bilgi almak istediklerini belirtirken, % 54.5’i kendi ifadesine göre RT’nin yan etkilerini bildiğini ve bu bilgiyi büyük oranda kendi deneyimleri sonucu edindiklerini ifade etmiş, sadece % 1.5’i bilgi kaynağı olarak hemşireyi göstermiştir (Tablo 4.3). Güni ve arkadaşlarının (39) yaptığı çalışmada da hastaların % 44.6’sının RT hakkındaki bilgiyi klinikte tedavi gören diğer hastalardan aldığı ortaya çıkmıştır. Hasta, tedavisinin yan etkileri ve bu yan etkileri nasıl kontrol edeceği konusunda yeterince iyi hazırlanmazsa, yan etkiler nedeniyle yaşayacağı sorunlar yalnızca bireyin yaşam kalitesini azaltmakla kalmayıp, tedavi dozunun azalmasına, tedavinin gecikmesine ve hatta kullanılan tedavi yönteminin değiştirilmesine neden olabilir. Tüm bunlar da bireyin tedavi şansını ve yaşam süresini etkileyebilmektedir (40,41). Wengtrom ve Forsberg’in (42) yaptığı çalışmada RT uygulanan bireylerin tedavinin yan etkilerine ilişkin pratik önlemler konusunda bilgi ve duygusal desteğe gereksinimleri olduğu; bu gereksinimlerin ancak uygun ve kaliteli hemşirelik bakımı ile sağlanabileceği belirtilmektedir.

Bireylerin % 13.3’üne daha önce RT tedavisi uygulanmış, çoğunluğuna bu tedavi bir kez uygulanmış, % 76.1’i tedavi esnasında sorun yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 4.4). Bireylerin % 80.9’u şimdiki RT tedavisinde sorun yaşadıklarını ifade ederken, en sık yaşadıkları sorunları halsizlik-yorgunluk, iştahsızlık, bulantı-kusma olarak belirtmişlerdir. Sorun yaşayan bireylerin yarısından fazlasına yaşadıkları soruna yönelik uygulama yapılmış, yapılan bu uygulamanın konu ile ilgili bilgi verilmesi ve ilaç uygulanması şeklinde olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin tamamına yakınına yaşanan soruna yönelik uygulamayı doktor yapmış, % 72.7’si uygulama yapılmasını kendilerinin

talep ettiklerini, % 55.4'ü yapılan uygulamayı yeterli bulduklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.5).

Wengtrom ve Forsberg (42) yaptıkları literatür araştırması sonucunda elde ettikleri 345 çalışma içerisinde 28 araştırma makalesini incelemişlerdir. Bu inceleme sonucunda RT uygulanan hastaların RT'ye bağlı yan etki ve komplikasyon yaşama oranının yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada da bireylerin tamamına yakınının tedavi sırasında sorun yaşadıkları, yaşanan sorunun % 86.0'ında yorgunluk-halsizlik olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5). Yapılan bazı çalışmalarda da çalışmayla benzer şekilde, kanser hastalarında sıkıntı yaratan en önemli semptomun yorgunluk olduğu saptanmıştır (43-45). Yorgunluk fiziksel ve mental çalışma kapasitesini azaltarak günlük yaşam aktivitelerini kesintiye uğratar (43). Bazı araştırmalar yorgunluğun yaşam kalitesinin tüm boyutlarını etkilediğini göstermektedir (46). RT uygulanan hastaların hastalık ve tedavi nedeniyle yoğun anksiyete yaşadıkları, psikolojik yakınmaları ve anksiyetesi olan bireylerin ise daha fazla yorgunluk yakınması olduğu bildirilmektedir(47). Bu hastaların anksiyetelerini azaltmak ve öz bakımlarını güçlendirmek için psikolojik, sosyal ve duygusal desteğe gereksinimleri olduğu, bu desteğin de tedavi ekibinde yer alan personelin ve hemşirelerin iletişim becerileri ile yerine getirileceği belirtilmektedir (42,48).

Çalışma kapsamına alınan bireylerin yaşadıkları diğer sorunlar büyük ölçüde; bulantı-kusma, iştahsızlık, yutma güçlüğü, stomatit olarak saptanmıştır (Tablo 4.5). Kanser tedavisine bağlı bulantı ve kusmayı önlemeye çalışmak genellikle bir ekip işidir. Ancak, özellikle hastalarla daha fazla birlikte oldukları için bu sorunu en erken fark edebilecek kişiler hemşirelerdir (49). Kanserli hastalara uygulanan tedavinin yan etkileriyle baş etmesi gereken onkoloji hemşirelerinin bulantı-kusmaya yönelik önlemleri ve teknikleri uygulaması, bu şekilde hastanın tedaviye uyumunun sağlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Taşçı ve arkadaşlarının (50) çalışmasında hemşireler tarafından yapılan eğitim ve uygulama ile yan etkilerde belirgin azalma olduğu saptanmıştır.

Hastalığın ve tedavinin yol açtığı bulantı-kusma, iştahsızlık, yutma güçlüğü, stomatit vb. yan etkiler sonucu bireylerde beslenme bozukluğu gelişebilmektedir. Kara (51), RT uygulanan hastalar ile ilgili incelemiş olduğu çalışmalar sonucu; hasta eğitimi ve danışmanlığının, beslenme üzerinde etki sağlayabileceğini ve mevcut anoreksiye

düzeltebilme olasılığı açısından önemli olduğunu, kanser kaşeksisinin invaziv olmayan hemşirelik girişimleriyle yavaşlatılabileceği veya tedavi edilebileceğini belirtmiştir.

Cengiz ve arkadaşları (52) baş-boyun kanserli tüm hastalarda radyasyona bağlı olarak değişik derecede mukozit geliştiğini gözlediklerini bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda da bireylerin % 32.3'ünde stomatit geliştiği, bunun % 27.3'ünü baş-boyun bölgesinden RT uygulanan bireylerin oluşturduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Stomatit kanser tedavisinin sık görülen bir komplikasyonu olsa da, Armstrong (53) hemşirelerin geliştireceği ve uygulayacağı ağız bakım protokolleri ile stomatitin önemli ölçüde azaltılabileceğini bildirmiştir. Bireylerin ağız sağlığının sağlanması ve sürdürülmesi, alışkanlığı olmayanlara bu alışkanlığın kazandırılması, tedavinin yol açtığı komplikasyonların önlenmesi, hastaya bu konuda danışmanlık hizmeti ve eğitimin verilmesi sorumluluğu da hemşireye aittir (54).

Hastanın hastaneye kabulünde hemşirenin kendisini ve diğer sağlık personellerini hastaya tanıtmayı ve yardıma hazır olduğunu hissettirmesi gerekir. Bu durum korku, güvensizlik, umutsuzluk gibi olumsuz duygular içinde olan hastayı rahatlatır ve hastanın tedaviye uyumunu artırır (32). Onkoloji Hastanesi'nde RT uygulanan bireylerin çoğunluğunun radyoterapi ünitesinde görev yapan hemşireyi tanımadığı, tanıyanların tamamına yakınının hemşirenin yaklaşımını iyi olarak ifade ettiği tespit edilmiştir. Bireylerin yarısından fazlası hemşireden beklentisi olduğunu, çoğunluğu bu beklentinin kendileriyle ilgilenilmesi şeklinde olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.6). Bu durum ünite görevli tek hemşirenin bulunmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bireylerin yarısından fazlasının üniteden beklentisi olduğu, beklenti şeklinin büyük oranda bilgi almak ikinci sırada ise yatarak tedavi almak olduğu, yatarak tedavi almak isteyenlerin ise tamamına yakınının Kayseri il merkezi dışından geldiği saptanmıştır (Tablo 4.7). Kayseri il merkezi dışından gelen bireyler her gün gidiş-geliş yapmak zorunda oldukları ve tedaviye gelen bireylerin büyük çoğunluğunun orta seviyede gelir düzeyine sahip oldukları (Tablo 4.1) göz önüne alınacak olursa; bu durum bireylerin maddi sıkıntı yaşamalarına ve yolculuk sonucunda yorgunluk, bulantı-kusma gibi şikayetleri daha yoğun yaşamalarına neden olabileceğinden bireyler yatarak tedavi almak istiyor olabilirler. Nordin ve arkadaşları (55) kanser hastalarında özellikle maddi sorunların anksiyete ve depresyon için risk etmeni oluşturduğunu bildirmişlerdir. Bu

durumda isteyen bireylerin yatarak tedavi almasının maddi sıkıntıdan kaynaklanan sorun yaşamalarının azalmasına yol açabileceği düşünülmektedir.

