

T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğretim Üyesi Seda KURT

KANSERLİ HASTALARDA SEMPTOM KONTROLÜ VE FONKSİYONEL YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Berkay ERTİN

EDİRNE – 2021

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

Tez Yöneticisi
Dr. Öğretim Üyesi Seda KURT

**KANSERLİ HASTALARDA SEMPTOM KONTROLÜ
VE FONKSİYONEL YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Berkay ERTİN

Destekleyen Kurum :

Tez No :

EDİRNE – 2021

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak bana her konuda yardımcı olan, bu süreçte beni anlayışla karşılayarak bana inandığını hissettiren, değerli tecrübe ve bilgileriyle bana yol gösteren saygıdeğer danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Seda KURT'a

Yüksek Lisans eğitim sürecinde bana yapmış oldukları destekleri ve katkıları için Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Elemanlarına,

Çalışmanın yürütüldüğü Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. İrfan ÇİÇİN'e ve Medikal Onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelere,

Her zaman yanımda olan ve varlıkları ile bana güç veren sevgili aileme,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
Kanser ve Epidemiyolojisi.....	3
Kanserde Etiyolojik Risk Faktörleri.....	5
Kanser Gelişimini Önleme.....	7
Kanserde Erken Tanı ve Tanılama Yöntemleri.....	9
Kanserin Oluşumu ve Sınıflandırılması.....	13
Kanserde Tedavi Yöntemleri.....	16
Kanserli Hastalarda Semptom Kontrolü ve Hemşirelik Bakımı.....	22
Kanserli Hastalarda Fonksiyonel Yaşam Kalitesi ve Hemşirenin Rolü.....	34
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	36
BULGULAR.....	41
TARTIŞMA.....	68
SONUÇLAR.....	78
ÖZET.....	82
SUMMARY.....	84
KAYNAKLAR.....	86
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	95
ÖZGEÇMİŞ.....	98
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

AJCC:	Amerikan Joint Committee on Cancer (Amerikan Kanser Komitesi)
ECOG:	Eastern Cooperative Oncology Group
ESTÖ:	Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği
FYÖ:	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği
GİS:	Gastro İntestinal Sistem
GLOBOCAN:	Global Cancer Incidence, Mortality and Prevalence (Küresel Kanser İnsidansı, Mortalite ve Prevalans)
HKHN:	Hemotopoetik Kök Hücre Nakli
IDS:	Infektions Disease Society of America (Amerikan İnfeksiyon Hastalıkları Derneği)
KT:	Kemoterapi
MRG:	Manyetik Rezonans Görüntüleme
PET:	Pozitron Emisyon Tomografi
RT:	Radyoterapi
T.C:	Türkiye Cumhuriyeti
TNM:	Tümör, Lenf, Metastaz
TPN:	Total Parenteral Nutrisyon
WHO:	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser insan yaşamını biyolojik psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak etkileyen, dünya genelinde artarak devam eden önemli bir sağlık sorunudur. Kanser, ölüme sebep olan hastalıklar arasında dünyada ve ülkemizde ikinci sırada yer almaktadır. Küresel olarak ele alındığında yaklaşık her 6 ölümden biri; ülkemizde ise her 5 ölümden biri kanser nedeniyledir. 2020 yılında kanser dünyada yaklaşık 10 milyon insanın ölümüne neden olmuştur. Ülkemizde en son resmi istatistiklere göre, kanser görülme sıklığı erkeklerde yüz binde 259,9 iken kadınlarda bu oran yüz binde 183,2'dir (1,2,3,4,5,6).

Kanser insan vücudundaki hücrelerin kontrolsüz bölünmesi ve çoğalması ile ortaya çıkan bir hastalıktır. Tedavide belirli standartlar olmasına karşın her kanser türüne özgü olarak farklı yaklaşımlar ve tedaviler uygulanır. Kanserinin kendisi kadar uygulanan tedavilerin yan etkileri de hastalarda çeşitli semptomlara, günlük yaşam aktivitelerinin engellenmesine neden olur. Bu tedavi yöntemleri kanser hücrelerinin çoğalmasına engel olurken bir yandan da bir takım yan etkileri de beraberinde getirebilmektedir. Özellikle kemoterapi tedavisi hastalarda bulantı, kusma, iştahsızlık, ağrı, yorgunluk, saç dökülmesi, mukozit, cilt problemleri, uykusuzluk, nörolojik problemlere neden olabilmektedir. Bu nedenle oluşabilecek bu semptomların kontrolü, yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi ve devamının sağlanması çok önemlidir (6,7,8,9).

Kanser hasta yaşamını tümüyle etkilediği için hemşirelerin öncelikle yaşam kalitesini koruma, geliştirme ve iyileştirme sorumlulukları vardır. Kanserde yaygın semptomların hastalıkla ilişkisini ve kontrol yöntemlerini bilmek hasta ve ailesini olumlu yönde etkilemektedir. Hemşireler hastaların yaşadığı semptomları belirleyerek uygun hemşirelik girişimleriyle yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde çok önemli bir yere sahiptirler (10,11).

Yaşam kalitesini ifade eden fonksiyonel durum; kişinin günlük yaşam aktivitelerini

yapabilmesi, öz bakımını karşılaması, günlük rollerini gerçekleştirmesi, sağlık ve iyilik halini sürdürmesidir. Kanseri bireylerin hastalık ve tedavi sürecine bağılı yaşadığı semptomlar bireylerin fonksiyonel durumunu olumsuz etkilemekte ve yaşam kalitesi düşürmektedir (11,12).

Litaretürde kanserli hastalar ile yapılan çalışmalarda kanser tedavisine yönelik pek çok semptom yaşadıkları saptanmıştır. Ayrıca yapılan bazı çalışmalarda kanser tedavisinin yan etkileri olarak ortaya çıkan ağrı, bulantı kusma, anemi, yorgunluk, periferik nöropati ve duygusal stres gibi bulguların yaşam kalitesini azalttığı sonucuna varılmıştır. Yapılan çalışmalarda semptomlar tek tek ele alınmış ve yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisine dikkat çekilmiştir. Kanseri hastaların yaşadıkları tüm semptomların ve fonksiyonel yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışma sayısının yetersiz olduğu görülmüştür (10, 11,12).

Bu verilerin ışığında; bu araştırma kanser tanısı almış hastalarda tedavi sürecinde oluşan semptomların şiddetini belirlemek, hastaların fonksiyonel yaşam kalitelerini değerlendirmek, oluşan semptomlarla fonksiyonel yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek, semptom yönetiminde uygun hemşirelik yaklaşımlarını belirlemeye rehberlik edecek önerilerde bulunmak ve bu konuda yapılan araştırmalara katkı sağlamak amacıyla planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

KANSER VE EPİDEMİYOLOJİSİ

Kanser insan vücudundaki hücrelerin kontrolsüz bir şekilde bölünmesi ve çoğalması ile ortaya çıkan bir sağlık sorunudur. Hastalığın kendisi kadar tedavide kullanılan yöntemler de hasta bireylerde bazı semptomların görülmesine ve günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (7,8).

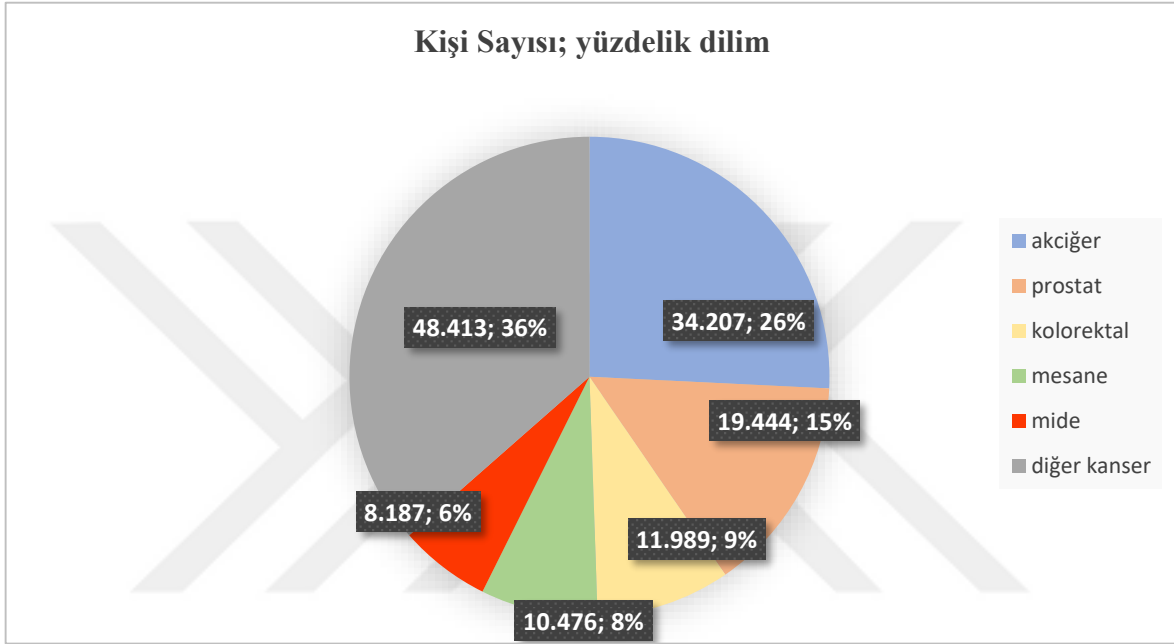
Kanser insan yaşamını biyolojik psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak dünya genelinde artarak etkilemeye devam etmektedir. Bu nedenle dünya da olduğu kadar ülkemizde de önemli bir sağlık problemi olarak ortaya çıkmaktadır. Kanser, ölüme sebep olan hastalıklar arasında dünyada ve ülkemizde ikinci sırada yer almaktadır. Küresel olarak ele alındığında yaklaşık her 6 ölümden biri; ülkemizde ise her 5 ölümden biri kanser nedeniyle olmaktadır (1,2,3).

WHO (World Health Organization) tarafından gerçekleştirilen 184 ülkenin yer aldığı GLOBOCAN (Global Cancer Incidence, Mortality and Prevalence) projesi 2020 verilerine göre dünya genelinde son 5 yıl içerisinde 50.5 milyon kişinin kanser tanısını aldığı saptanmıştır. 2020 yılı itibari ile dünya üzerinde 19.2 milyon kişinin yeni kanser tanısı aldığı ve bunlar içinde meme, akciğer, kolorektal, prostat ve mide kanseri ilk 5 sırada yer aldığı belirlenmiştir. 2020 yılı içerisinde dünya genelinde 9.9 milyon kişinin kansere bağlı nedenlerle öldüğü bildirilmiştir. Kanser tanısı alan hastaların sayısı zaman geçtikte artmakla birlikte 2040 yılında yeni tanı alan olgu sayısının 30 milyona ulaşması beklenmektedir (13).

Ülkemizde 2020 yılında bildirilen kanser verilerine göre son 5 yıl içerisinde 581.636 kişiye kanser tanısı konduğu saptanmıştır. 2020 yılında Türkiye’de 233.834 kişiye ilk kez kanser tanısı konmuş olup kansere yakalanan erkeklerin sayısı 132.816 kişi, kadınların sayısı ise 101.018 olarak bildirilmiş ve 2020 yılı içerisinde ülkemizde 126.335 kişi kansere bağlı problemler nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Ülkemizde 2020 yılında bildirilen yeni vakalar arasında ilk 5

sırada erkeklerde; akciğer, prostat, kolorektal, mesane ve mide kanseri, kadınlarda ise; meme, tiroid, kolorektal, akciğer ve uterus kanserinin yer aldığı bildirilmiştir (Şekil 1,2) (14).

Ülkemizde T.C. (Türkiye Cumhuriyeti) Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Savaş Daire Başkanlığı'nın yayınladığı Türkiye Kanser İstatistikleri'ne göre kanser görülme sıklığı erkeklerde yüz binde 259,9 iken kadınlarda bu oran yüz binde 183,2'tir (5, 15).



Şekil 1. Türkiye 2020 yılı erkeklerde her yaştan yeni vaka sayısı (14)



Şekil 2. Türkiye 2020 yılı kadınlarda her yaştan yeni vaka sayısı (14)

KANSERDE ETİYOLOJİK RİSK FAKTÖRLERİ

Kansere neden olan birçok risk faktörü vardır. Bu risk faktörleri;

- Virüsler, bakteriler ve parazitler,
- Çevresel faktörler,
 - Ultraviyole ışınlar
 - İyonize radyasyon
 - Tütün ve ürünleri
 - Kimyasal maddeler
- Hormonlar ve cinsel yaşam,
- Genetik faktörler,
- Beslenme,
- İmmüsupresyondur (16,17).

Virüsler Bakteriler Parazitler

Virüsler, bakteriler ve parazitler normal hücrelerin büyüme ve çoğalmasındaki dengeyi bozarak ya da bağışlık sisteminin doğrudan etkileyerek kanser oluşmasına veya oluşma riskinin artmasına neden olmaktadır. Hem DNA, hemde RNA virüslerinin insanlarda kansere neden olabileceği belirlenmiştir. Epstein-Barr virüsü, human papilloma virüs, hepatit B virüsü ve human herpes virüs-8, insanlarda kanser gelişmesine neden olabilen DNA virüsleridir. Human T-lenfotropik virüs tip I ve hepatit C virüsü ise kansere yol açan RNA virüsleridir (1,16,18).

Çevresel Faktörler

Çevresel faktörler tüm kanserlerin %80'inde rol oynamaktadır. Çeşitli kanserlere neden olan çevresel faktörler arasında; kimyasallar, ağır metaller, ultraviyole ışınlar, iyonize radyasyon, tütün ve ürünleri bulunur. Aşırı güneş ışığı, radyasyon ve mesleki maruziyetin (boyama, kömür ve bazı metaller) kansere neden olduğu bilinmektedir. Sigara içmek, aşırı alkol tüketimi de kansere neden olan diğer önemli faktörler arasındadır (1,16,19).

Hormonlar ve Cinsel Yaşam

Bazı kanser türlerinin gelişimi farklı hormonal mekanizmaların etkisi ile ilişkilidir. Onkolojide yapılan araştırmalar östrojen ve progesteron düzeylerinin kanser oluşumunda önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Premenopozal dönemde kadınlarda obezitenin serum östradiol konsantrasyonu üzerinde çok az etkisi vardır, ancak anovüler menstrüel siklus sıklığında artışa ve dolayısıyla progesteron seviyelerinde azalmaya neden olur. Bu değişiklikler

endometrium kanser riskinde büyük bir artışa yol açar. Akciğer kanserinde dolaşımdaki östrojen seviyeleri ve östrojen reseptörlerinin ekspresyonu hem erkeklerde hem de kadınlarda önemli risk faktörleridir. Yüksek östrojen reseptörü β ekspresyonunun erkeklerde sağ kalım için prognostik bir faktör olduğu gösterilmiştir (20,21).

Genetik Faktörler

Tüm kanserlerin %5-10'u genetik geçişlidir. Bazı ailelerde kanserin genetik yatkınlığı çalışmalar ile gösterilmiştir. Genetik değişiklik replikasyonla yayıldığından dolayı karsinogenesis için hedef hücreler, dokularda sürekli yenilenen kök hücrelerdir. DNA replikasyonunun ve onarım mekanizmalarının işlevlerini doğru yapamaması sonucu hücrelerde meydana gelen genetik mutasyonlar sonucu kanserli hücre oluşur (1,16,22).

Mutasyonlardan etkilenen kalıtsal özellikteki bazı genler; TP53, BRCA1 ve BRCA2 (meme ve over, pankreas prostat kanseri gelişimi ile ilişki), PTEN (meme, tiroid ve endometrium kanseri gelişimi ile ilişkili) genlerdir (16).

Beslenme

Farklı kaynaklarda kanserin beslenmeyle ilişkisi %30-35 arasındadır. Yetersiz ve dengesiz beslenme, sedanter yaşam ve obez bireylerde kanser riski artmaktadır. Aşırı yağlı besinlerle beslenme bireylerde kolon, uterus ve prostat kanserine yakalanma riskini artırmaktadır. Fiziksel aktivite yapmayan obez bireylerde ise meme, kolon, özofagus, böbrek ve uterus kanseri riski artmaktadır (23,24).

Yapılan araştırmalar beslenmenin en çok sindirim sistemi (özofagus, mide, bağırsak), hormon salgıları ile ilgili organlar (meme, uterus, over, prostat) ve akciğerlerde gelişen kanserlerle etkileşim içinde olduğunu göstermektedir. Beslenmeye bağlı gelişen kanserlere besinlerin içerisinde yer alan karsinojenler, besinleri saklama ve hazırlanırken uygulanan işlemler nedeniyle olmaktadır. Ayrıca alkol, tuz, tütülenmişler etler nitrat ve nitrit içeren besinler, yüksek kalorili ve proteinli besinler de kanser gelişme riskini arttırmaktadır (16,25,26).

İmmünsüpresyon

Çeşitli durumlarda kullanılan (organ nakli vb) ilaçlar bağışıklık sistemini baskılamaktadır. Kullanılan bu immünosüpresif ilaçlar kanser hücresinin bağışıklık sistemi tarafından tespit edilmesini engeller ya da kansere neden olan enfeksiyonlar ile mücadele gücünü azaltarak kansere neden olabilirler (16).

KANSER GELİŞİMİNİ ÖNLEME

Kanserden Korunma

Günümüzde kanser görülme durumunun %30-50'sinin engellenebilir nitelikte olduğu bilinmektedir. Genetik mutasyonlar, yaşam tarzı değişiklikleri ve birçok çevresel faktör kansere yakalanma riskimizi arttırabilir ya da azaltabilir. Kansere yakalanma riskinin azaltılmasında çevresel faktörlere maruziyetin önlenmesi ve gerekli ulusal düzenlemelerin yapılarak toplumun sağlıklı yaşam tarzını sürdürmesi önemli yer tutmaktadır (1,27).

Litaretürde kanserden korunmada çeşitli sınıflandırmalar mevcuttur. Genellikle üç basamakta ele alınmaktadır:

- Birincil koruma,
- İkincil koruma,
- Üçüncül koruma (28).

Birincil koruma: Birincil korumada; kanser gelişmeden önce kanserojen maddelerle karşılaşmayı önlemek ve bu maddelerin yok edilmesi amaçlanır. Bu bağlamda; kanser insidansını azaltmaya yönelik girişimler birincil korumanın temelini oluşturur. Birincil korumada hemşirelerin temel sorumluluğu bireylerin sağlıklarını korumalarına yönelik eğitimler düzenlemeleridir. Uygulanacak sağlık eğitimleri ile kansere sebep olan risk faktörleri ve bu faktörlerle karşılaşmayı azaltmak hedeflenmektedir (26,29,30).

Birincil korumada henüz kansere özgün hiçbir belirti yoktur. Bu dönemde alınacak önlemlerle kanser gelişmesi engellenebilmektedir. Korunma stratejileri, toplum temelli veya yüksek riskli gruplar hedeflenerek geliştirilir. Toplumsal farkındalık düzeyini arttırmak hem kanserden korunmada hem de sağlıklı yaşam biçimi kazanma açısından önemlidir. Bu nedenle birey ve toplumun kanser konusunda bilgilendirilmesi, risklerin tanınması, maruziyet düzeylerinin ortadan kaldırılması ya da minimum seviyede tutulması birincil korumanın temelini oluşturmaktadır (27,31,32).

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı Avrupa Birliği'nin 4. Kanserle Mücadele kodunu yayınlamıştır (Şekil 3). Bu kod ile Avrupa genelinde sağlıklı yaşam planlanmıştır (27).

1	Tütün ve tütün ürünlerini kullanmayın
2	Evinizde ve iş yerinizde pasif içiciliğe maruz kalmayın.

Şekil 3. Avrupa Birliği kanserle mücadele 12 kodu (27)

3	Fiziksel olarak aktif olun. Oturarak geçirdiğiniz zamanları sınırlayın.
4	Sağlıklı vücut ağırlığınıza kavuşmak için efor sarf edin.
5	Sağlıklı beslenin.
6	Yüksek kalorili ve şekerli içeceklerden uzak durun.
7	Alkolü hiç tüketmeyin ya da tüketimini azaltacak şekilde sınırlayın.
8	Aşırı güneş ışını maruziyetinden kendinizi ve çocuklarınızı koruyun.
9	İş yerlerinizde kansere neden olabilecek korunmak için güvenlik ve sağlık talimatlarını okuyarak korunun.
10	Evindeki radon düzeyini kontrol edin. Yüksekse önlem alın.
11	Kadınlar için emzirme kanser riski azalttığından mümkünse emzirin.
12	Hormon replasman tedavisi kanser riskini arttırdığından mümkünse bu tedavileri sınırlandırın.

Şekil 3. Devam Avrupa Birliği kanserle mücadele 12 kodu (27)

İkincil korunma: İkincil korunma; mortalite ve morbiditeyi azaltmak için uygulanan erken tanı ve tedavi yöntemlerini içerir. Bu süreçte; asemptomatik hastaların erken dönemde teşhis edilerek kanserden korunma amaçlanır. Tarama programları sayesinde kanser erken dönemde tespit edilebilmekte ve tedavide başarı şansı artmaktadır (28,29).

Üçüncül koruma: Üçüncül korunma; klinik olarak tanısı konmuş olan kanser hastalığının morbidite ve mortalitesinin azaltılmasına yönelik girişimleri içerir. Bu süreçte; kanserin tedavisinde uygulanan girişimsel yöntemleri kullanmak, gelişebilecek sakatlık riskini azaltmak ve rehabilitasyon amaçlanır. Tedavide belirlenen hedeflere ulaşabilmek için uygun tedavi yönetimini uygulama, palyatif bakım, izleme ve değerlendirme yapılmaktadır (27,30,31).

Kemoprevensiyon

Kemoprevensiyon kanserin oluşumunu erken dönemde engellemek veya gelişimini baskılamak amacıyla doğal veya yapay maddelerin kullanımı olarak tanımlanır (33).

Kemoprevensiyon son yıllarda üzerine en fazla araştırma yapılan konulardan biri olmuştur. Yıllar içerisinde kemoprevensiyon tanımındaki “önleyici etki” tanımının sınırlı bir süre devam edeceği daha çok “geciktirme” kavramını içermesi gerektiği bilinen bir gerçek haline gelmiştir. Bunun nedeni kanser insidansı tedavi edilemez bir hale gelse bile kemoprevensiyon uygulamaları ile tümör gelişim hızı azaltılarak insan yaşamına yıllar veya on yıllar eklenebileceği ön görülmektedir (33, 34).

Kemoprevensiyon ile ilgili çalışmalar kansere yatkınlık riski yüksek bireyler (çevresel maruziyet, ailede kanser öyküsü, daha önce kanser tanısı almış) üzerinde yürütülmektedir. Kanser riskini azaltan ilaçlar üzerinde yapılan çalışmalarda uygulanan ajanların yan etkilerinin varlığına yönelik kesin sonuçlar elde edilmese de bu konu ile ilgili çalışmalar gün geçtikçe artmaktadır (16,27).

KANSERDE ERKEN TANI VE TANILAMA YÖNTEMLERİ

Kanserde Erken Tanı

Erken tanı hastalığın belirti ve bulgularının ortaya çıkmadan belirlenmesidir. Kanserın erken dönemde saptanması tedavideki başarı oranını arttırmaktadır (35). Amerikan Kanser Birliği'nin semptomsuz bireyler için kanser tarama önerileri şekil 4'de belirtilmiştir.

Kanser	Popülasyon	Test ya da işlem	Öneri
Meme	40-54 yaş arası kadınlar	Mamografi	40-44 yaş yıllık taramaya başlayabilir, 45-54 yaş her yıl tarama.
	55 yaş ve üstü kadınlar	Mamografi	2 yılda bir ya da yılda bir tarama
Serviks	21-29 yaş arası kadınlar	Pap test	3 yılda bir tarama
	30-65 yaş arası kadınlar	Pap ve HPV DNA test	HPV ve Pap birlikte 5 yılda bir, yalnızca Pap test 3 yılda bir tarama
	66 yaş üstü kadınlar	Pap ve HPV DNA test	Son 5 yılda 2 ve üzeri negatif HPV ve Pap test veya son 10 yıllık ardaşık negatif Pap test ise tarama durdurulur.
	Total histerektomi olan kadınlar		Tarama durdurulur
Kolorektal	45-75 yaş arası kadın ve erkekler	FIT, guaiac tabanlı gaitada gizli kan testi (HSgFOBT)	Her yıl

Şekil 4. Amerikan Kanser Birliği'nin semptomsuz bireyler için kanser tarama önerileri

(36)

Kanser	Popülasyon	Test ya da işlem	Öneri
Kolorektal	45-75 yaş arası kadın ve erkekler	Kolonoskopi Çoklu hedef dışkı DNA testi Bilgisayarlı tomografi ile kolonografi	Her 10 yılda bir Her 3 yılda bir Her 5 yılda bir
Endometrium	Menapozdaki kadınlar		Kanser belirti ve bulgular görüldüğünde (anormal kanam gibi) hekime başvurmak için teşvik edilmeli
Akciğer	En az 30 yıl/paket sigara içme öyküsü olan 55-74 yaş arası kadın ve erkekler	Düşük doz BT	Her yıl
Prostat	50 yaş ve üzeri erkekler	Dijital rektal muayene ve/veya PSA testi	En az 10 yıl yaşam beklentisi olanlara taramanın yararları konusunda bilgi verilir

FIT: Fekal immünokimyasal test; **BT:** Bilgisayarlı Tomografi; **PSA:** Prostat spesifik antijeni.

Şekil 4. Devam Amerikan Kanser Birliği'nin semptomsuz bireyler için kanser tarama önerileri (36)

Kanserde Tanılama Yöntemleri

Kanser tanılaması, hastanın kendisinde kanser belirti ve bulguların ortaya çıkması nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurmasıyla başlar. Kişinin değerlendirilerek hastalığını tanılayanın amacı tümörün başlangıcı olan dokuyu bulmak, primer bölgeyi saptamak, malignitenin bulunduğu bölgedeki hücresel özelliklerini belirlemektir (37,38).

Tanılamaya öncelikle hastanın anamnezi alınarak başlanır. Burada belirlenen semptomlar bir araya getirildiğinde kanser varlığı düşünülüyorsa kesin tanı için bir takım laboratuvar testleri ve radyolojik çalışmalar uygulanır (37).

Fizik muayene: Fizik muayene hasta değerlendirmede neredeyse tüm hekim ve hemşirelerin etkileşimlerinin ortak bir noktasıdır. Kanserli hastalarda fizik muayene tümör yanıtını değerlendirmeye, ayırıcı tanıları daraltmaya ve yeni şikayetlerin varlığında uygun tanısal testlerin yapılmasına ayrıca ampirik tedaviye yol açmada önemli yer tutar (39).

Fizik muayenede kilo kaybı, sürekli ağrı, nedeni bilinmeyen ateş, yorgunluk ve kaserin 7 alarm işaretinden biri hastaları tıbbi desteğe yönlendiren başlıca şikayetlerdir. Kanser için alarm

işaretleri ingilizce yazıldığında ve baş harfleri birleştirildiğinde “dikkat” anlamına gelen “CAUTION” kelimesi ile özetlenmiş olur (Şekil 5) (38).

C	Changes in bowel/bladder habits - Barsak/mesane alışkanlıklarında değişiklik
A	A sore that/ does not heal - İyileşmeyen yaralar
U	Unusual bleeding or discharge - Anormal kanama veya akıntı
T	Thickenning or lump breast or elsewhere - Memede veya herhangi bir yerde sertlik/kitle
I	Indigestion or difficulty swallowing - Yutma güçlüğü veya hazımsızlık
O	Obvious change wart or mole – Ben ve siğillerde değişiklik
N	Nagging cough or hoarsenes – Uzun süreli ses kısıklığı ve öksürük

Şekil 5. Kanserin 7 alarm işareti (38)

Laboratuvar incelemeleri: Hastadan alınan kan ve idrar örneklerinden çalışılan testler neoplastik hastalıkların tanısında yardımcı testlerdir. Nadiren primer tümör hakkında bilgi verir. Daha çok metastaz bölgesi hakkında bilgi verir. Örneğin; malignitesi olan hasta bireylerde sitopeniler kemik iliği tutulumunu gösterebilir (37,38).

Tümör belirteç (marker) çalışmaları: Serumda ve vücut sıvılarında bulunabilen, kaserli hücre ve davranışıyla ilgili bilgi sağlayan sellüler veya genetik kaynaklı moleküllere tümör belirteçleri denir. Her ne kadar tümör belirteçlerinin yüksek düzeyleri malignitelerde görülse de, birçok hormonal veya metabolik değişiklik durumunda ve bening hastalıklarda rastlanabilir. En çok kullanılan ve bilenen tümör belirteçleri şekil 6’de verilmiştir (26,38,40).

Tümör Belirteci	Kanser Tipi
a) Onkofetal antijenler CEA AFP POA*	Kolorektal, pankreas, akciğer, over, meme Karaciğer, germ hücreli tümör, Pankreas
b) Plasental proteinler hCG Plasental laktojen PLAP*	Trofoblastik ve germ hücreli tümör Trofoblastik tümörü serviks, over Seminoma, uterus, over, meme

Şekil 6. Bazı malignitelerde sık kullanılan tümör belirteçleri (26)

Tümör Belirteci	Kanser Tipi
c) Hormonlar Kalsitonon Katekolominler Kortizol Estradiol Gastrin Glukagon İnsülin Somotastotin Parathormon Serotonin Prolaktin Testosteron GH* ADH	Troid Ca Feokromostoma, nöroblastoma Adrenal Over Pankreatik endokrin Pankreatik endokrin Pankreatik endokrin Pankreatik endokrin Paratroid Karsinoid Hipofiz adenomu Over Akciğer, mide Küçük hücreli Ca
d) Plasental proteinler NSE* Plasental alkale fosfataz 5'Nukleotidaz Alkale fosfataz TdT* Galaktozil transferaz Lizozim Renin LDH CK-BB*	Küçük hücreli akciğer, nöroblastoma Uterus, over, meme, akciğer Karaciğer metastazları Kemik, karaciğer metastazı ALL Over, kolon Lösemi Küçük hücreli akciğer, böbrek Lösemi, lenfoma, testis, melanoma Küçük hücreli akciğer
e) Tümör antijenleri CA 125 CA 19-9 CA 15-3 CA 72-4 CA 50 PSA* TAA* (TA-4) Du-Pan-2 CA M29	Over, karaciğer, pankreas, bilier sistem Pankreas, kolorektal, mide Meme Pankreas, mide, kolorektal, akciğer Pankreas, kolorektal, mide Prostat Baş-boyun, serviks Pankreas, mide, bilier sistem Meme
f) Diğerleri CYFRA 21-1 İmmünglobulinler Kaspektin (TNF) Ferritin Bombesin	Skvamoz hücreli kanserler (baş, boyun) Multiple myeloma Çeşitli tümörler Çeşitli tümörler Küçük hücreli akciğer
*POA: Pankreatik onkofetal antijen *VIP: Vazoaktif intestinal pepti *NSE: Nöron Spesifik enolaz *CK-BB: Kreatin kinaz BB izoenzimi *PSA: Prostat Spesifik antijen	*PLAP: Plasental alkale fosfataz-Regan izozimi *GH: Büyüme hormonu *TdT: Terminal deoksiribonükleotidil transferaz *TAA: Tümör associated antijen *TPA: Tissue polipeptid antijeni

Şekil 6. Devam Bazı malignitelere sık kullanılan tümör belirteçleri (26)

Genetik testler: İnsan vücudundaki belirli genler başka genlerle veya çevresel faktörlerle etkileşime girerek kanser oluşumuna neden olur. Gen, kromozom ve protein analizi ile yapılan genetik testler; hastalık riskinin taşıyıcıların hastalığın ve tedavi şansının belirlenmesinde kullanılmaktadır (38).

Görüntüleme yöntemleri: Kanserde kullanılan görüntüleme yöntemleri;

- Konvensiyonel Radyografi (röntgen); direkt grafiler, kontrastlı tetkikler, mamografi, anjiyografi.
- Ultrasonografi; gri skala ultrasonografi, doppler ultrasonografi.
- Bilgisayarlı Tomografi (BT).
- Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG).
- Radyolojik Görüntüleme (Nükleer Tıp); pozitron Emisyon Tomografi (PET), Kemik Sintigrafi, Trioid Sintigrafi, Oktetotid Sintigrafi, Galyumlu görüntülemeler, Diğer radyoisotop yöntemlerdir (37,38).

Endoskopik çalışmalar: İçi boş organların ya da kanal biçimindeki oluşumların içine girilerek özel aletler yardımıyla inceleme yapılmasına endoskopi denir. Endoskopik incelemeler, kolorektal adenom ve karsinomların erken tanısı, eksizyonu ve kolorektal kanserin insidansının ve mortalitesinin azaltılmasında büyük potansiyele sahiptir (41,42).

Sitolojik incelemeler: Vücut sekresyonlarında bulunan dökülmüş, müköz membranlardan kazınarak alınmış hücrelerin mikroskopik ortamda incelenmesidir. En sık kullanıldığı incelemelerden biri pap smear uygulamasıdır (37,38).

Biyopsi çalışmalar: Vücudumuzdaki dokulardan mikroskopik ortamda incelemek ve çeşitli testler uygulamak amacıyla kesitsel parça alınarak incelenmesi yöntemidir. Tümörlü dokudan alınacak biyopsi örneği endoskopik yöntemlerle birlikte uygulanır (26,38).

Tanılama amaçlı cerrahi girişimler: Ameliyathane ortamında doku veya hücrelerden alınan biyopsiden sonra kesin tanı ve cerrahi girişim yöntemi belirlenir (37).

KANSERİN OLUŞUMU VE SINIFLANDIRILMASI

Günümüzde toplumların yaşlanması ile birlikte çeşitli maruziyetler ve aktif olmayan yaşam tarzı gibi risk faktörlerinin artışı kanser oluşum hızını arttırmaktadır. Kanser normal

dokularda ortaya çıkması bir süreç şeklinde gelişmektedir. Hücrelerin büyümesi ve çoğalması sistemsel bir düzen içerisinde gerçekleşmektedir. Bu şekilde doku ve organlar işlevlerini normal olarak yapabilmektedir. Hücreler normal dışı şekil ve hızda büyüüp çoğalmaya başlarsa tümör hücresi oluşumu da başlamış olur. Normal hücrelerin tümör hücrelerine transformasyonuna tumorigenez veya onkogeneze denmektedir. Her kanserin gelişim süreci kanser türüne göre farklılıklar gösterir. Bazı tümörlerde kitlenin oluşumu yıllar sürerken bazılarında bu süre oldukça kısadır. Bunun nedeni etkilenen dokudaki hücrelerin bölünme süresi ile doğrudan ilişkilidir (16,38,43,44).

Tümörler tümör hücrelerinin taşıdığı oldukları belirli özelliklere göre iyi huylu (benign) veya kötü huylu (malign) tümörler olarak adlandırılırlar. Benign tümörler bulundukları bölgede sınırları belirli şekilde büyüyen ve uzak dokulara metastaz yapmayan oluşumlardır. Kistler, siğiller, benler ve polipler genellikle benign oluşumlardır. Malign tümörler ise hızla çoğalarak çevre dokulara yayılan, kan ve lenf yolu ile uzak organlara metastaz yapan oluşumlardır. Mikroskopik ortamda malign tümörler diğer hücrelerden ayırt edilebilirler ve köken aldıkları doku ve organlara göre (örneğin; akciğer kanseri, mesane kanseri gibi) adlandırılırlar (16,38).

Kanser Sınıflandırma Sistemi

Kanser sorunu uzun süreli, etkili ve planlı bakım gerektiren kronik bir hastalık olarak yönetilir. Tanı kesinleştikten sonra tümörler morfolojik olarak ve vücuttaki yerlerine göre sınıflandırılır (38).

Kanserde evreleme sisteminin amacı kanserin hangi doku veya hücrelere yerleştiğini, bulunduğu bölgeden yayılımı olup olmadığını ve diğer organları etkileyip etkilemediğini saptamaktır. Farklı tip kanserler için çeşitli evreleme yöntemleri olsada günümüzde dünyada birçok ülkede en sık kullanılan AJCC (Amerikan Kanser Komitesi) tarafından hazırlanmış TNM (tümör, lenf, metastaz) sistemidir. TNM evreleme sisteminde, primer kanser odağı (T) tedavi edilmeden bırakılırsa giderek büyür. Büyüme sürecinde bir noktada bölgesel lenf düğümü (N) tutulumu ve/veya uzak metastaz (M) yapar (Şekil 7) (45,46,47).

T-Primer Tümör

Tx-Primer tümör değerlendirilemez

T1-Primer tümör kanıtı yok

Tis-Karsinom insitu

T1-Tümör çapı 2 cm veya daha küçük

T2-Tümör çapı 2 cm'den büyük 4 cm'den küçük

T3-Tümör çapı 4 cm'den büyük

Şekil 7. TNM Klinik Evrelendirmesi (47)

N-Bölgesel Lenf Düğümleri Nx-Bölgesel lenf düğümleri değerlendirilemez N0-Bölgesel lenf nodu metastazı yok N1-Tek bir homolateral lenf nodunda metastaz. Çapı 3 cm veya daha küçük N2-Metastazlar mevcuttur. N2a-Çapı 3-6 cm arasında olan homolateral tek nodül N2b-Çapları 6 cm'den küçük olan çoklu homolateral nodüller N2c-Çapları 6 cm'den küçük olan bilateral veya kontralateral lenf nodülleri N3-Lenf nodunda 6cm'den büyük metastaz Not:Orta hat nodülleri homolateral nodüller olarak kabul edilir.
M-Uzak Metastaz M0-Uzak metastaz yok M1-Uzak metastaz Not: Mx kategorisinin uygunsuz olduğu düşünülmektedir. Metastazın klinik değerlendirmesi yalnızca fiziksel değerlendirmeye dayanabilir.
Evreleme Evre 0: Tis N0 M0 Evre 1: T1 N0 M0 Evre 2: T2 N0 M0 Evre 3: T3 N0 M0 T1, T2, T3 N1 M0 Evre 4a: T4a N0, N1 M0 T1, T2, T3, T4a N2 M0 4b: Herhangi T N3 M0 T4b Herhangi N M0 4c: Herhangi T Herhangi N M1

Şekil 7. Devam TNM Klinik Evrelendirmesi (47)

Kanserin sınıflandırılması dışında, hastaların performanslarının sınıflandırılması da çok önemlidir. Özellikle hemşirelik bakımına yön verilmesinde önemli bir değerlendirme olan performans; hastaların genel iyilik halleri hakkında bilgi verir. Bu bağlamda en sık kullanılan skalalardan biri ECOG performans skalasıdır (şekil 8) (38).

Skor	Açıklama
0	Asemptomatik (Tam aktif, tüm hastalık öncesi aktivitelerini kısıtlama olmaksızın yapabilir)
1	Semptomlar mevcut ancak tamamen ayakta (Zorlu fiziksel aktivitede kısıtlama var ancak ayakta hafif aktiviteleri yapabilir)
2	Semptomatik, %50'den daha az yatakta (Ayakta kendi işlerini yapabilir ancak herhangi bir işte çalışamaz)
3	Semptomatik, %50'den fazla yatakta (Kendi bakımını yapmakta zorlanır)
4	Yatakta (Bakımını yapamaz, sandalye veya yatağa bağımlı)
5	Ölüm

Şekil 8. ECOG performans skorlaması (38)

KANSERDE TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Kanser vücutta herhangi bir dokuda başlayabilir ve başladığı dokunun ismi ile anılır. Kanser bir dokudan başka bir dokuya yayılımı ise metastaz olarak tanımlanır ve malign tümörlerin en belirgin özelliklerindendir. Kanser hücreleri olduğu dokulardan kan yoluyla ya da lenfatik sistem aracılığıyla diğer dokulara yayılır. Kanser hastaları bireylerdeki mevcut oluşum yerlerine ve metastatik durumlarına göre uygun tedavi yöntemine karar verilir (48).

İnsan vücudunu etkilediği bilinen 100'den fazla kanser türü bulunmaktadır. Erken evrelerde saptanan kanserlerin tedavisindeki amaç, hastalığı ve ilişkili semptomları tedavi ederek hastanın iyileşmesini sağlamaktır. İleri evre/metastatik kanser tedavisindeki amaç ise hastalığı gerilet�erek hastaların ortaya çıkabilecek semptomlardan etkilenme düzeylerini azaltmak ve hastaların yaşam sürelerini mümkün olabilecek sürede uzatmaktır (7,49,50).

Kanser tedavisinde sık kullanılan tedavi yöntemleri; cerrahi tedavi, radyoterapi, kemoterapi, hedefe yönelik tedaviler, hormon tedavisi, immünoterapi, kök hücre nakli ve gen tedavisidir. Kullanılan tedavi yöntemleri tanısı konan hastalarının klinik durumuna göre tek başına veya birlikte kullanılmaktadır (7,26,50).

Cerrahi Tedavi Yöntemleri

Cerrahi tedavi; diğer tedavi yöntemleri ile birlikte kullanıldığı gibi kanser tedavisinde tek başına da kullanılabilen bir yöntemdir. Lokalize tümörlerin cerrahi olarak tedavi edilebilmesi en önemli avantajlarından biridir. Fakat malign tümörlerin birçoğu tanı işlemi sırasında mikro metastazlar yaptığı için cerrahi girişimin etkinliği arttırmak ve morbiditesini azaltmak için cerrahi tedavi diğer tedavilerle eşzamanlı olarak kullanılmaktadır (7,51,52).

Cerrahi tedaviler primer tedavi, adjuvan tedavi, kurtarma tedavisi, palyatif tedavi, rekonstrüktif tedavi ve profilaktif tedavi gibi farklı amaçlarla kullanılmaktadır. Yakındaki dokulara hasar vermeden kitlenin çıkarılmasının mümkün olmadığı durumlarda hekimler kemoterapi veya radyoterapi ile kitlenin küçültülmesini hedefleyebilirler. Cerrahi işlem bu uygulamaların ardından hasarlı dokunun restorasyonunda ve rekonstrüksiyonunda kullanılabilir (7,50).

Kanser patofizyolojisinin daha iyi bilinmesi, moleküler seviyedeki gelişmeler ve onkoloji bakım ünitelerinde yaşanan gelişmeler cerrahi alanda da önemli gelişmelerin oluşmasına katkı sağlamıştır. Cerrahi onkoloji alanında son yıllarda daha sık kullanılan uygulamalar:

- Tedavi odağındaki organın minimum düzeyde etkilenecek korunması hedeflendiğı organ koruma tedavisi

- Ameliyat öncesi dönemde solid tümörler için verilen kemoterapi ya da radyoterapi tedavi yöntemleri olarak adlandırılan neoadjuvan tedavi seçenekleri.
- Tutulum olan lenf nodunun belirlenip çıkartıldığı sentinel lenf nodu uygulaması.
- Onkogenomik analizlerle tedaviye cevabın değerlendirilmesi ve prognostik parametlerin belirlendiği cerrahi uygulamalardır (52).

Radyoterapi

Radyoterapi tüm kanser hastalarının yaklaşık %50'sini tedavi etmek amacıyla kullanılır. Genellikle kanser içeren lokalize bir hedefi tedavi etmek için radyoterapi uygulanmaktadır. Tümöre verilebilecek iyonlaştırıcı radyasyon dozu, çevredeki normal dokuların duyarlılığına göre belirlenir. Radyoterapide iyonizan radyasyon doğrudan primer tümöre etki ederek tümör mikro ortamındaki bazı immünosupresif engelleri tersine çevirir. Etkilenen tümör immünojenik bir merkez olarak rolünü geri kazanır. Bu nedenle radyoterapiyi iyileştirme stratejileri tümör üzerindeki etkiyi arttırmayı veya normal dokular üzerindeki etkileri azaltmayı hedeflemektedir (53,54).

Radyoterapi uygulaması günümüzde eksternal ve internal (brakiterapi) olmak üzere iki şekilde uygulanmaktadır. Eksternal uygulanan radyoterapide, radyasyon genelde vücut yüzeylerine uygulanır. Uygulama sırasında sağlam dokuları radyasyondan korumak için koruyucu ekipmanlar kullanılır. İnternal radyoterapi brakiterapi olarak da bilinmektedir. Brakiterapi kelime anlamı olarak yakın mesafeden tedavi anlamına gelir. Brakiterapi radyoaktif madde tümör içine veya yakın bir bölgeye kalıcı ya da geçici olarak yerleştirilmesi şeklinde uygulanır. Brakiterapi çok erken evreli tümörlerde tek başına kullanılabilmektedir (50-55).

Radyoterapi uygulaması ile dokuya giren iyonize radyasyon dokuda bir takım biyolojik, fiziksel ve kimyasal değişikliklere neden olur. Biyolojik değişiklikler hücre, doku ve organlarda meydana gelen değişiklikleridir. Biyolojik değişikliklerin görülme zamanı, biçimi ve bu etkilerin şiddeti uygulanan radyasyonun miktarına, fraksiyon sayısına ve uygulanan doz hızına bağlıdır. İyonize radyasyon dozunun tek seferde verilmesi dokularda yan etkiler meydana getirebileceği için her zaman mümkün olmamaktadır. Bu nedenle dozlar eşit şekilde bölünerek uygulanmaktadır. Buna fraksiyonasyon denmektedir. Tümörlerde görülen radyasyona bağlı değişikliklerin toplam radyasyon dozu, fraksiyon boyutu, fraksiyon aralıkları veya fraksiyon sayısı gibi fiziksel parametrelere bağlı olduğu gösterilmiştir (56,57).

Kemoterapi

Kemoterapi, vücuttaki hücresel yapısı bozulmuş hücreleri ortadan kaldırmak veya bu

hücrelerde meydana gelen anormal büyümeleri kontrol etmek için antineoplastik ilaçlar kullanılarak uygulanan tedavidir. Kanser teşhisinin konulmasının ardından yaygın olarak kullanılan kemoterapi, cerrahi tedavi ve radyoterapi gibi lokal tedavi yöntemleri ile birlikte de uygulanabilmektedir. Kemoterapi, cerrahi tedavi veya radyoterapi uygulamasını kolaylaştırmak için (neoadjuvan), lokal girişimler sonrası hastalığın tekrarlamasını azaltmak için (adjuvan), hastalık nedeniyle ortaya çıkabilecek şikayetleri azaltmak için palyatif olarak kullanılmaktadır (58,59).

Kemoterapi uygulamasıyla sağlıklı hücrelere en alt düzeyde etki ederek bozulmuş hücrelerin tedavisi amaçlanır. Farklı kanser türleri olan hastalar kemoterapi yoluyla hastalığın sadece erken evresinde değil aynı zamanda geç evresinde de daha fazla hayatta kalma şansı elde ederler. Kemoterapi uygulamasına rağmen bazı kanser türleri, kemoterapi ile ilaçlara karşı direnç geliştirerek nüks ve metastaza neden olur (60).

Kemoterapi; intravenöz, intraperitoneal, intratekal, intraplevral, intraarteryal ve oral yollarla uygulanabilmektedir. Kullanılan ilaçlar kanserli hücreleri inhibe ettiği gibi sağlıklı hücrelerde de bir takım etkilere neden olur. Bu etkiler kemik iliği baskılanması, bulantı kusma, nörotoksisite, geçici alopesi gibi çeşitli yan etkilerdir. Kemoterapi uygulaması gerek uygulanan ilaçların etkileri gerekse tedavi süresinin uzun sürmesi nedeniyle hastalar için uzun ve kapsamlı bir tedavi süreci anlamına gelmektedir. Hemşirelerin bilgi düzeyleri ve uygulama alanındaki becerileri hastaların etkin bir bakım hizmeti almasına olanak sağlamaktadır. Hasta ve ailelerinin tedavi süresi, komplikasyonları, etki ve yan etkileri konusunda bilgilendirilmesi tedavi süresince hastaların etkilenme düzeylerini olumlu yönde etkilemektedir (26,60,61).

Kemoterapide kullanılan ajanlar farklı kategorilerde sınıflandırılır. Uygulandıkları yere ve etki mekanizmalarına göre kullanılan ajanlar farklı toksisitelere neden olabilirler (şekil 9) (50,61).

Grup	İlaçlar	Etki Mekanizmaları	Yan Etkiler
Alkilleyici Ajanlar	Cisplatin Siklofosfamid Karboplatin Klorambusli Karmustin Busulfan	Nükleik asit yapısının alkilenmesi Hızlı doku yıkımı	Kemik iliği süpresyonu Ürat nefropatisi İnterstiyel pnömoni Nefrotoksisite Periferik nöropati Kardiyotoksisite
Antimetabolitler	5-florourasil Metotreksat Gemsitabin	Hücre yapısında gerekli olan metobolit analogları	Kemik iliği süpresyonu Myokard iskemisi Mukozit

Şekil 9. Kemoterapotik ilaç grupları, ilaçlar, etki mekanizmaları ve yan etkileri (61)

Bitkisel Alkaloidler	Etoposid Vinkristin Paklitaksel Vinblastin Docetaksel	Mikrotübüler yapı oluşumunun bozulması Nükleik asit sentezinin bozulması	Kemik iliği süpresyonu Santral, otonom, periferik nöropati
Antibiyotikler	Mitoksantin Doksorubisin Bleomisin Mitomisin	DNA ve RNA Sentez inhibisyonu Antimikrosidal etki	Kardiyotoksisite Hemolitik üremik Sendrom
Hormonlar	Glukokortikoidler	Özellikle glukokortikoid özellikteki steroidler tercih edilmektedir	Düşük yan etki potansiyeli

Şekil 9. Devam Kemoterapotik ilaç grupları, ilaçlar etki mekanizmaları ve yan etkileri (61)

Kemoterapide kullanılan 100'den fazla ilaç bulunmaktadır ve bu ilaçlar anti kanser (sitostatik) ilaçlar olarak adlandırılmaktadır. Sitostatik ilaçlardan bazıları hücre siklusuna özgü bazıları ise değildir. Bu nedenle kanserli hücreye aynı anda farklı şekillerde etki edebilmek için farklı etki mekanizmaları olan ilaçlar kombine şekilde kullanılabilir. Tedavide kullanılan en etkili ilaç kombinasyonları, kanser hücresinin yükünü azaltan ve birbirinin toksitesini arttırmayan ilaçlardır. Kanserli hastaların tedavisinde kullanılan sitostatik ilaçlar belirli protokoller doğrultusunda uygulanmaktadır. Kanser tedavisinde sık kullanılan kemoterapi protokollerine bazı örnekler şekil 10'da belirtilmiştir (50).

Sitostatik İlaç	Uygulama Protokolü
CMF (Siklofosfamid, metatreksat, 5-Fluorourasil)	Her 21 günde bir tekrarlanır ve toplam 8 kez uygulanır.
CAF (Siklofosfamid, adriamisin, 5-Fluorourasil)	Her 21 günde bir tekrarlanır ve toplam 6 kez uygulanır.
ABVD (Adriamisin, Bleomisin, Vinblastin, Dakarbazin)	Her 15 günde bir tekrarlanır ve toplam 12 kez uygulanır.
CHOP (Siklofosfamid, Adriamisin, Onkovin, Prednisolon)	Her 21 günde bir tekrarlanır ve toplam 6 kez uygulanır.
Sisplatin-Vepesit	Her 21 günde bir tekrarlanır ve toplam 6 kez uygulanır.
Gemsitabin-Sisplatin	Her 21 günde bir ve toplam 6 kez uygulanır.
Sisplatin	Radyoterapi süresince 3 haftada bir kez uygulanır.

Şekil 10. Kemoterapide sık kullanılan protokol örnekleri (50).

Hedefe Yönelik Tedaviler

Tümörlerin büyümesi ve gelişmesinde önemli bir etkisi olduğu düşünülen moleküler düzeyde hedefe müdahale etmek için hazırlanan ilaçlar, hedefe yönelik tedavilerin temelinde yer almaktadır. Kanserli hücre mekanizmasının çok iyi anlaşılması doğru hedefin ve doğru tedavinin belirlenebilmesi için oldukça önemlidir. Hedefe yönelik tedaviler, tümörün büyüme ve ilerlemesine katkıda bulunan genleri, proteinleri ya da dokuları hedef alan bir tedavi yöntemidir (62).

Hedefe yönelik tedavilerin temel amacı düşük yan etki ile yüksek anti-kanser etkinliği elde etmektir. Hedef tedavilerin hastaların tedavisinde kullanılabilmesi için belirlenmiş hedeflerin olması gerekmektedir. Bu nedenle bu uygulama her hastada değil, belirli hastalarda kullanılabilir. Belirlenen hücreleri hedef aldıkları için hedefe yönelik tedavilerin konvansiyonel kemoterapilere göre yan etki düzeyleri oldukça düşüktür ve hastalar tarafından iyi tolere edilir (50).

Hedefe yönelik tedaviler monoklonal antikorlar ve küçük molekül inhibitörleri olmak üzere iki ana gruba ayrılır (63).

Monoklonal antikorlar: İmmün sistemdeki antikorların sentetik türevleridir. Uygulamadaki ana hedef, spesifik hücre reseptörlerini bloke ederek tümörün büyümesini önlemek için bağışıklık sistemini uyarmaktır. Bugüne kadar tedavi için onaylanmış yirmi beşin üzerinde antikor bulunmaktadır (şekil 11) (62,63).

Hedef Moleküller	Kullanılan Moleküller
Tirozin kinaz sinyal sistemi (TK) Tümör hücre yüzey antijenleri	Gefitinib Rituximab, Alemtuzumab
Epitelyal büyüme faktör reseptör sistemi (EGFR) Vasküler endotel büyüme faktör reseptörü (VEGFR) Cyclin-bağımlı kinazlar (CDK)	Cetuximab ve Panitumumab Bevacizumab Flavopiridol
Apoptozis sürecinde görev alan regülatör moleküller Proteozom-yolundaki moleküller Ras-onkogeni (ras) Isı-şok proteinleri (HSP)	AT101, GX15-070, XIAP AEG 35156 Bortezomib Farnesyl transferase inhibitor tipifarnib 17-allylaminogeldanamycin

Şekil 11. Hedefe yönelik tedavilerde hedef seçilen ve tercih edilen moleküller (62)

Küçük molekül inhibitörleri: Kanser hücresinin büyüme ve gelişmesinden sorumlu protein ve enzimleri inhibe eder. Bu ajanlar genellikle oral olarak alınmaktadır. Ülkemizde sık kullanılan küçük molekül inhibitörleri arasında, imatinib, gefitinib, alectinib, sorafenib, regorafenib, sunitinib, dabrafenip yer almaktadır (63).

Hormon Tedavisi

Hormon tedavisi, radikal cerrahi veya radyoterapi öncesinde birincil kanserin boyutunu küçültmek veya nüks riskini azaltmak için kullanılabilir. Tedavinin lokal olarak ilerlemiş veya metastatik hastalığı olan hastalarda yüksek yanıt oranıyla oldukça etkilidir. Hormonal tedavi ile kemoterapi ile arasındaki en büyük fark vücudun doğal olarak ürettiği hormonların kanserli hücreye bağlanarak hücrenin büyümesini engellemesidir (7,64).

İmmünoterapi

İmmünoterapi spesifik bir tedavi yöntemidir. Bireyin bağışıklık sisteminin belirli bölümlerini kullanarak kanser gibi birçok hastalıkla mücadele etmesini sağlar. Gün geçtikçe kanser tedavisi non spesifik yöntemlerden spesifik yöntemlere doğru ilerlemektedir. Cerrahi yöntemler ve radyoterapi tümörün ortadan kalkmasını sağlasa da ileriki dönemlerde kanserli hücre kalıntıları ve metastazlar ile hastalığın nüks etmesi önemli bir sorundur. Bu nedenle bu tedavilerle birlikte kombine kemoterapi de tedavi sürecinde yer almaktadır. Ancak kemoterapinin tümör hücresini etkisinin yanında sağlıklı hücreleri de olumsuz etkilemesi nedeniyle tümörlere spesifik tedaviler ön plana çıkmaktadır. Bu amaçla kullanılan monoklonal antikorlar, immun checkpoint kontrol noktası inhibitörleri, kanser aşılıları, immün sistem modülatörleri, interferon alfa gibi farklı immünoterapi tedavileri mevcuttur. Tedavi yöntemi her ne kadar tümöre özgü olsa da immünoterapi sonrasında vücutta bir takım toksisiteler görülebilmektedir (şekil 12) (65,66).

Sistem	Belirti ve Bulgular
Cilt	Döküntü, kaşıntı, kızarma, eritem
Akciğer	Öksürük, nefes darlığı, larenks ödemi, dispne, taşipne, göğüs sıkışması
Santral Sinir Sistemi	Baş ağrısı, baş dönmesi, anksiyete, konfüzyon, bilinç kaybı
Gastrointestinal Sistem	Bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı
Genitoüriner Sistem	İnkontinans, uterus krampı ya da pelvik ağrı

Şekil 12. İmmünoterapide sık karşılaşılan toksisiteler (66)

Sistem	Belirti ve Bulgular
Kas-iskelet sistemi	Eklem ağrıları, yorgunluk
Kardiyovasküler Sistem	Hipotansiyon, hipertansiyon, taşikardi, aritmi, Ödem, göğüs ağrısı, iskemi veya enfarktüs

Şekil 12. Devam İmmünoterapide sık karşılaşılan toksisteler (66)

Hematopoetik Kök Hücre Nakli

Kök hücreler organizmanın tüm hücrelerinin köken aldığı, hücrelerin değişik tiplerine farklılaşabilen, kendilerini yenileme ve kopyalama özelliklerine sahip yapısal farklılığı olan ve gelişim sürecindeki hücreleri kapsar. Kök hücreler embriyonik dönemde doku ve organların gelişmesini sağlarken daha ileri evrelerde doku ve organların korunması, yenilenme ve onarımında önemli rol oynarlar. Hematopoetik kök hücre nakli (HKHN), hemotalojik hastalıklarda bozulmuş kan hücrelerinin ortadan kalkmasını sağlayacak dozda kemoterapi ve radyoterapi uygulamasının ardından hastaya sağlıklı hemotopoetik kök hücrelerin verilmesi işlemi olarak tanımlanır (67,50).

HKHN, hematopoetik sistemde tanımlanmış konjenital veya edinilmiş bozuklukları olan veya kemosensitif, radyosensitif veya immünosensitif maligniteleri olan birçok hasta için standart uygulama haline gelmiştir. Kök hücreler kemik iliği, periferik kan ve kordon kanı olmak üzere 3 temel kaynaktan üretilebilir. Kök hücre naklinde hastanın kendisinin ya da dokusu uyan vericinin kök hücreleri kullanılır. Hematopoetik kök hücre vericisi hastanın kendisi ise otolog, hasta dışı birey ise allogenic kök hücre nakli olarak tanımlanır. Kök hücre naklinin kanser tedavisinde tercih edilmesinin nedenleri arasında yaşam süresini uzatması, iyileşme beklentisi ve yaşam kalitesini arttırması yer almaktadır. Ancak nakil sonrası yaşanan komplikasyonlar hasta açısından ciddi fizyolojik, psikolojik ve ekonomik problemlere neden olabilmektedir (68,69,70).

KANSERLİ HASTALARDA SEMPTOM KONTROLÜ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Kanserin prognozu, tedavisi ve tedavi toksisitesi vücudun tüm sistemlerinde önemli etkiler yaratmaktadır. Bu nedenle kanserli hastalarda tedavi süresince uygulanan yöntemler ve girişimler nedeniyle bir çok semptom görülmektedir. Ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, ruhsal değişiklikler, iştahsızlık, nefes darlığı, ciltte ve tırnaklarda değişiklikler, ağızda yara, ellerde uyuşma gibi semptomlar kanser tedavi sürecinde hastalarda görülen sorunların başında gelmektedir. Hastaların yaşadığı semptomlar hastaların yaşına, cinsiyetine, primer kanser

alanına, kanserin evresine, mevcut kronik hastalıkların varlığına göre farklılık göstermektedir. Bu farklılarla birlikte kanser tedavi sürecinde hasta bireylerde görülen bu fizyolojik ve psikolojik semptomlar bireyin yaşam kalitesini önemli derecede olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle hastaların yaşam kalitesini geliştirmek amacıyla en sık semptom yönetimi, danışmanlık, sosyal destek ve egzersiz konularında girişimlerde bulunmaktadır (6,71,72,73).

Günümüzde kanserli hasta popülasyonunda ki hızlı artış onkoloji hemşireliğinin gelişmesinde de önemli bir unsur olmuştur. Onkoloji hemşireliğinin amacı; kanser gelişimini önleme, hasta bireylere sağlıklı bir yaşam kazandırma, kanser tanısı almış hasta ve yakınlarının işlevlerini en üst düzeyde sürdürmelerini sağlama ve yaşam kalitelerini arttırmaktır. Kanser tedavisi sürecinde tanı ve tedavi üzerine yoğunlaşan ilgi nedeniyle hastaların bu süreçte yaşadıkları sorunlar ve ihtiyaç duydukları bakımlar göz ardı edilmektedir. Kemoterapinin hazırlanması, uygulanması ve uygulanma sonrasında ortaya çıkan semptomların tedavinin etkin bir şekilde sürdürülmesini ve yaşam kalitesini etkileyebileceği için semptomların erken dönemde saptanması, önlenmesi ve kontrol altına alınması onkoloji hemşireliğinde oldukça önemlidir. Bu bağlamda kanser tedavi edilmeye ve hastanın yaşam süresi uzatılmaya çalışırken, semptomların kontrol altına alınmasıyla hastaların yaşam kalitesi arttırılmaya çalışılır (72,73,74).