Hasta hakları savunuculuğunda amaç; hastayı ve ailesini hastanın teşhisi, tedavisi, prognozu hakkında bilgilendirmek, hastanın hak ettiği bakımı almasını sağlamak, hastaya aldığı bakımla ilgili alternatifler sunmak ve hastayı bağımsızlaştırmaktır (56,57). Sorun yaşayan hastaların daha çok belirsizlik yaşadığı, yaşanan bu belirsizliğin bireylerde kaygı ve anksiyeteyi artırdığı, sonuçta hasta bireyin tedaviye uyumunun bu durumdan olumsuz etkilendiği göz önüne alınacak olursa hasta hakları doğrultusunda özellikle sorun yaşayan bireylere prognoz, tedavinin etki ve yan etkileri konularında bilgi verme sağlık personelinin görevlerindedir. RT uygulanan bireylerden tedavi sırasında sorun yaşayanların çoğunluğunun bilgi almayı istedikleri belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Ocaktan (58) yaptığı çalışmada hasta hakları konusunda ilk akla gelen ifadeler doktor ve hemşirelerin sadece % 17.5'nin hastayı bilgilendirme yanıtını verdiğini belirtmektedir. Sağlık personeli hasta hakları doğrultusunda bireylere gereksinim duydukları konuda yeterli ve açıklayıcı bilgi sunduğu takdirde yaşanan sorun ve bu sorundan kaynaklanan kaygı ve anksiyetenin azalabileceği düşünülmektedir.

RT tedavisine serviste yatarak gelen bireylerin % 38.7'si, ayaktan gelen bireylerin ise % 64.0'ı üniteden beklentisi olduğunu ifade etmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.9). Tedaviye serviste yatarak gelen bireyler hastane ortamına ve personele yabancı olmadığı gibi, sağlık personeline her an ulaşabilme kolaylığı, yaşanan sorunu sağlık personeli veya diğer hastalarla paylaşabilme olanağına sahip olduklarından üniteden daha az beklenti içerisine girmiş olabilecekleri düşünülürken, ayaktan gelen bireylerin ulaşım nedeniyle daha yoğun sorun yaşamaları sonucu (Tablo 4.5) bu hastaların üniteden beklentilerinin artmış olabilir.

Hastanın hastane hakkındaki düşüncesi hastaneye uyum sağlaması ve tedaviye istemli şekilde katılmasında etkilidir. Hastaya ünitenin ve sağlık personelinin tanıtılması, ihtiyaç duyduğunda personele nasıl ulaşacağını anlatılması, hastanın üniteye uyumunun sağlanmasında, anksiyetenin azaltılmasında ve kendini güvenli hissetmesinde önemli rol oynar (59). RT ünitesini tanıdığını belirten bireylerin % 58.5'i, tanımadığını belirten bireylerin % 61.9'u üniteden beklentisi olduğunu belirtmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.10). Üniteyi tanımayan bireylerin bilinmeyen bir ortamın

kendilerinde yaratacağı yabancılık, yalnızlık ve anksiyete sonucu üniteden daha çok beklenti içerisine girdiği düşünülmektedir.

Sorun yaşayan bireylerin yarısına yakınının doktordan beklentisi olduğu, beklentisi olan bireylerin bu beklentiyi sırasıyla tedavi olma, bilgi alma, kendileriyle ilgilenilme şeklinde ifade ettiği saptanmıştır. Sorun yaşayan bireylerden % 7.2'si hemşireden beklentisi olduğunu, beklentisi olan bireylerin tamamına yakını ise sadece ilgi beklediklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.10). Eylon'un (60) yaptığı çalışmada kanser hastaları, bilgi desteğini doktor tarafından verildiğinde yararlı bulduklarını belirtmişlerdir. Hemşireler tarafından verilen güven desteği ve duygusal destek kanser hastaları tarafından önemli bulunurken, hemşirelerden alınan bilgi desteğinin pek değerli görülmediği bildirilmiştir. Oflaz'ın (61) yaptığı çalışmada da kanserli hastaların doktordan bilgi, hemşireden ilgi beklentisi içerisinde oldukları tespit edilmiştir. Çalışma bulguları bu çalışma ile paralellik göstermektedir. Sağlık personelinin açıklayıcı bilgi vermesi ve ilgili yaklaşımı sayesinde, hastanın uyumu kolaylaşacak, hastalığın seyri ve tedaviye yanıtı olumlu yönde etkilenecektir.

Hasta yakınları hastalar için önemli bir destek kaynağı olabilir. Başlangıçta kültürel motifler nedeniyle güçlükler yaratması olasılığı olsa da, zaman içinde hastanın en büyük gereksinimi olan sosyal desteğin sağlanmasında aile üyelerinin büyük katkısı vardır. Çalışma kapsamına alınan ve sorun yaşayan bireylerin % 10.0'ı aile üyelerinden beklentisi olduğunu, beklentisi olanların tamamının ise kendisine karşı ilgili olmalarını istedikleri görülmüştür (Tablo 4.10). Beser ve ark.'nın (62) yaptığı araştırmaya göre sosyal desteği yetersiz algılayan kanserli hastalarda etkisiz bireysel baş etme probleminin daha çok yaşandığı tespit edilmiştir.

RT uygulanan bireylerden; kadınların, 50 yaş ve üzeri yaş grubunda olanların, lise/yüksek okul mezunlarının, evli olanların, il merkezinde yaşayanların, gelir durumu kötü olanların, emekli sandığı sosyal güvencesine sahip olanların, sindirim sistemi Ca tanısı ile takip edilenlerin, metastazı olanların, tanı süresi 0-12 ay olanların, tedavide eşlik eden yakını olmayanların, eşlik eden yakını çocukları olanların sorun yaşadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

Kadın için sembolik bir anlamı olduğu zannedilen memenin kaybı, benlik kavramını olumsuz etkileyebileceğinden ve bireyin kadın olarak kendisini algılamasında değişimler yaşayabileceğinden, kadın hastalarda önemli sorunlar yarattığı bilinmektedir

(63). Bizim çalışmamızda da RT uygulanan kadın bireylerin çoğunluğunun meme Ca tanısı ile takip edildiği (Tablo 4.1) göz önüne alınacak olursa kadınların bu nedenlerle sorun yaşadığı düşünülebilir.

Yaşın ilerlemesi ile beraber bireylerde fiziksel sorunlar da artabileceği için, ileri yaştaki bireylerin daha genç yaş grubundaki bireylere oranla tedavinin getirdiği sorunları daha fazla yaşadığı düşünülmektedir.

Gelir durumunun kötü olması bireylerin gerektiğinde sorunları çözmede kullanabileceği yolları olumsuz yönde etkileyen faktörlerden biri olabileceğinden, RT uygulanan bireylerin sorun yaşamamasının nedeni olarak düşünülmektedir.

Evli olan bireyler eş ve çocukları ile ilgili rollerini yerine getirmekle sorumlu olduklarından bu durum evli olmayanlara oranla daha fazla sorun yaşamalarına neden olabilir.

Maslow'un insan gereksinimleri pramidinde yeme-içme ilk basamakta yer alan bireylerin en temel gereksinimlerinden biridir. Sindirim sistemi organlarının yeterince fonksiyon görememesi nedeniyle bu temel gereksinimlerini karşılayamayan bireylerin fizyolojik ve psikolojik sorunları daha fazla yaşadıkları düşünülebilir. Tezcan'ın (64) yaptığı çalışmada da sindirim sistemi tutulumlu kanserli hastalarda majör depresyon prevalansının % 40.5 olduğu saptanmıştır.

Eğitim seviyesi yükseldikçe bireylerin kanser hastalığını bilinçli algılama oranının arttığına dair veriler elde edilmiştir (65,66). Bu durumun bireylerin sorunları daha iyi algılamasına ve ifade etmesine neden olabilir.

Tanı süresi 0-12 ay olan bireylerin bu süre içerisinde kansere ve tedaviye uyum güçlüğü ve çaresizlik algısı sonucu sorun yaşamış olabileceği düşünülebilir.

RT tedavisi GNH'de uygulananlar, tedaviye ayaktan gelenler, üç ve daha fazla bölgeden tedavi uygulananlar, 11 gün ve daha uzun süreli tedavi uygulananlar, baş-boyun bölgesinden RT uygulananlar, daha önce KT tedavisi uygulanmayanlar, üniteyi tanımayanlar, tedavi sırasında sağlık personeli ile iletişimde bulunmayanlar sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir ($p>0.05$) (Tablo 4.12). Tedaviye ayaktan gelen bireylerin en yoğun yaşadığı sorunun yorgunluk, bulantı-kusma ve iştahsızlık olduğu (Tablo 4.5) göz önüne alınırsa tedaviye ayaktan gelen bireyler, tedavi için haftanın beş günü

sürekli gidiş-geliş yaptıklarından bu durum ayaktan gelen bireylerin daha fazla sorun yaşamalarına yol açmış olabilir.