Kanser tedavi sürecinde kullanılan ilaçlar ve uygulanan girişimler sonucunda hastalarda;

- Ağrı
- Yorgunluk
- Beslenme problemleri
- Oral mukozit
- Bulantı-kusma
- Dispne
- Nötropeni
- Periferik nöropati
- Tırnak değişiklikleri
- Alopesi
- Psikolojik sorunlar en sık rastalanan semptomlar arasındadır (75,76,77).

Oluşan semptomlar morbiditeyi, etkili tedaviyi ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu nedenle hemşirelerin semptomları sorgulaması, uygun ölçeklerle değerlendirmesi ve hemşirelik girişimleriyle semptom yönetimini sağlaması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve hastanın tedaviye uyum sağlaması açısından çok önemlidir (75).

Kanser Ağrısı

Ağrı kanser hastalarında en sık görülen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir semptomdur. İleri evre kanser hastalarının %70'inden fazlasında terminal dönem hastaların %90'ında ağrı görülmektedir. Kanser hastalarında ağrı akut ya da kronik olarak görülebilir. Akut ağrının süresi sınırlıdır ve ani başlangıçlıdır. Daha çok hastaya uygulanan invaziv girişim kaynaklıdır. Malign kaynaklı kronik ağrı ise üç aydan uzun süre devam eder. Organların, sinirlerin, kemiklerin ve diğer dokuların basısı nedeniyle ortaya çıkar (72,75,78).

Hasta ve yakınları için ağrı ölümden bile daha korkutucu olabilmektedir. Bu nedenle öncelikle her hastanın ağrı düzeyinin, eşlik eden diğer sorunların, içinde bulunduğu psikolojinin ve etkilenen alanlarının kapsamlı olarak değerlendirilmesi ve uygulanacak tedavi ve girişimlerin bu doğrultuda planlanması gerekir (72,74).

Hemşirelik tanısı: Ağrı

Ağrı yönetiminde uygulanacak hemşirelik girişimleri:

- Ağrı değerlendirmesi için veri toplanır, ağrı semptomu tespit edilir ve uygun tedavi seçeneği belirlenir,
- Hastanın ağrısının şiddetine ve niteliğine göre order edilen ilaç uygulanır,
- Ağrı kontrolünde ilk olarak oral analjezikler kullanılmalı ve WHO'nun analjezi merdiveni tedavisi kullanılmalıdır.
- WHO analjezi merdiveni:
 1. Basamak: Hafif orta ağrılar için nonopioid ± adjuvan tedavi,
 2. Basamak: Orta şiddetli ağrılar için nonopioid + zayıf opioid ± adjuvan tedavi,
 3. Basamak: Şiddetli ağrılar için güçlü opioid + nonopioid ± adjuvan tedavi (26,72).
- Hasta ve ailesinin opioid kullanımına yönelik bağımlılık konusundaki endişeleri giderilir,
- Hastaya uygun olan non-farmakolojik (terapötik masaj, soğuk sıcak uygulama, gevşeme teknikleri, derin nefes egzersizleri, yoga, meditasyon, hayal kurma, pozisyon değişimi ılık banyo) yöntemlerle hastanın rahatlaması sağlanır (74,75).

Yorgunluk

Yorgunluk anormal kas metabolitlerinin birikimi, sitokin üretiminin artışı, serotonin regülasyonunda bozukluk ve hemoglobin düzeylerindeki düşüşe bağlı ortaya çıkan anemi

nedeniyle oluşur. Yorgunluğun patofizyolojisi tam olarak anlaşılamamakla birlikte kansere bağlı yorgunluğun altında yatan fizyolojik mekanizmaların karmaşıklığı ve pek çok faktörden kaynaklandığı bilinmektedir. Bunlar tümörle ilişkili faktörler, mevcut kronik hastalıklar, yetersiz beslenme, KT ve RT gibi tedavi uygulamaları, psikolojik durum, diğer ilaçların yan etkileri olarak belirtilmektedir (73,79).

Yorgunluk, kansere bağlı en yaygın semptomlardan biridir ve onkoloji hastaları tarafından sıklıkla ifade edilmektedir. Hastaların fonksiyonel yetenekleri ve yaşam kalitesi üzerinde önemli bir olumsuz etkiye sahiptir (74,79).

Yorgunluk semptomu ortaya çıkmadan önce hasta ve ailesi bilgilendirilmesi çok önemlidir. Tedavi sırasında ortaya çıkan yorgunluk semptomu hasta ve ailesinde tedaviden sonuç alınamadığı, hastalığın ilerlediği düşüncesini oluşturmakta ve tedavinin yarım kalmasına neden olabilmektedir (74).

Hemşirelik tanısı:

- Yorgunluk
- Aktivite intoleransı

Yorgunluk yönetiminde uygulanacak hemşirelik girişimleri:

- Yorgunluğa neden olan etkenler belirlenir,
- Öykü ve fizik muayene ile yorgunluğun boyutu değerlendirilir,
- Laboratuvar bulguları değerlendirilir (Anemi varlığı, elektrolit düzeyleri vb.),
- Günlük egzersizler planlanır. Düzenli egzersiz hastada enerji kaybını azaltıp, dolaşım sistemini hızlandırarak yorgunluğa neden olan sitokinlerin ve diğer metabolitlerin vücuttan uzaklaştırılmasına olanak sağlar,
- Hastaların günlük yeterli protein alımı sağlanır,
- Sıvı kısıtlaması yoksa günlük 1500-3000 litre arasında sıvı alması sağlanır,
- Doktor orderı ile ilaç ve multi vitamin desteği sağlanır,
- Hastaya uygulanacak non-farmakolojik yaklaşımlarla (masaj, yoga, bitki çayları, meditasyon, akupunktur, gevşeme teknikleri, davranış terapileri gibi) hastanın yorgunluğu azaltılmaya çalışılır (72,73,80).

Beslenme Problemleri

Kanser hastalarında yetersiz beslenme, düşük performans durumu, düşük yaşam kalitesi ve artan morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Kanser hastaları, doğrudan ya da dolaylı tümör

etkileri, cerrahinin etkileri, RT veya KT'nin etkileri, ağrı, halsizlik, metabolizma değişiklikleri, tedavi yan etkileri, oluşan bulantı-kusma ve psikolojik faktörler nedeniyle sıklıkla yetersiz beslenmektedir. Şiddetli yetersiz beslenme, özellikle cerrahi kanser hastalarında artan komplikasyon oranlarına ve gecikmiş fonksiyonel iyileşmeye yatkın hale getirir (72,81).

Yetersiz beslenen medikal ve cerrahi hastalarda yaralar geç iyileşir ve hastanede kalış süresi daha da uzar. Bu nedenle kanser hastalarının beslenme problemleri tanımlanmalı ve uygun hemşirelik girişimleriyle bu problem kontrol altına alınmalıdır (75-81).

Hemşirelik tanısı: Beslenmede değişiklik: Beden gereksiniminden az beslenme

Beslenme sorunu yönetiminde uygulanacak hemşirelik girişimleri:

- İştahsızlığa ve kilo kaybına neden olan problemler belirlenir,
- Son 24 saatte tüketilen besin miktarı, yutma ve çiğneme refleksleri değerlendirilir,
- Beden kitle indeksi değerlendirilir ve kilo takibi yapılır,
- Bulantı-kusma, ağrı ve mukozit gibi sorunlar varsa neden olan faktörler belirlenerek non-invaziv veya invaziv girişimler uygulanır,
- Ortamdaki kötü kokuların uzaklaştırılması sağlanır,
- Az ve sık yemesi önerilir,
- Hastanın rahat bir ortamda sevdiği yemekleri tüketmesi sağlanır,
- Gerekli olan durumlarda hekim orderi ile TPN başlanır (72,75).

Oral Mukozit

Radyasyon tedavisi ve kemoterapiye bağlı oluşan oral mukozit, kanser hastalarında sık görülen bir toksisitedir. Mukozit tüm mukozanın yıkımı, stomatit olarak da adlandırılan oral mukozit ise ağız mukozasında zayıflama ve epitel doku yıkımı sonucunda oluşur. Genellikle kemoterapi uygulamasından bir hafta sonra ortaya çıkar ve 21 gün sonra iyileşir. Şiddetli mukozit, hastanın günlük işleyişi, sağlığı ve yaşam kalitesi üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Ayrıca, bir hastanın planlanan tedaviyi tolere etme yeteneğini tehlikeye atabilir. Bu da kaçırılan dozlara veya dozların düşmesine neden olarak tedavi sürecini olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle kanser tedavisinde mukozitin önlenmesi tedavi sürecinde etkin rol oynamaktadır (72,82).

KT veya RT'e bağlı epitel dokumu yıkımı sonucu oluşan mukozitlerin gelişim ve sonuçlanma süreci 5 evrede incelenir:

Evre I – Başlangıç evresi; DNA hasarı ile birlikte ya da DNA hasarı olmadan submukoz tabaka yada bazı epitel tabakada sınırlı düzeyde yıkım meydana gelir.

Evre II – Birincil yıkım yanıtı evresi; epitel hücrelerinde apopitoz (programlanmış hücre ölümü) meydana gelir.

Evre III – Belirtilerin ortaya çıkması ve ilerleme evresi; proenflamatuar sitokinler ve proteinler submukoz tabakada engel oluşturmaya devam ederek yıkımı kötüleştirir.

Evre IV Ülserasyon evresi; ağız mukozasında kademeli olarak biyolojik değişimler gelişmeye başlar ve ülserasyon oluşur (83).

Hemşirelik tanısı:

- Oral mukoz membranlarda bozulma riski
- Oral mukoz membranlarda bozulma

Mukozit yönetiminde uygulanacak hemşirelik girişimleri:

- Oral mukoza, dil ve dudakların durumu değerlendirilir,
- Risk faktörleri belirlenerek (kötü ağız hijyeni, sigara alkol kullanımı, ağız kuruluğu, enfeksiyonlar) gerekli önlemler alınır,
- Ağız ve dudakların kurummasını önlemek için nemlendiriciler kullanılır,
- Mukozaya zarar verebilecek baharatlı ve asitli yiyecekler diyetten çıkarılır,
- Ağrı mevcutsa hekim istemine göre uygun analjezikler uygulanır,
- Öğünlerden önce ve sonra ağız bakımı yapılır,
- Yumuşak diş fırçası kullanımı önerilir,
- Sodyum bikarbonat ya da sodyum klorür gibi solüsyonlar ile gargara yaptırılır,
- Hasta ve ailesine uygun ağız bakımı eğitimi verilir (26,72,74,75).

Bulantı-Kusma

Mide bulantısı ve kusma onkolojik tedaviyle ilgili durumun bir sonucu olarak kanser hastalarını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen semptomlardan biridir. Bulantı-kusma KT uygulandıktan 3-4 saat içerisinde ya da 24 saatten sonra görülebilir ve 72 saat sonrasına kadar devam edebilir. İleri evre kanser hastalarında bulantı prevelansı %7-49 arasında değişirken, kusma prevelansı %11-78 arasında değişmektedir. Aynı zamanda; tedavi öncesinde bulantı sorunu olmayan hastaların opioid kullanımına bağlı bulantı-kusma deneyimledikleri belirtilmiştir (73,75,84).

Etiyolojiye bakılmaksızın, bulantı ve kusma semptomları hastaların beslenme durumu ve yeme-içme alışkanlıklarını olumsuz etkiler. Kontrol edilemeyen bulantı kusma; sıvı elektrolit dengesizliği, dehidratasyon, anoreksi, kilo kaybı, ilaçlarının emilimini ve atılımını zorlaştıran

fizyolojik etkilerinin yanında hastaların psikolojik durumlarında da olumsuz yönde etkilelere neden olmaktadır (74,84).

Hemşirelik tanısı: Bulantı ve Kusma

Bulantı-Kusma yönetiminde uygulanacak hemşirelik girişimleri:

- Bulantı-kusmanın şekli ve şiddeti belirlenir,
- Fiziksel çevre düzenlenerek temiz ve kokusuz bir ortam sağlanır,
- Öğünleri az ve sık yemesi önerilir,
- Yağlı ve baharatlı yiyeceklerden kaçınması önerilir,
- Ağız hijyeni sağlanır,
- Antiemetik ilaçlar öğünlerde en az 30 dakika önce uygulanır,
- Antiemetiklerin toksisiteleri değerlendirilir,
- Yüksek riskli KT alan hastalarda son dozdan 3 gün, orta riskli KT alan hastalarda son dozdan 2 gün bulantı kusma riski devam eder. Girişimler bu süreler dikkate alınarak uygulanır,
- Dispepsi, bulantı ile karışabilir. Hastalara doktor istemi ile H2 bloker veya proton pompa inhibitörleri verilebilir,
- Yemeklerden sonra en az yarım saat dinlenmesi sağlanır (74,75,85).

Dispne

Dispne; sıklıkla terminal dönem kanser hastalarında görülen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir semptomdur. Dispnenin nefes darlığı, göğüs sıkışması, boğulma, nefes nefese şeklinde tanımlamaları bulunmaktadır. Onkoloji hastalarında dispne semptomu kanserin varlığından ve eşlik eden diğer hastalıklardan etkilenecek oluşabilir. Hastalarda dispne oluşumu anksiyete, depresyon ölüm korkusunun artmasına bunun sonucunda tedavi süresinin uzamasına ve yaşam kalitesinin etkilenmesine neden olmaktadır (86,87)

Dispne giderilmesinde tedaviye rehberlik edecek bir yol haritası olmadığı için yönetimi zor bir semptomdur. Semptom kontrolünün odak noktası altta yatan etkeni belirleyip tedavi etmektir. Bu şekilde yapılan uygulamalar ile hastalarda meydana gelen dispne hissiyatı azalır. Dispne altta yatan nedenin tedavi edilemediği durumda ise kullanılan bazı destek tedavilerle (opioidler, sedatifler, ve bronkodilatörler, kortikosteroidler) dispne kontrol altına alınmaya çalışılır (72,86,87).

Hemşirelik tanısı:

- Etkisiz solunum örüntüleri
- Hava yollarının yetersiz temizlenmesi
- Gaz değişiminde bozulma

Dispne yönetiminde uygulanacak hemşirelik girişimleri:

- Hastanın hava yolu açıklığı sağlanır,
- Solunum hızı ve derinliği değerlendirilir,
- Dispne şiddeti ve SpO2 düzeyi değerlendirilir,
- Gerekli durumlarda hekim istemi ile oksijen tedavisi uygulanır,
- Solunumu kolaylaştırmak için non-farmakolojik yaklaşımlar uygulanır (Kontrendikasyon yoksa hasta yüzüne soğuk hava uygulanır. 2. ve 3. trigeminal sinirlere soğuk hava uygulamasının nefes darlığını azalttığı belirlenmiştir),
- Nefes almayı kolaylaştırmak için hastaya uygun pozisyon verilir,
- Derin solunum ve öksürük egzersizleri uygulanır,
- Sakin, sesiz ve rahat bir ortam sağlanır,
- Sekresyonu olan hastalara postral drenaj işlemi uygulanır,
- Ağrısı olan hastalara hekim orderı ile uygun opioidler uygulanarak hastaların emosyonel rahatlama sağlanır,
- Günlük aktivileri planlanır ve yorucu egzersizlerden kaçınması sağlanır (26,72,87).

Nötropeni

Nötropeni, WHO'a göre mutlak nötrofil sayısının 2.000/mm³ 'ün altında olmasıdır ve genellikle periferik kanda mutlak nötrofil sayısının azalması olarak tanımlanır. Kanser hastalarında nötropeni çoğunlukla kemoterapi nedeniyle gerçekleşir. Ayrıca; kemik iliği proliferasyonunda birden fazla bölgeye uygulanan radyoterapi tedavisi, otoimmün, genetik, konjenital veya monoklonal patolojik etiyolojiler nötropeniye neden olabilmektedir (72,88).

Febril nötropeni, nötropenin ateşle seyretmesi durumudur. Amerika Enfeksiyon Hastalıkları Derneği (IDSA=Infections Disease Society of America) febril nötropeni hastadaki nötropeni varlığının yanında oral yoldan ölçülen vücut sıcaklığının 38.3°C ve üzerinde olması veya hastanın 38°C olan vücut sıcaklığının bir saatten uzun sürmesi olarak tanımlanmıştır. Nötropenik hastaların bakımı ve takibinde hemşirelerin kanıta dayalı uygulama, araştırma ve

hasta eğitimi yapması kanserli hastalarda nötropeni semptomunun önlenmesinde önemli yer tutar (89,90).

Hemşirelik tanısı: Enfeksiyon riski

Nötropeni yönetiminde uygulanacak hemşirelik girişimleri:

- Koruyucu izolasyon önlemleri alınır,
- Temiz ve hijyenik bir ortam sağlanır,
- Yapılan tüm girişimler aseptik ilkeler doğrultusunda uygulanır,
- Hekim istemine göre uygun tedavi uygulanır,
- Ağız bakımı verilir,
- Febril nötropeni kontrolü için vücut sıcaklığı izlenir,
- Deri bütünlüğünün korunması sağlanır,
- El hijyenin sağlanmasına özen gösterilir,
- Hastanın laboratuvar bulguları değerlendirilir,
- Hasta odası ve çevre düzenlemesi yapılır,
- Yeterli ve dengeli beslenme için uygulanacak diyet konusunda hasta ve ailesi bilgilendirilir (72,89,90).

Periferik Nöropati

Periferik nöropati, kanser veya kanserle ilgili tedavinin doğrudan veya dolaylı bir komplikasyonu veya kanserle ilgili olmayan önceden var olan bir hastalık nedeniyle meydana gelebilmektedir (91,92).

Kemoterapi ile ilişkili periferik nöropatinin gelişimi tam olarak bilinmemle birlikte. kemoterapinin periferik sinir sistemi üzerinde meydana getirdiği hasar sonucu nöron aktivitesinin bozulmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Periferik nöropati gelişen hastalar parastezi, hipoestazi, disestazi, güçsüzlük, ağrı, yüzeyle ayırt etmede güçlük, karıncalanma ve uyuşukluk, soğukla temasta çarpılma hissi, reflekslerde azalma ya da yokluk gibi sorunlar yaşamaktadır. Görülen bu semptomlar onkoloji hastalarının günlük aktivitelerini ve yaşam kalitelerini büyük ölçüde etkilemektedir (91,93).

Hemşirelik tanısı:

- Ağrı

- Öz bakım eksikliği sendromu
- Fiziksel mobilitede bozulma

Periferal nöropati yönetiminde uygulanacak hemşirelik girişimleri:

- Hastaların her değerlendirmede nörolojik muayenesi yapılır,
- Ağrı değerlendirmesi yapılır,
- Ağrısı olan hastalara geceleri yatmadan önce hekim orderi ile analjezik uygulanır,
- Periferal nöropati belirti bulguları açısından değerlendirilir,
- Yaralanmaları önlemek için çevre düzenlenmesi yapılır,
- Öz bakım desteği sağlanır,
- Gerekli durumlarda yardımcı araç ve gereç kullanımı sağlanır,
- Dengeli ve düzenli beslenmesi sağlanır,
- Periferal nöropati etkisini azaltmak için egzersiz, masaj, refleksoloji ve akupunktur gibi alternatif yöntemlerin kullanımı önerilir,
- Gerekli durumlarda fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezlerine yönlendirilir,
- Hastalar depresyon gelişmesi açısından değerlendirilir ve gerekli durumlarda psikoloğa yönlendirilir,
- Hasta ve aileye, ağrı, yan etkiler ve baş etme konularında eğitim verilir (93,94).

Cilt ve Tırnak Değişiklikleri

Cilt ve tırnak toksisitesi, bir dizi kemoterapötik ajana bağlı olarak oluşan nispeten daha nadir bir yan etkidir. Klinik görünüm, hangi tırnak yapısının etkilendiğine ve etkilenme ciddiyetine bağlı olarak değişir. Tırnak değişiklikleri tırnakların tamamını veya bir kısmını içerebilir. Ciltte oluşan sorunlarda cildin belirli bir bölümünde oluşabileceği gibi tamamında da görülebilir. Toksisite asemptomatik olabilir ve kozmetik kaygılar ile sınırlı olabilir ancak ağrı ve rahatsızlık içeren daha şiddetli etkiler ortaya çıkabilir.

Tırnak değişiklikleri konjenital olabileceği gibi hastalık veya tedavi yan etkisi sonucunda da gelişebilir. Antineoplastik ajanlar ile oluşan cilt sorunlarının şiddeti, tedavide kullanılan ilaç çeşidine ve hastanın bireysel özelliklerine göre değişiklik gösterir. Hastalarda deride kızarıklık, hiperpigmentasyon, kaşıntı, kuruluk ve akne oluşabileceği gibi dil mukoz membran ve el ekleminde koyulaşmalar görülebilir. Cilt ve tırnak değişiklikleri onkoloji hastaların fiziksel görünümü ve ağrı ile birlikte fonksiyonel yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu nedenle, cilt ve

tırnak değişim riski olan hastalara verilecek hemşirelik eğitimi ve bilgilendirme ile semptomun oluşumu veya şiddeti azaltılabilir (96).

Hemşirelik tanısı:

- Ciltte ve tırnaklarda değişiklik
- Doku bütünlüğünde bozulma riski
- Doku bütünlüğünde bozulma

Cilt ve Tırnak sorunu yönetiminde uygulanacak hemşirelik girişimleri:

- Hastanın fiziksel değerlendirmesi yapılır,
- Tırnakların uygun şekilde kesilir,
- Pamuklu giyisiler giymesi önerilir,
- Fotosensivite nedeniyle güneşte fazla kalmanın sakıncaları belirtilir,
- Ciltte ve tırnak diplerinde renk değişikliği olabileceğinden tırnak cılası kullanabileceği ve bozukluğun zamanla düzeleceği konusunda bilgilendirilir,
- Tahriş edici etkisi olan kozmetiklerin kullanımından kaçınması önerilir,
- Ağrısı olan hastalara hekim istemi ile uygun analjezik uygulanır,
- Potansiyel tırnak değişikliği olan hasta ve ailesine eğitim verilir,
- Antineoplastik ajanların toksisitesini azaltmak için kontrendike bir durum yoksa dondurulmuş eldiven veya çoraplar uygulanır (75,95).

Alopesi

Alopesi kanser tedavisinde uygulanan KT ve RT'e bağlı saç, kaş, kirpik ve vücutta bulunan kıllarının dökülmesini içerir. Vücutta gerçekleşen bu değişimler hastaların vücut görüntülerini ve başkalarıyla etkileşimlerine yönelik tutumlarını etkileyebilir. Kansere bağlı saç dökülmesinin kanserli bireylerin, özellikle kadınların ve gençlerin yaşamları üzerindeki etkisi daha olumsuzdur (97).

Saç dökülmesi, hastanın algısını görünümünü, beden imajını, cinsellik ve benlik saygısını olumsuz yönde etkiler. Kemoterapiye bağlı alopeside saç dökülmesi genellikle 1-3 hafta içerisinde başlar, 1 ile 2 ay arasında tamamlanır. Alopesi saçların %50'si veya daha fazlasının dökülmesinin ardından görünür hale gelir. Sorun geçici olmasına rağmen hastaların yaşam kalitelerini büyük ölçüde etkiler (98).

Hemşirelik tanısı:

- Durumsal düşük benlik saygısı
- Beden imajında bozulma
- Anksiyete
- Ümitsizlik

Alopesi yönetiminde uygulanacak hemşirelik girişimleri:

- Hastalara saç kaybı olacağı ancak tedavi sonrası yeniden çıkacağı konusunda bilgi verilir,
- Hastalara bu süreçte kullanabilecekleri eşyalar (eşarp, peruk) konusunda bilgi verilir,
- Kemoterapi uygulama öncesi saçların kısaltılması önerilir,
- Hastalar etkin bir şekilde dinlenir ve emosyonel destek sağlanır,
- Alopesiyi önlemede kullanılacak yöntemlere karar vermede yardımcı olunur,
- Saçların dökülme sürecinde sık şampuan uygulamama ve yumuşak tarak kullanımı önerilir,
- Aile ile görüşülerek hastaya destek olmaları konusunda teşvik edilir,
- Hastanın tanı ve genel durumuna göre etkinliği kanıtlanmış nonfarmakolojik yöntemlerden (saçlı deriye turnike uygulaması, saçlı deriye soğuk uygulama) yararlanılır (72,99).

Emosyonel Sorunlar

Kanserli hastalarda emosyonel semptomların prevalansı %30-45 arasında değişmektedir. Günümüzde psikiyatrik ve psikolojik damgalamadan kaçınmak için distress kelimesi tanımlanmıştır. Distres bireyin onkolojik mücedalesini etkileyen, olumsuz duyguları ve bunların fiziksel belirtilerini ve incelenme şeklini tanımlada kullanılır (72,100).

Kanser hastalarında mevcut hastalık, uygulanan tedavi yöntemleri ve oluşan yan etkiler nedeniyle depresyon, deliryum, uyum bozukluğu, anksiyete ve suisid gibi sorunlar görülmektedir. Hastaların yaşamış oldukları distres sendromları yaşam kalitelerini, kişilerle ilişkilerini ve sosyal hayatlarındaki dengelerini bozar. Emosyonel sorunların giderilememesi durumunda hastaların tedavi sürecine ilişkin olumsuz düşüncelere kapılması ve tedavi sürecini yarıda bırakması gibi sorunlar ile karşılaşılır. Bu nedenle bu sorunların ele alınarak destek sağlanması tedavinin devam ettirilmesi açısından çok önemlidir (72,100).

Hemşirelik tanısı:

- Anksiyete
- Korku
- Sosyal izolasyon
- Sosyal etkileşimde bozulma

Emesyonel sorunu olan hastalara uygulanacak hemşirelik girişimleri:

- Hastaların psikososyal ihtiyaçları değerlendirilir,
- Hastanın distres durumu değerlendirilir,
- Hastaların uygun dinlenme periyotları düzenlenir,
- Sevdiği müzikleri dinlenmesi önerilir,
- Hastanın gereksinimlerine uygun çevre düzenlemesi yapılır,
- Gerekli durumlarda hastayı rahatlatmak için farmakolojik ajanlar uygulanır,
- Fiziksel gerginliği olan hastalara masaj, fiziksel egzersiz ve gevşeme yöntemleri uygulanır,
- Aromaterapi ve refleksoloji gibi uygulamalar ile hastaların emesyonel olarak rahatlaması sağlanır.
- Gerekli durumlarda psikiyatri ekibi ile işbirliği yapılır,
- Aile ile görüşülerek emesyonel destek sağlanması için teşvik edilir (72,100).

KANSERLİ HASTALARDA FONKSİYONEL YAŞAM KALİTESİ VE HEMŞİRENİN ROLÜ

Yaşam Kalitesi kavramı geniş bir alanı kapsayan çok yönlü bir kavramdır. Yaşam kalitesi toplumlar arasında pek çok farklılıklar gösterebildiği gibi aynı toplumdaki bireyler arasında da farklılıklar göstermektedir. Bu nedenle yaşam kalitesi kavramı toplumlara ve kişilere göre farklı tanımlanmaktadır. Yaşam kalitesinin tanımlanmasında genel kabul gören başlıklar; işlevsel yeterlilik, tedavi ile ilişkili yakınmalar, psikolojik ve sosyal işlevlerde yeterlilik şeklindedir. Yaşam kalitesi kavramı bireyin kendi yaşamını değerlendirdiği öznel algı, duyu ve bilişsel süreçlerin tamamı olarak tanımlanırken, bireyin iyilik halinin ifade edilmesidir. Bireyin yaşamının çeşitli yönlerine ilişkin bireysel doyumunu ifade eder. Kişinin bireysel doyumunu da aile, iş hayatı, sosyo-ekonomik koşullarındaki doyumunu ve iyilik halini içermektedir (101,102).

Bütüncül olarak ele alınan yaşam kalitesinin bir alt bileşeni olan sağlıkta yaşam kalitesinin yaygın olarak kabul edilen tanımı ise; “hastalığın ve tedavisinin hasta üzerindeki etkilerinin yine hasta açısından değerlendirilmesi” dir. Kanseri hastalarla sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi araştırmaları hastaya en uygun tedavinin seçilmesinde karar vermeyi sağlamakta, hastalık ve hastalık sürecinde ortaya çıkan problemlerin nedenlerinin belirlenmesine ve yaşam kalitelerinin geliştirilmesine katkı sağlamaktadır (8,101).

Kanser tanısı ve tedavi süreci; hastaları fiziksel, emosyonel, ve sosyal yönden olumsuz etkiler. Hastalığın seyri ve süreci bireyin yaşamını kısıtlayarak, yaşamdan aldığı doyumunu azaltarak fonksiyonel yaşamını da zorlaştırır. Fonksiyonel durum; biyolojik durum, hastalık ve semptomlarla ilişkilidir. Akut ve kronik hastalıklar, ileri yaş, bedensel engeller ve fonksiyonları bozabilecek ilaç kullanımı bireylerin fonksiyonel sağlık durumlarını kötüleştirmekte ve fonksiyonel yaşam kalitelerini olumsuz olarak etkilemektedir. Kanseri hastalarda yaşam kalitesinin artırılmasının yanında emosyonel ve fiziksel iyilik halinin sürdürülmesi için fonksiyonel durumun ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi gerekir. Hasta bireylerde hastalık davranışının, psikolojik etkilerin ve uyum sorunlarının anlaşılması, bu tepkilere uygun baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi için hazırlanacak bakımın planlanması bireylerin yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ile mümkün olmaktadır. Yaşam kalitesi değerlendirmeleri verilen hizmetlerin geliştirilmesinde önemli ipuçları sağlamasının yanında hasta gereksinimleri ve hemşirelik bakımı açısından fikir oluşturabilmesi nedeniyle son derece önemlidir (8,102,104).

Kanseri hastalarda yaşam kalitesinin en üst düzeye çıkarılması ve hastaların kendi tedavi ve bakımlarının sorumluluğunu üstlenerek yaşamlarını sürdürmeleri çok önemlidir. Hemşirelerin hastalarda görülen semptomların kontrol altına almasında, hastaların duygu ve düşüncelerini paylaşmasında, fonksiyonel işlevlerinin değerlendirilerek iyileştirilmesinde ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde çok önemli rolleri vardır. Hasta bireylerin öz bakım yapabilme durumu, gündelik rollerini yerine getirme düzeyinin ölçülmesi, psikolojik destek ihtiyacı olanların yönlendirilmesi, taramalar ve etkin danışmanlık hizmeti ile fonksiyonel durumları iyileştirilebilir (104,105,106).