RT uygulanan bölge sayısı ve uygulama süresi arttıkça bireylerin iyonize radyasyona maruz kalan vücut bölgesi ve maruz kalma süresi de artacağından bu durumun yaşanılan sorunu etkileyebilir.

Baş-boyun kanserli hastaların yaşamı; kanser tanısı almış olmanın yanı sıra, kanserin hastanın her zaman görünen, kendisi için çok önemli olan organlarında yapmış olduğu tahribat nedeniyle etkilenir. Bu hastalar özellikle dış görünümlelerinden ve konuşmalarının zor anlaşılabilir olmasından etkilenirler. Bu durum Hammersen ve ark.'larının (67) yaptığı çalışmada da vurgulanmaktadır. Bu nedenlerle baş-boyun Ca tanısına sahip olan hastaların daha fazla sorun yaşadığı düşünülmektedir.

RT uygulanan bireylerden erkek olanların, 50 yaş ve üzeri yaş grubunda olanların, lise / yüksek okul mezunu olanların, belde / köyde yaşayanların, gelir durumu iyi olanların, akciğer Ca tanısı ile takip edilenlerin % 54.4'ünün, baş-boyun Ca tanısı ile takip edilenlerin % 50.7'sinin, metastazı olanların, tanı süresi 0-12 ay olanların, tedavi sırasında eşlik eden yakını olanların, eşlik eden yakını anne-baba, akraba olanların sağlık personelinde beklentisi olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Bireylerden emekli sandığı sosyal güvencesine sahip olanların, evli olanların sağlık personelinde beklentisi olduğu belirlenmiş, gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.13).

İleri yaşa sahip olan, evli olan bireylerin daha fazla sorun yaşamaları (Tablo 4.11) sonucu bu bireylerin sağlık personelinde beklentileri artmış olabilir.

Eğitim seviyesi arttıkça durumun önemini kavrama, daha fazla sorumluluk üstlenme ve artan sorumlulukla baş etme güçlüğü yaşanması bireylerin sağlık personelinde beklentilerinin artmasına neden olabilir.

Tedaviye belde/köyden gelenlerin haftanın beş günü yolculuk yapıyor olmaları bireylerin yolculuk sırasında daha yoğun yorgunluk, bulantı-kusma vb. şikayetlerde bulunmalarına neden olabileceğinden, tedaviye Kayseri dışından gelen bireylerin yatarak tedavi almak istemelerinden (Tablo 4.7) dolayı sağlık personelinde beklentileri artmış olabilir.

Tanı süresi 0-12 ay olan bireylerin bu süre içerisinde baş etme mekanizmalarını henüz geliştirmemeleri sonucu daha çok sorun yaşamış olabilirler. Bu durumun da sağlık personelinin beklentiyi artırmış olabileceği söylenebilir.

RT uygulanan bireylerden kadın olanlar, okur-yazar olmayanlar, evli olanlar, belde/köyde yaşayanlar, gelir durumu iyi olanlar, meme Ca tanısı ile takip edilenler, tanı süresi 13 ay ve üzerinde olanlar, tedavi sırasında eşlik eden yakını eşi olanlar aile üyelerinden beklentisi olduğunu ifade etmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.14). Bireylerden 20-49 yaş grubunda olanlar aile üyelerinden beklentisi en yüksek grubu oluşturmaktadır, gruplar arası fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.14).

Kadınlar, özellikle de evli olanlar geleneksel rolleri gereği aile içerisinde bazı sorumluluklarını hastalık nedeniyle yerine getiremiyor olabileceğinden aile üyelerinden beklenti içerisine girmiş olabilirler.

Eğitimle birlikte bireylerin bilinçli baş etme mekanizmalarının geliştiği düşünülecek olursa eğitim seviyesi düşük olan bireylerin baş etme mekanizmalarında yaşadığı yetersizlik sonucu aile desteğine gereksinim duyduğunu ve bu durumun bireylerin aileden beklentisini arttırdığını söyleyebiliriz.

Kanser gibi kronik bir hastalığın tanı konulduktan sonraki sürenin uzaması hastaların daha fazla sorun yaşamasına neden olabileceğinden, bu durum baş etme mekanizmalarının yetersiz kalmasına ve aileden beklentinin artmasına neden olabilir.

Meme Ca tanısı ile takip edilen hastalarda kanser tanısı almış olmanın bizzat kendisi evlilik ilişkilerinde ve cinsel yaşamın niteliğinde bozulmaya neden olabileceğinden bireylerin aileden beklentilerinin artması doğaldır. Beser ve ark. (62) yaptığı çalışmada rol performansında değişim meme kanseri tanısı olan hastalarda daha fazla görülmüştür.

Yaşın ilerlemesiyle beraber bireylerin yaşamdan beklentisinin azalması ve buna bağlı olarak kanserle baş etmede genç yaş gruplarına oranla daha az istekli olmaları nedeniyle, genç yaş grubundaki bireylerin aileden beklentilerinin arttığı düşünülmektedir.

RT tedavisi GNH'de uygulananların, tedaviye ayaktan gelenlerin, iki ve daha az bölgeden tedavi uygulananların, mediastinumdan RT uygulananların, daha önce KT tedavisi uygulanmayanların, RT ünitesini tanıyanların, tedavi sırasında sağlık personeli ile iletişimde bulunanların, en çok hemşire ile iletişim halinde bulunanların sağlık

personelinden beklentisi olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.15). RT tedavisi 10 gün ve daha az sürede uygulananlar sağlık personelinden beklentisi olduğunu ifade etmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.15).

RT ünitelerinde görev yapan sağlık personelleri (doktorlar ve hemşire) daha çok Onkoloji Hastanesi RT ünitesinde bulunmakta, yalnızca gerekli olduğu durumlarda GNH RT ünitesine gelmektedirler. Bu durum GNH RT ünitesinde tedavi uygulanmakta olan hasta bireylerin sağlık personeline anında ulaşımını engellediği için bu bireylerin sağlık personelinden beklentilerinin daha fazla olduğu düşünülebilir.

Tedaviye ayaktan gelen bireylerin, 10 gün ve daha az sürede tedavi uygulananların daha fazla bilgi gereksinimi olduğundan (Tablo 4.18) bu bireyler sağlık personelinden daha çok beklenti içerisine girmiş olabilir.

Hastalıkla ilgili bilgi edinme sorunun çözülmesine katkıda bulunmasının yanı sıra, duygusal yaşamın düzenlenmesinde önemli yeri olan bireyin kendini algılamasını ve ifade etmesini (kendilik-tanımını) güçlendirerek, kendilik-değerinin sürdürülmesine yardım eder. Bireyin kendilik-tanımı, onun kendi beden imgesi, mesleki ve amatör uğraşları, yaptığı işten aldığı doyumlar, aile ve arkadaşlarla olan ilişkilerde kendisini nasıl algıladığı, amaçları, hırsları, istekleri gibi özellikleriyle yakından ilişkilidir. Tüm bunlar bireyin hastalığa uyumu için gerekli olan özelliklerdir ve bilgilendirmeden yarar sağlarlar (68).

RT uygulanan bireylerden kadın / erkek olanların, 20-49 yaş grubunda olanların, okur yazar değil / okur yazar olanların, evli olanların, ilçede yaşayanların, gelir durumu iyi olanların, emekli sandığı sosyal güvencesine sahip olanların, baş-boyun Ca tanısı ile takip edilenlerin, metastazı olanların, tanı süresi 13 ay ve daha uzun süreli olanların, tedavi sırasında eşlik eden yakını olmayanların, eşlik eden yakını eşi olanların bilgi gereksinimleri olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.17). Genç yaş grubunda yer alan bireylerin bilgi edinme alışkanlıklarının gelişen teknoloji ile birlikte artması nedeniyle genç yaş grubundaki bireylerin bilgi gereksinimlerinin daha fazla olduğu düşünülmektedir. Eğitim düzeyi düşük olan bireylerin olayları algılama ve yorumlamada yetersiz kalmaları sonucu bilgi gereksinimi içerisinde buldukları düşünülebilir.

Tedavinin uzun sürmesi durumunda belirsizlik daha yoğun yaşanır ve bireyler, yaşanan belirsizliğin üstesinden gelmek için sağlık ekibinden bilgi arama girişimlerinde

bulunurlar. Çalışmada bireylerin tedavi süresi uzadığında sağlık ekibinden bilgi gereksinimlerinin arttığı saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan bireyler araştırma süresince kendilerine tedavileri ile ilgili verilen bilgi ve kitapçıktan yararlandıklarını ve devamını istediklerini ifade etmişlerdir. Hastanın bilgi aldıktan sonraki tutumu, hastalığın seyrinde etkindir. Hastalığı denetliyor olabilme duygusu, onunla daha başarılı başa çıkma gücü verir (70).