Hemşirelik mesleğinde bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi ile ilgili yapılan çalışmalar, hastalara uygulanacak bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetinin belirlenmesinde, hastaların tedavi sürecine uyumlarının artırılmasında, tedavilerin yan etkileri sonucu oluşan semptomların azaltılmasında ve yaşam kalitelerinin artırılmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanmasında olumlu katkılar sağlayacaktır (104).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan bu çalışma kemoterapi alan kanserli hastaların yaşadıkları semptomların şiddetini, fonksiyonel yaşam kalitesini ve ilişkili faktörleri değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

ARAŞTIRMANIN YERİ VE SÜRESİ

Araştırma 1 Kasım 2020-30 Nisan 2021 tarihleri arasında gönüllülük esasına dayalı olarak Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Medikal Onkoloji Kliniği'nde tedavi gören hastalar ile yüz yüze görüşme metodu ile gerçekleştirilmiştir.

ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR

- Kemoterapi tedavisi alan kanserli hastaların yaşadıkları semptomların şiddeti ile hastaların kişisel ve hastalıkla ilgili özellikleri arasında fark var mıdır?
- Kemoterapi tedavisi alan kanserli hastaların fonksiyonel yaşam kalitesi ile hastaların kişisel ve hastalıkla ilgili özellikleri arasında fark var mıdır?
- Kemoterapi tedavisi alan kanserli hastaların yaşadıkları semptomların şiddeti ile fonksiyonel yaşam kaliteleri arasında ilişki var mıdır?

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın Evreni

Evreni bilinen örneklem hesabına göre, 01.01.2019-31.12.2019 verilerine göre tekrarlı yatışlar da göz önüne alınarak Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Medikal Onkoloji

bölümünde tedavi gören 1328 onkoloji hastası araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Araştırmanın Örneklemi

Evreni bilinen örneklem formülüne göre %99 güven düzeyinde, %5 tolerans öngörerek 1 Kasım 2020-30 Nisan 2021 tarihleri arasında gönüllülük esasına dayalı olarak Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Medikal Onkoloji Kliniği'nde tedavi gören, iletişim problemi olmayan 443 hasta araştırmanın örneklemi oluşturmuştur.

Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Medikal Onkoloji bölümünde tedavi gören kanser tanısı konan
- En az 4 kür kemoterapi almış
- ECOG Performans Skoru ≤ 2
- Kanser tanısını bilen ve sözel olarak ifade eden,
- Bu tarihler arasında çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve katılmasını engelleyecek herhangi bir sağlık sorunu olmayan kişiler araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Medikal Onkoloji bölümünde tedavi görmeyen kanser tanısı konmamış
- 4 kürden daha az kemoterapi almış
- ECOG Performans Skoru ≥ 3
- Kanser tanısını bilmeyen, sözel olarak ifade edemeyen,
- Bu tarihler arasında çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan ve katılmasını engelleyecek herhangi bir sağlık sorunu olan kişiler araştırma kapsamına dahil edilmemiştir.

BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Bağımsız Değişkenler

Yaş, cinsiyet, medeni durum, sigara ve alkol kullanım durumu, ek kronik hastalıklar, hastalığın tanısı, tedavi şekli, kür sayısı vb. araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur.

Bağımlı Değişkenler

ECOG performans skoru, Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği puanları, Fonksiyonel Yaşam

Kalitesi Ölçeği puanları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur.

KULLANILACAK ARAÇ, GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışma Kasım 2020-Nisan 2021 tarihleri arasında gönüllülük esasına dayalı olarak Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Medikal Onkoloji Kliniği'nde tedavi gören hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara Kişisel ve Hastalıkla İlgili Özellikler Bilgi Formu, Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ) ile Fonksiyonel Yaşam Ölçeği-Kanser (Functional Living Scale-Cancer) doldurtulmuştur. Hastalar ile görüşme yaklaşık 15 dakika sürmüştür

Kişisel ve Hastalıkla İlgili Özellikler Bilgi Formu

Bu form; hastaya ilişkin kişisel özellikler, hastalık ve tedaviye ilişkin özellikler olmak üzere 2 ana bölümden oluşmaktadır (EK III).

Kişisel Özellikler: Bu bölümde cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, medeni durum, sigara ve alkol kullanma durumu, gelir durumu, çalışma durumunu vb. sorgulayan sorular yer almaktadır.

Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Özellikler: Bu bölümde hastalığın tanısı, hastalığın durumu, tanı yılı, ECOG performans skoru, kanser tanısı ile ilgili ameliyat olma durumu, radyoterapi alıp almadığı, kemoterapi tedavi kürü sayısı vb. sorgulayan sorular yer almaktadır.

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ)

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği; Bruera ve ark.(1991) tarafından geliştirilmiş olup geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kurt ve Ünsar (2009) tarafından yapılmış olup Cronbach alfa değeri 0,76 olarak bulunmuştur. Bu ölçek ile kanser hastalarında yaygın olarak görülen semptomların şiddeti değerlendirilmektedir. Bunlar; ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, nefes darlığı, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara ve ellerde uyuşma olmak üzere toplam 12 semptomdur. Her bir semptomun şiddeti 0'dan 10'a kadar olan sayısal numaralarla değerlendirilmektedir. 0 puan semptomun olmadığını, 10 puan ise semptomun çok şiddetli hissedildiğini göstermektedir ve 0'dan 10'a doğru semptomun şiddeti artmaktadır (26,103,104) (EK IV).

Çalışmamızda Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'nin Cronbach's alfa katsayısının $\alpha=0,885$ olduğu ve kabul edilebilir (0.7-0.8) sınırın üzerinde olduğu saptanmıştır.

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği-Kanser (Functional Living Scale-Cancer) (FYÖ)

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği-Kanser; kanserli bireylerde fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesini değerlendirmek üzere Schipper ve arkadaşları (1984) tarafından geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bektaş ve Akdemir (2006) tarafından yapılmıştır ve Cronbach alfa değeri 0.79 olarak bulunmuştur. Ölçek 7’li Likert Ölçeği’ne göre hazırlanmıştır ve ölçekte seçenekler olumludan olumsuz doğru sıralanan 7 kategoriden oluşmaktadır. Fonksiyonel Yaşam Ölçeği’ndeki seçenekler olumsuz sorular için 7/6/5/4/3/2/1; olumlu sorular için 1/2/3/4/5/6/7 olarak puanlandırılmıştır. 2, 3, 6, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 19, 21, 22 nolu sorular olumlu, geri kalan 1, 4, 5, 7, 8, 11, 13, 15, 17, 20 no’lu sorular olumsuz olarak değerlendirilmiştir. Ölçek sonuçları her bir sorunun puan değeri toplanarak bulunmuştur. Ölçekte maksimum puan 154, minimum puan 22’dir ve yüksek puanlar fonksiyonel durumun ve yaşam kalitesinin çok iyi olduğunu göstermektedir (Şekil 13) (105,108,109) (EK V).

Çalışmamızda Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Cronbach’s alfa katsayısı $\alpha=0,880$ olduğu ve bu güvenilirlik düzeyinin kabul edilebilir (0.7-0.8) sınırın üzerinde olduğu saptanmıştır.

Alt başlıklar	Soru numarası
Fiziksel Fonksiyonlar	4,6,7,10,11,13,15,20,22
Psikolojik Fonksiyonlar	1,2,3,9,18,21
Genel İyilik Hali (Kanserle İlgili Güçlükler)	8,12,14
Sosyal Fonksiyonlar	16,19
Gastrointestinal Semptomlar (Bulantı)	5,17

Şekil 13. Fonksiyonel Yaşam Ölçeği’nin alt başlıkları (105)

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) sürüm 25.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) programı kullanıldı. Gruplardan elde edilen verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov Smirnov testi ile incelenerek verilerin normal dağılıma sahip olmadığı saptandı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (sayı, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma vb.) yanı sıra gruplar arasındaki farklılığın test edilmesinde Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis H Testinden yararlanıldı. İki değişken arasındaki ilişki düzeyine Spearman korelasyon testi ile bakıldı. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yapılabilmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırma ve Etik Kurulu'ndan gerekli yazılı izin 28.09.2020 tarih ve TÜTF-BAEK 2020/370 protokol kodlu (EK I) etik kurul izni alınmıştır. Ayrıca araştırmanın verilerinin toplandığı Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nden yazılı izin (EK II) alınmıştır. Araştırmaya gönüllü olarak katılan hastalara İnsan Hakları Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak araştırmanın amacı hakkında açıklama yapılarak katılımcıların kişisel bilgi ve gizliliği korunacağı bilgisi verilerek sözel onamları alınmıştır.



BULGULAR

1 Kasım 2020- 30 Nisan 2021 tarihleri arasında, kanser tanısı ile kemoterapi tedavisi gören toplam 430 hasta ile gerçekleştirilen çalışmada, hastalarla yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirildikten sonra bulgular:

- Kişisel, hastalık ve tedaviye ilişkin özelliklerin dağılımı,
- Edmonton Semptom Tanılama ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeklerinin ortalama puan dağılımları,
- Hastaların sosyodemografik özelliklerinin Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ile karşılaştırılması,
- Hastaların hastalık ve tedaviyle ilişkin özelliklerinin Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ile karşılaştırılması,
- Hastaların Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ile Fonksiyonel Yaşam Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki ilişki olmak üzere 5 bölümde incelenmiştir.

KİŞİSEL, HASTALIK VE TEDAVİYE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Tablo 1. Hastaların kişisel özelliklerinin dağılımı (n=430)

Özellikler	Kategori	Ort.±SS (n=430)	
Yaş		59,06±10,90	
		n	%
Cinsiyet	Erkek	214	49,8
	Kadın	216	50,2
Medeni durum	Evli	399	92,8
	Bekar	31	7,2
Eğitim	İlköğretim	307	71,4
	Lise	107	24,9
	Üniversite ve üzeri	16	3,7
Meslek	Serbest Meslek	42	9,8
	Ev Hanımı	176	40,9
	Memur	11	2,6
	İşçi	33	7,7
	Çiftçi	46	10,7
	Emekli	122	28,4
Çalışma durumu	Çalışıyor	50	11,6
	Çalışmıyor	380	88,4
Sağlık güvencesi	Evet	426	99,1
	Hayır	4	0,9
Gelir durumu	Gelir giderden az	175	40,7
	Gelir gidere eşit	185	43,0
	Gelir giderden fazla	70	16,3
Sigara kullanımı	Evet	65	15,1
	Hayır	158	36,7
	Bıraktı	207	48,1
Sigara kullanım miktarı	10 adet altı	3	4,6
	10-20 adet	49	75,4
	20 adet üzeri	13	20,0
		Ort.±SS (n=65)	
Sigara kullanım süresi (yıl)		32,86±10,18	
		n	%
Sigara bırakma süresi (yıl)	1-5 yıl	153	73,9
	6-10 yıl	30	14,5
	11 yıl ve üzeri	24	11,6
Alkol kullanımı	Evet	44	10,2
	Hayır	287	66,7
	Bıraktı	99	23,0
Alkol kullanım miktarı	Ayda 2 kez altı	12	27,3
	Ayda 2-4 kez	24	54,5
	Ayda 4 kez üzeri	8	18,2
		Ort.±SS (n=44)	
Alkol kullanım süresi (yıl)		34,43±8,91	
Alkol bırakma süresi (yıl)	≤5 yıl	79	79,8
	>5 yıl	20	20,2
	Evet	248	57,7
Kronik hastalık varlığı	Hayır	182	42,3

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Tablo 1’de hastaların kişisel özelliklerinin dağılımına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; çalışmaya dahil edilen 430 kanser tanısı alan hastanın yaş ortalaması $59,06 \pm 10,90$ ve yaşların 19 ile 88 arasında değiştiği, %50,2’sinin cinsiyetinin kadın olduğu, %92,8’inin medeni durumunun evli olduğu saptandı. Hastaların eğitim düzeyleri incelendiğinde %71,4’ünün ilköğretim, %24,9’unun lise ve sadece %3,7’sinin üniversite mezunu olduğu; hastaların çoğunlukla ev hanımı (%40,9) ve emekli (%28) olduğu; aktif olarak bir işte çalışan hasta oranının %11,6 olduğu; hastaların %99,1’inin bir sağlık güvencesinin olduğu saptanırken; hastaların gelir durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, %40,7’sinin gelirinin giderinden az olduğu, %43’ünün gelirinin giderine eşit olduğu, %16,3’ünün ise gelirinin giderinden fazla olduğu saptandı.

Hastaların %15,1’inin aktif olarak sigara kullandığı, %48,1’inin sigara kullanımını bıraktığı; hastaların %10,2’sinin aktif alkol tüketimi olduğu, %23’ünün alkol tüketimini bıraktığı; hastaların sigara kullanım süresinin ortalama $32,86 \pm 10,18$ yıl, alkol kullanım süresinin ise ortalama $34,43 \pm 8,91$ yıl olduğu belirlendi. Ayrıca, hastaların %57,7’sinde kanser tanısı dışında kronik bir hastalık tanısı olduğu görüldü (Tablo 1).

Tablo 2. Hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=430)

Özellikler	Kategori	n	%
Hastalığın tanısı	Akciğer Kanseri	113	26,3
	Meme Kanseri	92	21,4
	GİS Kanseri	119	27,7
	Jinekolojik Kanserler	46	10,7
	Diğer Kanser Türleri (Özofagus vb.)	60	14,0
Hastalığın durumu	Primer kanser	329	76,5
	Metastatik	101	23,5
		Ort.±SS (n=430)	
Hastalık tanı süresi (yıl)		2,58±2,19	
		n	%
ECOG performans skoru	(0) Aktivite düzeyi normal	43	10,0
	(1) Hastalığın semptomları var, fakat günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yeterli	231	53,7
	(2) Günün %50'sini yatak dışında geçirir, genellikle desteğe ihtiyacı var	156	36,3

Tablo 2. Devam Hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=430)

Özellikler	Kategori	n	%
Cerrahi tedavi olma durumu	Evet	199	46,3
	Hayır	231	53,7
Radyoterapi olma durumu	Evet	205	47,7
Radyoterapi olma durumu	Hayır	225	52,3
Hastanede bulunma nedeni	Kemoterapi	419	97,4
	Semptomatik tedavi	11	2,6
Toplam kemoterapi kür sayısı	4-7 kür	282	65,6
	8-11 kür	105	24,4
	12-15 kür	31	7,2
	16 kür ve üzeri	12	2,8
Kemoterapi alma durumu	Evet	151	35,1
	Hayır	279	64,9

ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group; **GİS:** Gastro İntestinal Sistem.

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Tablo 2’de hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin özelliklerinin dağılımına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; hastaların %26,3’ünün akciğer, %21,4’ünün meme, %27,7’sinin gastrointestinal sistem, %10,7’sinin jinekolojik (over ca, uterus ca vb.) ve %14’ünün diğer (özofagus, pankreas, tiroid vb.) kanser tanıları aldığı belirlendi. Hastaların %76,5’ine primer kanser tanısı konulurken, hastaların %23,5’inin metastatik kanser (evre-4) düzeyinde olduğu ve hastaların tanı süresinin ortalama $2,58 \pm 2,19$ (aralık:1-18) yıl olduğu belirlendi.

ECOG performans skoru 43 hastada (%10) “0”, 231 hastada (%53,7) “1”, 156 hastada (%36,3) “2” olduğu saptandı. Hastaların %46,3’üne cerrahi işlem, %47,7’sine radyoterapi ve tamamına (%100) kemoterapi uygulandı. Hastaların %97,4’ünün kemoterapi uygulanması amacıyla, %2,6’sının ise semptomatik bir tedavi amacıyla hastanede bulunduğu saptanırken; kemoterapi, hastaların %65,6’sına 4-7 kür, %24,4’üne 8-11 kür, %7,2’sine 12-15 kür ve %2,8’ine ≥ 16 kür olarak uygulandı. Ayrıca hastaların %35,1’inin öncesinden başka bir kemoterapi protokolü uygulandığı belirlendi (Tablo 2).

EDMONTON SEMPTOM TANILAMA VE FONKSİYONEL YAŞAM ÖLÇEKLERİNİN ORTALAMA PUAN DAĞILIMLARI

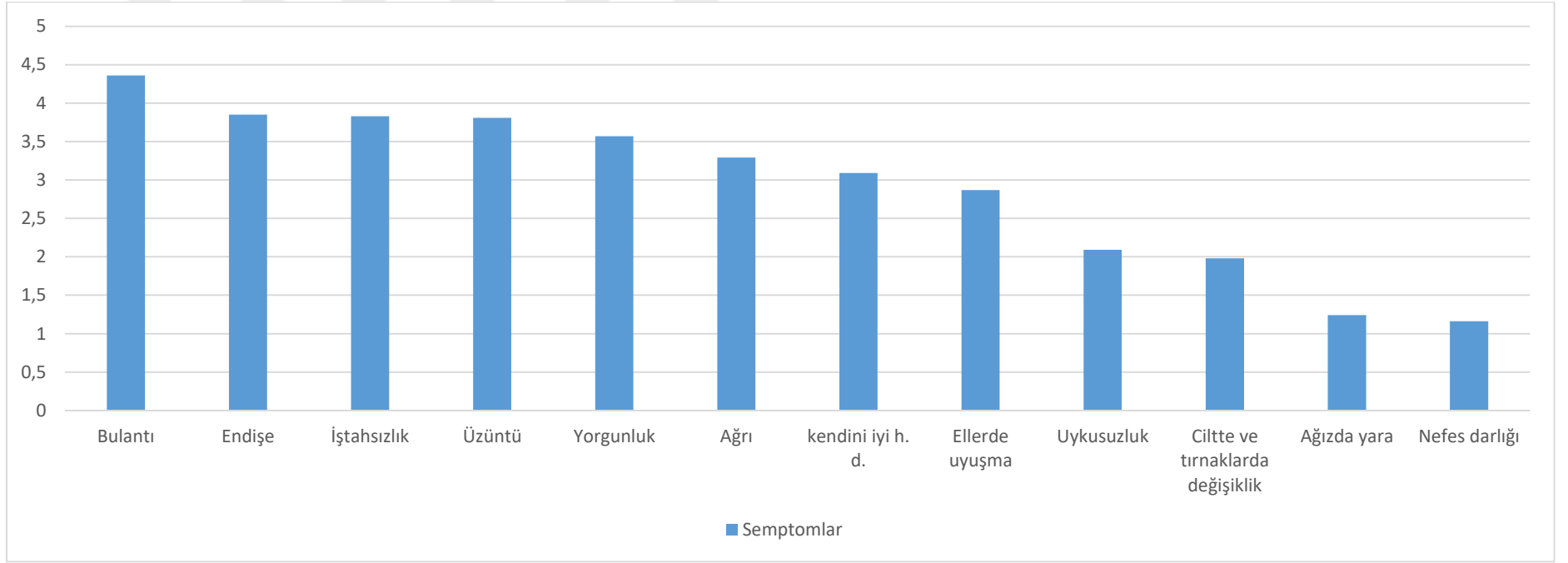
Tablo 3: Edmonton Semptom Tanılama ölçeği (ESTÖ) puan dağılımları

	Ort.±SS	Ortanca(Aralık)
ESTÖ		
Ağrı	3,29±2,42	3,00(0-10)
Yorgunluk	3,57±2,53	3,00(0-10)
Bulantı	4,36±2,37	4,00(0-10)
Üzüntü	3,81±2,14	4,00(0-10)
Endişe	3,85±2,35	4,00(0-10)
Uykusuzluk	2,09±2,62	0,00(0-10)
İştahsızlık	3,83±3,11	3,00(0-10)
Kendini iyi hissetme durumu	3,09±2,35	3,00(0-10)
Nefes darlığı	1,16±2,12	0,00(0-10)
Ciltte ve tırnaklarda değişiklik	1,98±2,61	0,00(0-10)
Ağızda yara	1,24±2,22	0,00(0-10)
Ellerde uyuşma	2,87±2,81	3,00(0-10)

ESTÖ: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Tablo 3'te hastaların Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ) puanlarına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; semptomlar arasında 4,36±2,37 puan ortalaması ile en çok görülen semptom bulantı, en az görülen semptom ise 1,16±2,12 puan ortalaması ile nefes darlığı olarak belirlendi.

Hastaların ESTÖ “Ağrı” puan ortalaması 3,29±2,42, “Yorgunluk” puan ortalaması 3,57±2,53, “Bulantı” puan ortalaması 4,36±2,37, “Üzüntü” puan ortalaması 3,81±2,14, “Endişe” puan ortalaması 3,85±2,35, “Uykusuzluk” puan ortalaması 2,09±2,62, “İştahsızlık” puan ortalaması 3,83±3,11, “Kendini iyi hissetme durumu” puan ortalaması 3,09±2,35, “Nefes darlığı” alt boyut puan ortalaması 1,16±2,12, “Ciltte ve tırnaklarda değişiklik” puan ortalaması 1,98±2,61, “Ağızda yara” alt boyut puan ortalaması 1,24±2,22 ve “Ellerde uyuşma” puan ortalaması 2,87±2,81 olduğu saptandı (Tablo 3) (Şekil 14)



Şekil 14. Tedavi sürecinde meydana gelen semptomların dağılımı

Tablo 4. Fonksiyonel Yaşam Ölçeği (FYÖ) puan dağılımları

	Ort.±SS	Ortanca(Aralık)
FYÖ		
Fiziksel Fonksiyonlar	35,49±11,90	36,50(10-57)
Psikolojik Fonksiyonlar	24,33±8,33	25,00(6-42)
Genel İyi Hali (Kanserle İlgili Güçlükler)	10,93±4,80	10,50(3-21)
Sosyal Fonksiyonlar	7,99±3,88	8,00(2-14)
Gastrointestinal Semptomlar (Bulantı)	7,51±3,55	8,00(2-14)
FYÖ-Toplam	86,26±23,15	88,00(35-137)

FYÖ: Fonksiyonel Yaşam Ölçeği, Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma

Tablo 4’te Hastaların Fonksiyonel Yaşam Ölçeği (FYÖ) puanlarına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; hastaların FYÖ toplam puan ortalaması 86,26±23,15 olduğu saptandı. Hastaların FYÖ “Fiziksel Fonksiyonlar” alt boyut puan ortalaması 35,49±11,90, “Psikolojik Fonksiyonlar” alt boyut puan ortalaması 24,33±8,33, “Genel İyi Hali (Kanserle İlgili Güçlükler)” alt boyut puan ortalaması 10,93±4,80, “Sosyal Fonksiyonlar” alt boyut puan ortalaması 7,99±3,88 ve “Gastrointestinal Semptomlar (Bulantı)” alt boyut puan ortalaması 7,51±3,55 olduğu saptandı.

HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN EDMONTON SEMPTOM TANILAMA ÖLÇEĞİ VE FONKSİYONEL YAŞAM ÖLÇEĞİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 5. Hastaların yaşları ile Edmonton Semptom Tanılama ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği puanları arasındaki ilişki

ESTÖ	Yaş	
	<i>r</i>	<i>P</i>
Ağrı	0,098	0,042*
Yorgunluk	0,054	0,268
Bulantı	-0,033	0,496
Üzüntü	-0,063	0,191
Endişe	-0,058	0,227
Uykusuzluk	0,118	0,014*
İştahsızlık	0,052	0,280
Kendini iyi hissetme durumu	0,128	0,008*
Nefes darlığı	0,173	<0,001*
Ciltte ve tırnaklarda değişiklik	0,093	0,054
Ağızda yara	0,163	0,001*
Ellerde uyuşma	0,171	<0,001*
FYÖ		
Fiziksel Fonksiyonlar	-0,195	<0,001*
Psikolojik Fonksiyonlar	-0,162	0,001*
Genel İyilik Hali	-0,121	0,012*
Sosyal Fonksiyonlar	-0,178	<0,001*
Gastrointestinal Semptomlar	-0,012	0,810
FYÖ-Toplam	-0,162	0,001*

ESTÖ: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği; **FYÖ:** Fonksiyonel Yaşam Ölçeği.

r: Spearman korelasyon testi, **p*<0,05

Tablo 5’te hastaların yaşları ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ) ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği (FYÖ) puanları arasındaki ilişki düzeyi incelenmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; hastaların yaşları ile ağrı, uykusuzluk, kendini iyi hissetme durumu, nefes darlığı, ağızda yara, ellerde uyuşma semptomlarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptandı. (ESTÖ→ *r*=0,101; *p*=0,037). Bu bulgudan yaş arttıkça hasta semptom düzeylerinin de arttığı belirlendi.

Hastaların yaşları ile FYÖ toplam ve fiziksel fonksiyonlar, psikolojik fonksiyonlar, genel iyilik hali, sosyal fonksiyonlar alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede negatif yönlü bir ilişki olduğu saptandı. (FYÖ→ *r*=-0,162; *p*=0,001). Bu bulgudan yaş arttıkça hastaların fonksiyonel durumun ve yaşam kalitesi düzeyinin de düştüğü belirlendi (Tablo 5).

Tablo 6. Cinsiyet durumuna göre hastaların Edmonton Semptom Tanılama ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları

	Cinsiyet			
	Erkek (n=214)	Kadın (n=216)		
ESTÖ	Ort.±SS	Ort.±SS	Z	P
Ağrı	3,36±2,33	3,22±2,51	-0,705	0,481
Yorgunluk	3,47±2,58	3,66±2,47	-0,783	0,433
Bulantı	4,03±2,52	4,68±2,18	-2,845	0,004*
Üzüntü	3,74±2,20	3,88±2,09	-0,667	0,505
Endişe	3,82±2,44	3,88±2,26	-0,399	0,690
Uykusuzluk	2,26±2,74	1,93±2,49	-1,118	0,263
İştahsızlık	3,96±3,21	3,70±3,01	-0,693	0,488
Kendini iyi hissetme durumu	3,25±2,38	2,93±2,33	-1,417	0,157
Nefes darlığı	1,82±2,41	0,50±1,52	-7,523	<0,001*
Ciltte ve tırnaklarda değişiklik	2,00±2,59	1,97±2,65	-0,128	0,898
Ağızda yara	1,40±2,33	1,08±2,10	-1,675	0,094
Ellerde uyuşma	2,65±2,79	3,08±2,81	-1,629	0,103
FYÖ				
Fiziksel Fonksiyonlar	34,56±11,44	36,42±12,30	-1,668	0,095
Psikolojik Fonksiyonlar	24,14±8,47	24,53±8,21	-0,514	0,607
Genel İyilik Hali	11,13±4,92	10,74±4,68	-0,788	0,431
Sosyal Fonksiyonlar	8,14±3,65	7,83±4,10	-0,913	0,361
Gastrointestinal Semptomlar	7,82±3,59	7,20±3,49	-1,913	0,056
FYÖ-Toplam	85,79±23,38	86,73±22,96	-0,485	0,628

ESTÖ: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği; **FYÖ:** Fonksiyonel Yaşam Ölçeği.

Z: Mann-Whitney U testi, *p<0,05

Tablo 6’da cinsiyet durumuna göre hastaların ESTÖ ve FYÖ puan ortalamalarına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; kadın hastalarda bulantı semptomu görülme düzeyinin, erkelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı. (Z=-2,845;p=0,004).

Kadın hastalarda nefes darlığı semptomu görülme düzeyinin, erkelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı (Z=-7,523; p=<0,001) (Tablo 6).

Cinsiyet durumuna göre hastaların FYÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 6).

Tablo 7. Eğitim düzeyine göre hastaların Edmonton Semptom Tanılama ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları

	Eğitim				
	İlköğretim (n=307)	Lise (n=107)	Lisans ve üstü (n=16)		
ESTÖ	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	KWx ²	P
Ağrı	3,47±2,41	2,90±2,47	2,63±1,93	5,890	0,053
Yorgunluk	3,70±2,51	3,17±2,60	3,56±2,22	3,420	0,181
Bulantı	4,45±2,42	4,10±2,23	4,31±2,36	2,249	0,325
Üzüntü	3,80±2,07	3,74±2,29	4,44±2,50	1,013	0,603
Endişe	3,81±2,30	3,87±2,42	4,44±2,80	0,349	0,840
Uykusuzluk	2,14±2,65	1,94±2,56	2,13±2,63	0,410	0,815
İştahsızlık	4,00±3,05	3,46±3,33	3,13±2,60	4,018	0,134
Kendini iyi hissetme durumu	3,23±2,33	2,67±2,34	3,06±2,74	5,715	0,057
Nefes darlığı	1,32±2,28	0,72±1,45	1,00±2,42	4,133	0,127
Ciltte ve tırnaklarda değişiklik	2,08±2,62	1,60±2,51	2,63±3,01	4,306	0,116
Ağızda yara	1,45±2,34	0,67±1,76	1,06±2,02	12,378	0,002*
Ellerde uyuşma	3,16±2,87	2,36±2,57	0,63±1,59	16,794	<0,001*
FYÖ					
Fiziksel Fonksiyonlar	34,34±11,61	38,11±12,23	40,06±12,13	9,891	0,007*
Psikolojik Fonksiyonlar	23,57±8,35	26,21±7,96	26,50±8,65	8,486	0,014*
Genel İyilik Hali	10,53±4,85	11,76±4,58	13,25±4,07	9,814	0,007*
Sosyal Fonksiyonlar	6,13±4,16	6,94±3,76	8,45±3,82	15,885	<0,001*
Gastrointestinal Semptomlar	7,36±3,60	7,78±3,35	8,69±3,65	3,276	0,194
FYÖ-Toplam	84,24±23,03	90,79±22,84	94,63±22,56	8,458	0,015*

ESTÖ: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği; **FYÖ:** Fonksiyonel Yaşam Ölçeği.

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma, KWx²: Kruskal Wallis H Testi, * p<0,05

Tablo 7’de eğitim düzeyine göre hastaların ESTÖ ve FYÖ puan ortalamalarına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; eğitim düzeyine göre hastalarda ağızda yara (KWx²=12,378;p=0,002) ve ellerde uyuşma (KWx²=16,794; p=<0,001) semptomlarının görülme düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gösterdiği saptanırken (p<0,05); ilköğretim mezunu hastalarda ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının daha yüksek düzeyde görüldüğü saptandı.

Eğitim düzeyine göre hastalarda FYÖ toplam ve fiziksel, psikolojik, sosyal fonksiyonlar ve genel iyilik hali tüm alt boyut ile ilgili fonksiyonel yaşam kalitesi düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gösterdiği saptandı (FYÖ→KWx²=8,458;p=0,015). Bu bulgulardan fonksiyonel durumun ve yaşam kalitesi en kötü olan hasta grubunun ilköğretim eğitim düzeyine sahip hasta grubu olduğu saptandı (Tablo 7).

Tablo 8. Meslek durumuna göre hastaların Edmonton Semptom Tanılama ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları

	Meslek			
	Ev hanımı/emekli (n=298)	Diğer meslekler** (n=132)		
ESTÖ	Ort.±SS	Ort.±SS	Z	P
Ağrı	3,30±2,40	3,27±2,48	-0,095	0,924
Yorgunluk	3,43±2,50	3,88±2,57	-1,817	0,069
Bulantı	4,43±2,31	4,19±2,50	-0,698	0,485
Üzüntü	3,60±2,01	4,27±2,36	-2,823	0,005*
Endişe	3,55±2,21	4,52±2,51	-3,723	<0,001*
Uykusuzluk	1,90±2,53	2,52±2,76	-2,329	0,020*
İştahsızlık	3,78±2,97	3,95±3,42	-0,069	0,945
Kendini iyi hissetme durumu	2,94±2,22	3,42±2,61	-1,547	0,122
Nefes darlığı	1,05±2,03	1,41±2,29	-1,844	0,065
Ciltte ve tırnaklarda değişiklik	1,93±2,57	2,10±2,73	-0,428	0,668
Ağızda yara	1,24±2,25	1,24±2,17	-0,457	0,648
Ellerde uyuşma	3,07±2,79	2,42±2,82	-2,370	0,018*
FYÖ				
Fiziksel Fonksiyonlar	35,59±11,57	35,28±12,67	-0,319	0,750
Psikolojik Fonksiyonlar	24,38±8,29	24,23±8,47	-0,212	0,832
Genel İyilik Hali	10,65±4,68	11,58±5,02	-1,777	0,076
Sosyal Fonksiyonlar	8,07±3,83	7,80±4,00	-0,652	0,514
Gastrointestinal Semptomlar	7,43±3,45	7,70±3,78	-0,837	0,403
FYÖ-Toplam	86,11±22,65	86,60±24,33	-0,221	0,825

ESTÖ: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği; **FYÖ:** Fonksiyonel Yaşam Ölçeği.

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Z: Mann-Whitney U testi, * p<0,05

** Serbest Meslek, Memur, İşçi ve Çiftçi.

Tablo 8’de meslek durumuna göre hastaların ESTÖ ve FYÖ puan ortalamalarına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; diğer meslek grubunda yer alan hastalara göre ev hanımı/emekli hasta grubunda üzüntü (Z=-2,823; p=0,005), endişe (Z=-3,723; p=<0,001), uykusuzluk (Z=-2,329; p=0,020) semptomlarının görülme düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük; ellerde uyuşma (Z=-2,370; p=0,018) semptomlarının görülme düzeyinde ise istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı. (p<0,05).

Meslek durumuna göre hastaların FYÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 8).

Tablo 9. Aktif olarak çalışma durumuna göre hastaların Edmonton Semptom Tanılama ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları

	Çalışma Durumu		Z	
	Çalışıyor (n=50)	Çalışmıyor (n=380)		
ESTÖ	Ort.±SS	Ort.±SS	Z	P
Ağrı	1,96±2,28	3,47±2,39	-4,290	<0,001*
Yorgunluk	2,92±2,47	3,65±2,52	-2,100	0,036
Bulantı	3,80±2,21	4,43±2,39	-1,842	0,066
Üzüntü	3,42±2,13	3,86±2,14	-1,161	0,246
Endişe	3,78±2,25	3,86±2,36	-0,313	0,754
Uykusuzluk	1,24±2,10	2,21±2,66	-2,544	0,011*
İştahsızlık	2,82±3,02	3,97±3,10	-2,637	0,008*
Kendini iyi hissetme durumu	2,14±2,05	3,21±2,37	-3,106	0,002*
Nefes darlığı	1,02±1,57	1,18±2,18	-0,592	0,554
Ciltte ve tırnaklarda değişiklik	1,72±2,54	2,02±2,62	-0,756	0,450
Ağızda yara	1,12±2,24	1,26±2,22	-0,494	0,621
Ellerde uyuşma	1,84±2,29	3,00±2,84	-2,715	0,007*
FYÖ				
Fiziksel Fonksiyonlar	41,08±11,31	34,76±11,80	-3,560	<0,001*
Psikolojik Fonksiyonlar	27,86±7,00	23,87±8,39	-3,017	0,003*
Genel İyilik Hali	13,30±4,72	10,62±4,73	-3,584	<0,001*
Sosyal Fonksiyonlar	8,23±3,84	6,14±3,75	-3,601	<0,001*
Gastrointestinal Semptomlar	8,24±3,29	7,42±3,58	-1,415	0,157
FYÖ-Toplam	96,62±21,44	84,90±23,04	-3,306	0,001*

ESTÖ: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği; **FYÖ:** Fonksiyonel Yaşam Ölçeği.
Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Z: Mann-Whitney U testi, * p<0,05

Tablo 9’da çalışma durumuna göre hastaların ESTÖ ve FYÖ puan ortalamalarına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; aktif olarak bir işte çalışmayan hastalara göre aktif olarak bir işte çalışan hastalarda ağrı, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ellerde uyuşma semptom düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı (ESTÖ→Z=-2,739; p=0,006).

Aktif olarak bir işte çalışmayan hastalara göre aktif olarak bir işte çalışan hastalarda FYÖ toplam ve fiziksel fonksiyonlar, psikolojik fonksiyonlar, genel iyilik hali alt boyut fonksiyonel durumun ve yaşam kalitesinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha iyi olduğu saptandı (FYÖ→Z=-3,306; p=0,001) (Tablo 9).

Tablo 10. Gelir durumuna göre hastaların Edmonton Semptom Tanılama ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları

	Gelir durumu				
	Gelir giderden az (n=175)	Gelir gidere eşit (n=185)	Gelirden giderden fazla (n=70)		
ESTÖ	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	KW χ^2	P
Ağrı	3,73±2,33	3,12±2,43	2,66±2,46	12,420	0,002*
Yorgunluk	3,98±2,64	3,42±2,39	2,91±2,42	9,582	0,008*
Bulantı	4,82±2,36	4,14±2,22	3,77±2,62	11,293	0,004*
Üzüntü	4,10±2,15	3,70±2,07	3,36±2,25	6,935	0,031*
Endişe	4,13±2,31	3,78±2,38	3,34±2,28	6,079	0,048*
Uykusuzluk	2,43±2,75	1,97±2,61	1,59±2,21	5,786	0,055
İştahsızlık	4,22±3,21	3,65±3,06	3,34±2,93	4,575	0,102
Kendini iyi hissetme durumu	3,45±2,36	2,90±2,29	2,69±2,42	8,214	0,016
Nefes darlığı	1,10±2,18	1,23±2,10	1,13±2,04	1,064	0,588
Ciltte ve tırnaklarda değişiklik	2,45±2,76	1,74±2,51	1,47±2,35	9,866	0,007*
Ağızda yara	1,53±2,50	1,03±1,99	1,07±2,00	3,710	0,156
Ellerde uyuşma	3,40±2,85	2,64±2,76	2,14±2,61	12,111	0,002*
FYÖ					
Fiziksel Fonksiyonlar	32,94±11,95	37,02±11,67	37,83±11,37	14,215	0,001*
Psikolojik Fonksiyonlar	22,78±8,58	25,06±7,99	26,30±8,04	10,972	0,004*
Genel İyilik Hali	9,79±4,69	11,56±4,75	12,13±4,67	20,200	<0,001*
Sosyal Fonksiyonlar	6,77±3,91	7,66±3,83	8,81±3,77	16,419	<0,001*
Gastrointestinal Semptomlar	6,66±3,61	7,90±3,45	8,61±3,22	19,721	<0,001*
FYÖ-Toplam	80,99±23,84	89,21±22,01	91,64±21,97	16,054	<0,001*

ESTÖ: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği; FYÖ: Fonksiyonel Yaşam Ölçeği.

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma, KW χ^2 : Kruskal Wallis H Testi, * p<0,05

Tablo 10’da gelir durumuna göre hastaların ESTÖ ve FYÖ puan ortalamalarına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; gelir durumuna göre hastalarda ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ellerde uyuşma semptomların görülme düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gösterdiği saptandı (ESTÖ→KW χ^2 =14,981; p=0,001). Bu bulgulardan geliri giderini karşılayamayan hastalarda semptomların daha yüksek düzeyde görüldüğü saptandı.

Gelir durumuna göre hastalarda fiziksel, psikolojik, sosyal fonksiyonlar, genel iyilik hali, gastrointestinal semptomlar fonksiyonel yaşam kalitesi alt boyut ve toplam fonksiyonel yaşam kalitesi düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gösterdiği saptandı (FYÖ→KW χ^2 =16,054; p=<0,001). Bu bulgulardan fonksiyonel durumun ve yaşam kalitesi en düşük olan hasta grubunun geliri giderini karşılayamayan hasta grubu olduğu saptandı (Tablo 10).

Tablo 11. Sigara kullanımına göre hastaların Edmonton Semptom Tanılama ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları

	Sigara kullanımı				
	Evet (n=65)	Hayır (n=158)	Bıraktı (n=207)		
ESTÖ	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	KWx ²	P
Ağrı	2,89±2,41	3,11±2,49	3,56±2,35	5,297	0,071
Yorgunluk	3,35±2,52	3,52±2,47	3,67±2,57	0,848	0,655
Bulantı	4,11±2,37	4,23±2,40	4,53±2,36	2,665	0,264
Üzüntü	3,77±2,35	3,55±2,18	4,02±2,04	5,417	0,067
Endişe	3,77±2,57	3,65±2,31	4,03±2,30	3,208	0,201
Uykusuzluk	2,11±2,70	1,80±2,51	2,31±2,67	3,900	0,142
İştahsızlık	3,94±2,96	3,70±2,99	3,90±3,25	0,291	0,864
Kendini iyi hissetme durumu	2,89±2,44	2,96±2,36	3,25±2,32	2,260	0,323
Nefes darlığı	1,94±2,52	0,68±1,83	1,28±2,11	26,779	<0,001*
Ciltte ve tırnaklarda değişiklik	2,09±2,58	1,64±2,47	2,21±2,71	4,528	0,104
Ağızda yara	1,22±2,14	1,09±2,18	1,36±2,29	2,178	0,337
Ellerde uyuşma	2,38±2,78	2,89±2,87	3,00±2,77	2,947	0,229
FYÖ					
Fiziksel Fonksiyonlar	36,12±12,42	36,58±12,08	34,46±11,57	3,167	0,205
Psikolojik Fonksiyonlar	25,29±8,63	24,84±8,06	23,65±8,43	2,585	0,275
Genel İyilik Hali	11,80±5,33	11,23±4,91	10,43±4,50	4,114	0,128
Sosyal Fonksiyonlar	8,09±3,85	7,73±4,08	8,14±3,75	1,162	0,559
Gastrointestinal Semptomlar	7,94±3,22	7,81±3,69	7,15±3,52	3,674	0,159
FYÖ-Toplam	89,25±24,45	88,20±22,88	83,85±22,79	4,067	0,131

ESTÖ: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği; FYÖ: Fonksiyonel Yaşam Ölçeği.

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma, KWx²: Kruskal Wallis H Testi, * p<0,05

Tablo 11’de Sigara kullanımına göre hastaların ESTÖ ve FYÖ puan ortalamalarına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; sigara kullanımına göre hastalarda nefes darlığı ile ilgili semptomların görülme düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gösterdiği saptandı (KWx²=26,779; p=<0,001). Bu bulgudan sigara hiç tüketmeyen hastalarda nefes darlığı ile ilgili semptomların daha düşük düzeyde görüldüğü saptandı (p<0,05).

Sigara kullanımına göre hastaların FYÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 11).

Tablo 12. Alkol kullanımına göre hastaların Edmonton Semptom Tanılama ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları

	Alkol Kullanımı				
	Evet (n=44)	Hayır (n=287)	Bıraktı (n=99)		
ESTÖ	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	KWx ²	P
Ağrı	3,80±2,12	2,86±2,24	3,18±2,52	6,905	0,032*
Yorgunluk	3,92±2,59	2,82±2,26	3,56±2,52	5,772	0,056
Bulantı	4,76±2,60	4,16±2,06	4,25±2,33	3,756	0,153
Üzüntü	4,42±2,01	3,41±2,41	3,66±2,11	9,998	0,007*
Endişe	4,52±2,40	3,16±2,57	3,73±2,25	12,344	0,002*
Uykusuzluk	2,89±2,86	1,73±2,41	1,87±2,52	11,478	0,003*
İştahsızlık	5,00±3,36	3,48±2,96	3,48±2,89	15,878	<0,001*
Kendini iyi hissetme durumu	3,89±2,28	2,30±2,08	2,93±2,36	19,210	<0,001*
Nefes darlığı	1,70±2,57	0,95±1,98	1,34±1,63	11,928	0,003*
Ciltte ve tırnaklarda değişiklik	2,28±2,64	1,85±2,60	2,16±2,65	2,606	0,272
Ağızda yara	1,75±2,55	1,05±2,05	1,34±2,36	7,502	0,023*
Ellerde uyuşma	3,39±2,69	2,16±2,61	2,79±2,85	7,487	0,024*
FYÖ					
Fiziksel Fonksiyonlar	31,00±10,11	37,20±11,94	36,78±12,12	19,158	<0,001*
Psikolojik Fonksiyonlar	21,52±8,04	26,50±7,66	24,98±8,33	15,485	<0,001*
Genel İyilik Hali	9,37±4,19	12,27±5,37	11,27±4,80	13,778	0,001*
Sosyal Fonksiyonlar	7,60±3,94	9,09±3,49	8,00±3,95	11,341	0,003*
Gastrointestinal Semptomlar	6,64±3,53	8,05±2,93	7,73±3,60	7,398	0,025*
FYÖ-Toplam	77,62±20,84	92,02±22,80	88,36±23,27	18,952	<0,001*

ESTÖ: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği; FYÖ: Fonksiyonel Yaşam Ölçeği.

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma, KWx²: Kruskal Wallis H Testi, * p<0,05

Tablo 12’de alkol kullanımına göre hastaların ESTÖ ve FYÖ puan ortalamalarına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; alkol kullanımına göre hastalarda ağrı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, nefes darlığı, ağızda yara, ellerde uyuşma semptomların görülme düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gösterdiği saptandı (ESTÖ→KWx²=17,664; p=<0,001). Bu bulgulardan alkol kullanımı olan hastalarda semptomların daha yüksek düzeyde görüldüğü saptandı.

Alkol kullanımına göre hastalarda FYÖ toplam ve tüm alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık gösterdiği saptandı (FYÖ→KWx²=18,952; p=<0,001). Bu bulgudan fonksiyonel durumun ve yaşam kalitesinin en iyi olduğu hasta grubunun alkol kullanmayan hasta grubu olduğu saptandı (Tablo 12).

Tablo 13. Kanser dışında kronik hastalık varlığına göre hastaların Edmonton Semptom Tanılama ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları

	Kanser Dışında Kronik Bir Hastalık			
	Ev (n=248)	Hayır (n=182)		
ESTÖ	Ort.±SS	Ort.±SS	Z	P
Ağrı	3,63±2,43	2,83±2,34	-3,389	0,001*
Yorgunluk	3,78±2,47	3,27±2,57	-2,057	0,040*
Bulantı	4,72±2,34	3,86±2,33	-3,604	<0,001*
Üzüntü	3,96±2,10	3,60±2,19	-1,927	0,054
Endişe	3,99±2,35	3,66±2,33	-1,836	0,066
Uykusuzluk	2,40±2,71	1,67±2,43	-2,960	0,003*
İştahsızlık	3,83±3,11	3,84±3,12	-0,026	0,979
Kendini iyi hissetme durumu	3,25±2,35	2,87±2,34	-1,889	0,059
Nefes darlığı	1,21±2,20	1,10±2,01	-0,147	0,883
Ciltte ve tırnaklarda değişiklik	2,38±2,74	1,45±2,34	-3,626	<0,001*
Ağızda yara	1,54±2,34	0,83±1,98	-3,632	<0,001*
Ellerde uyuşma	3,44±2,84	2,08±2,57	-5,038	<0,001*
FYÖ				
Fiziksel Fonksiyonlar	33,67±11,83	37,98±11,58	-3,677	<0,001*
Psikolojik Fonksiyonlar	23,31±8,46	25,73±7,97	-2,944	0,003*
Genel İyilik Hali	10,25±4,49	11,87±5,06	-3,321	0,001*
Sosyal Fonksiyonlar	7,05±3,89	8,67±3,74	-4,253	<0,001*
Gastrointestinal Semptomlar	6,96±3,50	8,26±3,49	-3,716	<0,001*
FYÖ-Toplam	82,86±23,18	90,90±22,34	-3,471	0,001*

ESTÖ: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği; **FYÖ:** Fonksiyonel Yaşam Ölçeği.

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Z: Mann-Whitney U testi, * p<0,05

Tablo 13’de kanser dışında kronik hastalık varlığına göre hastaların ESTÖ ve FYÖ puan ortalamalarına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; kronik hastalığı olmayan hastalara göre kanser dışında kronik hastalığı olan hastalarda ESTÖ toplam ve ağrı, bulantı, uykusuzluk, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara, ellerde uyuşma semptom düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (ESTÖ→Z=-3,478; p=0,001).

Kronik hastalığı olmayan hastalara göre kanser dışında kronik hastalığı olan hastalarda FYÖ toplam ve tüm alt boyut fonksiyonel durumun ve yaşam kalitesinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha kötü olduğu saptandı (FYÖ→ Z=-3,471; p=0,001) (Tablo 13).

HASTALARIN HASTALIK VE TEDAVIYLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİNİN EDMONTON SEMPTOM TANILAMA ÖLÇEĞİ VE FONKSİYONEL YAŞAM ÖLÇEĞİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 14. Kanser tanı tipine göre hastaların Edmonton Semptom Tanılama ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları

	Kanser Türü						
	Akciğer (n=113)	Meme (n=92)	GİS (n=119)	Jinekolojik (n=46)	Diğer (n=60)		
ESTÖ	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	KW χ^2	p
Ağrı	3,11±2,53	2,46±2,59	4,06±2,11	3,96±2,35	2,90±2,04	34,770	<0,001*
Yorgunluk	3,34±2,69	3,15±2,13	4,29±2,59	3,78±2,58	3,02±2,33	17,728	0,001*
Bulantı	3,83±2,41	4,32±1,84	5,16±2,57	4,61±2,22	3,62±2,31	29,122	<0,001*
Üzüntü	3,55±2,22	3,43±1,98	4,55±2,04	4,13±1,82	3,15±2,29	26,267	<0,001*
Endişe	3,58±2,37	3,28±2,11	4,70±2,36	4,15±2,16	3,32±2,30	22,968	<0,001*
Uykusuzluk	2,12±2,82	1,41±2,20	2,82±2,75	2,04±2,59	1,68±2,28	17,801	0,001*
İştahsızlık	3,40±2,92	2,70±2,64	5,52±,22	4,13±2,80	2,82±2,75	54,700	<0,001*
Kendini iyi hissetme durumu	3,19±2,49	1,99±2,07	4,02±2,20	3,30±2,21	2,58±2,13	44,982	<0,001*
Nefes darlığı	3,19±2,26	0,26±1,19	0,50±1,67	0,33±1,10	0,67±1,83	207,826	<0,001*
Ciltte ve tırnaklarda değişiklik	2,13±2,58	2,07±2,75	2,18±2,70	1,63±2,50	1,47±2,35	4,247	0,374
Ağızda yara	1,08±2,10	0,67±1,43	1,89±2,53	0,80±1,89	1,47±2,70	18,991	0,001*
Ellerde uyuşma	2,66±3,03	2,45±2,47	3,62±2,71	3,04±2,87	2,27±2,76	15,960	0,003*
FYÖ							
Fiziksel Fonksiyonlar	35,11±10,70	41,34±12,27	30,37±11,10	33,48±10,59	38,97±11,26	50,772	<0,001*
Psikolojik Fonksiyonlar	24,90±7,50	27,35±7,96	20,98±8,18	23,46±7,65	25,97±9,02	33,793	<0,001*
Genel İyilik Hali	11,16±4,96	11,89±4,45	9,76±4,51	10,04±5,24	12,05±4,74	17,580	0,001*
Sosyal Fonksiyonlar	8,13±3,56	9,16±3,46	6,37±3,97	7,20±4,07	8,85±4,05	33,263	<0,001*
Gastrointestinal Semptomlar	8,27±3,36	8,16±3,08	5,95±3,77	7,11±3,32	8,48±3,31	36,222	<0,001*
FYÖ-Toplam	87,58±20,89	95,11±22,39	76,23±23,02	82,93±20,60	92,67±23,06	39,924	<0,001*

ESTÖ: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği; **FYÖ:** Fonksiyonel Yaşam Ölçeği.
Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma, KW χ^2 : Kruskal Wallis H Testi, * p<0,05

Tablo 14’de kanser tanı tipine göre hastaların ESTÖ ve FYÖ puan ortalamalarına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; kanser tanı tipine göre hastalarda ESTÖ toplam ve ciltte ve tırnaklarda değişiklik semptomu dışında semptom düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptandı (ESTÖ→K-W=39,574; $p<0,001$). Bu bulgulardan en az semptom düzeyinin meme kanseri tanılı hastalarda görüldüğü belirlendi.

Kanser tanı tipine göre hastalarda FYÖ toplam ve tüm alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık gösterdiği saptandı. (FYÖ→K-W=39,924; $p<0,001$). Bu bulgudan fonksiyonel durumun ve yaşam kalitesinin en kötü olduğu hasta grubunun Gastro İntestinal Sistem kanseri tanısı alan hasta grubu olduğu saptandı (Tablo 14).

Tablo 15. Hastalık yayılım durumuna göre hastaların Edmonton Semptom Tanılama ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları

	Hastalığın Durumu		Z		P
	Primer kanser (n=329)	Metastatik kanser (n=101)			
ESTÖ	Ort.±SS	Ort.±SS			
Ağrı	2,87±2,40	4,68±1,92	-7,060		<0,001*
Yorgunluk	3,15±2,44	4,92±2,31	-6,373		<0,001*
Bulantı	3,99±2,28	5,55±2,28	-5,458		<0,001*
Üzüntü	3,48±2,04	4,88±2,15	-5,533		<0,001*
Endişe	3,51±2,23	4,95±2,40	-5,074		<0,001*
Uykusuzluk	1,68±2,38	3,43±2,91	-5,646		<0,001*
İştahsızlık	3,39±3,00	5,29±3,03	-5,404		<0,001*
Kendini iyi hissetme durumu	2,67±2,28	4,45±2,07	-6,860		<0,001*
Nefes darlığı	0,78±1,80	1,28±2,19	-2,542		<0,001*
Ciltte ve tırnaklarda değişiklik	1,67±2,48	3,01±2,79	-4,636		<0,001*
Ağızda yara	1,02±2,03	1,96±2,65	-3,557		<0,001*
Ellerde uyuşma	2,48±2,70	4,13±2,78	-5,317		<0,001*
FYÖ					
Fiziksel Fonksiyonlar	37,90±11,25	27,64±10,55	-7,527		<0,001*
Psikolojik Fonksiyonlar	26,04±7,84	18,77±7,44	-7,564		<0,001*
Genel İyilik Hali	11,86±4,74	7,92±3,63	-7,428		<0,001*
Sosyal Fonksiyonlar	10,19±3,85	7,31±3,64	-6,279		<0,001*
Gastrointestinal Semptomlar	8,21±3,36	5,23±3,19	-7,345		<0,001*
FYÖ-Toplam					
	91,33±21,61	69,75±20,16	-8,097		<0,001*

ESTÖ: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği; FYÖ: Fonksiyonel Yaşam Ölçeği.

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Z: Mann-Whitney U testi, * $p<0,05$

Tablo 15’de Hastalık yayılım durumuna göre hastaların ESTÖ ve FYÖ puan ortalamalarına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; primer kanser tanısı alan hastalara göre metastatik kanser tanılı hastalarda ESTÖ tüm semptom düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (ESTÖ→Z=-7,601; $p<0,001$).

Primer kanser tanısı alan hastalara göre metastatik kanser tanılı hastalarda FYÖ toplam ve tüm alt boyut puanlarının ve yaşam kalitesinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha kötü olduğu saptandı (FYÖ→Z=-8,097; p=<0,001) (Tablo 15).

Tablo 16. Hastaların tanı süresi ile Edmonton Semptom Tanılama ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği puanları arasındaki ilişki

ESTÖ	Tanı Süresi (Yıl)	
	r	P
Ağrı	0,143	0,003*
Yorgunluk	0,120	0,013*
Bulantı	0,181	<0,001*
Üzüntü	0,031	0,519
Endişe	-0,008	0,869
Uykusuzluk	0,126	0,009*
İştahsızlık	0,052	0,284
Kendini iyi hissetme durumu	0,060	0,212
Nefes darlığı	-0,082	0,090
Ciltte ve tırnaklarda değişiklik	0,172	<0,001*
Ağızda yara	0,155	0,001*
Ellerde uyuşma	0,232	<0,001*
FYÖ		
Fiziksel Fonksiyonlar	-0,104	0,031*
Psikolojik Fonksiyonlar	-0,100	0,039*
Genel İyilik Hali (Kanserle İlgili Güçlükler)	-0,170	<0,001*
Sosyal Fonksiyonlar	-0,131	0,006*
Gastrointestinal Semptomlar (Bulantı)	-0,140	0,004*
FYÖ-Toplam	-0,121	0,012*

ESTÖ: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği; **FYÖ:** Fonksiyonel Yaşam Ölçeği.

r: Spearman korelasyon testi, *:p<0,05;

Tablo 16’da hastaların tanı süreleri ile ESTÖ ve FYÖ puanları arasındaki ilişki düzeyi incelenmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; hastaları tanı süreleri ile ESTÖ ağrı, yorgunluk, bulantı, uykusuzluk, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara, ellerde uyuşma alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptandı (ESTÖ→r=0,148; p=0,002). Bu bulgudan tanı süreleri arttıkça hasta semptom düzeylerinin de arttığı belirlendi.

Hastaları tanı süreleri ile FYÖ toplam ve tüm alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede negatif yönlü bir ilişki olduğu saptandı (FYÖ→r=-0,121; p=0,012). Bu bulgudan tanı süreleri arttıkça hastaların fonksiyonel durumun ve yaşam kalitesi düzeyinin de düştüğü belirlendi (Tablo 16).

Tablo 17. ECOG Performans skoru sınıflamasına göre hastaların Edmonton Semptom Tanılama ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları

	ECOG Performans Skoru				
	Skor-0 (n=43)	Skor-1 (n=231)	Skor-2 (n=156)		
ESTÖ	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	KWx ²	P
Ağrı	1,00±1,85	2,49±1,95	5,11±1,98	160,154	<0,001*
Yorgunluk	1,16±1,90	2,77±2,05	5,40±2,13	148,245	<0,001*
Bulantı	2,37±1,65	3,79±1,85	5,74±2,51	99,841	<0,001*
Üzüntü	1,56±1,62	3,26±1,68	5,24±1,98	132,184	<0,001*
Endişe	1,70±1,71	3,23±1,91	5,37±2,21	122,850	<0,001*
Uykusuzluk	0,49±1,20	1,39±2,18	3,58±2,81	85,830	<0,001*
İştahsızlık	1,53±2,20	2,79±2,35	6,01±3,08	118,484	<0,001*
Kendini iyi hissetme durumu	0,88±1,64	2,16±1,73	5,07±1,89	190,055	<0,001*
Nefes darlığı	0,53±1,40	1,11±1,97	1,41±2,44	4,780	<0,001*
Ciltte ve tırnaklarda değişiklik	0,56±1,80	1,35±2,25	3,31±2,76	69,086	<0,001*
Ağızda yara	0,65±1,82	0,64±1,64	2,30±2,65	56,380	<0,001*
Ellerde uyuşma	0,58±1,52	2,23±2,39	4,45±2,86	89,693	<0,001*
FYÖ					
Fiziksel Fonksiyonlar	50,77±7,54	40,30±8,03	24,16±7,26	246,711	<0,001*
Psikolojik Fonksiyonlar	34,63±5,41	27,34±5,71	17,04±6,28	210,759	<0,001*
Genel İyilik Hali	16,12±3,89	12,46±3,94	7,24±3,47	171,994	<0,001*
Sosyal Fonksiyonlar	10,81±3,37	6,78±3,11	4,21±2,56	143,227	<0,001*
Gastrointestinal Semptomlar	10,98±2,11	8,67±2,61	4,84±3,33	155,401	<0,001*
FYÖ-Toplam	116,70±12,81	95,56±14,67	64,10±15,46	251,331	<0,001*

ESTÖ: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği; **FYÖ:** Fonksiyonel Yaşam Ölçeği;

ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group. Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma,

KWx²: Kruskal Wallis H Testi, * p<0,05

Tablo 17’de ECOG Performans skoruna göre hastaların ESTÖ ve FYÖ puan ortalamalarına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; ECOG Performans skoruna göre hastalarda ESTÖ tüm semptom düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık gösterdiği saptandı (ESTÖ→KWx²=225,630; p=<0,001). Bu bulgulardan en az semptom düzeyinin ECOG performans skoru “0→ Aktivite düzeyi normal” hastalarda görüldüğü belirlendi.

ECOG Performans skoruna göre hastalarda FYÖ toplam ve tüm alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık gösterdiği saptandı. (FYÖ→KWx²=251,331; p=<0,001). Bu bulgudan fonksiyonel durumun ve yaşam kalitesinin en kötü olduğu hasta grubunun ECOG performans skoru “2” olan hasta grubu olduğu saptandı (Tablo 17).

Tablo 18. Cerrahi tedavi ve radyoterapi yapılma durumuna göre hastaların Edmonton Semptom Tanılama ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları

	Cerrahi Tedavi				Radyoterapi			
	Evet (n=199)	Hayır (n=231)	Anlamlılık		Evet (n=205)	Hayır (n=225)		
ESTÖ	Ort.±SS	Ort.±SS	Z	p	Ort.±SS	Ort.±SS	Z	p
Ağrı	3,69±2,30	2,95±2,47	-3,089	0,002*	3,31±2,42	3,28±2,42	-0,001	0,999
Yorgunluk	3,79±2,55	3,37±2,49	-1,536	0,125	3,46±2,43	3,66±2,61	-0,890	0,373
Bulantı	4,87±2,34	3,91±2,31	-4,472	<0,001*	4,46±2,31	4,26±2,43	-0,735	0,462
Üzüntü	4,04±2,09	3,61±2,17	-2,417	0,016*	3,82±2,12	3,80±2,17	-0,161	0,872
Endişe	4,04±2,34	3,69±2,35	-2,019	0,044*	3,69±2,29	4,00±2,39	-1,215	0,224
Uykusuzluk	2,46±2,66	1,78±2,55	-2,904	0,004*	2,10±2,54	2,09±2,69	-0,336	0,737
İştahsızlık	3,98±3,16	3,70±3,07	-0,833	0,405	3,61±2,91	4,03±3,28	-1,165	0,244
Kendini iyi hissetme durumu	3,26±2,43	2,94±2,29	-1,317	0,188	2,92±2,35	3,24±2,36	-1,518	0,129
Nefes darlığı	1,36±2,25	0,92±1,93	-2,153	0,031*	1,38±2,23	0,96±2,00	-2,436	0,015*
Ciltte ve tırnaklarda değişiklik	2,39±2,74	1,63±2,46	-2,883	0,004*	2,59±2,78	1,44±2,33	-4,559	<0,001*
Ağızda yara	1,56±2,39	0,97±2,03	-3,064	0,002*	1,46±2,32	1,04±2,11	-2,137	0,033*
Ellerde uyuşma	3,48±2,76	2,34±2,75	-4,368	<0,001*	3,39±2,86	2,40±2,68	-3,577	<0,001*
FYÖ								
Fiziksel Fonksiyonlar	33,02±11,88	37,62±11,53	-3,888	<0,001*	35,06±11,52	35,88±12,26	-0,619	0,536
Psikolojik Fonksiyonlar	22,75±8,51	25,70±7,95	-3,579	<0,001*	24,16±7,76	24,50±8,84	-0,478	0,633
Genel İyilik Hali	10,12±4,46	11,64±4,98	-3,319	0,001*	10,54±4,33	11,30±5,18	-1,314	0,189
Sosyal Fonksiyonlar	7,42±3,93	8,64±3,72	-3,317	0,001*	8,17±3,77	7,82±3,98	-0,904	0,366
Gastrointestinal Semptomlar	6,79±3,58	8,13±3,41	-3,872	<0,001*	7,39±3,35	7,62±3,73	-0,799	0,424
FYÖ-Toplam	81,32±23,54	90,52±21,98	-3,957	<0,001*	85,32±21,72	87,12±24,39	-0,805	0,421

ESTÖ: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği; **FYÖ:** Fonksiyonel Yaşam Ölçeği.