Bireylerden tedaviye ayaktan gelenlerin, iki ve daha az bölgeden tedavi uygulananların, 10 gün ve daha az sürede tedavi uygulananların, kemik bölgesine RT uygulananların % 89.3'ünün, baş-boyun bölgesine RT uygulananların % 86.3'ünün, daha önce KT tedavisi uygulananların bilgi gereksinimi olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.18). Tedaviye ayaktan gelen bireyler, baş-boyun bölgesinden RT uygulanan bireyler daha fazla sorun yaşadığından (Tablo 4.12) bu bireylerin bilgi gereksinimlerinin daha çok olduğu düşünülmektedir. 10 gün ve daha az sürede tedavi uygulanan bireyler sürekli izlemin ve bilgilendirmenin olmamasından dolayı daha fazla bilgi gereksinimi içerine girmiş olabilir. RT tedavisi GNH'de uygulanan bireylerin, tedavi hakkında kısmen bilgi alanların bilgi gereksinimi olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.18). Kanser tanısına sahip olan hastaların yeterince bilgi alamadıklarında gerilim ve kuşku yaşayabilecekleri, bunun sonucunda da bilgi gereksinimlerinin daha da artmış olabileceği düşünülebilir. Tedavi sırasında sağlık personeli ile iletişimde bulunmayanların, en çok iletişimde bulunduğu personel hemşire olanların tamamının bilgi gereksinimi olduğu bulunmuştur (Tablo 4.18). Kanser tedavisi için kullanılan yöntemler hastayı fiziksel, düşünsel ve duygusal anlamda zorlayıcı özelliklere sahiptir. Yapılan tedavi hakkında bilgi sahibi olmak, hastaların olabilecek fiziksel değişiklikler hakkında sağlıklı bir öngörüye sahip olmalarına yardımcı olacaktır. Kanser tedavisinde kullanılan RT uygulaması yeni korku ve kaygılara neden olacağından bu tedavi hakkında hemşire tarafından bilgilendirmenin yapılması, yanlış ve yersiz kaygı ve endişelerin önlenmesine katkıda bulunabilir(39,71). Sonuç olarak; Hastaların sağlık ekibi ile ele alınması, bilgilendirmenin ekibin sorumluluğuna bırakılması hastanın daha az sıkıntı yaşamasına neden olacaktır.

Elde edilen sonuçlara göre;

- Hastaların tedavilerinden önce tedavileri konusunda bilgilendirilmeleri durumunda tedaviyi daha kolay kabul ettikleri, tedaviye daha kolay uyum sağladıkları ve ortaya çıkan semptomları daha iyi tolere edebildikleri bilinmektedir. Bu nedenle hasta bireylere tedavi öncesi bilgilendirmenin yapılması,
- Çalışmada radyoterapi ünitelerinde görev yapan hemşire sayısı yetersizliği nedeni ile hasta bakımlarının yeterince karşılanmadığı, hemşire sayısının bir kişi olmasına rağmen hasta bireylerin hemşireden beklentilerinin fazla olduğu görülmüştür. Radyasyon Onkolojisi bölümünde görev yapan hemşire sayısının artırılması,
- Araştırmaya katılan bireylerin RT süresince en fazla yorgunluk, iştahsızlık, bulantı ve kusma yaşadıkları görülmüştür. Bu yan etkilerin tek tek ele alınarak deneysel/girişimsel çalışmaların yapılması,
- Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin baş-boyun bölgesinden RT uygulanan hastalarda stomatit açısından daha dikkatli olmaları, stomatit gelişmemesi için önlem almaları,
- RT ünitelerinde hastaların tamamını yatarak tedavi etmek mümkün olmamaktadır. Bu durumda da hastaların ve yakınlarının ulaşım ve kalacak yer problemi ortaya çıkmaktadır. Bu problemi çözebilmek için ünitelerin yatak kapasitelerinin artırılması ve/veya yataklı tedavi kurumları yapılmasının desteklenmesi,
- Ünitelerde fiziki çevre koşullarının düzenlenmesi (hasta soyunma odalarının tedavi odası içerisinde yer alması ve her hastaya ayrı soyunma gömleği, tedavi için ayrı çarşaf kullanılması)
- Araştırma kapsamına alınan bireyler araştırma süresince kendilerine tedavileri ile ilgili verilen bilgi ve kitapçıktan yararlandıklarını ve devamını istediklerini ifade etmişlerdir. Bireylerin bilgilendirilmesi, tedaviye uyumda önemli katkısı olduğu görülen bu uygulamaların yaygınlaştırılması, önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

1. Şengelen M. Türkiye’de Kanser İstatistikleri, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2002: 1
2. Kutluk T, Kars A. Kanser Konusunda Genel Bilgiler. Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları. Ankara, 1996
3. Kanserden Korunma. Gülhane Askeri Tıp Akademisi. Ayın Kitabı, 2000: 5
4. Kızılcı S. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999; 3(2): 18-26
5. Birol L, Akdemir N, Bedük T. İç Hastalıkları Hemşireliği. Vehbi Koç Vakfı Yayınları. Ankara, 1997: 96-145
6. Guyton AC, Hall JE. Medical Physiology. Nobel Tıp Kitabevleri. Onuncu ed. Yüce Yayınları, 2001: 36-37
7. Devita VT, Hellman S, Rosenberg SA. CANCER Principles & Practice of Oncology In: Hellman S (ed), Principles of Cancer Management: Radiation Therapy. 6 th ed. Philadelphia, 2001: 265-289

8. Uzal C. Kanserde Işınlama Teknikleri. Öncü Limited. Ankara, 1995
9. Eroğlu F. Kemoterapi ve Anestezi. Sendrom Dergisi 2000; 3(12): 99
10. Kearney N. New Strategies in the Management of Cancer. Cancer Nursing 1999; 22(1): 28-33
11. Çakmak A, Serin M. Radyoterapi. 1997
12. Sherman CD. ve ark. Klinik Onkoloji. Sağlık Bakanlığı Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Ortak Yayını. Ankara, 1990
13. Perez C, Brady L. Principles and Practice of Radiation Oncology. 3 rd ed. New York, Lippincott-Raven. 1998: 1-79
14. Symonds RP. Radiotherapy. British Medical Journal 2001; 323: 1107
15. Platin N. Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. Iwamoto RR, Birol L (ed), Radyoterapi. I. Baskı. IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası. Ankara, 1996: 68-80
16. Chao C, Perez CA, Brady LW. Radiation Oncology Management Decisions. Lippincott Williams & Wilkins, 2004
17. Haskell C. Cancer Treatment. 5 th ed. Philadelphia, 2001: 1-8
18. Erdine S. Kanser Hastasında Palyatif Bakım. Nobel Tıp Kitapevleri. İstanbul, 2002: 1-10
19. Aştı T. Kanserli Hastanın Evde Bakımında Temel İlke ve Uygulamalar. Hemşirelik Forumu Dergisi 2003; 6(2): 48-61
20. Uluslararası Kanserle Savaş Birliği, Okullarda Kanser Eğitimi. Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu. Ankara, 1992: 30-38
21. Akmansu M, Bora H. Radyasyon Onkolojisi Genel Bilgiler. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi 20.yıl yayınları. No:5. Ankara, 1999
22. Güden M. ve ark. Radyoterapide Morbidite. Sendrom 1998; 1(10): 47-51
23. Özalpan A. Radyobiyooloji. T.C. İstanbul Üniversitesi Yayınları. No:152. İstanbul, 1980
24. Altınbaş M. A'dan Z'ye Onkoloji. Netform Matbaacılık A.Ş. Kayseri, 2002: 568, 614
25. Özkan S. Kemoterapi Süresince Ruhsal Uyumun Aşamaları. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bülteni 1996; 1
26. Pınar R. Radyoterapi Uygulanan Hastaların Bakımı. II.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı, ss 357-361, 1990, İzmir