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Z:Mann-Whitney U testi, * p<0,05

Tablo 18’de cerrahi tedavi ve radyoterapi yapılma durumuna göre hastaların ESTÖ ve FYÖ puan ortalamalarına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; cerrahi tedavi yapılmayan hastalara göre kanser cerrahisi yapılan hastalarda ESTÖ ağrı, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, nefes darlığı, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara, ellerde uyuşma alt boyut semptom düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (ESTÖ→Z=-3,108; p=0,002).

Radyoterapi (RT) uygulanmayan hastalara göre RT uygulanan hastalarda ESTÖ nefes darlığı (Z=-2,436;p=0,015), ciltte ve tırnaklarda değişiklik (Z=-4,559; p=<0,001), ağızda yara (Z=-2,137; p=0,033), ellerde uyuşma (Z=-3,577;p=<0,001) alt boyut semptom düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 18).

Cerrahi tedavi yapılmayan hastalara göre kanser cerrahisi yapılan hastalarda FYÖ toplam ve tüm alt boyut fonksiyonel durumun ve yaşam kalitesinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha kötü olduğu saptandı (FYÖ→Z=-3,957; p=<0,001) (Tablo 18).

RT uygulanma durumuna göre hastaların FYÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 18).

Tablo 19. Kemoterapi kür sayısına göre hastaların Edmonton Semptom Tanılama ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları

	Toplam Kemoterapi Kür Sayısı				
	4-7 Kür (n=282)	8-11 Kür (n=105)	≥12 Kür (n=43)		
ESTÖ	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	KWx ²	p
Ağrı	2,87±2,37	3,96±2,23	4,44±2,52	28,245	<0,001*
Yorgunluk	2,97±2,34	4,47±2,56	5,26±2,22	48,463	<0,001*
Bulantı	3,81±2,15	5,19±2,55	5,88±2,06	51,445	<0,001*
Üzüntü	3,37±2,05	4,49±1,87	5,05±2,49	37,895	<0,001*
Endişe	3,38±2,30	4,61±2,05	5,09±2,44	35,124	<0,001*
Uykusuzluk	1,61±2,35	2,88±2,89	3,37±2,76	28,654	<0,001*
İştahsızlık	3,30±2,92	4,56±3,08	5,56±3,45	25,567	<0,001*
Kendini iyi hissetme durumu	2,55±2,25	3,92±2,19	4,60±2,23	47,792	<0,001*
Nefes darlığı	1,14±2,03	1,24±2,30	1,09±2,28	0,812	0,666
Ciltte ve tırnaklarda değişiklik	1,38±2,26	2,90±2,84	3,67±2,87	44,055	<0,001*
Ağızda yara	0,98±2,00	1,78±2,67	1,67±2,15	11,586	0,003*
Ellerde uyuşma	2,13±2,59	3,93±2,81	5,07±2,21	64,449	<0,001*
FYÖ					
Fiziksel Fonksiyonlar	38,42±11,44	30,92±10,87	27,47±10,16	51,786	<0,001*
Psikolojik Fonksiyonlar	26,51±7,72	21,08±7,92	18,05±7,55	57,924	<0,001*
Genel İyilik Hali	12,22±4,70	8,86±4,23	7,58±3,16	61,574	<0,001*
Sosyal Fonksiyonlar	10,53±3,13	9,23±3,90	7,13±3,69	42,502	<0,001*
Gastrointestinal Semptomlar	8,48±3,28	5,88±3,28	5,16±3,40	65,540	<0,001*
FYÖ-Toplam					
	92,76±21,62	75,96±21,26	68,79±19,15	66,238	<0,001*

ESTÖ: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği; FYÖ: Fonksiyonel Yaşam Ölçeği.

KWx²: Kruskal Wallis H Testi, * p<0,05

Tablo 19’da kemoterapi kür sayısına göre hastaların ESTÖ ve FYÖ puan ortalamalarına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; kemoterapi kür sayısına göre hastalarda ESTÖ ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara, ellerde uyuşma alt boyut semptom düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık gösterdiği saptandı ($ESTÖ \rightarrow KWx^2=75,238$; $p<0,001$). Bu bulgulardan en az semptom düzeyinin düşük doz (4-7 kür) kemoterapi alan hastalarda görüldüğü belirlendi.

Kemoterapi kür sayısına göre hastalarda FYÖ toplam ve tüm alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık gösterdiği saptandı ($FYÖ \rightarrow KWx^2=66,238$; $p<0,001$). Bu bulgudan fonksiyonel durumun ve yaşam kalitesinin en iyi olduğu hasta grubunun düşük doz (4-7 kür) kemoterapi alan hasta grubu olduğu saptandı (Tablo 19).

Tablo 20. Öncesinden kemoterapi alma durumuna göre hastaların Edmonton Semptom Tanılama ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları

	Öncesinden Kemoterapi Alma Durumu		Z	
	Evet (n=151)	Hayır (n=279)		
ESTÖ	Ort.±SS	Ort.±SS	Z	P
Ağrı	3,64±2,27	3,11±2,49	-2,011	0,044*
Yorgunluk	4,07±2,62	3,29±2,43	-2,781	0,005*
Bulantı	5,11±2,23	3,95±2,35	-4,716	<0,001*
Üzüntü	4,26±2,11	3,57±2,13	-2,851	0,004*
Endişe	4,11±2,55	3,71±2,23	-1,307	0,191
Uykusuzluk	2,40±2,65	1,92±2,59	-1,975	0,048*
İştahsızlık	4,12±3,18	3,68±3,07	-1,427	0,154
Kendini iyi hissetme durumu	3,36±2,44	2,94±2,30	-1,623	0,105
Nefes darlığı	1,31±2,23	0,89±1,87	-2,211	0,027*
Ciltte ve tırnaklarda değişiklik	2,72±2,73	1,59±2,46	-4,410	<0,001*
Ağızda yara	1,62±2,40	1,04±2,10	-2,934	0,003*
Ellerde uyuşma	3,93±2,85	2,29±2,61	-5,775	<0,001*
FYÖ				
Fiziksel Fonksiyonlar	33,69±12,07	36,47±11,72	-2,245	0,025*
Psikolojik Fonksiyonlar	22,51±8,68	25,32±7,98	-3,135	0,002*
Genel İyilik Hali	9,58±4,16	11,67±4,97	-4,256	<0,001*
Sosyal Fonksiyonlar	7,58±3,88	8,73±3,79	-2,877	0,004*
Gastrointestinal Semptomlar	6,50±3,41	8,06±3,51	-4,318	<0,001*
FYÖ-Toplam	81,01±23,33	89,10±22,58	-3,309	0,001*

ESTÖ: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği; **FYÖ:** Fonksiyonel Yaşam Ölçeği.

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Z:Mann-Whitney U testi, * $p<0,05$

Tablo 20’de öncesinden kemoterapi rejimi alma durumuna göre hastaların ESTÖ ve FYÖ puan ortalamalarına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; öncesinden bir kemoterapi rejimi alan hastalarda ESTÖ ağrı, bulantı, üzüntü, uykusuzluk, nefes darlığı, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara, ellerde uyuşma alt boyut semptom düzeylerinin

istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (ESTÖ→Z=-3,483; p=<0,001).

Öncesinden bir kemoterapi alan hastalarda FYÖ toplam ve tüm alt boyut fonksiyonel durumun ve yaşam kalitesinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha kötü olduğu saptandı (FYÖ→Z=-3,309; p=<0,001) (Tablo 20).



HASTALARIN EDMONTON SEMPTOM TANILAMA ÖLÇEĞİ İLE FONKSİYONEL YAŞAM ÖLÇEĞİNDEN ALDIKLARI PUANLARIN DAĞILIMI

Tablo 21. Edmonton Semptom Tanılama ölçeği (ESTÖ) puanları ile Fonksiyonel Yaşam Ölçeği (FYÖ) arasındaki ilişki

ESTÖ		FYÖ					FYÖ- Toplam
		Fiziksel Fonksiyonlar	Psikolojik Fonksiyonlar	Genel İyilik Hali	Sosyal Fonksiyonlar	GİS Semptomlar (Bulantı)	
Ağrı	<i>r</i>	-0,672	-0,562	-0,490	-0,461	-0,490	-0,645
	<i>p</i>	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Yorgunluk	<i>r</i>	-0,643	-0,583	-0,491	-0,400	-0,506	-0,649
	<i>p</i>	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Bulantı	<i>r</i>	-0,495	-0,462	-0,426	-0,411	-0,755	-0,550
	<i>p</i>	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Üzüntü	<i>r</i>	-0,601	-0,624	-0,542	-0,460	-0,586	-0,652
	<i>p</i>	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Endişe	<i>r</i>	-0,580	-0,611	-0,487	-0,416	-0,547	-0,628
	<i>p</i>	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Uykusuzluk	<i>r</i>	-0,545	-0,487	-0,344	-0,335	-0,420	-0,533
	<i>p</i>	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
İştahsızlık	<i>r</i>	-0,580	-0,536	-0,425	-0,452	-0,539	-0,586
	<i>p</i>	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Kendini iyi hissetme durumu	<i>r</i>	-0,745	-0,697	-0,565	-0,499	-0,575	-0,755
	<i>p</i>	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Nefes darlığı	<i>r</i>	-0,108	-0,005	0,026	-0,034	0,127	-0,034
	<i>p</i>	0,025*	0,914	0,586	0,487	0,008*	0,483
Ciltte ve tırnaklarda değişiklik	<i>r</i>	-0,412	-0,413	-0,375	-0,325	-0,322	-0,431
	<i>p</i>	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Ağızda yara	<i>r</i>	-0,368	-0,372	-0,284	-0,282	-0,296	-0,382
	<i>p</i>	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Ellerde uyuşma	<i>r</i>	-0,529	-0,521	-0,452	-0,428	-0,449	-0,542
	<i>p</i>	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*

ESTÖ: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği; **FYÖ:** Fonksiyonel Yaşam Ölçeği; **GİS:** Gastro İntestinal Sistem.

r:Spearman korelasyon testi, * p<0,05

Tablo 21’de Hastaların ESTÖ ile FYÖ puanları arasındaki ilişki düzeyi incelenmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; hastaların ESTÖ puanları ile FYÖ puanları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı negatif yönlü bir ilişki olduğu saptandı ($r=0,830$; $p<0,001$). Bu bulgudan hastaların semptom düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin kötüleştiği saptandı.



TARTIŞMA

Kanser hastalarında tedavinin etkin bir şekilde sürdürülerek yaşam kalitesinin yükseltilmesi; hastaların yaşadıkları semptomların derecesi ve kişiyi ne derecede rahatsız ettiğinin saptanması, fonksiyonel durumunu ve yaşam kalitesini ne derecede etkilendiğinin belirlenmesi ile mümkün olabilmektedir. Bu nedenle, kanser tedavisi gören hastalarda fonksiyonel durum ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesine ilişkin çalışmalar, hemşirelik bakımının ve hastaların gereksinimleri doğrultusunda planlanmasına ışık tutacağından önemlidir (6,26,108,109).

Bu araştırma kanser tanısı almış hastalarda tedavi sürecinde oluşan semptomların yaşam kaliteleri üzerine etkilerini belirlemek, hastaların fonksiyonel yaşam kalitelerini değerlendirmek, semptom yönetiminde uygun hemşirelik yaklaşımlarını belirlemeye rehberlik edecek önerilerde bulunmak, bu konuda yapılan araştırmalara katkı sağlamak amacıyla planlanmıştır.

Çalışmaya Kasım 2020 – Nisan 2021 tarihleri arasında medikal onkoloji kliniğine başvuran farklı kanser tanısı almış kemoterapi tedavisi gören, görüşmeye gönüllü, herhangi bir iletişim sorunu olmayan 430 hasta dahil edilmiştir.

Tartışma bölümünde aşağıdaki başlıklar ele alınmıştır:

- Kişisel, hastalık ve tedaviye ilişkin özelliklerin dağılımı
- Edmonton Semptom Tanılama ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeklerinin ortalama puan dağılımları
- Hastaların sosyodemografik özelliklerinin Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ile karşılaştırılması
- Hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin özelliklerinin Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ile karşılaştırılması

- Hastaların Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ile Fonksiyonel Yaşam Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki ilişki

KİŞİSEL, HASTALIK VE TEDAVİYE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN DAĞILIMI

Hastaların kişisel özelliklerinin dağılımına ilişkin veriler incelendiğinde; çalışmaya dahil edilen 430 kanser tanısı alan hastaların yaş ortalamasının $59,06 \pm 10,90$ ve %50,2'sinin kadın olduğu, %92,8'inin evli olduğu saptandı. Hastaların %71,4'ünün ilköğretim, çoğunlukla ev hanımı (%40,9) ve %28'nin emekli olduğu; aktif olarak bir işte çalışan hasta oranının %11,6 olduğu; hastaların tamamına yakınının (%99,1) bir sağlık güvencesinin olduğu, %40,7'sinin gelirinin giderinden az olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Çalışmaya katılan hastaların %15,1'inin aktif olarak sigara kullandığı, %48,1'inin sigara kullanımını bıraktığı; hastaların %10,2'sinin aktif alkol tüketiminin olduğu, %23'ünün alkol tüketimini bıraktığı; hastaların sigara kullanım süresinin ortalama $32,86 \pm 10,18$ yıl, alkol kullanım süresinin ise ortalama $34,43 \pm 8,91$ yıl olduğu belirlendi. Ayrıca, hastaların yarıya yakınının (57,7) kanser tanısı dışında kronik bir hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Hastaların %26,3'ünün akciğer, %21,4'ünün meme, %27,7'sinin gastro intestinal sistem, %10,7'sinin jinekolojik ve %14'ünün diğer kanser (özafagus, pankreas, tiroid vb.) tanılarını aldığı belirlendi. Hastaların %76,5'ine primer kanser tanısı konulurken, hastaların tanı alma süresinin ortalama $2,58 \pm 2,19$ yıl olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Hastaların yarıya yakının (%53,7) ECOG performans skorunun "1" olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda hastaların yarıya yakının cerrahi tedavi (%46,3) ve radyoterapi tedavisi (%47,7) aldığı belirlenmiştir. Hastaların %65,6'sına 4-7 kür, %24,4'üne 8-11 kür, %7,2'sine 12-15 kür ve %2,8'ine ≥ 16 kür kemoterapi uygulandı. Ayrıca hastaların %35,1'inin öncesinde başka bir kemoterapi protokolü uygulandığı belirlenmiştir (Tablo 2). Çalışma bulgularının literatürle uyumlu olduğu görülmektedir (9,129,131,132).

EDMONTON SEMPTOM TANILAMA VE FONKSİYONEL YAŞAM ÖLÇEKLERİNİN PUAN DAĞILIMLARI

Çalışmamızda tedavi sürecinde hastalar tarafından en fazla görülen semptomun bulantı, ikinci olarak endişe, üçüncü olarak da iştahsızlık semptomu olduğu belirlenmiştir. Hastalarda tedavi sürecinde en az görülen semptomun ise nefes darlığı olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Akçay ve Gözüm (2012) çalışmalarında kanserli hastaların kemoterapi sonrası en fazla yaşadığı yan etkiler sırasıyla; halsizlik-yorgunluk (%100), saç dökülmesi (%93.3), bulantı-kusma (%86.7), ani terlemeler, vajinal kuruluk ve adet dönemlerinde düzensizleşme (%86.7),

cinsel istekte azalma (%63.3) ve enfeksiyona yatkınlık (%53.3) olarak ifade etmişlerdir. Hintistan ve ark.'larının (2012) hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamalarını değerlendirdikleri çalışmalarında kemoterapi alan hastaların %84.1'inin ağız içinde yara/kanaması, %79.2'si bulantı-kusma, %62.1'i alopesi, %60.9'u kilo kaybını %53.6'sı ağrı semptomunu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Kurt ve Ünsar'ın (2011) kanser hastalarının kemoterapi öncesi ve sonrası meydana gelen semptomlarının ESTÖ ile değerlendirildiği çalışmasında hastalarda yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının kötüleştiğini belirtmiştir. Seven ve ark.'larının (2013) ESTÖ ile kanserli hastaların fiziksel ve psikolojik semptomları belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmasında, sırasıyla; iştahsızlık, uykusuzluk ve yorgunluğun hastalar tarafından en şiddetli hissedilen semptomlar olduğu belirtilmiştir (11,110,112,113).

Yapılan çalışmalar ve bizim çalışma sonuçlarına bakıldığında hastalarda en fazla görülen semptomların benzerlik göstermesiyle birlikte bazı farklılıklar olduğu da görülmektedir. Bu durumun çalışma grubumuzun hastalık tanısının farklı olması ve hastalık tanısına göre uygulanan farklı kemoterapi protokollerine bağlı olduğu düşünülmektedir.

Kanserli bireylerde fonksiyonel durum, bireyin öz bakımını yapabilme yeteneği ve günlük yaşamındaki sosyal rollerini yerine getirebilme düzeyini göstermekte ve bakım yükünü etkilemektedir (114). Çalışmamızda tedavi sürecindeki hastaların FYÖ toplam puan ortalaması $86,26 \pm 23,15$ olarak belirlenmiştir (Tablo 4). Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 154 olduğundan, araştırmaya katılan hastaların fonksiyonel yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Özdemir ve ark.'larının (2017) kemoterapi alan bireylerin fonksiyonel durumu ve bakım verenlerin yükünün değerlendirildiği çalışmasında kemoterapi alan bireylerin FYÖ toplam puan ortalaması $90,45 \pm 21,17$ olarak bulunmuş ve belirlenen sonuca göre hastaların fonksiyonel yaşam kalitelerinin iyi düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Yine Özkan ve Akın'ın (2017) kanserli hastalarda yorgunluğun fonksiyonel yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması $107,90 \pm 7,37$ olarak saptanmış ve hastaların fonksiyonel yaşam kalitesinin orta düzeyin üzerinde iyi olduğunu ifade etmişlerdir (8,114).

Bu durum; kanserli hastalarda tanı ve tedaviye bağlı olarak değişen semptomların varlığı ile açıklanabilir.

HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİNİN EDMONTON SEMPTOM TANILAMA ÖLÇEĞİ VE FONKSİYONEL YAŞAM ÖLÇEĞİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyodemografik özellikleri ile ESTÖ ve FYÖ puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde medeni durum, alkol kullanım süresinin semptomları ve fonksiyonel yaşam kalitesini etkileyen kriter olmadığı, hasta yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, sigara kullanım süresi, alkol kullanım durumu ve kanser dışı kronik hastalık varlığının semptomları ve fonksiyonel yaşam kalitesini etkileyen kriterler olduğu saptanmıştır.

Çalışma grubumuzda hastaların yaşları arttıkça ağrı, uykusuzluk, kendini iyi hissetme durumu, nefes darlığı, ağızda yara, ellerde uyuşma semptomlarının kötüleştiği bulunmuştur. Ayrıca hastaların yaşları arttıkça Fonksiyonel Yaşam Ölçeği toplam, fiziksel fonksiyonlar, psikolojik fonksiyonlar, genel iyilik hali (kansere ilgili güçlükler) ve sosyal fonksiyon alt boyut puan ortalamalarının kötüleştiği bulunmuştur (Tablo 5).

Kanserli hastalar ile yapılan bir çalışmada 50-80 yaş arasındaki hastaların; fiziksel işlev puanı 19-49 yaş arasındakilere göre anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur. Kurt'un (2008) çalışmasında kemoterapi öncesi ve sonrası semptomların yaş gruplarıyla karşılaştırıldığında 60 yaş altı bireylerin kemoterapi sonrası yorgunluk, bulantı, kendini iyi hissetme durumu ve ağızda yara semptomlarının kötüleştiği bulunurken; 60 yaş üstü bireylerin de tedavi sonrası bulantı, üzüntü, endişe, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının kötüleştiği bulunmuştur. Pınar ve ark.'ları (2008) yaş ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğunu yaş arttıkça yaşam kalitesinin azaldığını belirtmiştir (9,26,115).

Bu durumun yaştan ilerlemesi ile birlikte ek kronik rahatsızlıkların artarak diğer sistemlerin ve bağışıklık sisteminin zayıflamasına bağlı olduğu düşünülebilir.

Çalışma grubumuzda kadın hastalarda bulantı semptomunun, erkelere göre daha kötü olduğu, erkekler de ise kadın hastalara göre dispne semptomunun daha kötü olduğu saptandı. Hastaların Fonksiyonel Yaşam Kalitesi'nde ise cinsiyete göre bir farklılık olmadığı saptandı (Tablo 6).

Literatürde cinsiyetin, görülen semptomlar ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini ortaya koyan çalışmalarda farklı sonuçlar ortaya konmuştur. Kutlu ve ark. 'larının çalışmasında cinsiyetin depresyonu etkilemediği belirtilmiştir. Kanserli hastalarla yapılan başka bir çalışmada cinsiyetin yaşam kalitesini etkilemediği ifade edilmiştir (116,117). Tokgöz ve

ark.'larının çalışmalarında ise erkeklerde majör depresyon yaygınlığının kadınlardan daha düşük olduğunu göstermiştir (118).

Çalışmamızda cinsiyete göre bazı semptomlar arasında farklılık saptanırken, yaşam kalitesinde herhangi bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu durumun kadınlarda ve erkeklerde görülen kanser türlerinin farklılığına, erkeklerde akciğer kanseri görülme sıklığı ve buna bağlı olarak dispne semptomunun artması, sigara kullanımının cinsiyete göre farklılık göstermesi ve kanser türüne göre uygulanan kemoterapi protokolünün farklılığına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda ilköğretim mezunu hastaların ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının daha kötü olduğu saptandı. Ayrıca ilköğretim mezunu hastaların Fonksiyonel Yaşam Kalitesi toplam, fiziksel, psikolojik, sosyal fonksiyonlar ve genel iyilik hali alt boyut puan ortalamalarının daha kötü olduğu saptandı. (Tablo 7).

Kanserli hastalarda semptom kontrolünü değerlendirildiği bir çalışmada, İlk-ortaokul mezunu olan bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının kötüleştiğini belirtmiştir (26). Çubukçu ve Çınar'ın (2012) kemoterapi alan kanserli hastalarda oral mukozitlerin önlenebilirlik durumunu değerlendirdikleri çalışmalarında oral mukozit oluşan ve oluşmayan hastalar arasında eğitim durumu göre anlamlı fark bulunmamıştır. Aslan ve ark.'larının (2006) kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisini değerlendirdikleri çalışmasında da eğitim durumuna göre anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (119,120).

Ertem ve ark.'ları (2009) radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kalitelerini değerlendirdikleri çalışmalarında, eğitim durumu yüksek olan hastaların daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğunu ifade etmişlerdir. Kanserli hastalarla yapılan diğer bir çalışmada da eğitim seviyesi arttıkça hastaların FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar alt boyut puanlarının yükseldiği belirtilmiştir (8,102).

Çalışmamızda ki ilköğretim mezunu hastaların yaşadığı semptomların ve fonksiyonel yaşam kalitesinin kötü olmasının, araştırma grubunun çoğunluğunu ilköğretim mezunu hastaların (%71) oluşturması ve eğitim düzeyi düşük bireylerin semptom yönetimi ve yaşam kalitelerini yükseltmeleri konusunda bilgi eksiklerinin olması ve geliştirilmesindeki okuma alışkanlıklarının daha düşük olmasına bağlı olduğu düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan ev hanımı ve emekli hastalarda üzüntü, endişe ve uykusuzluk semptomlarının diğer hasta gruplarına göre daha iyi, ancak ellerde uyuşma semptomunun daha kötü olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda; aktif olarak bir işte çalışan hastalarda ağrı,

uykusuzluk, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ellerde uyuşma semptomlarının daha iyi düzeyde olduğu, Fonksiyonel Yaşam kalitesi toplam, fiziksel fonksiyonlar, psikolojik fonksiyonlar ve genel iyilik hali alt boyut puan ortalamalarının da daha iyi olduğu saptandı. (Tablo 8-9).

Gelin ve Ulus (2015) yapmış oldukları çalışmalarında hastalığı ve tedavisi nedeniyle çalışma hayatında aktif olmayan hastaların daha çok duygusal güçsüzlük ve fiziksel yetersizlik yaşadığını belirtmişlerdir. Bektaş ve Akdemir'in (2006) Fonksiyonel Yaşam Ölçeği'ni kullanarak yapmış olduğu başka bir çalışmada meme kanserli kadın hastaların herhangi bir işte çalışmamasının yaşam kalitelerini azalttığı bulunmuştur. Subaşı'nın (2010) yapmış olduğu çalışmasında gelir sağlayan bir işte çalışan hastaların çalışmayanlara göre fiziksel ve mental işlevlerinin daha kötü olduğu görülmüştür (105,121,122).

Çalışmamızda belirli bir yaşam standartına erişmiş, yaş ve statü olarak hayattan beklentisi azalmış ev hanımı/emekli olan hastaların özellikle psikolojik semptomları (üzüntü, endişe) daha hoşgörülle karşılaması, yaşla birlikte uyku gereksiniminin azalmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bu hasta grubunda yaşın artmasıyla birlikte ellerde uyuşma semptomunun görülmesi beklenen bir durumdur. Aynı zamanda literatür ile benzerlik gösteren çalışma sonuçlarımıza göre aktif olarak bir işte çalışmak hastaların yaşama daha çok tutunması ve kendini daha iyi hissederek, semptomların azalmasına ve yaşam kalitelerinin artmasına bağlı olmasıyla açıklanabilir.

Çalışma grubumuzda ki gelir durumu düşük hastalarda ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, ciltte ve tırnaklarda değişiklik ve ellerde uyuşma semptomlarının daha kötü olduğu saptandı. Ayrıca fonksiyonel yaşam kalitesi toplam, fiziksel, psikolojik, sosyal fonksiyonlar, genel iyilik hali, gastrointestinal semptomlar puan ortalamalarının daha kötü olduğu saptandı (Tablo 10).

Literatüre yapılan bir çalışmada düşük gelire sahip olmanın depresyonda yaygın bir risk faktörü olduğu saptanmıştır. Altıparmak ve ark.'larının (2011) yapmış olduğu çalışmada sağlık durumunun gelir algısı yeterli olanlarda daha iyi olduğunu ifade etmişlerdir (107,123).

Kanser hastalarında yaşam kalitesi ve oral mukozitin değerlendirildiği bir çalışmada gelir durumunun yaşam kalitesine etkisi olmadığı ifade edilmiştir (9). Bektaş ve Akdemir'in (2006) kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirildiği çalışmalarında geliri giderini dengeleyenlerin yaşam kalitelerinin geliri giderine göre daha az olan hastalardan daha iyi olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan başka bir çalışmada ekonomik durumu iyi olan hastaların yaşam kalitelerinin de iyi olduğu ifade edilmiştir (105,121).

Bu durumun düşük gelirli ailelerinin geçim sıkıntı yaşamamasına, kanser tedavi sürecini iyileştirecek ve yaşam kalitesini yükseltecek etkenlerin maliyetlerinin yüksek olmasına (özel hasta odası, özel uygulamalar; refleksoloji, masaj vb.) bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışma grubumuzda sigara kullanan hastaların nefes darlığının daha kötü olduğu, alkol kullanan hastalarda ağrı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, nefes darlığı, ağızda yara, ellerde uyuşma semptomlarının ve aynı zamanda alkol kullanan hastalarda Fonksiyonel Yaşam Kalitesi toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının daha kötü olduğu belirlendi. (Tablo11-12).

Kanserli hastalar ile yapılan bir çalışmada kemoterapi sonrasında sigara kullanan bireylerin, sigara kullanmayan ve sigarayı bırakmış olan bireylere göre kendini daha kötü hissettiği ifade edilmiştir. Peppone ve ark.'larının (2011) yapmış olduğu çalışmalarında sigara içen hastaların içmeyenlere göre semptom yüklerinin daha fazla olduğu görülmüştür (26,124). Kanserli hastalar ile yapılan diğer çalışmalarda sigara ve alkol kullanımının yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır (125,126).

Çalışmamızda ki sigara içen hastalarda nefes darlığı semptonun artmasının nedeni sigaranın olumsuz fizyolojik etkilerine, çalışma grubunda kanser türü olarak en çok akciğer kanseri görülmesine bağlı olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda alkol kullanan hastalarda alkol tüketiminin olumsuz fizyolojik etkilerine bağlı olarak hastalarda semptomların ve yaşam kalitesinin kötüleşmesi beklendik bir bulgudur.

Çalışma grubumuzda kanser dışında bir kronik hastalığa sahip olan hastalarda ağrı, bulantı, uykusuzluk, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara, ellerde uyuşma semptomlarının, Fonksiyonel Yaşam Ölçeği toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının da daha kötü olduğu saptandı (Tablo 13).

Güngörmüş ve Erdem'in (2014) çalışmasında kanser dışında kronik hastalığı olmayan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Göl ve Aşıl'ın (2017) yapmış olduğu çalışmalarında kanser dışında ek hastalığı olanların fiziksel ve mental sağlıklarının daha kötü olduğu saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada da kanser dışı kronik hastalığı olan bireylerin bedensel ve ruhsal alandaki yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu görülmüştür. (9,43,127).

Zorlu bir tedavi süreci olan kanser hastalarının sahip olduğu diğer kronik rahatsızlıkların etkileriyle birlikte hastaların semptomları daha şiddetli hissetmelerine neden olmakta ve yaşam kalitelerini kötüleştirmektedir.

HASTALARIN HASTALIK VE TEDAVİYLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİNİN EDMONTON SEMPTOM TANILAMA ÖLÇEĞİ VE FONKSİYONEL YAŞAM ÖLÇEĞİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırma kapsamına alınan hastaların hastalık ve tedavi ile ilgili özelliklerinin ESTÖ ve FYÖ puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde kanser tanı tipi, metastaz varlığı, tanı süresi, ECOG performans skoru, cerrahi tedavi uygulanma durumu, toplam kür sayısı ve öncesinde farklı kemoterapi protokolü uygulanma durumunun semptomları ve fonksiyonel yaşam kalitesini etkileyen kriterler olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızdaki hastalar kanser tanı tipinine göre değerlendirildiğinde cilt ve tırnaklarda değişiklik semptomu dışında kanserli hastaların Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'nde belirtilen tüm semptomları yaşadıkları saptanmıştır. Ayrıca en az semptom düzeyinin ise meme kanserli hastalarda görüldüğü belirlenmiştir. Fonksiyonel Yaşam Kalitesinin en kötü olduğu hasta grubu GİS kanseri tanısı alan hastalar olduğu saptanmıştır (Tablo 14).

Çalışmamızda ki hastaların % 23'ünde metastaz görülmüştür. Metastaz görülen hastaların tüm semptomlarının daha kötü olduğu ve ayrıca Fonksiyonel Yaşam Ölçeği toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının da kötüleştiği saptanmıştır (Tablo 15).

Literatürde kanserli hastalar ile yapılan bir çalışmada kanserli hastalarda metastaz varlığı hastaların yaşadığı depresyonu arttırdığı görülmüştür. Kanserli bireylerde ağrı ve ağrı ile başetme yöntemlerinin değerlendirildiği bir çalışmada aralıklı ağrı durumunun metastazı olan hastalarda sürekli, olmayan hastalarda ise beklenenin üzerinde olduğu belirtilmiştir (43,128). Altıparmak ve ark.'larının (2011) yapmış olduğu çalışmada kanserli hastalarda metastaz durumunun yaşam kalitesi üzerinde etkisi olmadığı görülmüştür (107).

GİS kanserleri fizyopatolojik olarak karmaşık yapısı nedeniyle sistemler üzerine etkisinin daha fazla olması, tüm kanser tiplerinde uygulanan farklı kemoterapi protokollerinin farklı semptomlara neden olması ve metastatik durumların hem sistemleri hem de dokuları olumsuz etkilemesi semptomların şiddetini artırarak yaşam kalitesini kötüleştirmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların tanı süreleri arttıkça ağrı, yorgunluk, bulantı, uykusuzluk, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının daha kötü olduğu; ayrıca Fonksiyonel Yaşam Ölçeği toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının kötüleştiği saptandı (Tablo 16).

Yapılan çalışmada tedavi süresi üç aydan fazla olanlarda üç aydan az olanlara göre yaşam kalitesinin daha iyi olduğu bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada hastalara uygulanan kemoterapi süresi uzadıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir (107,129). Dehkordi ve

ark'larının (2009) yapmış olduğu bir çalışmada ise hastalık sũresinin yaşam kalitesini etkilemediği gũrũlmũřtũr (130).

Kanser tedavisi hastalar için uzun ve zorlu bir sũreten oluşmaktadır. Tedavi sũresinin uzaması ile hastaların içinde bulunduğu durum bir yandan tedavi edilirken, bir yandan da hastaların tedavi yan etkilerine daha uzun sũre maruz kalmasına neden olmaktadır. Uzayan sũre ile birlikte hastalık evresinin de ilerlemesi olası bir durumdur. Bu bağlamda hastaların semptomlarının artması ve yaşam kalitesinin kũtũleřmesi beklendik bir sonuç olarak gũrũlmektedir.

Çalışma grubumuzda ki hastaların ECOG performans skoru arttıa (0'dan 2'e) tũm semptomların ve Fonksiyonel Yaşam Őleđi toplam ve diğer tũm alt boyut puanlarının kũtũleřtiđi saptanmıştır (Tablo 17).

Özkan ve Akın'ın (2017) kanserli hastalar ile yapmış olduğu çalışmada hastaların ECOG performans skorları arttıa fonksiyonel yaşam kalitelerinin azaldığı gũrũlmũřtũr. Kaan ve ark.'larının (2013) kanserli hastalar ile yaptıkları çalışmada ECOG performans durumu "0-1" olan hastaların prognozlarının, performans durumu "2" ve ũzeri olan hastalara gũre daha iyi olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan başka bir çalışmada ECOG performans skoru "2" olan hastaların ECOG performans skoru "1" olan hastalara gũre anksiyete ve depresyon varlığının daha yũksek olduğu belirtilmiştir (8,131,132).

Bu durum hastaların performans durumunun kũtũleřmesi ve fiziksel bağımlılık dũzeyinin artmasıyla birlikte hastaların semptomlarının ve yaşam kalitesinin de kũtũleřmesiyle açıklanabilir.

Çalışma grubumuzdaki cerrahi tedavi uygulanan hastalarda ağrı, bulantı, ũzũntũ, endişe, uykusuzluk, nefes darlığı, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara, ve ellerde uyuşma semptomlarının; radyoterapi uygulanan hastalarda ise nefes darlığı, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara, ellerde uyuşma semptomlarının daha kũtũ olduğu saptandı. Cerrahi tedavi uygulanan hastalarda Fonksiyonel Yaşam Őleđi toplam ve tũm alt boyut puan ortalamalarının daha kũtũ olduğu, radyoterapi uygulanan hastalarda ise Fonksiyonel Yaşam Őleđi alt boyut puan ortalamalarında istatikselsel bir anlamlılık olmadığı saptandı (Tablo 18). Aynı zamanda hastalara uygulanan kemoterapi kũr sayısı arttıa ağrı, yorgunluk, bulantı, ũzũntũ, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara, ellerde uyuşma semptomlarının ve Fonksiyonel Yaşam Őleđi toplam ve tũm alt boyut puan ortalamalarının kũtũleřtiđi saptandı. Daha ũnceden farklı bir kemoterapi protokolũ uygulanan hastalarda uygulanmayanlara gũre Edmonton Semptom Tanılama Őleđi

toplama, ağrı, bulantı, üzüntü, uykusuzluk, nefes darlığı, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara semptomlarının ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının daha kötü olduğu saptandı (Tablo 19-20).

Gürel (2007) yapmış olduğu çalışmasında 2-5. kür kemoterapi alan hastaların, 6 ve daha fazla kür kemoterapi alan hastalara göre yaşam kalitesi ve emosyonel durumun daha yüksek olduğu saptamıştır. Yapılan başka bir çalışmada, kür sayısı arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır (9,129). Ateş ve Olgun'un (2014) kemoterapiye bağlı alopesi ve yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada kemoterapi kür sayısının yaşam kalitesi üzerine etkisi olmadığı belirtilmiştir (133).

Kanserli hastalar cerrahi tedavi, radyoterapi ve kemoterapi gibi pek çok tedavi yönteminin birisi veya birkaçı ile tedavi olmak durumundadır. Bu tedavi yöntemleri hastalığın tedavisini sağlarken, ciddi semptomlara da neden olmaktadır. Belirli aralıklarla uygulanan kemoterapi tedavisine maruz kaldıkça (kür sayısının artması) semptomların şiddeti ve görülme olasılığı da artmaktadır. Bu durum hastaların yaşam kalitesini de kötüleştirmektedir.

HASTALARIN EDMONTON SEMPTOM TANILAMA ÖLÇEĞİ İLE FONKSİYONEL YAŞAM ÖLÇEĞİNDEN ALDIKLARI PUANLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ

Çalışmaya dahil edilen hastaların Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ile Fonksiyonel Yaşam Ölçeği puanları arasındaki ilişki düzeyi değerlendirildiğinde hastaların semptom düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin kötüleştiiği saptandı (Tablo 21).

Literatürde yapılan bir çalışmada yorgunluk semptomunun şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirtilmiştir. Güngörmüş ve Erdem'in (2014) yapmış olduğu çalışmada oral mukozitin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğı ifade edilmiştir. Kutlu ve ark.'larının (2011) yaptığı çalışmada anksiyete ve depresyonun yaşam kalitesini olumsuz etkilediğı belirtilmiştir (8,9,116).

Çalışma grubumuzdaki hastalar kanser tedavi süresince kanser tanı tipi, uygulanan tedavilerin çeşitliliğı ve kanser evrelerinin farklılığından dolayı Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ile değerlendirdiğimiz semptomları belirli düzeylerde yaşamaktadırlar. Oluşan semptomların şiddeti arttıkça hasta bireylerin hem fizyolojik hem de psikolojik etkilenme düzeyleri artmakta ve dolayısıyla hastaların fonksiyonel durumları ve yaşam kalitelerinin de kötüleştiiği söylenebilir.

SONUÇLAR

Kanser tanısı almış hastalarda tedavi sürecinde oluşan semptomları belirlemek, hastaların fonksiyonel yaşam kalitelerini değerlendirmek, oluşan semptomlarla fonksiyonel yaşam kalitesi üzerindeki ilişkiyi belirlemek, semptom yönetiminde uygun hemşirelik yaklaşımlarını belirlemeye rehberlik edecek önerilerde bulunmak, bu konuda yapılan araştırmalara katkı sağlamak ve yapılacak diğer araştırmalara rehberlik etmek amacıyla planlanan çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

- Hastaların yaş ortalaması $59,06 \pm 10,90$ olarak bulunmuştur. Hastaların %50,2'sinin kadın, %49,8'nin erkek ve %92,8'inin medeni durumunun evli olduğu saptanmıştır.
- Hastaların %71,4'ünün ilköğretim mezunu %40,9 ev hanımı, %28 emekli ve %99,1'inin bir sağlık güvencesinin olduğu saptanmıştır. Hastaların %40,7'sinin gelirinin giderinden az, %43'ünün gelirinin giderine eşit, %16,3'ünün ise gelirinin giderinden fazla olduğu saptanmıştır.
- Hastaların %15,1'inin aktif olarak sigara kullandığı, %48,1'inin sigara kullanımını bıraktığı, %10,2'sinin aktif alkol tüketimi olduğu, %23'ünün alkol tüketimini bıraktığı saptandı. Sigara kullanım süresinin ortalama 32,86 yıl, alkol kullanım süresinin ise ortalama $34,43 \pm 8,91$ yıl olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların %57,7'sinde kanser tanısı dışında kronik bir hastalık tanısı olduğu saptandı.
- Hastaların %26,3'ünün akciğer, %21,4'ünün meme, %27,7'sinin gastrointestinal sistem, %10,7'sinin jinekolojik (over ca, uterus ca vb.) ve %14'ünün diğer kanser (özofagus, pankreas, tiroid vb.) tanılarını aldığı belirlenmiştir.
- Hastaların %76,5'ine primer kanser tanısı, %23,5'inin metastatik kanser (evre-4) düzeyinde olduğu ve ortalama tanı süresinin $2,58 \pm 2,19$ yıl olduğu saptanmıştır.

- ECOG performans skoru hastaların %10'unda "0", %53,7'sinde "1", %36,3 'nün "2" olduğu saptandı. Hastaların %46,3'üne cerrahi işlem, %47,7'sine radyoterapi ve %100'ne kemoterapi uygulandığı görülmüştür.
- Hastaların %65,6'sına 4-7 kür, %24,4'üne 8-11 kür, %7,2'sine 12-15 kür ve %2,8'ine ≥ 16 kür kemoterapi uygulandığı belirlenmiştir. Ayrıca hastaların %35,1'inin öncesinden başka bir kemoterapi protokolü uygulandığı saptanmıştır.
- Tedavi sürecinde hastalar tarafından en fazla belirtilen semptomlar sırasıyla bulantı, endişe, iştahsızlık, üzüntü, yorgunluk, ağrı, kendini iyi hissetme durumu, ellerde uyuşma, uykusuzluk, cilt ve tırnaklarda değişiklik ve ağızda yara semptomları olduğu belirlenmiştir. Hastaların tedavi sürecinde en az ifade ettikleri semptomun nefes darlığı olduğu saptanmıştır.
- Hastaların Fonksiyonel Yaşam Ölçeği toplam puan ortalaması $86,26 \pm 23,15$ olarak belirlenmiştir.
- Hastaların yaşları arttıkça ağrı, uykusuzluk, kendini iyi hissetme durumu, nefes darlığı, ağızda yara, ellerde uyuşma semptomlarının ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği toplam, fiziksel fonksiyonlar, psikolojik fonksiyonlar, genel iyilik hali ve sosyal fonksiyon alt boyut puan ortalamalarının ve fonksiyonel yaşam kalitelerinin kötüleştiği bulunmuştur.
- Kadın hastalarda bulantı semptomunun, erkekle de ise dispne semptomunun daha kötü olduğu bulunmuştur.
- İlköğretim mezunu hastaların ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının Fonksiyonel Yaşam Ölçeği toplam, fiziksel, psikolojik, sosyal fonksiyonlar ve genel iyilik hali alt boyut puan ortalamalarının daha kötü olduğu saptanmıştır.
- Ev hanımı ve emekli hastalarda üzüntü, endişe ve uykusuzluk semptomlarının daha iyi, ancak ellerde uyuşma semptomunun daha kötü olduğu belirlenmiştir.
- Aktif olarak bir işte çalışan hastalarda ağrı, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ellerde uyuşma semptomlarının ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği toplam, fiziksel fonksiyonlar, psikolojik fonksiyonlar ve genel iyilik hali alt boyut puan ortalamalarının daha iyi olduğu saptanmıştır.
- Gelir durumu düşük olan hastaların ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, ciltte ve tırnaklarda değişiklik ve ellerde uyuşma semptomlarının ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği toplam, fiziksel, psikolojik, sosyal fonksiyonlar, genel iyilik hali, gastrointestinal semptomlar puan ortalamalarının daha kötü olduğu saptanmıştır.
- Sigara kullanan hastalarda nefes darlığının daha kötü olduğu bulunmuştur.

- Alkol kullanan hastalarda ağrı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, nefes darlığı, ağızda yara, ellerde uyuşma semptomlarının ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının daha kötü olduğu belirlenmiştir.
- Kansere dışında bir kronik hastalığa sahip olan hastalarda ağrı, bulantı, uykusuzluk, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara, ellerde uyuşma semptomlarının ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının da daha kötü olduğu saptanmıştır.
- Her kanser türüne sahip olan hastaların Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'nde belirtilen cilt ve tırnaklarda değişiklik semptomu dışında tüm semptomları yaşadıkları belirlenmiştir. En kötü semptom düzeyinin GİS kanseri tanısı almış hastalarda ve en az semptom düzeyinin ise meme kanserli hastalarda olduğu belirlenmiştir.
- Fonksiyonel Yaşam Kalitesinin en kötü olduğu hasta grubunun GİS kanseri tanısı alan hastalar, en iyi olan grubun ise meme kanseri tanısı alan hastalar olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların % 23'ünde metastaz görülmüştür. Metastaz görülen hastaların Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği tüm semptomlarının daha kötü olduğu ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının da kötüleştiği saptanmıştır.
- Hastaların tanı süreleri arttıkça ağrı, yorgunluk, bulantı, uykusuzluk, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının daha kötü olduğu, Fonksiyonel Yaşam Ölçeği toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının da kötüleştiği saptanmıştır.
- Hastaların ECOG performans skoru arttıkça Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği tüm semptomlarının daha kötü olduğu, aynı zamanda Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam ve diğer tüm alt boyut puanlarının da kötüleştiği saptanmıştır.
- Cerrahi tedavi uygulanan hastaların ağrı, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, nefes darlığı, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara, ellerde uyuşma semptomlarının ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının daha kötü olduğu saptanmıştır. Radyoterapi uygulanan hastaların nefes darlığı, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara, ellerde uyuşma semptomlarının daha kötü olduğu saptanmıştır.
- Hastalara uygulanan kemoterapi kür sayısı arttıkça ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ciltte ve tırnaklarda

değişiklik, ağızda yara, ellerde uyuşma semptomlarının ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının da kötüleştiği saptanmıştır.

- Daha önceden farklı bir kemoterapi protokolü uygulanan hastaların ağrı, bulantı, üzüntü, uykusuzluk, nefes darlığı, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara semptomlarının ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının daha kötü olduğu saptanmıştır.
- Hastaların semptom düzeyleri arttıkça fonksiyonel yaşam kalitelerinin de kötüleştiği saptanmıştır.

ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda;

- Kanserli hastaların tanı ve tedaviye bağlı yaşadıkları semptomların geçerli ve güvenilir ölçeklerle belirlenmesi, değerlendirilmesi ve kayıt edilmesi,
- Kanserli hastaların semptomları ve yaşam kalitesi değerlendirilirken hastaların sosyodemografik ve hastalık ile ilgili özelliklerine dikkat edilmesi,
- Kanserli hastaların semptom yönetimi ve yaşam kalitesinin korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi için uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması,
- Kanserli hastalarda semptomları ve fonksiyonel yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik daha fazla sayıda hasta grupları ile karşılaştırılan çalışmalar yapılması önerilebilir.

ÖZET

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan bu çalışma kemoterapi alan kanserli hastaların yaşadıkları semptomların şiddetini, fonksiyonel yaşam kalitesini ve ilişkili faktörleri değerlendirmek amacıyla planlandı.

Araştırma 1 Kasım 2020 - 30 Nisan 2021 tarihleri arasında, medikal onkoloji kliniğine başvuran 430 hasta ile gerçekleştirildi. Araştırma verileri kişisel ve hastalıkla ilgili özellikler soru formu, Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ), Fonksiyonel Yaşam Ölçeği-Kanser kullanılarak toplandı.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $59,06 \pm 10,90$ olduğu, %50,2'sinin kadın ve %71,4'ünün ilköğretim mezunu olduğu saptandı. Hastaların %26,3'ünün akciğer kanseri tanısı aldığı belirlendi.

Araştırmada hastalar tarafından en fazla belirtilen ilk üç semptomun sırasıyla bulantı, endişe ve iştahsızlık olduğu, en az ifade edilen semptomun ise nefes darlığı olduğu bulundu. Hastaların FYÖ toplam puan ortalamasının $86,26 \pm 23,15$ olduğu saptandı.

Bu araştırmada hastaların kanser tanı tipi, metastaz varlığı, tanı süresi, ECOG performans skoru, uygulanan tedavi çeşidi, toplam kür sayısı vb. durumuna göre hastaların semptomları ve fonksiyonel yaşam kaliteleri arasında anlamlı farklılıklar olduğu saptandı ($p < 0,05$). Hastaların yaşadıkları semptomların şiddeti ile fonksiyonel yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında negatif yönde ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p < 0,05$).

Sonuç olarak hastaların yaşadığı semptomların şiddeti arttıkça, fonksiyonel yaşam kalitelerinin kötüleştiği, hastaların sosyodemografik (yaş, cinsiyet, meslek vb.) ve hastalık (tanı, hastalığın durumu, tanı süresi vb.) ile ilgili özelliklerinin hastaların yaşadığı semptomları ve fonksiyonel yaşam kalitelerini etkileyen faktörler olduğu belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda hastaların sosyodemografik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu vb.) ve hastalıkla ilgili özelliklerine (tanı, tanı süresi, performans durumu, uygulanan tedavi şekli vb.) dikkat edilerek hastaların yaşadığı semptomlar ve fonksiyonel yaşam kalitesi değerlendirilmeli ve uygun hemşirelik girişimleri planlanması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Kanserli Hasta, Semptom Kontrolü, Yaşam kalitesi, Hemşirelik Bakımı



EVALUATION OF SYMPTOM CONTROL AND FUNCTIONAL QUALITY OF LIFE IN CANCER PATIENTS

SUMMARY

This descriptive and cross-sectional study was planned to evaluate the severity of symptoms, functional quality of life and related factors experienced by cancer patients receiving chemotherapy.

The study was carried out with 430 patients who applied to the medical oncology clinic between November 1, 2020 - April 30, 2021. The data were collected using personal and disease-related characteristics questionnaire, Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), Functional Life Scale-Cancer.

It was determined that the mean age of the patients participating in the study was 59.06 ± 10.90 years, 50.2% were women and 71.4% were primary school graduates. It was determined that 26.3% of the patients with lung cancer.

It was found that the first three symptoms most frequently stated by the patients were nausea, anxiety and anorexia, and the least expressed symptom was dyspnea. It was determined that the mean FLS total score of the patients was 86.26 ± 23.15 .

It was determined that there were significant differences between the symptoms and functional quality of life of the patients according to the cancer diagnosis type, presence of metastasis, duration of diagnosis, ECOG performance score, type of treatment applied, the total number of cures, etc. ($p < 0.05$). It was determined that there was a highly significant negative correlation between the severity of the symptoms experienced by the patients and the mean score functional quality of life ($p < 0.05$).

As a result, it was determined that as the severity of the symptoms experienced by the patients increased, their functional quality of life worsened, and the sociodemographic and disease-related characteristics of the patients were the affecting the symptoms experienced by the patients and their functional quality of life.

In line with these results, the symptoms experienced by the patients and their functional quality of life should be consider to the sociodemographic (age, gender, educational status, income status, etc.) and disease-related characteristics (diagnosis, duration of diagnosis, performance status, type of treatment, etc.) and planning appropriate nursing interventions can be recommended.

Keywords: Cancer patient, Symptom control, Quality of life, Nursing care



KAYNAKLAR

1. Dündar S, Deniz BE, Ünlü F, Dede İ, Türkyılmaz M. Kanser sorunu. Can G (Editör). Onkoloji Hemşireliği. 2.baskı, Ankara: Nobel kitabevi; 2019. s.3-27.
2. World Healt Organization. Cancer Fact Sheet March, 2021.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> Erişim Tarihi: 06.08.2021
3. TUİK. Ölüm Nedenleri İstatistikleri, 2019.
<https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33710> Erişim Tarihi: 07.02.2021
4. Çivi S, Kutlu R, Çelik HH. Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Gülhane Tıp Derg 2011;53:248-253.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2019). Türkiye kanser istatistikleri, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Trkiye_Kanser_statistikleri_2016.pdf Erişim Tarihi: 07.02.2021
6. Karabulutlu Ö. Kemoterapi alan hastalarda semptom yönetimi ve yaşam kalitesinin sürdürülmesi. İ.Ü.F.N. Hem. Derg 2009;17(3):218-225.
7. Baykara O. Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2016;5(3):154-165.
8. Özkan M, Akın S. Kanserli hastalarda yorgunluğun fonksiyonel yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2017; 25(3):177-192.
9. Güngörmüş Z, Erdem ÖB. Kanser hastalarında yaşam kalitesi ve oral mukozit. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;5(1):24-30.
10. Uğur Ö. Kanser hastasının semptom yönetimi. Türk Onkoloji Dergisi 2014;29(3):125-135.
11. Akçay D, Gözüm S. Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda, kemoterapinin yan etkilerine ilişkin verilen eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. Meme Sağlığı Dergisi 2012;8(4):191-199.
12. Wenzel L, Vergote I, Cella D. Quality of life in patients receiving treatment for gynecologic malignancies:special considerations for patient care. Int J Gynecol Obstet 2003;83:211-29.

13. World Health Organization. GLOBOCAN 2020.
<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>
Erişim Tarihi: 12.02.2021
14. World Health Organization. GLOBOCAN 2020.
<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf>
Erişim Tarihi: 12.02.2021
15. Haydaroglu A. Sert F. Caner A. Ege Üniversitesi Hastanesi veri tabanındaki kanser olgularının epidemiyolojik ve genel sağ kalım özellikleri. Ege Tıp Dergisi 2019;58:1-9.
16. Akdemir N, Can G. Kanserın önemi, etiyolojik risk faktörleri, değerlendirme ve korunma. Akdemir N, Birol L (Editörler). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 5.baskı, Ankara: Akademisyen kitabevi; 2020. s.331-44.
17. Erdem SS, Yılmaz M, Yıldırım H, Mayda SA, Bolu F, Durak AA ve ark. Düzce’de yaşayanların kanser ve kanser risk faktörleri hakkında bilgi düzeyi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitü Dergisi 2017;7(1):01-10.
18. Liao JB. Viruses and human cancer. Yale J Biol Med 2006;79(3-4):115–122.
19. Sankpal UT, Pius H, Khan M, Shukoor MI, Maliakal P, Lee CM et al. Environmental factor in causing human cancers: emphasis on tumorigenesis. Tumor Biology 2012;33:1265-74.
20. Key TJ, Allen NE, Verkasalo PK, Banks E. Energy balance and cancer: the role of sex hormones. Proceedings of the Nutrition Society 2001;60:81–89.
21. Fucic A, Gamulin M, Ferencic Z, Rokotov D S, Katic J, Bartonova A et al. Lung cancer and environmental chemical exposure: A review of our current state of knowledge with reference to the role of hormones and hormone receptors as an increased risk factor for developing lung cancer in man. Toxicologic Pathology 2010;38:849-855.
22. Yokuş B, Çakır DÜ. Kanser biyokimyası. Dicle Üniv Vet Fak Derg 2012;1(2):7-18.
23. Anand P, Kunnumakara AB, Sunduram C, Harikumar KB, Tharakan TJ, Lai OS et al. Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle changes. Pharm Res 2008;25:2097-116.
24. Çevik BA, Pirinçci E. Beslenme ve kanser. Fırat Tıp Dergisi 2017;22(1):1-7.
25. Özcan T, Baysal S. Vegeteryan beslenme ve sağlık üzerine etkileri. Uludağ Univ Ziraat Fakültesi Dergisi 2016;30(2):101-116.
26. Kurt SS. Kanserli Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi; 2008.
27. Erol Ö. Kanser gelişimini önlemek. Can G (Editör). Onkoloji Hemşireliği. 2.baskı, Ankara: Nobel kitabevi; 2019. s.31-39.
28. Eroğlu K, Koç G. Jinekolojik kanser kontrolü ve hemşirelik. Hacettepe Üniv Hemşirelik Fak Derg 2014;77–90.

29. Kobak S, Şahin N. Kanserden korunma ve 2030 hedefleri. 3. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi Kitabı s.233, İstanbul, 2012.
30. Gençtürk N. Meme kanserinde korunma. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007;10(4):72-82.
31. Tuncer AM. Kanserin ülkemiz ve dünyadaki önemi, hastalık yükü ve kanser kontrol politikaları. Tuncer AM (editör). Türkiye’de Kanser Kontrolü. Ankara: Koza Matbaacılık; 2009. s.5-8.
32. Spring B, King AC, Pagoto SL, Van Horn L, Fisher JD. Fostering multiple healthy lifestyle behaviors for primary prevention of cancer. American Psychologist 2015;70(2):75-90.
33. Zengin FH, Akbulut G. Mangiferin ve kanser. Bes Diy Derg 2019;47(1):73-81.
34. Steward WP, Brown K. Cancer chemoprevention: a rapidly evolving field. British Journal of Cancer 2013;109:1-7.
35. Nahcivan NO, Seçginli S. Kanserde tarama ve erken tanı. Can G (Editör). Onkoloji Hemşireliği. 2.baskı, Ankara: Nobel kitabevi; 2019. s.41-58
36. Smith RA, Andrew KS, Brooks D, Fedewa SA, Baptiste DM, Saslow D et al. Cancer screening in the United States, 2018: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. CA Cancer J Clin 2018;68:297-316.
37. Akdemir N, Can G. Kanserde tanı yöntemleri, kanserin oluşumu-gelişmesi ve sınıflandırılması. Akdemir N, Can G (editörler). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 5.baskı, Ankara: Akademisyen kitabevi; 2020. s.345-51.
38. Şen F, Aydın A, Kanserde tanı, sınıflandırma ve evrelendirme. Can G (Editör). Onkoloji Hemşireliği. 2.baskı, Ankara: Nobel kitabevi; 2019. s.67-85.
39. Kadakia KC, Hui D, Chisholm GB, Frisbee-Hume SE, Williams JL, Bruera E. Cancer patients perceptions regarding the value of the physical examination. Cancer 2014;120:2215–21.
40. Erdenen F. Tümör belirteçleri. İstanbul Tıp Dergisi 2007;49(4):5215-19.
41. Ceyhan Ö, Kartın PT, Taşçı S. Endoskopi eğitiminin hastalardaki kaygı düzeyine etkisi. Pamukkale Tıp Dergisi 2018;11(3):293-300.
42. Özcan Ö, Erdönmez N, Arıkan S, Ersöz F, Dönmez M, Şentatar E ve ark. Bir eğitim hastanesindeki alt gastrointestinal sistem endoskopik incelemelerinin analizi. Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi 2010;20:53-58.
43. Göl ND, Aşilar RH. Kemoterapi alan kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesinin belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017;6(1):29-39.
44. Atabilen B, Akbulut G, Kolorektal kanser oluşumunda farklı mekanizmalar ve beslenmenin rolü. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2019;39(1):89-107.
45. Özfindık M, Elli M, Dağdemir A. Çocukluk çağı malign baş-boyun tümörlerinin retrospektif incelenmesi. Deneyisel ve Klinik Tıp Dergisi 2011;28:49-54.
46. Özkan TA, Yıldız K, Dillioğlugil Ö. Böbrek hücreli kanser evrelemesi: 2010 TNM sınıflandırma sistemi ve türkiye geçerliliği. Üroonkoloji Bült Derg 2010;11(3):206-2011.