27. Onat H, Mandel N. Kanser Hastasına Yaklaşım. Mandel MN, Kaytan E, Dinçer M, Ergüney S (ed), Kanser Tedavisine Bağlı Geç Sorunlar. Nobel Tıp Kitapevleri, 2002: 297-321
28. Ertekin V, Karşloğlu İ, Sezen O. Radyoterapinin Deri Üzerine Etkileri ve Tedavisi. Sendrom 2003; 10(15): 88-94
29. Haberman MR, Germino BB, Maliski S, et al. What Makes Oncology Nursing Special? Wlaking the Road Togather. Oncology Nursing Forum 1994; 21: 41-47.
30. Özmen D. Radyoterapi Uygulanan Hastaların Tedavi Süresince Ortaya Çıkan Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Karşılanması. III.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı ss 587-591, 24-26 Haziran 1992, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas
31. Wells M. What's So Special About Radiotherapy. European Journal of Oncology Nursing 1998; 2(3): 162-168
32. Kum N. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. II. Baskı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları. No:13. İstanbul, 2000: 9-18
33. Solomon P, Draine J. Adaptive Coping Among Family Members of Persons With Serious Mental İllness. Psychiatr Serv 1995; 46(11):1156-1160
34. Turan A. Kanser Hastalarında Anksiyete, Depresyon, Uyum Güçlüğü Prevalansı ve Bunların Psiko-Sosyal Durumla İlişkisinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü. İstanbul, 1992
35. Kav S. Onkoloji Hemşireliğinin Uygulama Alanları Rol ve Sorumlulukları. Hematoloji-Onkoloji 2000; 2(1): 52-59
36. Özcan A. Hastanede Yatan Hastaların Durumlarına İlişkin Bilgi İstedikleri Alanların Saptanması ve Hastaya Verilecek Bilgiler Konusunda Hemşire ve Hasta Görüşlerinin Karşılaştırılması, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara 1977
37. Barclay V, Platin N. (ed) Kanser Hemşireliğinde Temel Kavramlar. Uluslararası Kanser Savaş Birliği, Ankara, 1987: 149-155
38. Yurtsever Ü.E. Bipolar Bozukluğu Olan Hasta ve Ailelerin Ele Alınışında Yapılandırılmış Psiko-egitimsel Yaklaşımlar, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 1999
39. Güni Ö, Özşenol F, Oysul K, Beyzadeoğlu M. Kanser Tedavisinde Radyoterapi Uygulanan Hastaların Psikososyal Durumu ile Etkilenen Sistemler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Türk Onkoloji Dergisi 2005; 20(1): 30-36

40. Kav S. Kanser Tedavisinin Yan Etkilerinin Kontrolünde Öz-Bakım Modelinin Etkisi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2003
41. Long L. Being Informed: Undergoing Radiation Therapy. *Cancer Nursing* 2001; 24(6): 463-468
42. Wengstrom Y, Forsberg C. Justifying Radiation Oncology Nursing Practice-A Literature Review. *Oncology Nursing Forum* 1999; 26: 741-750
43. Ahlberg K, Ekman T, Johansson F, The Experience of Fatigue, Other Symptoms and Global Quality of Life During Radiotherapy for Uterine Cancer. *International Journal of Nursing Studies* 2005; 42(4): 377-386.
44. Molassiotis A, Chan CWH. Fatigue Patterns in Chinese Patients Receiving Radiotherapy *European Journal of Oncology Nursing* 2004 8, 334-340
45. Irvine D, Vincent L, Graydon J, Bubela N. Fatigue in Women With Breast Cancer Receiving Radiation Therapy. *Cancer Nursing* 1998; 21(2): 127-135
46. Ferrel BR, Grant M, Dean GE, et al. Bone Tired: The Experience of Fatigue and Its Impact on Quality of Life. *Oncology Nursing Forum* 1996; 23: 1539-1547
47. Pawlikowska T, Chalder T, Hirsch SR, Wallace P, et al. Population Based Study of Fatigue and Psychological Distress. *BMJ* 1994; 308: 763-766
48. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. *Psikiyatrik ve Psikososyal Açından Kanser*. İstanbul, 1993: 153-174
49. Göz M, Göz F. Kanser Tedavisine Bağlı Bulantı-Kusmayı Önleme. *Sendrom* 2001; 11(13): 130-132
50. Taşçı S, Ünal A, Üstünbaş HB. Kemoterapi Alan Hastalara Yan Etkilere Yönelik Eğitim Verilmesi. *Erciyes Tıp Dergisi* 1994; 16(1): 68-71
51. Kara B, Akbayrak N. Kanserde Kaşeksi ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Sendrom* 2002; 8(14): 126-132
52. Cengiz M, Özyar E, Öztürk D, et al. Sucralfate in the prevention of radiation-induced oral mucositis. *J. Clin. Gastroenterol.* 1999; 28(1): 40-43
53. Armstrong TS. Stomatitis in the Bone Marrow Transplant Patient. *Nursing*, 1994; 5(17): 403-410
54. Dalgıç G, Karadağ A, Kuzu N. Kemoterapiye Bağlı Gelişen Stomatitte Hemşirelik Bakımı. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1998; 2(2): 53-59

55. Nordin K, Berglung G, Glimelius B, et al. Predicting Anxiety and Depression Among Cancer Patients: a clinical model. *European Journal Cancer* 2001; 37: 376-384
56. Vural G. Patient Rights. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1996; 2(3): 23-39
57. Zencir G. Hekim ve Hemşirelerin Hasta Hakları Konusunda Tutumlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 1996
58. Ocaktan E, ve ark. Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Çalışan Sağlık Personelinin Hasta Hakları Konusunda Bilgi ve Tutumları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2004; 57(3): 129-137
59. Keskin F. Sivas İli C.Ü. Hastanesinde Yatmakta Olan Hastaların Servislerine Kabul Edilişlerindeki Uygulamalarla Bu Uygulamalara İlişkin Duygu ve Beklentilerinin Saptanması, Yüksek Lisans Tezi, C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas 1987
60. Eylen B. Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeğinin Geçerlik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı Üzerine Bir Çalışma. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2002; 1(XV): 109-117
61. Oflaz F. Onkoloji Kliniğinde Yatan Kanser Hastalarının Psikiyatrik Semptom Düzeyleri ve Destek Gereksinimlerinin Saptanması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi* 2002; 4(1):65-72
62. Beser N, Öz F. Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003; 7 (1): 47-58
63. Doğan S. Kanserli Hastalarda Beden İmgesi Sorunları. *Sendrom* 1998; 4(10): 52- 58
64. Tezcan E. Kanserli Hastalarda Majör Depresyon. *Türkiye Tıp Dergisi* 1996; 3(3): 172-177
65. Pınar R. Halkımız Kanser Konusunda Ne Biliyor? *Kanser Gündemi Türkiye Kanserle Savaş Vakfı Bilimsel Yayın Organı.* 1998; 3(2): 66-73
66. Öz F, Ünal S, Akdeniz E, Dil S. Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Ruh Sağlığı Birimine Başvuran Kanser Hastalarının Özellikleri ve Sorun Alanları. *Türk Hematoloji-Onkoloji Dergisi* 2004; 1(14): 33-40
67. Hammersen J, Gellrich NC, Hallner D, et al. Participation in Stationary Rehabilitation in Oral Cancer Patients: Results of a Multicenter Study. *Psych-Oncology* 1996; 5(2): 164

68. Okyayuz Ü. Sağlık Psikolojisi: Kanser Hastası ve İletişim. Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:19. Ankara, 1999: 220-236
69. Öz F. Hastalık Yaşantısında Belirsizlik. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12(1):61-68
70. Dunn SM, Peterson PU, Butow PN, et al. Cancer by Another Name: a Randomized Trial of the Effects of Euphemism and Uncertainty in Communicating With Cancer Patients. Journal of Clinical Oncology 1993; 11(5): 989-96
71. Özbek Ö. ve ark. Psikoterapi Uygulanan Kanser Hastalarının Psikosoyal Yönden Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2003; 23(3): 189-194

EKLER

EK-1

RADYOTERAPİ UYGULANAN KANSERLİ HASTALARIN BAKIM GEREKSİNİMLERİ ARAŞTIRMASI

ANKET FORMU :

Hastanın Adı-Soyadı:

RT günü / toplam gün :

Protokol No:

Kaç bölgeden RT uygulandı:

RT uygulanan bölge:

RT'ye geldiği yer: 1.Servis 2. Poliklinik

Ünite: 1. Gevher Nesibe Hastanesi

2. M.Kemal Dedeman Hastanesi

Tanısı :

Metastaz varlığı : 1. Var 2. Yok

Metastaz Bölgesi :

RT ile birlikte KT alıyor mu? 1. Evet 2. Hayır

1. Cinsiyetiniz:

1.Kadın 2.Erkek

2. Kaç yaşındasınız?.....

1.19 yaş 2.20-29 yaş 3.30-39 yaş 4.40-49 yaş 5.50-59 yaş 6.60 yaş ve üstü

3. Medeni durumunuz nedir?

1. Evli 2. Bekar 3.Boşanmış / Ayrı yaşıyor 4.Dul

4. En son hangi okuldan mezun oldunuz ?

1.Okur-yazar değil 2.Okur-yazar 3.İlköğretim mezunu 4.Ortaöğretim Mezunu

5.Yükseköğretim Mezunu

5. En uzun süre yaşadığınız yerleşme yeri hangisidir?

1.Kayseri il merkezi 2.Kayseri ilçe 3. Kayseri köy

4.Kayseri dışı il merkezi 5.Kayseri dışı ilçe 6. Kayseri dışı köy

6. Size göre çevredeki ailelerle karşılaştırdığınızda ailenizin gelir düzeyi nasıl?

1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü

7. Sosyal güvenceniz var mı?

1. Evet 2. Hayır

8. Hangi sosyal güvence kurumuna bağlısınız?

1.Emekli Sandığı 2.Bağ-kur 3.SSK 4.Yeşil kart

5. Diğer (ise belirtiniz.....)

9. Hastalığınızın tanısı konulalı ne kadar süre oldu?

10. Tedaviye gelirken / hastanede size eşlik eden bir birey var mı?

1.Evet 2.Hayır (ise 12. soruya geçiniz)

11. Size kim eşlik ediyor?.....

12. Daha önce radyoterapi tedavisi aldınız mı?

1.Evet 2.Hayır (ise 20.soruya geçiniz)

13. Kaç kez aldınız? 1. 1 kez 2. Diğer (ise belirtiniz).....

14. Daha önceki radyoterapi tedaviniz esnasında veya sonrasında herhangi bir sorun / size sıkıntı veren bir olay yaşadınız mı ?

1.Evet 2.Hayır (ise 20.soruya geçiniz)

15. Yaşadığınız sorunun ne olduğunu açıklayabilir misiniz?.....

16.Yaşadığınız sorunun giderilmesine yönelik size herhangi bir uygulama yapıldı mı?

1.Evet 2.Hayır (ise 20.soruya geçiniz)

17. Yaşadığınız sorunun giderilmesine yönelik size ne tür uygulama yapıldı?

18. Yaşadığınız bu sorunu gidermeye yönelik uygulama kim tarafından yapıldı?

1. Doktor 2. Hemşire 3. Diğer hastalar 4. Diğer (ise açıklayınız).....

19. Bu uygulama siz istediğiniz için mi yapıldı?

1. Evet 2. Hayır

20. Size uygulanan işlemler hakkında açıklama yapıldı mı?

1. Evet 2. Hayır (ise 23.soruya geçiniz)

21. Bu açıklama kim tarafından yapıldı ?.....

22. Yapılan açıklamalar sizce yeterli miydi?

1. Evet 2. Kısmen 3. Hayır

23. Radyoterapinin yan etkilerinin neler olduğunu biliyor musunuz ?

1. Evet 2.Hayır (ise 26.soruya geçiniz)

24. Bu konuda neler bildiğinizi açıklar mısınız?.....

25. Bu bilgileri kimden öğrendiniz?.....

26. Şimdiki Radyoterapi seansları sırasında veya sonrasında herhangi bir sorun (yan etki) sizi rahatsız eden bir durum oldu mu?

1. Evet 2. Hayır (ise 38.soruya geçiniz)

27. Bu sorunun ne olduğunu açıklar mısınız?

28. Yaşadığınız bu sorunun giderilmesine yönelik size herhangi bir işlem / açıklama yapıldı mı?

1. Evet 2. Hayır (ise 33.soruya geçiniz)

29. Bu işlem / açıklama kim tarafından yapıldı?

1. Doktor 2. Hemşire 3. Diğer hastalar 4. Diğer (ise açıklayınız).....

30. Ne işlem / açıklama yapıldı ?.....

31. Bu işlem / açıklama siz istediğiniz için mi yapıldı ?

1. Evet 2. Hayır

32. Bu işlem / açıklama sizce yeterli miydi?

1. Evet 2. Kısmen 3. Hayır

33. Sorununuzu gidermeye yönelik sağlık personelinde yardım istediniz mi?

- 1.Evet 2. Hayır (ise 36.soruya geçiniz)

34.Sorununuzu gidermeye yönelik öncelikle hangi sağlık personelinde yardım istediniz?

1. Doktor 2. Hemşire 3. Diğer (ise açıklayınız).....

35. Bunun nedenini açıklayınız.

36. (Sorun yaşayan bireyler için) Sorununuzu gidermeye yönelik bu kişilerden beklentiniz var mı?

- a) Doktor 1. Evet 2. Hayır
b) Hemşire 1. Evet 2. Hayır
c) Aile yakınları 1. Evet 2. Hayır

37. (Sorun yaşayan bireyler için) Sorununuzu gidermeye yönelik bu kişilerden beklentiniz nedir?

- a) Doktor
b) Hemşire.....
c) Aile yakınları.....

38. Radyoterapi almaya geldiğiniz süre içerisinde iletişim halinde bulunduğunuz sağlık personeli var mı?

1. Evet 2.Hayır (ise 40.soruya geçiniz)

39. Radyoterapi almaya geldiğiniz sürede en çok ilişki içinde bulunduğunuz sağlık personeli kimdir?

1.Hemşire 2.Doktor 3.Radyoloji teknisyeni 4. Diğer (ise belirtiniz).....

40. Radyoterapi ünitesini tanıyor musunuz ? (tuvalet,hemşire odası,dinlenme odası,tedavi odası,doktor odası nerede biliyor musunuz?)

1. Evet

2. Kısmen

3. Hayır

41. (M. Kemal Dedeman Ünitesi için) Bu ünite görev yapan hemşireyi tanıyor musunuz?

1. Evet

2.Hayır (ise 45.soruya geçiniz)

42. Bu ünite çalışan hemşirenin size karşı olan yaklaşımını nasıl değerlendiriyorsunuz?

43. Radyoterapi tedaviniz süresince hemşireden beklentileriniz var mı ?

1. Evet

2.Hayır

44. Bu beklentilerinizin neler olduğunu açıklar mısınız?.....

45.Radyoterapiye ilişkin bilgi gereksinimi duyduğunuz konular var mı ?

1. Evet

2. Hayır (ise 49.soruya geçiniz)

46. Hangi konuda bilgiye ihtiyaç duyuyorsunuz?.....

47. Bu bilgiyi kimden almak istersiniz?

1.Doktor

2. Hemşire

3. Diğer (ise belirtiniz).....

48. Nedenini belirtiniz.....

49. Radyoterapi ünitesinden beklentileriniz var mı?

1. Evet

2.Hayır

50. (Cevabınız evet ise) Bu beklentilerinizin neler olduğunu açıklar mısınız?

EK-2

RADYOTERAPİ UYGULANAN HASTALARA ÖNERİLER

(15,19,26,28,30,37,49,51,54)

NOT: AŞAĞIDA YER ALAN YAN ETKİLER RADYOTERAPİ ALAN HER HASTADA GELİŞMEYEBİLİR, GELİŞEN YAN ETKİLER DE TEDAVİNİZ BİTTİKTEN SONRA AZALARAK KAYBOLACAKTIR!

Tedavi boyunca karşılaşılabileceğiniz bazı özel durumlar ve bu konuda yapmanız gerekenler şu şekilde sıralanabilir;

1-YORGUNLUK, HALSİZLİK HİSSİ : Tedaviniz süresince kendinizi yorgun, halsiz hissedebilirsiniz. Yorgunluk hissi, tedaviye bağlı olarak alyuvarlarınızın (kırmızı kan hücrelerinizin) azalması sonucu oluşabilir. Bu durum ilerleyen haftalarda, verilen doz arttıkça daha belirgin olarak yaşanabilir, Kesinlikle hastalığınızın kötüye gittiği şeklinde yorumlanmamalıdır.

Bu gibi durumlarda;

- ✓ Kendinizi fazla yormayın, tedaviye dinlenmiş olarak girin
- ✓ Dinlenmek için kendinize daha fazla zaman ayırın,
- ✓ Akşam saatlerinde çay, kahve, kola gibi kafeinli içecekler, geç saatte yemek yeme gibi uyku kaçırıcı alışkanlıklardan uzak durun,
- ✓ Günlük aktivitelerinizi daha pratik veya kısa sürelerle yapmaya çalışın, Mümkünse kısa yürüyüşler veya hafif egzersizler yapın,
- ✓ Tüm işlerinizde planlı olun ve arada mutlaka dinlenme dönemleri olsun ,
- ✓ İyi beslenin(proteinli demir içeren – pekmez, üzüm suyu vb. gıdalar almaya özen gösterin),
- ✓ Yeterli sıvı alımı son derece önemlidir. Günde en az 8 bardak su(sıvı gıdalar)alın,

Yorgunluk hissi tedaviden sonra kaybolacaktır. Birkaç ay sonra yeniden belirirse, bunun hastalıkla bağlantılı olma olasılığı vardır, doktorunuza haber verin.

2-CİLTTE (DERİDE) DEĞİŞİKLİK : Cilde ait yan etkiler, üzerine basmakla solan hafif kızarıklıklarla başlar (güneş yanığı gibi) ve sulu, açık yaralara kadar gidebilir. Cilde ait bu kısıtlamalar sadece tedavi bölgesi cildini ilgilendirir. Cildinizin diğer bölümlerine dair herhangi bir önlem almanıza gerek yoktur. Ayrıca söz konusu kısıtlamalar sürekli değil, sadece tedavi

süresince ve tedavi sonrası erken dönem için gereklidir. Cilt reaksiyonlarının büyük bölümü tedavi bitiminden 2-4 hafta sonra kaybolur.

Bazen tedavi sonrası uzun dönemde radyoterapi alanına dahil olan cildinizde noktasal tarzda kalıcı, zararsız koyu lekeler olabilir . O bölge cildiniz, diğer bölgelere göre daha koyu renkli ve daha sert olarak değişikliğe uğrayabilir. Bu durum çoğu kez zamanla normale yaklaşır.

Ciltte oluşabilecek değişiklikler ve yapılması gerekenler şunlardır ;

- ✓ Tedavi bölgesinde ilerleyen haftalarda hafif kaşıntı hissi belirebilir. Bu bölgeyi asla ovalamayın,kaşımayın, kabuklanma olursa kesinlikle soymayın, Çünkü tedaviye bağlı olarak bu bölgedeki deri giderek incelik, hassaslaşır ve kolay tahriş (zedelenme) oluşabilir.
- ✓ Parfümlü sabunlar, parfümlü pudralar, deodorantlar, losyonlar, kremler, ve kolonya cildinizi tahriş edici maddelerdir ve tedavi süresince kullanmayın,
- ✓ Tedavi süresince ve tedavi sonrası erken dönemde çok sıcak su ile banyo ve tedavi bölgesini sabun bezi, kese gibi tahriş edebilecek maddelerle temas ettirmeyin. En iyisi bu süre zarfında banyoya izin veriliyorsa ılık su ile duş yapın.
- ✓ Tedavi bölgesinin ıslak olması, cilt reaksiyonu riskini artırır. Tedavi bölgesini kuru tutun, ter emici pamuklu,rahat ve bol giysiler giyin,
- ✓ Terleme durumunda temiz ve yumuşak bir havlu ile ve hafif hareketlerle bu bölgeyi derhal kurulayın,
- ✓ Tedavi bölgesine yapılan işaretlerin çıkmaması gerekir. Eğer işaretler azalır ya da tamamen yok olursa, kendi kendinize bu işaretleri yeniden yapmayı asla denemeyin (İşaretleriniz her gün teknisyeniniz tarafından kontrol edilecek ve eğer silinmeye yüz tutarsa yineleneyecektir)
- ✓ Banyo yapmayı planladığımız günden 1 gün önce,teknisyeninize haber verip tedavi bölgenizdeki işaret / çizgilerin yenilenmesini sağlayın.
- ✓ Baş ve boyun bölgesinden radyoterapi alan erkeklerin tedavi süresince tıraş köpüğü, tıraş kremi ve jilet kullanarak tıraş olmamaları gerekir.Mümkünse tedavi boyunca tıraş olmamak en iyisidir. Eğer gerekliyse, tıraş makinesi ile tıraşa izin verilebilir.
- ✓ Tedavi bölgesi üzerine sıkı giysiler giymeyin, tedavi alanı üzerine uzun süre yatmayarak bölgeyi basınçtan koruyun,
- ✓ Tedavi gören bölge cildi incelik ve hassaslaşır. Bu nedenle tedavi bölgesini yazın etkili güneşe, kışın soğuk rüzgara maruz bırakmayın.(Bu durumlar, cildi tahriş edeceği gibi, reaksiyon riskini de artırır),

- ✓ Tedavi bitimini takiben en az 1 yıl süreyle, tedavi gören bölgenin kuvvetli güneş ışığından korunması gerekir. Bu süreden sonra bile bazen cilt hassasiyeti devam edebilir ve özel bakım gerektirebilir. Bu durumda yüksek koruma faktörlü güneş kremleri kullanarak güneşe çıkın,

3-BULANTI ve KUSMA : Bazı hastalar tedavi süresince, hatta ilk günlerden başlayarak bulantı ve bazen kusmadan yakınır. Tedavi alanı mideye ne kadar yakınsa, bu yakınma o kadar yaygındır.

- ✓ Tedaviden hemen önce ve sonra (1-2 saat) bir şey yemekten kaçının,
- ✓ Gün boyu üç öğün yemek yemek yerine az ve sık sık beslenin (5-6 öğün),aşırı yemekten kaçının,
- ✓ Yiyecekler sabah saatlerinde daha rahat tolere edileceğinden önemli besinleri sabah yiyin,
- ✓ Bulantınız olduğunda az miktarda ekmekek, tuzlu kraker, leblebi vs. yiyin,
- ✓ Sıcak yerine çok soğuk olmamak kaydı ile soğuk yiyecek ve içecekler alın, (Sıcak yiyecekler bulantıyı artırabilir)
- ✓ Bol su ve meyve suyu için
- ✓ Yağlı, baharatlı, acı, kuvvetli kokusu olan, ekşi ve şekerli besinlerden uzak durun,
- ✓ Gıdaları iyi çiğneyin ve yavaş yemek yiyin,
- ✓ Katı ve sıvıyı birlikte almayın
- ✓ Sıkı giyecek giymeyin ve yemekten hemen sonra yatmayın,ya da çok fazla hareket etmeyin
- ✓ Dikkatinizi başka yöne çevirin (kitap okuma, müzik dinleme, televizyon izleme vs.)

4--AĞIZDA KURUMA-YARA: Ağız içi hücreler radyasyona duyarlı olduğundan, tedavi süresince ağız içinde yaralar olabilir. İlk belirtisi ağızda kuruluk ve dudaklarda yanmadır. Bu nedenle tedavi süresince ağız bakımınız son derece önemlidir. Bu durumda;

- ✓ Her yemekten sonra ve yatmadan önce naylon kılı, yumuşak diş fırçası ile dişlerinizi fırçalayın,
- ✓ Dişlerinizi fırçalayamıyorsanız, 2 saatte bir ağızınızı normal tuzlu suyla çalkalayın,
- ✓ Ağız ve diş etlerini temizlemek için, ağız mukozasını tahriş eden ve alkol içeren ağız gargaraları, limon ve gliserin içeren solüsyonlardan kaçının,
- ✓ Ağız kuruluğunuzu gidermek için Doktorunuzun önerdiği spre y veya ağız bakım setlerini kullanabilirsiniz,

- ✓ 1 bardak kaynatılmış soğutulmuş su + 1,5 çay kaşığı karbonat + 1,5 çay kaşığı tuz ile hazırlanan solüsyonla günde 4-6 kez gargara yapın,
- ✓ Sık, sık ağız boşluğunu ıslatın ve bol sıvı-sıvı gıdalar (su, meyve çayları, ayran vb) tüketin,
- ✓ Dişetlerine parmakla masaj yapın ve her gün ağız içini gözlemleyip, değişiklikleri bildirin,
- ✓ Çok sıcak veya çok soğuk, baharatlı, asitli ve sert kabuklu yiyeceklerden kaçının, yumuşak, protein ve vitamin yönünden zengin yiyecekler yemeye özen gösterin,
- ✓ Eğer diş protezi kullanılıyorsanız protezlerinizi her zaman yemeklerden sonra çıkarıp fırçalayın ve gece yatarken çıkarıp temizleyin, sonra ılık su dolu bir kaba koyun,
- ✓ Dudaklarınızı vazelin yada E vitamini içeren kremlerle nemli tutun
- ✓ Alkol ve sigara ağzınızın içini tahriş edebileceğinden, tedaviniz süresince sigara ve alkol tüketmeyin

5-BESLENMEDE DEĞİŞİKLİK- İŞTAHSIZLIK- KİLO KAYIBI: Ağzınızda olan yan etkiler iştah azalmasına ve dolayısıyla kilo kaybına yol açabilir.

- ✓ Açlık hissettiğinizde yemek zamanı olmasa da yiyin,
- ✓ Yağsız et, balık, yumurta, süt ve ürünleri gibi zengin protein kaynaklarından günde en az üç öğün yiyin,
- ✓ Yağda kızartılmış gıdalar almayın,
- ✓ Hamur işi gıdalardan uzak durun,
- ✓ Mümkünse rafine edilmemiş gıdalar (kepekli ekmek, kepekli pirinç, şeker vb.) alın
- ✓ A ve C vitamini içeren sebze ve meyvelerden günde en az altı öğün alın, (**A vitamini:** Karaciğer, tüm kırmızı etler, balık, tereyağı, süt, peynir, yumurta, yoğurt, portakal, elma, karpuz, kavun, erik, havuç, maydanoz, patates, domates, şeftali ve üzümde bulunur, **C vitamini;** Bütün turunçgillerde, kuşburnu, maydanoz, asma yaprağı, çilek, domates, karpuz, kırmızı dolmalık biber, brokoli, karnıbahar, havuç, roka, tere, kuru soğan, ıspanak ve lahanada bol miktarda bulunur)
- ✓ Yemeklerden önce 5-10 dakika yürüyüş yada yatak içinde sınırlı hareketler yapın,
- ✓ Temiz ve havalandırılmış bir yerde yemek yiyin,
- ✓ Azar azar ve sık sık yiyin,
- ✓ Yemeklerden önce sıvı içmeyin,

Radyoterapi sırasında biraz kilo vermeniz doğaldır, ama yemek konusunda belirgin sorunlarınız varsa, mutlaka doktorunuzdan yardım isteyin.

6- YUTMA ZORLUĞU : Radyoterapi esnasında ve sonrasında bir süre için göğüs kafesinizde bir daralma hissi olabilir. Bu nedenle katı yiyeceklerin alınması zorlaşabilir. Daha ileri aşamada sıvı gıdaların alınması bile zor olabilir. Bunlar tedavinin getirdiği durumlardır, hastalığın kendisi ile ilgili değildir.

- ✓ Radyoterapi esnasında eğer ağız-boğaz-yemek borusu ve mideniz tedavi alanı içerisine giriyorsa,**aşırı sıcak-soğuk,acı,ekşi ve baharatlı yiyeceklerden** kesinlikle uzak durun,
- ✓ Böyle bir durumdan doktorunuzu olabildiğince erken haberdar etmeniz gerekir. Çünkü bazı özel ağrı kesici ve gargara türü ilaçlarla, yemek sırasında hissedilen bu ağrıyı hafifletmek mümkün olabilir,
- ✓ Diyetisyen ve doktor önerisi ile takviye edici, yüksek kalorili hazır solüsyonlar kullanmanız gerekebilir.
- ✓ Yutması kolay, yumuşak gıdalar alın (püre,çorba,muhallebi,komposto,gibi)
- ✓ Ağız bakımınıza özen gösterin,

Bu tip ağrılar ve yutma zorlukları tedaviden sonra giderek azalır ve genellikle 5-8 haftada tamamen geçer.

7-İSHAL: Özellikle Mide ve Karın Bölgesi ışınlamalarında ishal, çok defa beraberinde mide krampları ve şişkinlik yakınması ile birlikte yaygın bir şekilde görülür.

Bu durumda;

- ✓ Yağlı, lifli yiyecekler almayın,
- ✓ Muz,şeftali, elma, havuç, pirinç, patates, beyaz ekmek, peynir, makarna, yağsız et, balık, yumurta gibi besinler ishali önler. Kiraz, kavun ve kayısı gibi meyveler ise ishalinizi artırabilir,
- ✓ Tahıl ürünleri, fındık vb. yağlı yiyecek, çiğ sebze, acı baharat, gaz yapan gıdalar almayın,
- ✓ Bol sıvı alın, günde en az 8-10 bardak su için,
- ✓ El temizliğine önem verin,(Tuvalet öncesi ve sonrası mutlaka elinizi en az 45 saniye sabunlayıp yıkayın)
- ✓ İshal, tedaviden sonra tamamen geçecektir, kimi zaman birkaç hafta devam edebilir. Daha fazla süre devam ederse doktorunuza bildirin.

8-KABIZLIK: Tedaviniz süresince barsak hareketlerinizin yavaşlaması yada geçici bir süre durması nedeniyle kabızlık gelişebilir.

Bu durumda;

- ✓ Tuvalet ihtiyacı hissettiğinizde ertelemeyin,
- ✓ Fiziksel aktivitelerinizi kısıtlamayın,
- ✓ Sabahları aç karnına ılık su için,
- ✓ Bol sebze ve meyve, kepekli undan yapılmış ekmek yiyin
- ✓ Bol su ve sıvı gıdalar alın,
- ✓ Bezelye, fasulye, mercimek, nohut gibi kuru baklagilleri ve erik, incir, kayısı, kiraz ve kavun gibi sebzeleri bol tüketin,

9-ENFEKSİYONA YATKINLIK: Radyoterapi nedeniyle beyaz kan hücrelerinizin (lökosit-alyuvar) belli bir seviyenin altına düşmesi, sizi enfeksiyonlara karşı daha duyarlı kılar, vücut direncinizi düşürebilir.

- ✓ Temizliğe dikkat edin, ellerinizi sık sık yıkayın,
- ✓ Nezle,grip gibi bulaşıcı hastalığı olanlarla aynı ortamda bulunmayın,
- ✓ Ateşi maskeleyme ihtimali sebebiyle aspirin gibi ilaçları kullanmayın,
- ✓ Yiyecekleri iyice pişirerek yiyin. Yüksek kalorili ve protein içeren diyet alın,
- ✓ Bulduğunuz ortamı bol bol havalandırın,
- ✓ Odada kedi, köpek, kuş gibi hayvanlar bulundurmayın,
- ✓ İstirahat edin,
- ✓ Ağız bakımınıza önem verin,
- ✓ Yattığınız odada canlı çiçek, vazoda çiçek bulundurmayın
- ✓ Tozlu, sigara dumanının bulunduğu ortamlardan kaçının,
- ✓ Beyaz kan hücreleriniz düşerse(2000'in altı) mutlaka maske kullanın, dışarı maskesiz çıkmayın,
- ✓ Ziyaretçilere kısıtlama getirin,
- ✓ Yüksek ateş, yeni başlayan öksürük gibi durumlardan doktorunuzu derhal haberdar edin,

10-KANAMAYA YATKINLIK: Trombosit adı verilen hücreler kanın pıhtılaşma fonksiyonundan sorumlu hücrelerdir ve radyoterapiye bağlı olarak nadiren azalabilirler. Çeşitli yerlerden küçük kanamalar, cildinizde noktacıklar ya da çürüme tarzında görünüm bu hücrelerin düştüğünün göstergesi olabilir. Böyle bir durum geliştiğinde;

- ✓ Travmalardan (vurma,çarpma,düşme) korunun,
- ✓ Dışkı, idrar,dişeti, kusmuk, balgam ve burun salgılarında kanama kontrolü yapın,

- ✓ Cilt altı kanama olup olmadığını kontrol edin,
- ✓ Yumuşak diş fırçası, jilet yerine tıraş makinesi kullanın,
- ✓ Zorunlu olmadıkça diş çektirmeyin,
- ✓ Sıcak banyo ve güneşlenmeden kaçınin,
- ✓ Kanamaya yatkınlığı arttıran ilaçlar (aspirin, nötras) kullanmayın.

11-SES DEĞİŞİKLİKLERİ : Ses tellerinizin bulunduğu bölgeye (boyun) radyoterapi uygulanıyorsa, sesinizin boğuklaşıp kısaldığını, bazen tamamen kesildiğini fark edebilirsiniz. Bu durumu hastalığın ilerlediği yönünde yorumlamayın.Bu bir yan etkidir ve bu değişiklikler geçicidir. Tedavi bitiminden en geç birkaç hafta sonra sesiniz eski haline dönecektir.

- ✓ Bu gibi durumlarda kısık sesle fısıldayarak konuşup ses tellerinizi yormaktan kaçınin.

12-SAÇ VE KIL DÖKÜLMESİ : Sadece radyoterapi uygulanan bölgede olmak üzere, saç,kaş ve vücut kılları dökülebilir. Genellikle tedavinin ikinci haftasından sonra başlar. Bu durum geçicidir, tedavi bitiminden 2-3 ay sonra normal haline döner. Kimi zaman yeni çıkan saçların daha değişik renk ve tipte olduğu, hatta biraz daha gür çıktığı izlenir.

- ✓ Saçlarınızı olabildiğince az tarayın, fırçalamayın, yumuşak kıllı saç fırçası kullanın,
- ✓ Saç spreyi,saç boyası,meç,röfle ve perma sıvıları gibi kimyasal maddeleri kullanmayın,
- ✓ Saç kurutma makinası,saç maşası ve bigudi kullanmayın,
- ✓ Yıpranmayı azaltmak için saçınızı kısa kestirilebilirsiniz,
- ✓ Saç dökülmeniz varsa / saçlarınız tamamen dökülmüşse peruk, şapka, türban vb. kullanabilirsiniz.

NOT: YUKARIDA YER ALAN YAN ETKİLER RADYOTERAPİ ALAN HER HASTADA GELİŞMEYEBİLİR, GELİŞEN YAN ETKİLER DE TEDAVİNİZ BİTTİKTEN SONRA AZALARAK KAYBOLACAKTIR!

EK-3

EK-4

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1976 yılında Adana Kozan'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Adana Kozan'da tamamladı. 1998 yılında Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'ndan mezun oldu. 1998-2000 yıllarında Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesinde hemşire olarak görev yaptı. 2000 yılında Erciyes Üniversitesi Halil Bayraktar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulunda okutman olarak göreve atandı ve halen aynı kurumda görevine devam etmektedir.