47. Sobin LH, Gospodarowicz MK, Wittekind C. Lip and Oral Cavity. In: Sobin, L. H, Gospodarowicz, MK, Wittekind C (Eds.). TNM classification of malignant tumours. 7th ed. Singapore: A John Wiley & Sons Publ; 2009. p.25-29.
48. Çevik Ö, Aydın U, Gürsoy RN. Kanser tedavisinde lenfatik hedeflendirme. Hacettepe Üniv Eczacılık Fak Derg 2012;32(1):67-90.
49. Arslan S, Fadiloğlu Ç. Kanserde uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2009;2:16-27.
50. Akdemir N, Can G. Kanser tedavileri ve hemşirelik bakımı. Akdemir N, Can G (editörler). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 5.baskı, Ankara: Akademisyen kitabevi; 2020. s.353-73.
51. Çetin A. Kanser Tedasinde Yeni Yaklaşımlar (tez). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi; 2013.
52. Hasbahçeci M, Müslümanoğlu M. Cerrahi tedavi. Can G (Editör). Onkoloji Hemşireliği. 2.baskı, Ankara: Nobel kitabevi; 2019. s.87-94.
53. Formenti SC, Demaria S. Systemic effects of local radiotherapy. The Lancet Oncology 2009;10(7):718-726.
54. Begg AC, Stewart FA, Vens C. Strategies to improve radioteraphy with targeted drugs. Nature Reviews Cancer 2011;11:239-253.
55. Pak Y. Radyasyon onkolojisi ve radyoterapi kavramları. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı 2001;2(1):61-68
56. Kızır A, Güvenli ME. Radyoterapi. Can G (Editör). Onkoloji Hemşireliği. 2.baskı, Ankara: Nobel kitabevi; 2019. s.103-115.
57. Hellevik T, Zubiaurre IM. Radiotherapy and the tumor stroma: the importance of dose and fractionation. Frontiers in Oncology 2014;4(1):1-12.
58. Hutchinson AD, Hosking JR, Kichenadasse G, Mattiske JK, Wilson C. Objective and subjective cognitive impairment following chemotherapy for cancer: A systematic review. Cancer Treatment Reviews 2012;38:926-934.
59. Yıldız İ. Kemoterapi. Can G (Editör). Onkoloji Hemşireliği. 2.baskı, Ankara: Nobel kitabevi; 2019. s.135.156.
60. Liu H, Lv L, Yang K. Chemotherapy targeting cancer stem cells.American Journal of Cancer Research 2015;5(2):880-893.
61. Büker N, Şen F. Kemoterapide hemşirenin rol ve sorumlulukları. Can G (Editör). Onkoloji Hemşireliği. 2.baskı, Ankara: Nobel kitabevi; 2019. s.157-163.
62. Yazıcıoğlu MBI, Ceylaner B, Turna S, Kaşıkçı H. Kanserde hedefe yönelik monoklonal antikör tedavisi. Haliç Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi 2018;1:131-142.
63. Doğan İ, Taştekin D. Hedefe yönelik tedaviler. Can G (Editör). Onkoloji Hemşireliği. 2.baskı, Ankara: Nobel kitabevi; 2019. s.165-170.
64. Abraham J, Staffurth J. Hormonal traphy of Cancer. Journal of Medicine 2016;44(1):30-33.

65. Barboros B, Dikmen M. Kanser immünoterapisi. Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2015;31(49):177-181.
66. Sarı M, Karabulut S. İmmünoterapi. Can G (Editör). Onkoloji Hemşireliği. 2.baskı, Ankara: Nobel kitabevi; 2019. s.191-195.
67. Ören H. Kök hücreler. Dokuz Eylül Üniv Tıp Fak Derg 2019;33(3):271-280.
68. Koçubaba Ş, Tekgündüz E. Hematopoetik kök hücre nakli. Can G (Editör). Onkoloji Hemşireliği. 2.baskı, Ankara: Nobel kitabevi; 2019. s.223-230.
69. Karacan Y, Kapucu SS. Periferik kök hücre naklinde hastalarda görülen anksiyete ve depresyon. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010;13(1):77-82.
70. Gratwohl A, Baldomero H, Aljurf M, Pasquini MC, Bouzas LF, Yoshimi A et al. Hematopoietic stem cell transplantation. JAMA 2010;303(16):1617-24.
71. Bölüktaş PR. Bakımda sonuç göstergesi olarak yaşam kalitesi. Can G (Editör). Onkoloji Hemşireliği. 2.baskı, Ankara: Nobel kitabevi; 2019. s.309-326.
72. Bahar A, Ovayolu Ö, Ovayolu N. Onkoloji hastalarında sık karşılaşılan semptomlar ve hemşirelik yönetimi. Erciyes Üniv Sağlık Bilimleri Fak Derg 2019;6(1):42-58.
73. Uğur Ö. Kanser hastanın semptom yönetimi. Türk Onkoloji Dergisi 2014;29(3):125-135.
74. Çelik Tarakçıoğlu GH. Onkoloji hemşireliğinde semptom yönetimi. Gümüşhane Üniv Sağlık Bilimleri Derg 2016;5(4):93-100.
75. Akdemir N, Can G. Kanser hemşireliğinde semptom kontrolü, onkolojik aciller ve bakım verenin korunması. Akdemir N, Can G (editörler). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 5.baskı, Ankara: Akademisyen kitabevi; 2020. s.375-390.
76. Mollaoğlu M, Erdoğan G. Effect on symptom control of structured information given to patients receiving chemotherapy. European Journal of Oncology Nursing 2014;18:78-84.
77. Bölüktaş PR, Yıldırım Y, Yeşilbalkan ÖÜ, Baykal D, Turan SA, Çömlekçi N ve ark. Kanserde semptom yönetimi ve yaşam kalitesi. Can G (Editör). Onkoloji Hemşireliği. 2.baskı, Ankara: Nobel kitabevi; 2019. s.309-652.
78. Yıldırım Y. Kanser ağrısı. Can G (Editör). Onkoloji Hemşireliği. 2.baskı, Ankara: Nobel kitabevi; 2019. s.327-345.
79. Wagner LI, Cella D. Fatigue and cancer: causes, prevalence and treatment approaches. British Journal of Cancer 2004;91:822-828.
80. Yeşilbalkan ÖÜ. Yorgunluk. Can G (Editör). Onkoloji Hemşireliği. 2.baskı, Ankara: Nobel kitabevi; 2019. s.347-358.
81. Barrera R. Nutritional support in cancer patients. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition 2002;26(5):63-71.
82. Sonis ST. Oral mucositis in cancer therapy. The Journal of Supportive Oncology 2004;2(6):3-8
83. Karadakovan A. Mukozit. Can G (Editör). Onkoloji Hemşireliği. 2.baskı, Ankara: Nobel kitabevi; 2019. s.415-426.

84. Naim A, Dy SM Lorenz KA, Sanati A, Walling A, Asch SM. Evidence-based recommendations for cancer nausea and vomiting. *Journal of Clinical Oncology* 2008;26(23):3903-3910.
85. Buluş M. Bulantı ve Kusma. Can G (Editör). *Onkoloji Hemşireliği*. 2.baskı, Ankara: Nobel kitabevi; 2019. s.427-436.
86. Uronis HE, Currow DC, McCorry DC, Samsa GP, Abernethy AP. Oxygen for relief of dyspnoea in mildly- or non-hypoxaemic patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Cancer* 2008;98:294-299.
87. Kocatepe V. Dispne. Can G (Editör). *Onkoloji Hemşireliği*. 2.baskı, Ankara: Nobel kitabevi; 2019. s.397-397-408.
88. Lustberg MB, Management of neutropenia in cancer patients. *Clin Adv Hematol Oncol* 2012;10(12):825-826.
89. Gönderen HS. Kapucu S. Nötropenik hastada nötropeniyi değerlendirme kriterleri ve hemşirelik bakımı. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2009:69-75.
90. Turan SA. Nötropeni. Can G (Editör). *Onkoloji Hemşireliği*. 2.baskı, Ankara: Nobel kitabevi; 2019. s.367-374.
91. Forman AD, Peripheral neuropathy and cancer. *Current Oncology Reports* 2004;6:20-25.
92. Zis P, Varrassi G. Painful peripheral neuropathy and cancer. *Pain Ther* 2017;6:115-116.
93. Arıkan F, Kurt S. Periferik nöropati. Can G (Editör). *Onkoloji Hemşireliği*. 2.baskı, Ankara: Nobel kitabevi; 2019. s.591-600.
94. Saklı K, Zencirci AD. Taksan ve platin alan hastalarda periferik nöropati ve nöropatik ağrıya yönelik hemşirelik girişimleri: sistematik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2013;1:61-73.
95. Gilbar P, Hain A, Peereboom VM. Nail toxicity induced by cancer chemotherapy. *Journal of Oncology Pharmacy Practice* 2009;15(3):143-155.
96. Yeşilbalkan ÖU, Özkaraman A. Tırnak değişiklikleri. Can G (Editör). *Onkoloji Hemşireliği*. 2.baskı, Ankara: Nobel kitabevi; 2019. s.499-502.
97. Dua P, Heiland MF, Kracen AC, Deshields TL. Cancer-related hair loss: a selective review of the alopecia research literature. *Psycho-Oncology* 2017;26:438-443.
98. Trüeb RM. Chemotherapy-induced alopecia. *Patient Education and Counseling* 2009;28:11-14.
99. Yangın HB. Alopesi. Can G (Editör). *Onkoloji Hemşireliği*. 2.baskı, Ankara: Nobel kitabevi; 2019. s.481-489.
100. Daştan NB, Buzlu S. Psikososyal Distres. Can G (Editör). *Onkoloji Hemşireliği*. 2.baskı, Ankara: Nobel kitabevi; 2019. s.601-616.
101. Müezzinoğlu T. Yaşam kalitesi. *Üroonkoloji Bülteni*. 2005;1:25-29.
102. Ertem G, Kalkım A, Bulut S, Sevil Ü. Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009;2(2):4-12.

103. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991;7(2):6-9.
104. Kurt SS, Ünsar S. Kanserli hastalarda edmonton semptom tanılama ölçeği (ESTÖ): türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009;4(11):79-95.
105. Bektaş HA, Akdemir N. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2006;6(5):488-499.
106. Greimel E, Thiel I, Peintinger F, Cegnar I, Pongratz E. Prospective assessment of quality of life of female cancer patients. *Gynecologic Oncology* 2002;85:140 –147.
107. Altıparmak S, Fadiloğlu Ç, Gürsoy ŞT, Altıparmak O, Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Ege Tıp Dergisi* 2011;50(2):95-102.
108. Bektas HA, Akdemir N. Reliability and validity of the functional living index–cancer in turkish cancer patients. *Cancer Nursing; An International Journal for Cancer Care* 2008;31(1):1-7.
109. Schipper H, Clinch J, McMurray A et al. Measuring the quality of life of cancer patients: The functional living index-cancer: Development and validation. *J Clin Oncol* 1984;2 (5):472-483.
110. Kurt S, Unsar S. Assessment of symptom control patients with cancer in northwestern turkey. *European Journal of Oncology Nursing* 2011;(15):137-144.
111. Gül E, Kalkın A, Bulut S, Sevil Ü. Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009;2(2):4-12.
112. Hintistan S, Çilingir D, Nural N, Gürsoy AA. Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;1(3):153-164.
113. Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş. Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2013;12(3):219-224.
114. Özdemir Ü. Taşçı S, Kartın P, Çürük GN, Nemli A, Karaca H. Kemoterapi alan bireylerin fonksiyonel durumu ve bakım verenlerin yükü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2017;4(1):49-61.
115. Pınar G, Algier L, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi* 2008;3(18):141-149.
116. Kutlu R, Çivi S, Börüban MC, Demir A. Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Selçuk Üniv Tıp Derg* 2011;27(3):149-153.
117. Öz ZS. Kemoterapi Alan Hematolojik Malignansili Hastalarda Yaşam Kalitesi (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.

118. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K ve Aker T. Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008;9:59-66.
119. Çubukçu NÜ, Çınar S. Kemoterapi alan kanserli hastalarda oral mukozitler önlenbilir mi? *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2012;2(4):155-163.
120. Aslan Ö, Vural H, Kömürvü Ş, Özet A. Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;10(1):15-28.
121. Gelin D, Ulus B. Hastanede kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;6(1):31-35.
122. Subaşı D. Kanser Ağrısı Deneyimleyen Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Baş Etme Tutumlarının Değerlendirilmesi (tez). Mersin: Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
123. Kim SH, Son BH, Hwang SY, Han W, Yang JH, Lee S ve Yun YH. Fatigue and depression in disease-free breast cancer survivors: prevalence, correlates, and association with quality of life. *Journal of Pain and Symptom Management* 2008;35(6):644-655.
124. Peppone LJ, Mustian KM, Morrow GR, Dozier AM, Ossip DJ, Janelins MC, Sprod LK ve McIntosh S. "The Effect of Cigarette Smoking on Cancer Treatment-Related Side Effects". *Oncologist* 2011;16(12):1784-92.
125. Gülcivan G, Topçu B. Meme kanserli hastaların yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Namık Kemal Tıp Dergisi* 2017;5(2):63-74.
126. Kulu A. Mesane Tümörlü Hastalara Uygulanan Cerrahi Girişimler Sonrası Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
127. Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005;21:13-31.
128. Afşar, F. Kanserli Bireylerde Ağrı ve Ağrı ile Başetme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2002.
129. Gürel KD. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Onkoloji, Hematoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi (tez). Adana: Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
130. Dehkordi A, Heydarnejad MS ve Fatehi D. Quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *Oman Medical Journal* 2009;24(3):204-207.
131. Güren E, Tekgül S, Bilaçeroğlu S, Arslan S, Çimen P, Taşdöğen N ve ark. Akciğer kanserli hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyindeki değişimler. *Göğüs Hastanesi Dergisi*. 2005;19(3):83-91.

132. Kaçan T, Babacan NA, Kılıçkap S, Şeker MM, Yücel B, Uncu T ve ark. Non-metastatik mide kanserli olgularda prognostik faktörler. Cumhuriyet Tıp Derg 2013;35:326-331.
133. Ateş S, Olgun N. Kemoterapiye bağlı alopesi ve yaşam kalitesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014;67-80.



ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİLLER

Sayfa

Şekil 1: Türkiye 2020 Yılı Erkeklerde Her Yaştan Yeni Vaka Sayısı.....	4
Şekil 2: Türkiye 2020 Yılı Kadınlarda Her Yaştan Yeni Vaka Sayısı.....	4
Şekil 3: Avrupa Birliği Kanseriyle Mücadele 12 kodu.....	7
Şekil 4: Amerikan Kanser Birliği'nin Semptomsuz Bireyler İçin Kanser Tarama Önerileri...	9
Şekil 5: Kanser 7 Alarm İşareti.....	11
Şekil 6: Bazı Malignitelerde Sık Kullanılan Tümör Belirteçleri.....	11
Şekil 7: TNM Klinik Evrelendirmesi.....	14
Şekil 8: ECOG Performans Skorlaması.....	15
Şekil 9: Kemoterapotik İlaç Grupları, İlaçlar, Etki Mekanizmaları ve Yan Etkileri.....	18
Şekil 10: Kemoterapide Sık Kullanılan Protokol Örnekleri.....	19
Şekil 11: Hedefe Yönelik Tedavilerde Hedef Seçilen ve Tercih Edilen Moleküller.....	20
Şekil 12: İmmünoterapide Sık Karşılaşılan Toksikler.....	21
Şekil 13: Fonksiyonel Yaşam Ölçeği'nin Alt Başlıkları.....	39
Şekil 14: Tedavi Sürecinde Meydana Gelen Semptomların Dağılımı.....	46

TABLOLAR

Tablo 1: Hastaların kişisel özelliklerinin dağılımı.....	42
Tablo 2: Hastaların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	43
Tablo 3: Edmonton semptom tanılama ölçeği (ESTÖ) puan dağılımları.....	45

Tablo 4: Fonksiyonel yaşam ölçeği (FYÖ) puan dağılımları.....	47
Tablo 5: Hastaların yaşları ile edmonton semptom tanılama ölçeği ve fonksiyonel yaşam ölçeği puanları arasındaki ilişki.....	48
Tablo 6: Cinsiyet durumuna göre hastaların edmonton semptom tanılama ve fonksiyonel yaşam ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları.....	49
Tablo 7: Eğitim düzeyine göre hastaların edmonton semptom tanılama ve fonksiyonel yaşam ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları.....	50
Tablo 8: Meslek durumuna göre hastaların edmonton semptom tanılama ve fonksiyonel yaşam ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları.....	51
Tablo 9: Aktif olarak çalışma durumuna göre hastaların edmonton semptom tanılama ve fonksiyonel yaşam ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları.....	52
Tablo 10: Gelir durumuna göre hastaların edmonton semptom tanılama ve fonksiyonel yaşam ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları.....	53
Tablo 11: Sigara kullanımına göre hastaların edmonton semptom tanılama ve fonksiyonel yaşam ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları.....	54
Tablo 12: Alkol kullanımına göre hastaların edmonton semptom tanılama ve fonksiyonel yaşam ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları.....	55
Tablo 13: Kanser dışında bir kronik hastalık varlığına göre hastaların edmonton semptom tanılama ve fonksiyonel yaşam ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları.....	56
Tablo 14: Kanser tanı tipine göre hastaların edmonton semptom tanılama ve fonksiyonel yaşam ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları.....	57
Tablo 15: Hastalık yayılım durumuna göre hastaların edmonton semptom tanılama ve fonksiyonel yaşam ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları.....	58
Tablo 16: Hastaların tanı süresi ile edmonton semptom tanılama ölçeği ve fonksiyonel yaşam ölçeği puanları arasındaki ilişki düzeyi.....	59
Tablo 17: ECOG Performans skoru sınıflamasına göre hastaların edmonton semptom tanılama ve fonksiyonel yaşam ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları.....	60
Tablo 18: Cerrahi tedavi ve radyoterapi yapılma durumuna göre hastaların edmonton semptom tanılama ve fonksiyonel yaşam ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları.....	61

Tablo 19: Kemoterapi kür sayısına göre hastaların edmonton semptom tanılama ve fonksiyonel yaşam ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları.....	63
Tablo 20: Öncesinden kemoterapi alma durumuna göre hastaların edmonton semptom tanılama ve fonksiyonel yaşam ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları.....	64
Tablo 21: Edmonton semptom tanılama ölçeği (ESTÖ) puanları ile fonksiyonel yaşam ölçeği (FYÖ) arasındaki ilişki.....	66



ÖZGEÇMİŞ

İlköğrenimi ve lise öğrenimini Lüleburgaz'da tamamladı. 2013 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde başladığı lisans öğrenimini 2016 yılında tamamladı. 2016-2017 yılları arasında farklı özel hastane kurumlarında hemşire olarak görev aldı. Eylül 2017 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım Servisi'nde göreve başladı. Eylül 2019 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Bölümünde yüksek lisans eğitime başladı.

Ağustos 2021 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahi bölümünde hemşire olarak çalışmaya başlamış olup, halen bu görevi sürdürmektedir. İngilizce bilmektedir. Evli ve 1 çocuk sahibidir.

EKLER

Ek I: Etik Kurul İzni

Ek II: Kurum izinleri

Ek III: Kişisel ve Hastalıkla İlgili Özellikler Bilgi Formu

Ek IV: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği

EK V: Fonksiyonel Yaşam Ölçeği-Kanser (Functional Living Scale-Cancer)

EK VI: İzin Metni

ETİK KURUL ONAY FORMU (EK I)

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TUTF-BAEK 2020/370
	PROTOKOL ADI	Kanserli Hastalarda Semptom Kontrolü ve Fonksiyonel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi Seda KURT
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	
	DESTEKLEYİCİ	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 15/25	Tarih: 28.09.2020
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Seda KURT'un sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Berkay ERTN'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TUTF-BAEK Yönergesi
----------------------	---------------	---

ÜYELER					
Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülşüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H
Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E H	E H
Prof. Dr. Işık GÖRKER Üye	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Filiz TÖTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Serhat OĞUZ Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd

KURUM İZNİ (EK II)

Evrak Tarih ve Sayısı: 17.02.2021-19808



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı :E-37864143-302.14.03-19808
Konu :İzleme

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü'nün 17/02/2021 tarih ve E.19561 sayılı yazısı.

Anabilim Dalınız yüksek lisans programı öğrencisi Berkay ERTİN'in "Kanserli Hastalarda Semptom Kontrolü ve Fonksiyonel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'nda yapma isteğinin uygun görüldüğüne ilişkin ilgi yazı ektedir.

Bilgilerinizi ve adı geçen öğrencinin bilgilendirilmesi hususunda gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü

Ek:Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü'nün Yazısı.

Evrak Tarih ve Sayısı: 17.02.2021-19561



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



Sayı : E-79056779-600-19561
Konu : Anketler (Berkay ERTİN)

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : a) 01.02.2021 tarihli ve 044-E.12427 sayılı yazı
b) 16.02.2021 tarihli ve 600-E.18972 sayılı yazı

İlgi (a) yazınıza istinaden Hastanemiz İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığının düzenlemiş olduğu ilgi (b) yazısı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Abdullah TAŞ
Merkez Müdürü

Ek:İlgi (b) Yazı (2 sayfa)

Evrak Tarih ve Sayısı: 15.02.2021-18322



T.C.
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : E-30804820-020-18322
Konu : Olurlar, Onaylar

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Berkay ERTİN'nin "Kanserli Hastalarda Symptom Kontrolü ve Fonksiyonel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını bölümümüzde sürdürmesinde herhangi bir sakınca görülmemektedir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. İrfan ÇİÇİN
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanı

KİŞİSEL VE HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU (EK III)

A. KİŞİSEL ÖZELLİKLER

1. Yaş:
2. Cinsiyet: 1) Erkek 2) Kadın
3. Mesleği:
4. Medeni durumu: 1) Evli 2) Bekar
5. Eğitim durumu: 1) İlk öğretim 2) Lise 3) Üniversite ve üzeri
6. Meslek: 1) Serbest Meslek 2) Ev Hanımı 3) Memur 4) İşçi
5) Diğer.....
7. Çalışma durumu: 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor
8. Sağlık güvencesi: 1) Var 2) Yok
9. Gelir durumu: 1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere eşit 3) Gelir giderden fazla
10. Sigara kullanımı: 1) Hayır 2) Evet 3) Bırakmış; bırakmış ise ne zaman:
11. Sigara kullanıyor ise:
Miktarı: günde.....tane.....yıl.....
12. Alkol kullanımı: 1) Hayır 2) Evet 3) Bırakmış; bırakmış ise ne zaman:
13. Alkol kullanıyor ise:
Miktarı: ayda.....kez.....yıl.....
14. Kansere dışında başka kronik hastalık varlığı: 1) Evet 2) Hayır
Cevabınız evet ise hastalığın tanısı:

B. HASTALIK VE TEDAVİYE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

1. Hastalığın tanısı.....
2. Hastalığın durumu: 1) Primer 2) Metastatik;
3. İlk hastalık tanısı ne zaman kondu (yıl):

4. ECOG Performans Skoru:

- 0 Aktivite düzeyi normal
- 1 Hastalığı semptomları var, fakat günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yeterli
- 2 Gününün %50'sini yatak dışında geçirir, genellikle desteğe ihtiyacı var
- 3 Gününün %50'sinden fazlasını yatak içinde geçirip hemşirelik bakımına ihtiyacı var
- 4 Yatağa bağımlı, hospitalizasyona ihtiyacı olabilir.

5. Kanseri tanısı ile ilişkili cerrahi tedavi olmuş mu? 1) Evet 2) Hayır

6. Kanseri tanısı ile ilişkili radyoterapi almış mı? 1) Evet 2) Hayır

7. Şu anda hastanede bulunma nedeni

- 1) Kemoterapi tedavisi
- 2) Semptomatik tedavi
- 3) Diğer.....

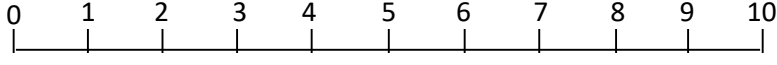
8. Toplam aldığı kemoterapi kür sayısı:.....

9. Öncesinde aldığı başka bir kemoterapi protokolü var mı? 1) Evet 2) Hayır

Cevabınız evet ise toplam kür sayısı:

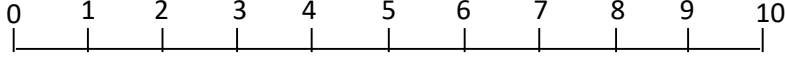
EDMONTON SEMPTOM TANILAMA ÖLÇEĞİ (ESTÖ) (EK IV)

Durumunuzu en iyi ifade eden rakamı daire içine alınız:



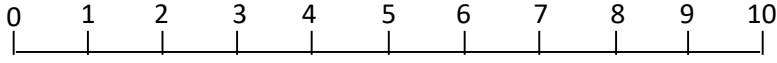
Ağrı yok

Ağrı çok fazla



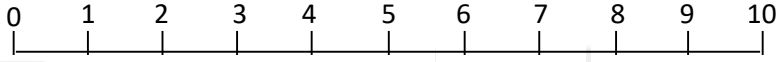
Yorgun değilim

Aşırı yorgunum



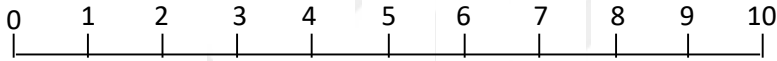
Bulantım yok

Bulantım çok fazla



Üzüntülü değilim

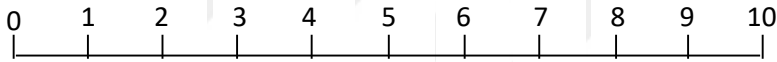
Üzüntüm çok fazla



Endişeli değilim

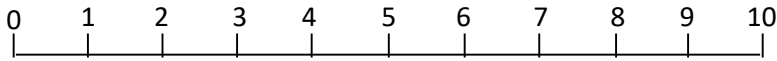
“

Endişem çok fazla



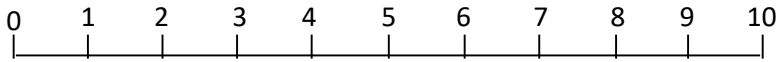
Uykusuz değilim

Uykusuzluğum çok fazla



İştahsız değilim

İştahsızlığım çok fazla

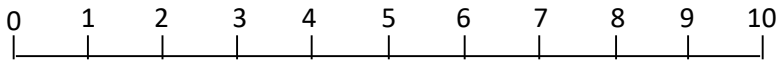


Kendimi çok

İyi hissediyorum

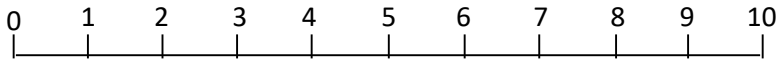
Kendimi çok kötü

hissediyorum



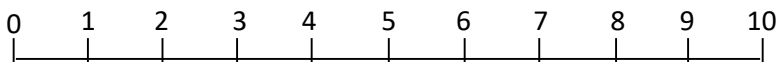
Nefes darlığım yok

Nefes darlığım çok fazla



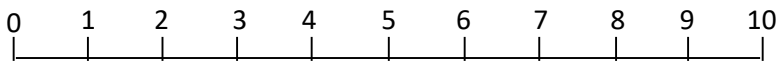
Cildimde ve tırnaklarımda
değişiklik yok

Cildimde ve tırnaklarımda
çok fazla değişiklik var



Ağızımda hiç yara yok

Ağızımda çok fazla yara var



Ellerimde uyuşma yok

Ellerimde uyuşma çok fazla

FONKSİYONEL YAŞAM ÖLÇEĞİ-KANSER(Functional Living Scale-Cancer) (EK V)

Lütfen aşağıdaki sorulara son iki hafta içindeki aktivitelerinize ve sağlık durumunuza göre cevap veriniz.

1. Çoğu insan zaman zaman depresyon belirtileri hisseder. Siz bu duyguları ne kadar sıklıkla hissediyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Hiçbir zaman Sürekli

2. Günlük yaşamınızdaki sorunlarınızı kolay çözebiliyor musunuz?

1 2 3 4 5 6 7
İyi değil Çok iyi

3. Hastalığınız ne kadar sık aklınıza geliyor?

1 2 3 4 5 6 7
Devamlı Hiçbir zaman

4. Dinlenmeye fırsat bulabiliyor musunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Fırsat bulabiliyorum Hiç fırsat bulamıyorum

5. Bulantı günlük işlerinizi etkiliyor mu?

1 2 3 4 5 6 7
Hiç etkilemiyor Çok etkiliyor

6. Bugün kendinizi ne kadar iyi hissediyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Son derece kötü Son derece iyi

7. Bugün kendinizi yemek pişirecek / küçük ev işleri yapabilecek kadar yeterli hissediyor musunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Çok yeterli Çok yetersiz

8. Son iki haftada hastalığınız yakınlarınıza zorluk yaşattı mı?

1 2 3 4 5 6 7
Hiç zorluk yaşatmadı Çok fazla zorluk yaşattı

9. Yasama isteğinizin azaldığını ne sıklıkla hissediyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Daima Hiçbir zaman

10. Son bir ay içinde iş yerinde / evdeki verimliliğinizden memnun musunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Hiç memnun değilim Çok memnunum

11. Bugün kendinizi ne kadar huzursuz hissediyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Hiç huzursuz hissetmiyorum Çok huzursuz hissediyorum

12. Size göre, hastalığınız, son iki haftada, en yakınlarınızla ilişkilerinizi ne kadar bozdu?

1 2 3 4 5 6 7
Tamamen bozdu Hiç bozmadı

13. Ağrı ya da rahatsızlıklar günlük aktivitelerinizi ne kadar etkiliyor?

1 2 3 4 5 6 7
Hiç etkilemiyor Çok etkiliyor

14. Son iki haftada hastalığınız size kişisel olarak ne kadar zorluk yaşattı?

1 2 3 4 5 6 7
Çok fazla zorluk yaşattı Hiç zorluk yaşatmadı

15. Ev ile ilgili günlük sorumluluklarınızın ne kadarını tamamlayabiliyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Hepsini Hiçbirini

16. Son iki haftada en yakınlarınızı görmeye / onlarla birlikte zaman geçirmeye ne kadar istekliydimiz?

1 2 3 4 5 6 7
İsteksizdim Çok istekliydım

17. Son iki haftada kaç kez bulantınız oldu?

1 2 3 4 5 6 7
Hiç olmadı Çok fazla oldu

18. Gelecekte ne kadar korkuyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Devamlı korkuyorum Hiç korkmuyorum

19. Son iki haftada arkadaşlarınızı görmeye / onlarla birlikte zaman geçirmeye ne kadar istekliydimiz?

1 2 3 4 5 6 7
İsteksizdim Çok istekliydım

20. Sizce son iki haftada yaşadığınız ağrı ya da rahatsızlıkların ne kadar hastalığınızla ilgiliydi?

1 2 3 4 5 6 7
Hiçbiri Hepsi

21. Size uygulanan tıbbi tedaviye ne kadar güveniyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Hiç güvenmiyorum Çok güveniyorum

22. Sizce bugün ne kadar iyi görünüyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Son derece iyi Son derece kötü

İZİN METNİ (EKVI)

Sevgili Berkay,

Geçerlik ve güvenilirliğini yaptığımız Fonksiyonel Yaşam Ölçeği-Kanser (Functional Living Scale-Cancer) tez çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Ekte ölçek ile ilgili bilgileri ve makaleyi bulabilirsiniz.

İyi çalışmalar dileklerle,

Prof.Dr. Hicran BEKTAŞ
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Dekan Yardımcısı

Kimden: _____ [_____]

Gönderildi: 22 Haziran 2020 Pazartesi 17:43

Kime: Hicran Bektas

Konu: Fonksiyonel Yaşam Ölçeği-Kanser (Functional Living Scale-Cancer) izini hakkında

Sayın Hicran AYDIN BEKTAŞ,

Geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığımız Fonksiyonel Yaşam Ölçeği-Kanser (Functional Living Scale-Cancer) izninizle, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğretim Üyesi Seda KURT ile birlikte yapacağımız tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Çalışma ölçeği ve ölçeğin değerlendirilmesiyle ilgili yardımcı olursanız çok seviniriz. Teşekkür ederim.

İyi çalışmalar,
Saygılarımla.

Hemşire - Berkay ERTİN
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi

