**1. GİRİŞ**

**1.1. Problemin Tanımı ve Önemi**

Kanser, hücrelerin kontrolsüz şekilde çoğalması ve normal olmayan yayılımı ile seyreden kronik bir hastalıktır (Aslan, ve ark., 2006; Dedeli, ve ark., 2008). Kanser, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin evrensel sorunu haline gelmiştir (Çivi, ve ark., 2011; Lafçı, 2009; Usta-Yeşilbalkan, ve ark., 2005). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2012 yılı verilerine göre; kanser ölüm oranlarının 2008 yılında yılda 7.6 milyon olarak hesaplandığı ve bu oranın 2030 yılında 13 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Yine DSÖ 2012 yılı verilerine göre; 2008 yılında ölümlerin ilk sırada %48 ile kalp-damar hastalıklarına, ikinci sırada %21 ile kansere bağlı olduğu; kansere bağlı ölümlerin 2/3’den fazlasının düşük ve orta gelir düzeyi olan ülkelerde görüldüğü, en sık ölüme yol açan kanserlerin sırası ile akciğer, meme, kolon-rektum, mide ve karaciğer kanserleri olduğu bildirilmektedir.DSÖ’ne göre; 2008 yılında Türkiye’de 30-70 yaş arası bireylerde tüm nedenlere bağlı mortalite hızı yüz binde 550, kansere bağlı mortalite hızı yüzbinde 163’tür (World Health Statistics, 2012).

Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 2010 yılı verilerine göre; Türkiye’de yıllara ve cinsiyetlere göre kanser insidansı 2007 yılında erkeklerde yüzbinde 271.7, kadınlarda yüzbinde 166.8; 2008 yılında erkeklerde yüzbinde 275.4, kadınlarda yüzbinde 169.9 olarak bildirilmektedir. Aynı verilere göre; 2007 yılında kadınlarda en sık görülen kanserler sıra ile meme, tiroid, kolorektal, mide ve uterus; erkeklerde trakea, akciğer ve bronş, prostat, mesane, kolorektal ve mide kanserleridir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2010).

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) Devlet Planlama Örgütü 2011 yılı verilerine göre, nüfus 294.906 olup; KKTC Sağlık Bakanlığı’nın 2011 yılı raporlarına göre, 2010-2011 tarihleri arasında yeni tanı almış kanser vaka sayısı 493’dür. Bunların 243’ü kadın, 250’si erkeklerden oluşmaktadır. Görülen kanser türleri kendi içinde değişiklik gösterirken ilk üç sırayıda tiroid, meme ve cilt kanseri yer almaktadır (K.K.T.C. Sağlık Bakanlığı İstatistikleri, 2011). Kıbrıs’ta tüm ölümlere bağlı mortalite hızı yüzbinde 243, kansere bağlı mortalite hızı yüzbinde 75’tir (World Health Statistics, 2012).

Kanser hastalığının görülme sıklığındaki artışla birlikte, kanserin fizyolojisi çözülmüş ve tedavisinde önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Günümüzde kanserin tedavi yöntemleri kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve immünoterapidir (Aslan, ve ark., 2006; Dedeli, ve ark., 2008). Hastaların bireysel ve hastalık özelliklerine göre bu tedavi yöntemlerinden biri ya da birkaçı birlikte kullanılmaktadır. Bu tedavi yöntemleri, kanserli bireylerin yaşam süresinin uzatılmasına ve yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik uygulanmakta olup, pek çok yan etkileri bulunmaktadır (Ertem, ve ark., 2009; Usta-Yeşilbalkan, ve ark., 2005). Kanser tedavisinde en sık kullanılan yöntem olan kemoterapi, kanserli hücrelerin gelişip çoğalmasını engellemek amacı ile uygulanmaktadır. Ancak ilaçlar normal vücut hücreleri olan; bağırsak ve ağız mukoza epiteli, testisin jerminatif epiteli, kemik iliğinin hematopoetik hücreleri, kıl folikülü hücrelerine zarar vermekte, embriyo ve fetüsün gelişip çoğalmasını engellemektedir (Hindistan, ve ark., 2012). Kemoterapinin bireyde görülen yan etkileri ilacın özellikleriyle ilişkili olarak farklılık göstermekle birlikte en sık görülen semptomlar; bulantı, kusma, iştahsızlık, tat değişiklikleri, kaşeksi, kemik iliği baskılanması (anemi, lökopeni, trombositopeni), saç dökülmesi, mukozit, cilt problemleri, uykusuzluk, nörolojik problemler, dispne, ağrı, göz problemleri, halsizlik, yorgunluk, depresyon, anksiyete ve cinsel problemler olarak sıralanmaktadır (Bruera ve ark., 2001; Dedeli, ve ark., 2008; Kurt-Sadırlı ve Ünsar, 2009; Usta-Yeşilbalkan, ve ark., 2005). Tedavilerin ve hastalığın genel seyri sırasında yaşanabilecek olumsuzlukların yarattığı stres ile tedaviye bağlı istenmeyen yan etkiler, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Ertem, ve ark., 2009; Ateşçi ve ark., 2003; ). Kemoterapi tedavisinde yaşanılan semptomlarla bağlantılı olarak görülen rahatsızlıklar, kanserli birey ve ailesinin fiziksel, sosyal, emosyonel ve ekonomik olarak dengelerini alt üst etmekte, kanserli bireyin yaşamdan doyum almasını engellemekte, yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve tedaviye uyum sürecini bozmaktadır (Alacıoğlu, ve ark., 2012; Aslan, ve ark., 2006; Yazıcı-Korkmaz, 2008).

Kanserin ilerlemesi ve buna bağlı uygulanan tedavilerin sonucunda ortaya çıkan semptomların morbiditeyi, tedavinin etkinliğini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemesinden dolayı, semptomların saptanmasında, kontrolünde, önlenmesinde sağlık personeline özellikle hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir (Aslan, ve ark., 2006; Usta-Yeşilbalkan, ve ark., 2005; Yıldırım, ve ark., 2011). Hemşireler, hastanın ve ailesinin kanser tanısıyla ve tedaviye bağlı görülen yan etkilerle baş etmelerinde önemli rollere sahiptirler (Kutlu, ve ark., 2011; Özkan, ve ark., 2007; Usta-Yeşilbalkan, ve ark., 2010). Hemşirenin tedavi sürecinde semptomları zamanında, düzenli ve tam olarak değerlendirebilmesi; hastaya uygun tedavi uygulanması, uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması ve hastanın yaşam kalitesinin artırılması açısından önemlidir (Aslan, ve ark., 2006). Semptomlar iyi değerlendirilip yönetildiğinde, bireylerin yaşam kalitesi de olumlu yönde artış göstermektedir (Kutlu, ve ark., 2011; Özkan, ve ark., 2007). Bu nedenle kanserli bireylerin yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi önem kazanmaktadır. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, verilen hizmetin gelişmesi ve hemşirelik bakımının profesyonelleşmesinde katkı sağlayabilir.

Kanserli bireylerde tedavi yöntemleri, semptom kontrolü, fizyolojik ve psikolojik iyilik halinin sürdürülmesi, hastalık ve tedavi nedeni ile ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarının önlenmesi ve bu sorunlarla başetme, olumlu sağlık davranışı geliştirme, özbakım gücünü artırma, danışmanlık ve eğitim verme gibi konularda kaliteli hemşirelik bakımı verilebilmesi için, bu bireylerin yaşadıkları semptomların ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi gerekmektedir. Hemşireler hasta ve aileleri ile sürekli iletişim halinde oldukları için, hemşirelerin semptomların kontrol altına alınması, hastaların duygu ve düşüncelerinin paylaşılması, fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi, iyileştirilmesi ve yaşam kalitelerinin artırılmasında önemli rolleri olduğu bilinmektedir.

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde son yıllarda kanser tanısı konulan birey sayısı artış göstermekte olup, kemoterapi tedavisi uygulanan kanserli bireylerin yaşadıkları semptomların ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesine yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle, literatürde kanserli bireyler için geliştirilen ve sık kullanılan Rotterdam Semptom Checklisti ile EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak, kanserli bireylerin yaşadıkları semptomların ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi planlanmıştır. Bu çalışmanın, kemoterapi uygulanan kanserli bireylere özgü hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanmasında, bireylerin yaşam kalitelerinin iyileştirilmesinde, hemşirelik bakım kalitesinin artırılmasında, kanserli bireylere bakım veren hemşirelere ve klinisyenlere rehber oluşturmada katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

**1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma, kemoterapi tedavisi uygulanan kanserli bireylerde semptomların ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırmanın Soruları

1. Kemoterapi tedavisi uygulanan kanserli bireylerde semptom yaşama durumu nedir?
2. Kemoterapi tedavisi uygulanan kanserli bireylerin yaşam kaliteleri ne düzeydedir?
3. Kemoterapi tedavisi uygulanan kanserli bireylerde, sosyo-demografik değişkenlerin semptom yaşamaya etkisi var mıdır?
4. Kemoterapi tedavisi uygulanan kanserli bireylerde sosyo-demografik değişkenlerin yaşam kalitesi üzerinde etkisi var mıdır?
5. Kemoterapi tedavisi uygulanan kanserli bireylerde, semptomları yoğun yaşayan bireyler ile daha az yaşayan bireylerin yaşam kaliteleri arasında farklılık var mıdır?

**2. GENEL BİLGİLER**

**2.1. Kanserin Tanımı ve Önemi**

Kanser, kromozomları yapısal değişime uğramış hücre çekirdeklerinin hatalı mesajlar göndermesi sonucu kontrolsüz bölünme, anormal çoğalma ve dağılım gösteren bir hastalıktır. Bu hastalık hücrenin genlerinde meydana gelen, somatik ve kalıtsal mutasyonlarda biriken genetik değişikliklerden kaynaklanan, hücrenin kontrolsüz büyüyüp, çoğalmasıyla karakterize bir durumdur. Kanser insan vücudunda tek bir bölgeyle sınırlı kalmayıp, tüp doku ve organlara yayılım gösterebilmektedir (Follwell ve ark., 2009; Karakoç, 2008; Kurt- Sadırlı ve Ünsar, 2009).

Dünyada 1960’larda ölümler çoğunlukla enfeksiyon hastalıklarından kaynaklanırken, günümüzde en çok ölüm nedeni kanserinde içinde yer aldığı kronik hastalıklar olarak belirlenmiştir. DSÖ’nün 2012 yılı verilerine göre, 2008 yılında ölüm nedenleri arasında %48’lik oranla ilk sırada kalp hastalıkları ve %21 oranla kanser ikinci sırada gelmektedir (World Health Statistics, 2012).

Kanser nedeniyle ölümler 2008 yılında 7.6 milyon olarak hesaplanırken, 2030 yılından 24 milyon insanın kansere yakalanacağı ve 13 milyon insanın hayatını bu nedenle kaybedeceği belirtilmektedir. Beklenen bu rakamların %75’nin Türkiye’nin de içinde bulunduğu gelişmekte olan ülkelerde olması beklenmektedir (Tuncer, 2009). Türkiye’de kansere bağlı ölüm oranı yüzbinde 163 olarak verilirken, KKTC’de bu oran yüzbinde 75’tir (World Health Statistics, 2012).

Kanserin, yaş, cinsiyet, coğrafi dağılım, çevre faktörlerine göre özelliklerinin ve sıklığının belirlenmesi; kanser tarama, korunma ve kontrol çalışmalar konusunda stratejilerin oluşturulmasında ve gereken önlemlerin alınmasında önemli katkılar sağlamaktadır (Akdemir ve Birol, 2005; Tuncer, 2009).

Kanser bildirimi zorunlu bir hastalık olması nedeni ile, yapılan kayıt altına alma çalışmaları ülkenin sağlık politikalarının şekillenmesini sağlamaktadır. Kanserden korunmada birincil, ikincil ve üçüncül olmak üzere üç basamaklı yol izlenmektedir. Birincil basamakta olan primer koruma; toplumu tütün kullanımı, beslenme alışkanlıkları gibi konularda eğiterek maliyeti az, fakat koruma etkisi yüksek çalışmaları kapsamaktadır. İkincil basamakta olan sekonder korumada; tarama testlerini sık aralıklarla yaparak ve farkındalığı artırarak erken tanı çalışmaları ile yaşam süresini daha da artırılabilmek hedeflenmektedir. Üçüncül basamak olarak tersiyer koruma tanı konulduktan sonra tedavi seçeneklerinin geliştirildiği aşamadır. Gelişmekte olan toplumlarda sağlık politikaları daha çok üçüncü basamak olarak hizmet vermektedir (Akdemir ve Birol, 2005; Subaşı, 2010).

Kanser hastalığında sürecin zorluğu ve tedavinin olumsuz yan etkileri hasta bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Kemoterapi tedavisi ve beraberinde görülen yan etkiler tedavi sürecinin yavaşlamasına ve yarıda bırakılmasına neden olmaktadır. Kemoterapi tedavisinde amaç bireyin hayatını kurtarmak olsa da yaşanan olumsuzluklar bireyin sağlığını, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve mortalite oranını yükseltmektedir (Dedeli ve Karadeniz, 2009; Karakoç, 2008; Tuncer, 2009).

**2.2. Kanserde Tedavi Şekilleri**

Kanser tedavisinde uygulanacak tedavi programı belirlenmeden önce hastanın performansı, fonksiyonel durumu ve beslenmesi değerlendirilmelidir. Hastanın genel durumu ile tedavinin başarısı arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Hastanın durumu çeşitli ölçekler kullanılarak değerlendirilip tedavinin amacı belirlenmektedir. Bu amaçlardan ilki; tam başarı sağlayarak tedavinin beklenen yaşam süresinin kansere bağlı semptomlar olmadan sürdürülmesi, ikinci amaç ise, yaşam süresinin az da olsa yükseltilerek yaşanan semptomların kısmen azaltılmasıdır (Akdemir ve Birol, 2005; Karakoç, 2008).

Günümüzde her geçen gün gelişen teknoloji ile kanserin tedavisi ilerlemekte ve yeni tedavi şekilleri ortaya çıkmaktadır. Kullanılan tedavi yöntemleri cerrahi, radyoterapi ve kemoterapidir. Bu tedavilere ek olarak lazer tedavisi, gen tedavisi, immünoterapi, anjiogenez inhibitörleri, kemik iliği transplantasyonu, kök hücre transplantasyonu ve neupojen uygulaması kullanılmaktadır (Akdemir ve Birol, 2005; Hindistan ve ark., 2012; Özçelik ve Fadıloğlu, 2009).

**2.3. Kemoterapi Tedavisi**

Kemoterapi kanser tedavisinde tek başına ya da diğer tedavi şekilleri ile kombine olarak kullanılan, kanserli hücrelerin çoğalmasını engelleyen ve sitotoksik etkisiyle kanser hücrelerini yok etmeyi amaçlayan tedavi şeklidir. Kemoterapi primer ya da adjuvan kemoterapi şeklinde uygulanmaktadır. Kemoterapi tedavisinde istenen etkilerin yanı sıra, istenmeyen pek çok toksik etki ortaya çıkmaktadır. Olumsuz etkilerin en az indirilebilmesi için önlemler alınması gerekmektedir (Karakoç, 2008; Tuncer, 2009).

Bölgesel tedavi yöntemleriyle iyileşme sürecini yakalayamayan hastaların yaklaşık %60’ına sistemik kemoterapi tedavisi uygulanmaktadır. Kemoterapi tedavisinde kullanılacak olan ilaca kanser hücresinin evresine göre karar verilmektedir. Hücrelerin olgunlaşması beş evreden oluşmaktadır. Bu evreler; (Akdemir ve Birol, 2005; Ece, 2010);

**2.3.1. Kemoterapi Uygulama Koşulları ve Protokolleri**

Hastanın durumu değerlendirildikten sonra, kemoterapi tedavisi hasta hastaneye yatırılarak ya da ayaktan tedavi polikliniğinde uygulanmaktadır. Kemoterapinin ayaktan sürdürülebilmesi için koşullar şunlardır (Akdemir ve Birol, 2005);

* Kemik iliği baskılanmasında düzelme
* Kan kültürlerinde üreme olmaması
* 4 saat içerisinde yüksek ateş olmaması
* Lokalize enfeksiyonların kontrol altında olması
* Hastanede yatış ve intravenöz uygulama için başka gerekçe olmaması
* Hastanın hastaneye kolayca ulaşabileceği bir ortamda bulunabilmesi şeklindedir.

**2.3.2. Kemoterapinin Uygulanamadığı Durumlar**

Kemoterapi tedavisinin uygulanamadığı durumlar şunlardır (Akdemir ve Birol, 2005; Karadakovan, 2010);

* Hastada enfeksiyonun var olması
* Yakın dönemde geçirilmiş cerrahi girişim
* Karaciğer ve böbrek fonksiyonlarının bozulduğu durumlar
* Gebelik (gebelik ve özellikle ilk üç ayda)
* Kemik iliği depresyonu olmasıdır.

**2.3.3. Kemoterapinin Komplikasyonları**

Kemoterapi tedavisi sonucu görülen komplikasyonlar ağrı, alopesi, deri bütünlüğünde bozulma, yorgunluk, anemi, nötropeni, trombositopeni, stomatit, diyare, konstipasyon, bulantı-kusma, iştahsızlık, ağrı, anksiyete ve depresyondur (Polat, 2011; Ünsar ve ark, 2007).

**2.4. Cerrahi Tedavi**

Cerrahi tedavi kanser hücre topluluğunun çıkarılması amacı ile uygulanmaktadır. Cerrahi yöntem tedavi amacıyla kullanıldığı gibi, tanı amacıyla da kullanılmaktadır. Kanserli bireylerin %75-80’inde cerrahi yöntemler primer tedavi olarak kullanılmaktadır.

**2.4.1. Cerrahinin Kullanıldığı Durumlar**

* Palyatif cerrahi (semptomatik cerrahi); tıkanmaların açılması, kanamalı, ağrılı ve ülsere bölgenin çıkarılması gibi amaçlarla kullanılmaktadır.
* Rekürrensler için, tümör küçültücü (redüktüf); cerrahi, dondurucu cerrahi (cryosungery: bazal hücreli kanserlerin tedavisinde) ve ağrı hafifletici olarak uygulanabilmektedir.
* Cerrahi tedavi kanserin gelişmesini önlemek amacıyla da uygulanmaktadır. Kanserli lezyonlar cerrahi yöntemle çıkarılabilmektedir (Akdemir ve Birol, 2005; Subaşı, 2010).

**2.5. Radyoterapi Tedavisi**

Radyoterapi tedavisi, tanı ve tedavi amaçlı olarak yaygın kullanılan bir yöntemdir. Radyoterapi kanserli bireylerde radyumun kullanılması ile klinik uygulamaya girmiştir. Radyoterapinin amacı, tümörlü dokuyu yok etmek amacıyla tümörü etkileyen dozun normal doku korunarak verilmesidir. Radyasyon tedavisinde tümörün büyüklüğü ve evresinin bilinmesi çok önemlidir (Akdemir ve Birol, 2005; Ertem ve ark., 2009).

**2.5.1. Radyoterapinin Kullanıldığı Durumlar**

* Primer tedavi olarak
* Kombine tedavilerde
* Profilaktik (koruyucu) olarak
* Palyatif tedavi olarak
* Acil durumlardır (Akdemir ve Birol, 2005; Atasoy ve ark., 2008).

**2.5.2. Radyoterapinin Komplikasyonları**

Radyoterapiya bağlı görülebilecek komplikasyonlar şunlardır (Akdemir ve Birol, 2005; Atasoy ve ark.,2007; Özbek ve ark., 2003; Subaşı,2010);

**Deri ve eklemlerde;** epidermisde aşınma, kızarıklık, ödem, kaşıntı, kuruluk olabilir. Deride subakut tepki olarak fibrozis, telanjektazi (kapiller damarların dilatasyonu), deskuamasyon (tedavi sonrası cildin epitelize olması), bronzlaşma, ülseratif lezyonlar ve nekroz görülebilir.

**Sindirim sistemi;** mukozit, ağız kuruluğu, ağrı, nekroz, tat almada değişiklik, anoreksi, abdominal kramp, hidrasyon ve beslenme bozuklukları, bulantı, kusma, ishal, hemoraji ve perforasyon görülebilir.

**Solunum sistemi;** enfeksiyonları pnömoni, fibrotik doku ve akciğerlerin %70’inin etkilenmesi ile hasta solunum yetmezliğinden kaybedilebilir.

**Kardiyovasküler sistem;** nadiren endokardit ve perikardit görülebilir

**Üregenital sistem;** nefrit, sistit ve fibrozis, stenozlar, mesane kontraksiyonu, erken menapoz, libidoda azalma, spermlerde mutasyon, hem erkeklerde hem de kadınlarda geriye dönüşsüz sterilite, uterusta nekroz ve perforasyon görülebilir.

**Merkezi sinir sistemi;** spinal kord ve periferik sinirlerde enflamasyon, ödem, miyelit ve nörit, subakut olarak enfeksiyon görülebilir.

**Baş bölgesinde;** serebral ödem, saç dökülmesi, uzun süreli beyin hücrelerinde nekroz ve enfaktüs görülebilir.

**2.6. İmmünoterapi**

İmmünoterapi kanser tedavisinde, hepatitlerde ve bazı kan hastalıklarında bireyin savunma sistemini güçlendirmek amacıyla palyatif tedavi olarak uygulanmaktadır. İmmünoterapi iki şekilde uygulanmaktadır. Bunlar (Akdemir ve Birol, 2005; Aslan, 2012);

* **Aktif immünoterapi:** BCG aşısı uygulanarak hücresel bağışıklığı artırmak amaçlanır.
* **Pasif immünoterapi:** Benzer tümör hücresine ait hastaların serumları hasta bireylere verilerek bağışıklık artırılır.

**2.7. Kanserli Bireylerde Semptom Kontrolü**

Kanserli bireylerde hastalık süresince yaşanan semptomlar kadar kemoterapinin yan etkileri de bireyleri oldukça etkilemektedir. En yoğun yaşanan semptomlar; ağrı, alopesi, yorgunluk, anemi, trombositopeni, nötropeni-lökopeni, mukozit, bulantı-kusma, iştahsızlık, kaşeksi, cilt problemleri, dispne, uykusuzluk, nörotoksisite, anksiyete, depresyon ve cinsel problemlerdir (Polat, 2011; Ünsar ve ark, 2007).

**2.7.1. Ağrı**

Kansere bağlı ağrılar, hastalığın sürecine ve/veya tedaviye bağlı olarak ortaya çıkar. Kanseri ileri evrede olan vakaların yaklaşık %50-80’i hastalık süreci boyunca ağrı yaşar ve hastaların büyük oranının ağrılarının kontrolünde başarı sağlanamaz. Başarı sağlanamayan ağrılar bireyin yaşamını oldukça etkilemektedir (Dedeli ve Karadeniz, 2009; Karakoç, 2008).

Kanser ağrısı akut ve kronik olarak iki tip özelliktedir. Akut ağrı daha çok doku hasarı ile ortaya çıkar ve süre olarak daha sınırlıdır. Ağrı otonom sinir sistemini uyarır ve taşikardi ortaya çıkabilir. Kronik ağrıda durum daha da farklıdır ve üç aylık zamana yayılır. Ağrının nedeni ortadan kaldırılmadığında, sinir sistemi duruma karşı duyarlılık geliştirerek hiperaktivasyonunu durdurur. Bu nedenle ağrıya bağlı, depresyon, kaygı ve uykusuzluk gibi sorunlar ortaya çıkabilir (Akdemir ve Birol, 2005; Ünsar ve ark, 2007).

**Ağrı Yönetimi**

Ağrı yönetiminde uygulanabilecek girişimler şunlardır (Akdemir ve Birol, 2005; Birol, 2004; Elçigil, 2010; Güllü, 2005;Ünsar ve ark., 2007; Dedeli ve Karadeniz, 2009; Uçan ve Ovayolu, 2007; ):

* Ağrının şiddeti değerlendirilmeli
* Ağrıyı artıran faktörler ortadan kaldırılmalı
* Masaj, sıcak-soğuk uygulama yapılmalı, ılık banyo ve dinlenebilmesi için sessiz ortam sağlanmalı
* Pozisyon değişikliği yapılmalı
* Gevşeme tekniği olarak kitap okuma, radyo ve müzik dinlemesi, hipnoz, yardımla düşlemeler, akapunktur ve meditasyon gibi tekniklerle yönlendirilmeli
* Analjezik istemi Doktorun önerisine göre (DSÖ’nün önerdiği ağrı merdiveni) uygulanmalı
  1. Hafif ağrı için narkotik olmayan analjezikler + adjuvan tedavi (parasetemol ve asetaminofen)
  2. Orta şiddetli ağrı için zayıf narkotikler + non-opioid + adjuvan tedavi

(dihidrokodein, demoral ve tolvin)

* 1. Şiddetli ağrı için güçlü narkotikler + non-opioid + adjuvan tedavi (morfin ve fentanil)
* Analjezik ilaçlar ağrı başlamadan verilmeli
* Birey için uygun doz sürekli olarak kullanılmalı
* Hafif- orta şiddetli ağrılarda tercih edilen tıbbi ilaçlar istem dahilinde uygulanmalı
* Parol oral yolla günde 500-2000 mg
* Aspirin oral yolla günde 500-2000 mg
* Novalgin oral yolla günde 500-2000 mg
* Felden flash oral yolla günde 20 mg
* Surgam oral yolla 600 mg
* Voltaren oral/intramusküler yolla günde 75-100 mg
* Naproxen, apranax oral yolla günde 500-1000 mg
* Ketrodol oral/intramusküler yolla günde 60-90 mg
* Dolphin oral yolla günde 1000 mg
* Dolo-adamon oral/intramusküler/intravenöz yolla günde 1 ampül veya 3x1-2 tablet
* Şiddetli ağrılarda yukarıda kullanılan ilaçlar istem dahilinde kombine şeklinde verilmeli
* İlacın etkinliği değerlendirilir.

**2.7.2. Alopesi**

Alopesi, kematerapötik ilaçların dozuna bağlı olarak saç, kaş, kirpik ve tüm vücut kıllarının kaybıyla görülen bir durumdur. Saç folikülleri hızlı büyüyen hücre grubuna girdiği için alopesi, kematerapotik ilaçlardan 2-4 hafta sonra başlayıp, tedavinin bitişinden 4-6 hafta sonra saç ve kıllar tekrar çıkmaya başlar (Akdemir ve Birol, 2005; Ünsar ve ark., 2007).

**Alopesi Yönetimi**

Alopesi yönetiminde yapılacak uygulamalar şunlardır (Akdemir ve Birol, 2005; Balcı Yaygın, 2007; İşçi, D. 2010; Ünsar ve ark., 2007);

* Saç dökülmesi tedaviyi yarıda bırakacak bir yan etki olmadığı açıklanmalı
* Bireye saç kaybı olacağı, kraniyal radyoterpiden sonra 1-2 ay, kemoterapi tedavisinden en geç 3-5 aya sonra eski Halide döneceği açıklanmalı
* Peruk, eşarp, şapka, bone, kaş- göz kalemi ve takma kirpik önerilmeli
* Kalan saçlar için sık şampuan uygulaması yapılmaması ve kremli şampuan kullanılması anlatılmalı
* Yumuşak ve arası açık saç fırçası önerilmeli
* Saçları şekillenmesi için elektrikli kurutma makinesi, toka, sprey ve benzeri kullanılmaması önerilmeli
* Dökülmeler çok ise kalan saçlara traş önerilmeli
* Kafa derisini güneşten ve soğuktan koruması açıklanmalı
* Saçların yeniden çıkarken renk ve yapı olarak farklılaşabileceği önceden açıklanmalı
* Bireyin fiziksel değişiklikleri ile düşünceleri paylaşılmalı, kabullenme ve baş etme konularında aile ile işbirliği yapılmalı
* Alopesiden dolayı sosyal yaşamını kısıtlayan hastaların arkadaşlarıyla yada aile bireyleriyle iletişimini sürdürmesi ve duygularını onlarla paylaşması için desteklenmeli
* Psikolojik sorun yaşayan bireyler için psikolojik destek sağlanmalıdır.

**2.7.3. Yorgunluk**

Yorgunluk; kas zayıflığı, atık ürünlerin birikmesi, enflamatuar süreçler gibi durumlarda ortaya çıkan ve engellenemeyen bir tükenme duygusudur. Yorgunluk akut ve kronik olabilir. Akut yorgunluk aniden gelişebilen ve kısa sürede sonlanan, ara sıra tekrarlayabilen bir durumdur. Yorgunluk, bir aydan fazla sürdüğü durumlarda ‘‘uzamış yorgunluk’’ adını alır. Uzamış yorgunluk altı aydan fazla devam eder ise ‘‘kronik yorgunluk’’ tan bahsedilebilmektedir (Azak ve Çınar, 2005; Usta-Yeşilbalkan, 2007).

Kanserdeki yorgunluk, metabolik atıkların birikmesi, kaşeksi, iştahsızlık, bulantı, ateş, hormonlardaki değişiklikler, uyku düzensizlikleri, psikolojik sorunlar, anemi, oksijen yetersizliği gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır. Kanserli bireylerde bilinen yorgunluk nedenlerine, yorgunluk sendromunun bilinmezlikleri eklendiği zaman durum daha da karmaşık hale gelmektedir. Anemi, elektrolit bozuklukları, kardiyo-pulmoner sorunlar, karaciğer-böbrek fonksiyonlarında bozulmalar ve hormonal dengesizlikler kansere bağlı yorgunluğa katkıda bulunan faktörler arasındadır. Kemoterapi, cerrahi, radyoterapi, hormonal ve biyolojik tedavi yöntemleri ile hastalığın yüklediği ağır psikolojik stresler yorgunluğun artmasına zemin hazırlayan sebepler arasındadır (Azak ve Çınar, 2005; Elçigil, 2010; Karakoç, 2008).

Yorgunluk, kanserli bireylerin yaşam kalitesini düşürerek hayatlarında önemli bir sorun haline gelebilmektedir. Yorgunluk, bireylerin kendileri hakkındaki hislerini, günlük aktivitelerini, diğer kişilerle olan ilişkilerini etkileyebilmekte ve tedaviyi sürdürmelerine engel olmaktadır (Elçigil, 2010; Karakoç, 2008; Stone ve ark., 2000).

**Yorgunluk Yönetimi**

Yorgunluk yönetimi için yapılabilecek uygulamalar şunlardır (Azak ve Çınar, 2005; Elçigil, 2010; Kara, 2007; Karakoç, 2008):

* Bireyin yorgunluk düzeyi değerlendirilmeli
* Bireyin gereksinimleri kısa sürede tanımlanmalı
* Birey kendi bakımına katılması için teşvik edilmeli ve gerekirse günlük yaşam aktivitelerine yardım edilmeli
* Uykusuzluğa neden olan çevresel faktörler engellenmeli
* Bireyin gece en az 7-8 saat uyuması sağlanmalı ve gündüz uyuyabilmesi için uyku periyotları oluşturulmalı
* Tedavinin tipine göre egzersiz programları oluşturulmalı, enerji seviyesinin artışına yardımcı olunmalı
* Bireyin enerjisinin yüksek olduğu zamanlarda önemli aktiviteler yapması sağlanmalı ve sonrasında yorgunluğa neden olmamak için dinlenme programı düzenlenmeli
* Bireyin enerji ihtiyacına yönelik besinler tüketmesi sağlanmalı, en çok dinlendiği saatlerde örneğin sabahları besleyici besinler yemesi için teşvik edilmeli
* Yorgunluk anemi ya da depresyona bağlı gelişiyorsa, istem dahilinde antidepresan ilaçlar verilmeli
* Gevşeme teknikleri öğretilmeli
* Anemiyi tedavi edebilmek ve yorgunluğu azaltmak için günde 10g/dl rekombinan human eritropoetin tedavisi uygulanmalı
* İstem dahilinde günde 5mg Donepezil kullanımı önerilmeli
* Uyanık kalmayı artırmak için istem dahilinde günde iki defa 100 mg Modofinil uygulanmalı
* Yorgunluğu azaltmak için istem dahilinde 100-150 mg Bupropion tedavisi uygulanmalı
* Yıkılan besinlerin atık ürünlerinin atılabilmesi için bireye günde 8-10 bardak su içmesi önerilmeli ve metabolik atıklara bağlı halsizlik ve yorgunluk gelişmemesi için önlemler alınmalı
* Metabolik atıkların ve ürenin atılabilmesi için istem dahilinde ürikoliz tedavisi uygulanmalıdır.

**2.7.4. Anemi**

Kanser hastalarında anemi, hastalık, kemik iliği depresyonu, uygulanan kemoterapi tedavisi ve Dissemine İntravasküler Koagülasyona (DİC) bağlı gelişen bir durumdur. Hemoglobinin insan vücudundaki normal değerleri kadınlarda 12-16 g/dl, erkeklerde 14-18 g/dl’dir ve bu değerlerin altına düştüğünde bireyde anemi görülebilmektedir (Hindistan ve ark., 2012; Usta Yeşilbalkan, 2007; Usta Yeşilbaklan, 2010 ). Kanser hastalarında aneminin nedenleri; kronik hastalıklar, enfeksiyon, eritropoetin yapımının baskılanması, kemik iliğinin tutulumu, kanser tedavileri, beslenme bozuklukları, kanama ve hemolitik anemidir. Sitotoksik kemoterapinin neden olduğu kemik iliği depresyonu aneminin en önemli nedenidir. Kemoterapi alan bireylerde nötropeni ve trombositopenide tedaviden itibaren 3-4 gün içerisinde iyileşme gözlenirken, anemi kronik seyir gösterebilmektedir (Usta Yeşilbalkan, 2007; Ünsar ve ark, 2007).

**Anemi Yönetimi**

Anemili bireye uygulanabilecek girişimler şunlardır (Akdemir ve Birol, 2005; Kara, 2007; UstaYeşilbalkan, 2010; Ünsar ve ark., 2007):

* Günlük yaşam aktivitelerine yardım edilmeli
* Bireyin kan değerleri düzenli olarak değerlendirilmeli (Hemoglobin, hematokrit, eritrosit)
* Nedene bağlı tedavi uygulanmalı, eğer tedaviye bağlı gelişiyor ise bireyin tedavisi yeniden düzenlenmeli
* Bireyin beslenmesi düzenli olarak değerlendirilmeli, yeterli ve dengeli beslenme sağlanmalı
* Anemi belirtileri düzenli olarak gözlenmeli,hasta ve aileye eğitim verilmeli
* Eritropoetik ajan kullanımı ve yan etkileri yönünde bilgi verilmeli
* Aneminin etkin tedavi edilebilmesi için istem dahilinde demir tedavisi başlanmalı
* İstem dahilinde eritropoezisi uyaran tedaviler aşlanmalı
* Yorgunluk, baş dönmesi, titreme ya da takipne gibi anemi belirtileri gözlenmeli
* Ortostatik hipotansiyon ve baş dönmesi varsa, özellikle yatarken ve kalkarken yavaş hareket etmesi açıklanmalı
* Halsizlik ve dispne yönünden gözlenmeli, gerekirse oksijen tedavisi yapılmalı
* Aktivite intoleransı bulguları (yorgunluk, dispne, takipne, tansiyon artışı vs.) gözlenmelidir.

**2.7.5. Trombositopeni**

Trombositler kemik iliğinde üretilir ve kanama durumunda pıhtılaşmayı önleyerek kanamayı durdururlar. Normal bir sağlıklı erişkinde trombosit sayısı 150.000-400.000 mm3’dür. Trombositler 150.000 mm3’ nün altına düştüğünde kanamaya yatkınlık yani trombostopeni tablosu ortaya çıkar (Hindistan ve ark., 2012; Usta Yeşilbalkan, 2007).

Trombositopeni kanser ve kanser tedavilerine bağlı oldukça sık görülmekte, ancak trombositopeni ve trombositopeni kontrolüne yönelik yapılan çalışmalar yetersiz kalmaktadır. Trombositopeniye bağlı kanamalar hayatı tehdit ettiği için kontrol altına alınması çok önemlidir (Akdemir ve Birol, 2005; Gündoğdu, 2007).

**Trombositopeni Yönetimi**

Trombositopeni yönetimine yönelik uygulanacak girişimler şunlardır (Akdemir ve Birol, 2005; Birol, 2004; Kapucu, 2007; Usta Yeşilbalkan, 2010; Ünsar ve ark., 2007;):

* Trombosit değeri 100.000 mm3 altına düştüğünde kanama belirtileri
* yönünden izlenmeli
* Kanama belirtileri hakkında bireye ve aileye eğitim verilmeli
* Valsalva manevrası yapmaması için eğitim verilmeli
* Banyo yaptırırken ve dolaştırırken birey çarpma, düşme gibi travmalardan
* korunmalı
* Burun temizliğinin travmatik olmamasına dikkat edilmeli
* Ağız bakımı için yumuşak materyal kullanması açıklanmalı
* Traş bıçağı yerine makine kullanması önerilmeli
* Vazodilatasyon yapacağından alkollü içecekler yasaklanmalı
* Aspirin ve nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlar kullanılmaması anlatılmalı
* Intramusküler uygulamalardan kaçınılmalı, uygulama yapılıyorsa
* işlemden sonra 3-5 dakika basınç uygulanmalı
* Konstipasyonin trakraniyal kanamaya neden olacağından, bireyin bol sebze ve meyve içerikli öğünler yemesi sağlanmalı
* Kan basıncı 140 mm/Hg altında tutulmalı
* Kas içine ve deri içine enjeksiyon yapmaktan kaçınılmalı, uygulandığı
* takdirde 3-5 dakika basınç uygulanmalı
* Diş eti, burun, idrar, dışkı kanaması gibi normal olmayan kanamalar yakından takip edilmeli
* İstem dahilinde trombosit, taze donmuş plazma transfüzyonu yapılmalı
* Yaralanma olasılığı olan sporlandan kaçınılmalıdır.

**2.7.6. Nötropeni-Lökopeni**

Vücudu enfeksiyonlara karşı korumada lökositler görev yapmaktadır. Sağlıklı bir insan vücudunda lökositin normal değerleri 4.000-11.000/mm3’dür. Lökositlerin toplamda yaklaşık %50-70’le çoğunluğunu nötrofiller oluşturmaktadır. Normal insan vücudunda 2000/mm3 nötrofil bulunması gerekmektedir. Bu sayının 1000/mm3 altına düşmesi enfeksiyon riskini göstermektedir. Nötrofil sayısındaki azalma, hastanın çeşitli enfeksiyonlara yakalanma riskinin artığını göstermektedir (Atasever ve ark., 2006; Yılmaz-Çalışkan, 2007).

Kemoterapi kemik iliğinin yeni hücre üretme yeteneğini bozar ve yeni hücrelerin yapılma hızında azalmaya neden olur. Hücrelerin hızlı ölmeleri sonucu lökosit ve buna bağlı nötrofil sayısı düşer. Tedavi rejimine bağlı olarak nötrofil sayısı kemoterapi sonrası 7-10. günlerde en düşük seviyeye gelir. Bu dönem bireylerin enfeksiyona en yatkın olduğu zamandır. Enfeksiyon durumunda kanserli bireyler ikinci olarak savaşmak zorunda oldukları bir durumla karşılaşırlar ve bu durum önlenemediği ya da etkin tedavi edilemediği takdirde hastalar hayatlarını kaybedebilmektedirler (Ünsar ve ark, 2007; Yılmaz-Çalışkan, 2007; Kasım Karahocagil ve ark., 2002).

**Nötropeni-Lökopeni Yönetimi**

Nötropeni-lökopeni yönetiminde uygulanabilecek girişimler şunlardır (Akdemir ve Birol, 2005; Tosun, 2007; Usta Yeşilbalkan, 2010; Ünsar ve ark., 2007):

* Bireyde enfeksiyon belirtileri (ateş, kızarıklık, sıcaklık, ödem ve ağrı) gözlenmeli
* Yaşam bulgularının takibi yapılmalı
* Ateş 38 0Cüzerine çıktığı durumlarda nötropenik ateş olarak kabul edilmeli ve ampirik antibiyotik tedavisi başlanmalı
* Enfeksiyonun en sık görüldüğü bölgeler (cilt ve müköz membranlar, oral kavite, solunum sistemi ve üriner sistem) gözlenmeli
* Konstipasyon oluşumu için önlem alınmalı
* Perianal bölgenin ılık su ve sabunla temizlenip, yumuşak materyaller ile kurulanması konusunda bilgi verilmeli
* Tırnakların kısa ve düz kesilmesi sağlanmalı
* Deri bütünlüğü korunmalı ve düzenli temizliği yapılmalı
* Kanserli bireyin ve ailesinin el yıkamaya özen göstermesi açıklanmalı
* Hastanın yeterli dinlenmesi, yeterli ve dengeli beslenmesi sağlanmalı
* Hastanın odasında canlı çiçek, durgun su bulundurulmamalı
* Laboratuar bulguları günlük olarak değerlendirilmeli (lökosit, nötrofil)
* Hazır gıda tüketimi önlenmeli
* Nötropenisi olan hastaların nötropenik diyet alması sağlanmalı
* Taze sebze ve meyve tüketimi engellenmeli
* Az pişmiş et-et ürünleri ve deniz ürünlerinden kaçınması gerektiği anlatılmalı
* Günlük hijyen yapılmalı
* İnvazif girişimlerden önce bölge temizliği uygun yapılmalı
* Hastaya ait malzemeler, tuvaletler çamaşır suyu ile temizlenmeli
* Üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren bireylerden uzak durulmalı
* İstem dahilinde geniş spektrumlu antibiyotikler kullanılmalıdır.

**2.7.7. Mukozit**

Mukozit, mukoz membranın ağrılı enflamasyonudur. Kanserli bireylerde oral mukozitin en önemli nedeni kemoterapidir. Kemoterapi tedavisinde kullanılan bazı sitotoksik etkenli ilaçlar, gastro-intestinal sistemin (GİS) epitelyum dokusunda hasara neden olabilmektedir. Epitel doku zarar gördüğünden dolayı GİS’in her hangi bir bölümünde enflamasyon ve ülserasyonlar gelişebilmektedir. Enflamasyon ve oral ülserasyon kemoterapi tedavisinin ardından 7-14. günde görülebilmektedir. Görülen yan etkiler ağızda ağrı ve kuruluk şeklinde kendini göstermektedir (Can, 2007; Yavuz ve ark, 2011).

Mukozit, kanserli bireylerin günlük yaşamlarını, beslenmelerini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Hastaların planlanan tedaviyi tolere edebilmesini etkileyebilmekte ve süreci riske atmaktadır. Mukozit fırsatçı enfeksiyon gelişme riskini ve sepsise bağlı mortaliteyi artırabilmekte ve ayrıca hastanede yatış süresinin uzamasına neden olmaktadır (Albayrak Okçin, 2010; Elbek Çubukçu, 2005; Yavuz ve ark, 2011).

**Mukozit Yönetimi**

Mukozit yönetimindeki bireye yapılabilecek uygulamalar şunlardır (Akdemir ve Birol, 2005; Albayrak Okçin, 2010; Kapucu, 2007; Yavuz ve ark., 2011):

* Oral kavite günlük olarak değerlendirilmeli (kırmızı, sarı ve beyazlık yönünden)
* NaHCO3 ile gargara yapması açıklanmalı
* Hastaya uygun ağız bakımı önerilmeli
* Yumuşak diş fırçası ile fırçalanması çğretilmeli
* Hastanın öğünlerden önce ve sonra ağız bakımı yapması sağlanmalı
* Acı, ekşi, baharatlı, sıcak yiyeceklerden kaçınma, sigara, alkol tüketmeme, yumuşak ve proteinden zengin besinler tüketmesi konusunda bilgi verilmeli
* Beslenmesi ve sıvı alımı artırılmalı
* Asitli, tuzlu ve baharatlı besinlerden kaçınılması önerilmeli
* Dudaklara vazelin ve E vitamini içeren kremler sürülmeli
* Ağızda kanama varsa, küçük buz parçası ile kanamanın durdurulması sağlanmalı
* Ağrı için doktor istemine göre lokal aneljeziklerin kullanılması önerilmelidir.

**2.7.8. Bulantı- Kusma**

Bulantı ve kusma birçok nedene bağlı gelişen bir problemdir. Kanser tanısı konulan bireyler kemoterapi tedavisine bağlı olarak bulantı ve kusma problemi yaşamaktadırlar. Bulantı ve kusma kontrol altına alınmadığı durumlarda sıvı elektrolit dengesizlikleri, dehidratasyon, anoreksi, kilo kaybı ya da yiyeceklere karşı isteksizlik, ilacın emilimi ya da böbrek yoluyla atılımında azalma gibi fizyolojik etkilerinin yanı sıra sosyal, iş, günlük yaşam aktiviteleri ve psikolojik durumunu önemli ölçüde etkilemektedir (Bozdemir ve ark., 2009; Kav, 2007).

**Bulantı-Kusma Yönetimi**

Bulantı-kusma yönetimi için uygulanabilecek girişimler şunlardır (Akdemir ve Birol, 2005; Albayrak Okçin, 2010; Birol, 2004):

* Antiemetik ilaçlar yemekten en az yarın saat önce verilmeli
* Ağız bakımının sık verilmesi ve protez varsa tedavi sırasında çıkarılması sağlanmalı
* Bulantı esnasında ağızdan nefes alınması önerilmeli
* Vücut ağırlığı, aldığı ve çıkardığı sıvı miktarları, elektrolit değerleri takip edilmeli
* Kemoterapi esnasında bireyin etkilenmemesi için gevşeme teknikleri önerilmeli
* Tuzlu kraker, ılık yerine soğuk yiyecekler verilmeli
* Fiziksel çevrenin temiz, kokusuz ve hasta giysilerinin rahat özellikte olmasına özen gösterilmeli
* Kemoterapi tedavisi bireyin rahat edebileceği uygun pozisyonda uygulanmalı
* Birey tedaviden 15-20 dakika önce sessiz çevre koşulları olan bir odaya alınmalı
* Öğünlerin az ve sık aralıklarla tüketilmesi önerilmeli
* Öğünlerde sıvı alımında kısıtlama yapılması önerilmeli
* Tatlı, kızartma, baharatlı ve yağlı gibi baskın tatlardan kaçınılması anlatılmalı
* Öğünlerden sonra dinlenmesi ve yavaş aktivite yapması sağlanmalı
* Kusmanın rengi, miktarı ve içeriği gözlenmeli
* Dehidratasyon belirtileri yönünden birey gözlenmelidir.

**2.7.9. İştahsızlık**

İştahsızlık, yiyeceklerin sindirim güçlüğü, besin alımı yetersizliği, kullanılan ilaçlar ve aktivite azlığı, bulantı, kusma, stomatit, depresyon ve bazı kematerapötik ilaçlar nedeniyle oluşmaktadır. Yemek yemede isteksizlik ve sonuçta kilo kaybı görülmektedir. Bireylerdeki kilo kaybı %10’un üstünde olduğunda sağ kalımı da olumsuz yönde etkilemektedir (Albayrak Okçin, 2010; Kayış, 2007; Ünsar ve ark, 2007).

**İştahsızlık Yönetimi**

İştahsızlığı olan bireye uygulanabilecek girişimler şunlardır (Albayrak Okçin, 2010; Birol, 2004; Ünsar ve ark., 2007):

* İştahsızlık konusunda bireye ve ailesine bilgi verilmeli
* Diyetisyenle işbirliği yapılarak beslenme programı planlanmalı
* Bireyin diyetinin pratik, hafif fakat yüksek kalorili ve proteinli yiyeceklerle zenginleştirilmesi sağlanmalı
* Günlük üç büyük öğün yerine, iki üç saatte bir, az az ve hafif besinlerle beslenmesi anlatılmalı
* Açlık hissettiği anda yemek yemesi konusunda cesaretlendirilmeli
* İştahın en iyi olduğu saatlerde, özellikle sabah saatlerinde öğünün hepsini bitirmesi konusunda birey teşvik edilmeli
* Bireyin sevdiği ortamda sevdiği kişilerle birlikte yemek yemesi sağlanmalı
* Bireyin bulunduğu ortamın hoş olmayan, hoşlanmadığı kokulardan arındırılması açıklanmalı
* Rahatlatıcı, sakin ve müzikli ortam oluşturulmalı
* Beslenmesi oral yol ile sağlanamıyorsa enteral ya da intravenöz (IV) yolla beslenmesi sağlanmalıdır.

**2.7.10. Kaşeksi**

Kanserli bireylerde gözlenen kaşeksi; kilo kaybı, iştahsızlık, halsizlik, anemi, protein-lipid-karbonhidrat metabolizmasındaki bozukluklar, iskelet-kas atrofisi, viseral organlarda atrofi ve hipoalbüminemi ile karakterize sekonder gelişen bir durumdur. Kaşekside artan enerji ihtiyacına karşın, azalan enerji alımı vardır. Kalori alımının azalmasına bağlı, enerji oluşumunda da yetersizlik olmaktadır (Karakoç, 2008; Kayış, 2007).

**Kaşeksi Yönetimi**

Kaşeksi yönetiminde uygulanacak girişimler şunlardır (Birol, 2004; Kayış, 2007; ):

* Hergün düzenli olarak aynı saatlerde kilo takibi yapılmalı
* Sevilen besinlerin tüketilmesi sağlanmalı
* Karbonatlı besinler almaması yönünde bilgilendirilmeli (tokluk hissi verebilir)
* Bol karbonhidratlı, bol proteinli beslenmesi hakkında bilgi verilmeli
* Günde en az 8-10 bardak sıvı alması anlatılmalıdır.

**2.7.11. Cilt Problemleri**

**a) Ekstravasazyon**

Ekstravazasyon kemoterapi ilaçlarının infüzyonu sırasında ya da tedaviden kısa bir süre sonra, nadiren de olsa hastalar tarafından yaşanan bir komplikasyondur. Ekstravazasyon damar içine uygulanan sıvı ya da ilacın, damar dışına çıkarak doku içine sızması ile ortaya çıkan doku yaralanması olarak tanımlanmaktadır. Doku dışına çıkan ilaç, sinir, tendon ve eklemlerde hasar oluşturmakta ve bu hasar haftalar ya da aylarca sürebilmektedir. Kemoterapi ilaçlarının ekstravazasyonu, istenmeyen ve kanserli bireyler tarafından büyük stres yaşanmasına neden olan üzücü bir deneyimdir (Akdemir ve Birol, 2005; Dikbıyık, 2007; İşçi, D., 2010).

**Ekstravazasyon Yönetimi**

Ekstravazasyon yönetiminde uygulanacak girişimler şunlardır (Akdemir ve Birol, 2005; Dikbıyık, 2007; Dursun İşçi, 2010; Kıyak ve ark., 2012; Güllü, 2005; Özbaş, 2007):

* Eğer bir ekstravazasyon şüphesi ya da belirtisi varsa infüzyon durdurulmalı ve set içindeki ilaç mümkün olduğu kadar aspire edilmeli
* IV yol başlangıçta yerinde bırakılmalı
* Ekstravazasyon periferal IV yoldan gelişmişse, infüzyon durdurulduktan sonra, katater çekilmeden önce, ekstravaze olan sıvılar olabildiğince aspire edilmeli
* Eğer antidotu varsa, IV ya da subkutan (SC) yolla verilmeli ve antidotun doğrudan ekstravaze olan alana dağılmasının maksimum etki yönünden çok önemli olduğu bilinmeli
* Eğer ekstravazasyon santral yoldan uygulama sırasında gelişmişse, hasta ağrı, yanma, duyarlılık, santral venöz kateter alanında ya da göğsün aynı yerinde şişlikten yakınıyorsa, işlem derhal durdurulmalı
* Hastada port varsa, uygun katater yerleştirilmesi yönünden değerlendirilmeli
* Rezidüel ilaç bölgeden aspire edilmeli, antidotu varsa santral venöz kateter alanına aşırı basınçtan kaçınılarak, IV yolla yeterli miktarda verilmeli, hastada implante port varsa antidot damla damla uygulanmalı
* Antidot, ekstravazasyon alanı etrafına 1 saat içinde subkutan olarak verilmeli
* Etkilenen bölgenin 48 saat dinlendirilmesi ve yükseltilmesi, ekstravaze olan sıvıların drenajına ve emilimine yardım edebilir, bölge 2-4 saatte bir kontrol edilmeli
* Soğuk uygulama ilk 24-48 saat için günde 4 kez en azından 15-30 dakika uygulanmalı, uygularken alana doğrudan basınçtan kaçınılmalı
* Antrasiklin ekstravazasyonunda soğuk uygulama yaparak, vazokonstrüksiyona neden olarak ilacın yayılması engellenmeli
* Ekstravazasyon rapor edilmeli
* Mümkünse bölgenin fotoğrafı çekilmeli
* Erken plastik/rekonstrüktif cerrahi ve/veya fizik tedavi ve rehabilitasyon konsültasyonu düzenlenmeli
* Sistemik analjezikler ve/veya lokal ağrı kesici ilaçlar verilmeli
* Eğer cilt açıksa, bül varsa ya da nekrotize ise iyileşene kadar her 12 saatte bir silversulfadiazine (Silverdine) uygulanmalıdır.

**b) El-Ayak Sendromu**

El ayak sendromu kemoterapi ilaçlarının neden olduğu el ve ayakları etkileyen bir reaksiyondur. Avuç içi ve ayak tabanında kızarıklık, şişlik ve ağrıya neden olan bir durumdur. Ayaklardaki kapillere kemoterapi sızması sonucu görülür. Kan damarları ve etrafındaki dokuları etkileyebilmektedir. Bazen de diz ve el bileklerinde görülebilir. Bireyi çok yoğun etkilediğinden tedavinin yarıda bırakıldığı durumlar olmaktadır. Günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Dikbıyık, 2007; Uslu, ve ark. 2006).

**El-Ayak Sendromu Yönetimi**

El-ayak sendromu yönetiminde uygulanabilecek girişimler şunlardır (Dikbıyık, 2007; Atay, 2007):

* Basınca duyarlı alanlar değerlendirilmeli
* Belirti ve bulguların erken tanınması için sık değerlendirme yapılmalı, birey ve ailesi bilgilendirilmeli
* Güneşe çıkmama ve güneş için koruyucu kremler kullanımı açıklanmalı
* Sıcak uygulamalardan kaçınma sağlanmalı
* Kilolu bireylerin kasık ve meme altı değerlendirilmeli
* İndirek buz uygulaması yapılması önerilmeli
* Kırışık olan bölgeler nemlendiricilerle nemlendirilmeli
* Sıkan giyecekler kullanılmaması önerilmeli
* Otururken ya da yatarken sürtünmeyi önlemek amacı ile bacak araları yastıkla desteklenmeli
* Tedavi öncesi değerlendirme yapılmalı ve sert deri varsa pedikür yapılması önerilmeli
* Temizlik ürünleri ve kimyasallardan kaçınması anlatılmalı
* Sert kesici ve delici alet kullanılmaması önerilmeli
* Bül ve ülserasyon varsa doktorun yönlendirdiği şekilde nemlendirme, topikal yara tedavisi uygulanmalıdır.

**c) Tırnak Değişiklikleri**

Antineoplastik ajan ve epidermal büyüme faktör reseptörü ya da inhibitör kullanımına bağlı olarak görülen tırnak değişiklikleri, uygulanan tedaviye ve hastanın bireysel özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Genellikle tırnak yapısının bozulması ve tırnak etrafı derinin iltihaplanması ile başlayan bu sorun hastaların yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu nedenle onkoloji hemşireleri tırnak değişiklikleri ile ilgili uygun değerlendirmeyi yaparak, hastanın yaşam kalitesini ve tedavinin etkinliğini artırmalıdır (Dikbıyık, 2007; İşçi, D., 2010).

**Tırnak Değişiklikleri Yönetimi**

Tırnak değişikliklerinin yönetiminde uygulanacak girişimler şunlardır (Dikbıyık, 2007; İşçi, D., 2010):

* Tırnaklarını kısa kesmesi ve hijyenine özen göstermesi sağlanmalı
* Tırnak ve tırnak etrafına zarar verebilecek kimyasallardan uzak durması açıklanmalı
* Narin tırnakları olan hastalara her gün ellerini B vitaminli (5 mg) suda (günde 2 kez 10 dakika süreyle) bekletmesi ve biotin uygulaması önerilmeli
* Oje kullanmaması, kullanır ise tırnak yatağı açık ise aseton kullanırken dikkat etmesi anlatılmalı
* Tırnakta ve tırnak etrafında ağrı var ise hekimine danışarak uygun bir ağrı kesici kullanması önerilmeli
* İstem dahilinde lokal topikal antifungal ve antibiyotikler kullanması konusunda bilgilendirilmeli
* Docataxel ya da Paclitaxel tedavisi alanlara tırnaklarını güneş ışınlarından koruması önerilmelidir.

**2.7.12. Dispne**

Bireyin soluk alamaması ya da zorlu solunum yapmasıdır. Kanserli bireylerde akciğer ve metastatik akciğer kanseri durumunda daha yoğun ortaya çıkmakta, kanser tedavisi gören bireylerde kemoterapinin yan etkisi olarak da görülebilmektedir. Solunum sıkıntısı bireyin günlük yaşamını olumsuz yönde etkileyerek, yaşam kalitesini düşürmektedir (Akyolcu, 2002; Göktalay ve ark, 2002).

**Dispne Yönetimi**

Dispne yönetiminde yapılması gereken uygulamalar şunlardır (Akyolcu, 2002; Birol, 2004; Elçigil, 2010):

* Hasta ve ailesine dispne konusunda bilgilendirilmeli
* Derin solunum ve öksürük egzersizleri öğretilmeli
* Bireye rahat nefes alabilmesi için semifowler ya da ortopne pozisyonu verilmeli
* Sıkıntılı olan bireyler yalnız bırakılmamalı
* Gevşemenin oksijeni koruduğu unutulmamalı ve hastaya hatırlaması için yardımcı olunmalı
* Hastanın enerji depolayabilmesi için dinlenmesi sağlanmalı
* Gerekiyorsa bireye uygun teknikle oksijen tedavisi başlanmalı
* Sekresyonlar temizlenerek havayolu açıklığı sağlanmalı
* Sigara kullanma alışkanlığı varsa bırakması açıklanmalı
* Oksijen saturasyonu izlenmeli
* Kan gazları takip edilmeli
* Günlük yaşam aktivitelerine yardım edilmeli
* Odanın sık havalandırılması yapılmalı
* İstem dahilinde bronkodilatör ilaçlar verilmeli
* İlaçları düzenli kullanılması konusunda bilgilendirilmeli

**2.7.13. Uykusuzluk**

Kanserli bireylerde tedavi sürecinin uzun olması ve yoğun yan etkilerin yaşanması, bireyde uyku problemlerinin yaşamasına olmaktadır. Tedavi süresince kanserli bireyin yaşadığı problemler, maddi zorluklar, hayatını kaybedeceği endişesi ve beraberinde depresyon, anksiyete gibi birçok psikolojik sorun uykusuzluğu tetiklemektedir. Uykusuzluk bireyin günlük yaşamına uyum sürecini bozarak yaşam kalitesini düşürmektedir (Görgülü ve Akdemir, 2010; Lafçı, 2009; Polat, 2011).

**Uykusuzluk Yönetimi**

Uykusuzluk yönetiminde yapılabilecek girişimler şunlardır (Birol, 2004):

* Bireyin uyku düzeni ve alışkanlıkları sorgulanmalı
* Uyku düzeni yeterliliği kaydedilmeli
* Tedavi uygulayan sağlık ekibiyle işbirliği yapılarak bireyin, uykunun 4. dönemi olan REM dönemine geçişini sağlamak amacıyla en az 1.5 saat uyandırılmaması sağlanmalı
* Korku ve endişelerini ifade etmesi sağlanmalı
* Alışkanlıkları doğrultusunda uykuyu kolaylaştıran önlemler alınmalıdır (ılık süt, gevşeme teknikleri, müzik dinleme vb.).

**2.7.14. Nörotoksisite**

Kemoterapiye bağlı nörotoksisite; kemoterapi ilaçlarının santral sinir sistemi, periferal sinir sistemi ve kranial sinirlere direkt ya da indirekt hasarına bağlı gelişir. Klinik olarak belirti bulguları, el-ayaklarda yanma hissi, uyuşma, hareketlerde yavaşlama ve denge bozukluklardır. Nörotoksisite kemoterapi dozunun azaltılmasına hatta tedavinin kesilmesine neden olan, doz sınırlayıcı bir yan etkidir. Bireyin özbakımını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Akdemir ve Birol 2005; Yıldırım, 2007; Kuzeyli-Yıldırım, 2007).

**Nörotoksitite Yönetimi**

Nörotoksitite yönetiminde uygulanabilecek girişimler şunlardır (Akdemir ve Birol, 2005; Yıldırım, 2007):

* Tedavinin başlangıcında kemoterapötik ajanların olası yan etkileri ve nörotoksisite konusunda hasta ve ailesi bilgilendirilmeli
* Nörotoksisitenin belirti ve bulguları hakkında hasta ve ailesi bilgilendirilmeli ve varlığını sağlık personeline bildirmesinin önemi anlatılmalı
* Uygun güvenlik önlemleri almasının önemi vurgulanmalı
* Periferal nörotoksititesi olan hastalarda yaralanmayı önlemek ve güvenliği sağlamak için önlemler alınmalı
* Hastaya el ve ayaklarındaki his kaybından kaynaklanan iskemik ya da termal yaralanma riski hakkında bilgi verilmeli
* Oksaliplatin kullanan hastalara soğuğun akut periferal nörotoksisite semptomlarını artırdığı hatırlatılmalı
* Tedaviden sonra 5-7 gün süresince akut periferik nörotoksisiteye neden olabilecek soğuk durumlardan ve ani üﬂemekten (buzdolabı ya da dondurucuyu açmak, yazın klimaya maruz kalmak, soğuk içecekler içmek, dondurma ya da soğuk yiyecekler yemek, soğuk duş almak vb.) kaçınması, soğuk havalarda eldiven ve atkı takması gerektiği açıklanmalıdır.

**2.7.15. Anksiyete**

Kanser, tıbbi ve fiziksel bir sorun olmasının yanı sıra, ruhsal ve psikososyal etkileri olan bir hastalıktır. Ölüm korkusu, ağrı ve acı çekme düşüncesi, bağımlı kalma sıkıntısı, beden şeklinin bozulması, yetenekleri kaybetme, kişilerarası ilişkilerde bozulma, rol işlev kaybı ve ekonomik sorunlar bireyin yaşadığı önemli kaygılardır. Kanser tanı öncesi aşamadan terminal döneme dek, hastalarda ciddi stres yaratan, tüm dengeleri ve uyumu zorlayan bir hastalıktır. Anksiyete, kanser tanısı, tedavisi ve yaşantısına yönelik oluşan tipik emosyonel bir reaksiyondur. Klinik olarak endişe, korku, gerginlik, huzursuzluk, kaygı ve sıkıntılı ruh hali şeklinde belirti vermektedir (Bostancı, 2007; Güleç ve Büyükkınacı, 2011; Özkan ve ark., 2007).

**Anksiyete Yönetimi**

Anksiyete yönetiminde uygulanabilecek girişimler şunlardır (Bostancı, 2007; Korcan Yıldırım,2010):

* Bireyin duygu ve düşünceleri paylaşılmalı
* Dikkati başka yöne çekilerek birey rahatlatılmaya çalışılmalı
* Gün içinde küçük egzersizler yaptırılmalı
* Kas gevşetici teknikler öğretilmeli
* Solunum eğzersizleri öğretilmeli
* Alternatif tedavi olarak akapunktur, aramoterapi, hipnoz ve terapötik masaj uygulanmalı
* İstem dahilinde anksiyolitik tedavi uygulanmalıdır.

**2.7.16. Depresyon**

Kanser tanısını almak, ölüm korkusuyla yüzleşmek, invazif girişimler, hastalık ve tedaviye bağlı ortaya çıkan komplikasyonlar ve acı çekme düşüncesi bireyin depresyona girmesine neden olmaktadır. Depresyon bireyin sosyal hayatını, çevresi ile olan iletişimini, aile ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bireyin çevresinden izole olmasına neden olmakta ve kişinin tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir (Çivi ve ark., 2011; Özkan ve ark., 2007; Ünsar ve ark., 2007).

**Depresyon Yönetimi**

Depresyon yönetiminde uygulanabilecek girişimler şunlardır (Bostancı, 2007; Korcan Yıldırım, 2010):

* Bireyin duygu ve düşüncelerini ifade edebilmesi sağlanmalı
* Bireyin durumu değerlendirilerek depresyona neden olan durumlar belirlenmeli ve depresyon minimal düzeye indirilmeli
* Doktor ve diğer sağlık ekibiyle işbirliği yapılarak antidepresan ilaç tedavisi başlanmalı
* Antidepresan tedavinin etki etmesi 2-8 hafta kadar uzun bir süre alacağından, bireyin durumuna göre alternatif tedavi önerilmeli
* Somatik yaklaşımlar değerlendirilerek uygulanmalı
* Nonfarmakolojik olarak relaksasyon eğitimi verilmelidir.

**2.7.17. Cinsel Problemler**

Kanserli bireylerdeki cinsel işlev bozukluğunun, yaşa bağlı cinsel işlev kaybı ile karıştırılmadan iyi ayırt edilmesi gereklidir. Cinsel işlev bozukluğu sadece meme ve genital organ kanserlerine özgü olmayıp, kemoterapi tedavisi uygulanan tüm bireylerde oldukça sık görülebilmektedir. Bu problemin sıklığı ve şiddeti, verilen kemoterapik ajanın dozu, tipi, süresi, yaş, kişinin algılayış biçimi ve cinsel yönden aktifliğe göre değişmektedir. Kanserli bireylerde sıkça yaşanan sorunlar erkeklerde infertilite, kadınlarda ise erken menapozdur. Bu durum yaşa bağlı olarak bireyleri psikolojik olarak etkilemektedir (Akçay ve Gözüm, 2012; Çavdar, 2007;).

**Cinsel Problemlerin Yönetimi**

Cinsel problemlere yönelik uygulanabilecek girişimler şunlardır (Reis, 2010);

* Hastalık ve tedavinin cinsel fonksiyonlar üzerindeki etkileri belirlenmeli
* Kanserli bireylerin bu konudaki duygu, düşünce ve kaygıları paylaşılmalı
* Cinsel ilişki sonrası perine hijyenine önem göstermesi konusunda bilgilendirilmeli
* Bireylere cinsel ilişki esnasında kanama ve ağrıyı azaltmak amacıyla suda eriyen kayganlaştırıcılar ya da hormonal kremler önerilmeli
* Genital organlardaki yan etkilere bağlı olarak üreme yeteneklerini kaybeden bireylere ileriki dönemlerde tüp bebek yöntemleri gibi konularda danışmanlık yapılmalı
* Bireyler cinsel işlev bozukluğu gibi sorunların tedavisi için uzman kişilere yönlendirilmelidir.

**2.8. Semptomların Değerlendirilmesinin Önemi**

Gelişen teknolojiye bağlı olarak kanserli bireyin tedavisinde de oldukça önemli yenilikler kaydedilmiştir. Ancak kanserin tedavisinde kullanılan çeşitli kemoterapik ajanların birey üzerinde oldukça yoğun yan etkileri gözlenmektedir. Yaşanan semptomların değerlendirilmesi kanserli bireylerin yaşam kalitesi açısından oldukça önemlidir (Akdemir ve Birol, 2005; Ünsar ve ark, 2007 ).

Kemoterapi tedavisinde asıl amaç bireyin var olan hastalığını kontrol altına almak olsa da, sağlık ekibinin kısıtlı zamanının olması ve hastaların yaşadıkları sorunu dile getirmekten kaçınmaları, semptom yönetiminde yetersizliklere neden olmaktadır. Bireylerin yaşadıkları bu semptomlar tedaviye uyumu bozmakta ya da yarıda bırakmalarına neden olmaktadır. Kemoterapi tedavisi kanserli bireyin günlük yaşam aktivitesini etkileyerek yaşam kalitesini azaltmaktadır (Usta-Yeşilbalkan ve ark, 2005).

Yaşanılan bu yan etkiler onkoloji alanında çalışan sağlık ekibi üyeleri için öncelikli konu haline gelmiştir. Onkoloji hemşirelerinin verdikleri bakımlarda semptomların azaltılmasının ve/veya yok edilmesinin esas alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Onkoloji hemşireleri kemoterapi tedavisi uygulanan bireylerin semptomlarını erken dönemde saptamalı, bu semptomları önlemeli, kontrol etmeli, sistematik olarak değerlendirmeli, uygun tedaviyi ve hemşirelik bakımını uygulamayı bilmelidirler. Ayrıca hemşirelerin kanserli bireye ve ailesine semptom kontrolüne yönelik eğitimler düzenlemelidirler. Semptom kontrolü kanserli bireyin bakımına yenilik ve hastaların yaşam niteliğine fark katabilmektedir (Kanarığ Gürel, 2007; Polat, 2011).

**2.9. Semptom Değerlendirme Ölçekleri**

Onkoloji alanında semptom değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçekler şunlardır:

**2.9.1. Semptom Distres Skalası**

Semptom Distres Skalası Ruth Mc Corkle ve Katherine Young tarafından 1978 yılında geliştirilmiştir. Skalanın güvenirlik alfa katsayısı 0.82 olarak bulunmuştur. Geliştirilen bu ölçek ile daha çok kronik hastalıklar ve belirtilerinde gözlenen farklılıkların değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ölçek bireyin öz bakım gücü, hareket yeterliliği ve sosyal yeterlilik olmak üzere üç alt boyutu değerlendirmek amacıyla 28 maddeden oluşmaktadır (McCorkle ve Young, 1978).

**2.9.2. Memorial Semptom Tanılama Skalası**

Memorial Semptom Tanılama Skalası (MSAS) Portenoy ve arkadaşları tarafından 1994 yılında oluşturulmuştur. MSAS kanserli bireylerde gözlenen semptomların, kanserle olan ilişkisinin daha kapsamlı araştırılmasına olanak vermektedir. MSAS 32 maddeden oluşmakta, bunların 24’ü yaşanan semptomların yoğunluğu ve sıklığı hakkında bilgi verirken, 8’i şiddeti ve sıkıntıları yönünde bilgi vermektedir. Türtkiye’de geçerlik ve güvenirliği 2007 yılında Yıldırım ve arkadaşları tarafında yapılmış olup, Cronbach alfa değeri 0.78 olarak bulunmuştur (Protenoy ve ark., 1994; Yıldırım ve ark., 2011).

**2.9.3. MD Anderson Semptom Envanteri**

MD Anderson Semptom Envanteri, Cleeland ve arkadaşları tarafından 2000 yılında geliştirilmiştir. Ölçek kanserli bireylerin yaşadıkları semptomları, şiddetini ve kişi üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu envanter belirtilerin birey üzerindeki etkisinin minimal düzeyde yaşanabilmesi için, ne gibi önlemler alınması gerektiğine yönelik olarak oluşturulmuştur. Ölçek semptomlar ve bireyin yaşamını engelleme durumu olarak iki bölümden, yedi alt boyuttan 28 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin birinci bölümünde duyusal, bilişsel, fokal nörolojik bozukluk, tedavi değerlendirme, genel ve GİS sisteminin değerlendirilmesi ile ilgili altı alt boyut, ikinci bölümde semptomlarile yedinci alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek 28 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği Baksı ve Dicle tarafından 2005 yılında yapılmıştır. (Baksı ve Dicle , 2010; Cleeland ve ark., 2000).

**2.9.4. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği**

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği, Bruera ve arkadaşları tarafından 1991 yılında kanser hastalarında yaygın olarak görülen dokuz semptomun değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Bu semptomlar; ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini iyi hissetmeme durumu, nefes darlığı ve diğer sorunlardır. Yaşanan semptomların şiddeti 0’dan 10’a kadar olan sayılarla belirlenip, puan olarak değerlendirilmekte, 0 puan semptomun olmadığını, 10 puan ise semptomun çok şiddetli yaşandığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği, Kurt-Sadırlı ve Ünsar tarafından 2007 yılında yapılmıştır (Bruera ve ark., 1991; Kurt-Sadırlı ve Ünsar, 2007).

**2.9.5. Rotterdam Semptom Checklisti**

Rotterdam Semptom Checklisti (RSC); kanserli hastaların yaşadıkları semptomlara bağlı gelişen sıkıntıyı değerlendirmek için kullanılmaktadır. Psikolojik ve fiziksel rahatsızlıklar olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 1’den 4’e kadar kadar değişen likert tipi ile puanlanmaktadır. Psikolojik semptom rahatsızlık alt boyutu 7 madde, fiziksel rahatsızlık alt boyutu 23 madde günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirildiği alt boyutu 8 madde ve genel yaşam kalitesinin değerlendirildiği alt boyutu 1 madde olmak üzere toplam 39 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin orjinal çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.88 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği Can (2001) tarafından meme kanserli bireylerde yapılmıştır. RSC kanserli bireylerde yaşanan semptomların sıklığını değerlendiren, kapsamlı ve yaygın olarak kullanılan bir ölçektir (de Heas ve ark., 1990; Usta Yeşilbalkan ve ark., 2005).

**2.10. Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesi; mutluluk, doyum, uyum olarak tanımlanmış olup ve yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk ile aynı anlamda kullanılmaktadır. Yaşam kalitesi yaşamı tüm yönleri ile değerlendirmeyi amaçlayan geniş bir kavramdır ve toplumdaki tüm faaliyetlerin ve bilimsel disiplinlerin alanına girmektedir (Kanarığ Gürel, 2007; Kurt, ve Çetinkaya, 2008).

DSÖ tarafından yaşam kalitesi; kişinin kendi durumu, kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi olarak tanımlanmıştır. Yaşam kalitesi, kişisel sağlık durumundan da öte, kişisel iyilik halini içine alan geniş bir kavramdır. Kişinin yaşadığı yerde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgilerini kapsar. Yaşam kalitesinin temelinde fiziksel sağlık, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevre etkenleri ve kişisel inançlar yer alır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, kişinin sağlık açısından özgün, fiziksel, psikolojik ve sosyal durumunu ifade eder (Kurt ve Çetinkaya, 2008; Reis ve ark., 2006).

Kişinin işlevselliği, kendini iyi hissetmesi ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren yaşam kalitesi ölçülebilir. Yaşam kalitesi ölçüleri farklı hastalıkların kişinin işlevselliğini, kendini iyi hissetmesini ne ölçüde etkilediğini, müdahale alanlarının belirlenmesi ve değişik tedavi yaklaşımlarının sonuçlarının karşılaştırılması amacı ile kullanılmaktadır (Dedeli ve ark, 2008; Kanarığ Gürel, 2007; Usta Yeşilbalkan ve ark., 2010).

Sağlık alanında yaşam kalitesi; hastalığın durumuna ve bu hastalığın tedavisine bağlı hasta kişinin fiziksel, emosyonel ve sosyal iyilik halinin etkilenmesidir. Genel olarak yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavram olmasına rağmen en az üç temelde toplanabilir. Bunlar; fiziksel, fizyolojik ve sosyal aktivitedir. Yaşam kalitesi, hastalık sonucu ortaya çıkan özürlülük ve engellilik durumunda kullanılan koruyucu tıp ve rehabilitasyon hizmetleri verilmesinde önemli bir değerlendirme yöntemidir (Kurt, ve Çetinkaya, 2008; Kutlu ve ark., 2011).

Yaşam kalitesi bireyin tüm temel ihtiyaçlarının giderilmesi, yaşamdan doyum alması, sosyal anlamda yeterlilik, kişilerarası ilişkilerde iyi olması, benlik saygısı, önceki bilgi ve tecrübelerini içine almaktadır. Yaşam kalitesinin geniş kapsamına ek olarak ruhsal durum, seksüel aktivite ve beden imajının göz ardı edilmemesi gereklidir. Bu durum göz önüne alındığında yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde uygun ölçme materyalinin geliştirilmesi ve kullanılması önemli hale gelmektedir (Kutlu ve ark, 2011; Usta Yeşilbalkan ve ark., 2005).

**2.11. Kanser ve Yaşam Kalitesi**

Kanser kelimesi; anksiyete ve korku gibi negatif duyguları açığa çıkaran kötü bir kavram olarak düşünülmektedir. Kanser, ölüm duygusunu açığa çıkarmanın yanı sıra; bireylerde korku, sınırsız acı çekme ve hastalığı konuşmama gibi sorunlar yaratan bir hastalıktır. Hastanın yaşadığı güçlükler, maddi harcamaların artması hasta bireye bakmanın verdiği zorlukla yaşanan sosyal durumda bozulmalar nedeni ile kanserli bireyin ailesi de kanserden olumsuz etkilenmektedir. Bu nedenle kanser bakımının psikososyal boyutlarının en önemli amacının, bireyin ve ailenin gereksinimleri olması gerekmektedir (Akçay ve Gözüm, 2012; Kurt ve Çetinkaya, 2008).

Kanser tedavisindeki hızlı gelişmeler ile hastaların uzun yaşamı, daha kısa ama daha kaliteli bir yaşama değişip değişmeyeceği hatta tedavi, hastalıktan daha mı kötü konusu gündeme gelmiş ve yaşam kalitesi ilk olarak onkoloji alanında ele alınmıştır. Kanserli bireylerin yaşam kalitesi, geçtiğimiz son 30 yıl içerisinde daha da önem kazanmıştır. Yaşam kalitesi alanında, sağlık açısından nicel boyut kazandırmak amacı ile birçok ölçek geliştirilmiştir. Kanser hastalığının ve tedavisinin sonuçlarının, yaşam kalitesine olan etkisini değerlendirmek, hem genel hem de hastalık ve beraberinde tedavisini de içine alan kapsamlı ölçümler gerektirmektir (Göktalay, 2002; Kanarığ Gürel, 2007;Usta Yeşilbalkan ve ark, 2005).

**2.12.Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler**

**2.12.1. Fiziksel Durum**

Kanserde uygulanan tedaviler, ağır fiziksel yan etkilere neden olmakta, bireyin fiziksel iyilik halini etkilemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır. Tedavilerin yol açtığı yan etkiler içinde enerji kaybı, yorgunluk, ağrı, bulantı-kusma, hormonal değişimler, uyku problemleri en sık karşılaşılan sorunlar olup, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitesini azaltmaktadır. Fiziksel semptomların uzun süre devam etmesi hastalarda psikososyal sorunlara neden olmaktadır. Bu açıdan kanserde fiziksel semptomlar ve psikososyal sorunlar arasındaki bağlantıların önemsenmesi son derece önemlidir (Babacan Gümüş, 2006; Kanarığ Gürel, 2007).

**2.12.2. Psikososyal Durum**

Hastalık düşüncesi bireyin tüm yaşam dengesi için bir tehdit unsuru olmaktadır. Bireyin kendi yaşamı üzerindeki gücünü, organlarından birini ya da işlevselliğini tehdit etmesi, kendisini risk altında hissetmesine neden olmaktadır. Kanser tanımı, tıbbi ve fiziksel bir hastalık olmasına karşın ruhsal ve psiko-sosyal olarak bireyi etkilemektedir. Bireyin bu durumdan etkilenme düzeyine paralel olarak, kanserli bireylerde psikiyatrik ve psiko-sosyal araştırmalar da artmıştır. Kanserli bireylerde fiziksel boyut ve ruhsal durumdan etkilenme düzeyi arasında etkileşim söz konusudur. Kanser, bireylerin psikiyatrik ve psikososyal morbiditeyi oldukça yoğun yaşamasına neden olduğu için, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilenmektedir (Ateşci ve ark, 2003; Kutlu ve ark, 2011).

Kanser tanısı konulan bireyler psikolojik tepkiler, yadsıma ve yalıtma, öfke, pazarlık, depresyon ve son olarak kabullenmeyi yaşamaktadırlar. Kanser tanısı bireyi etkilediği gibi kişiyle birlikte ailenin ve akrabalarının da dengesini bozmaktadır. Aile bireylerinde de gerginlik, stres artabilmekte ve bu olumsuz tepkiler uzun sürdüğü durumlarda depresyon yaşanabilmektedir (Ateşci ve ark., 2003; Güleç ve Büyükkınacı, 2011).

**2.12.3. Anksiyete**

Anksiyete evrensel bir duygu olup, bireyin kendini güvensiz hissettiği duruma karşı başetme olarak geliştirdiği doğal bir tepki sürecidir. Bunaltı, iç sıkıntı, kaygı ve endişe ile eş anlamlı ve korkuya benzer bir duygudur. Kaygı insani olan en temel duygudur. Kaygı genel olarak olumsuz durumlarda ortaya çıkar. Kanserli bireyde kaygı ve anksiyete rahatsız edici, zarar görme ve acı duygusu ile bağdaşan, yüksek düzeyde günlük hayatı etkileyen ve kesintiye uğratan bir gerginliktir (Kanarığ Gürel, 2007; Reis ve ark., 2006).

Kanserli bireylerde anksiyetenin kaynağı çoğunlukla bireylerin kanser olup olmadıkları, ne zaman yakalandıkları ve ne zaman ortaya çıkacağı ya da tedavi sürecinden sonra tekrar yakalanıp yakalanmayacağının verdiği belirsizliktir. Birey tüm bu sebeplere bağlı gerginlik, sinirlilik ya da üzüntü duygularını yaşar ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenir (Kanarığ Gürel, 2007; Reis ve ark., 2006).

**2.12.4. Depresyon**

Depresyon çökkün duygu durumunu anlatmak için kullanılan bir kavramdır. Çökkünlük, derin üzüntü, bunaltı ile birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile ortaya çıkan bir sendromdur (Çivi ve ark., 2011; Kutlu ve ark, 2011).

Kanserli bireylerde depresyon oldukça yoğun görülebilen bir durum olup, bu duruma zemin hazırlayan nedenler; ekonomik sorunlar, iş ve aile yaşamındaki değişiklikler, beden imajının bozulması, benlik saygısının düşmesidir. Depresyona giren kişinin iş ve sosyal yaşantısı olumsuz etkilenmektedir. Depresyon karşısında bireylerin başetme mekanizmaları yetersiz kalmakta ve kişinin yaşam kalitesi azalmaktadır (Kanarığ Gürel, 2007; Reis ve ark., 2006).

**2.12.5. Beden İmajı**

Beden imajı, bireyin beden imajı ile ilgili bilinç-bilinç dışı tüm bilgi, duygu ve algılardan oluşan özelliklerinin, kimliğinin ve davranışlarının temelini oluşturan bir kavramdır. Çağımız toplumlarında fiziksel dış görünüm çok önemli olup, tüm bireysel özelliklerin önüne geçebilmektedir. Günlük yaşantımızda bireyin fiziksel görünümü giderek önem kazanmaktadır. Toplumda sürekli olarak ideal beden için genç, güçlü ve sağlıklı olmak üzerinde durulmaktadır. Bireyin fiziksel görünüşü kişilerarası ilişkilerde, iletişimin devamında zemin hazırlayıcı olabilmektedir (Pınar ve ark, 2008; Reis ve ark, 2006).

Beden imajının bozulması ya da farklılaşması hangi nedene bağlı olursa olsun, bireyde değişik tepkilere neden olmaktadır. Beden imajındaki değişikliklere verilen tepkiler bireyin yaşı, cinsiyeti, kişilik yapısı, sosyo-kültürel faktörler, kaybedilen özelliğe verilen önem, değişikliğin başkaları tarafından görülür olması, kalıcı olması, önceki deneyimler ve başetme becerilerine göre farklılık göstermektedir (Kanarığ Gürel, 2007; Reis ve ark, 2006).

Kanserli bireylerde beden imajı oldukça etkilenmektedir. Tedavi amaçlı kullanılan kemoterapi ile saçın dökülmesi, kilo kaybı, bulantı ve kusma, ektremite ve/veya organ kaybı, cerrahi operasyona bağlı insizyon, kolostomi, amputasyon, mastektomi gibi değişiklikler bireyin beden imajını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu durum bireyin günlük ve sosyal hayatını etkileyerek, yaşam kalitesini azaltmaktadır (Babacan Gümüş, 2006; Kutlu ve ark, 2011).

**2.12.6. Ümitsizlik, Gelecek ve Ölüm Kaygısı**

Ümit istenilen ya da arzu edilen şeyin beklentisi anlamına gelmektedir. Ümitsizlik bireylerin sorunlar karşısında kendisini çözümsüz hissettikleri, arzu edilen isteklerini yerine getiremediklerinde, çaresizliğe düştükleri ve gerçekleştirmek için gereken enerjiyi bulamadıklarında yaşadıkları duygu durumudur (Kanarığ Gürel, 2007; Kutlu ve ark, 2006).

Ümidin kişinin içinde var olması, geleceğe yönelik daha pozitif bakmasına neden olmaktadır. İşlevlerin bozulması, sorunlar ile başa çıkamama, beden imajında bozulma, sosyal destek ağlarının olmayışı, fizyolojik durumun bozulması ve yaşanan kötü deneyimler gibi daha bir çok faktör ümitsizliği açığa çıkarmaktadır (Kurt ve Çetinkaya, 2008; Pınar ve ark., 2008).

Kanserli bireylerde yaşanan belirsizlik kişinin korku, öfke ve sonucunda kendini çaresiz hissetmesine neden olmaktadır. Yaşanılan çaresizlik bireyin ümidini yitirmesine yol açmakta ve geleceğe yönelik planlar yapmasını engellemektedir. Tedaviye bağlı yaşanan kötü duygular bireyide gelecek kaygısına ve tüm bu yaşanan ümitsizlik, belirsizlik, çaresizlik bireyin ölüm korkusuyla yüzleşmesine neden olmaktadır (Dedeli ve ark., 2009; Kanarığ Gürel, 2007).

**2.12.7. Sosyal Destek**

Kanser bireyin fiziksel, duygusal durumunu etkilediği gibi sosyal durumunu da etkilemektedir. Bireyin aile, iş, işveren ve çevresindeki tüm bireylerle olan ilişkileri bozulabilmektedir. Aile üyelerinden birine konulan kanser tanısı, tüm aile fertlerinin kriz yaşamasına neden olur. Çevresinden bakım alan bireylerin yeterli ve yetersiz kaldığı yönler vardır. Bu durum bakım verenin sorumluluğu altındadır. Bakım veren sadece kanserli bireyin bakımına odaklanamadığından yetersiz kalabilmekte, sonuçta hem hastanın hem de hasta yakınlarının yaşam kalitesi azalmaktadır (Dedeli ve ark, 2008; Göktalay ve ark, 2002).

**2.13. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinin Önemi**

Gelişen çağ ile beraber yaşam süresi uzamakta ve buna paralel olarak kronik hastalıklar da artmaktadır. Kronik hastalıkların artması ile bakıma olan ihtiyaç ve bunun sağlanması içinde mali bütçeye gereksinimi artırmaktadır. Bu durumda bireyin sağlığını en üst düzeyde tutmaya çalışma çabası ve bireyin yaşam kalitesinin yükseltilmesi ile ilgili çalışmalara yönelmeler artmaktadır (Usta-Yeşilbalkan ve ark, 2005).

Son yıllarda yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik çalışmalar hızla artış göstermektedir. Yaşam kalitesi kavramı subjektif olduğundan değerlendirilmesi güçtür. Kanserli bireyler ölüm korkusu, gelecek kaygısı, ağrı gibi olumsuz olaylar yaşamaktadırlar. Yaşanan fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik zorluklar birey ve ailesini oldukça etkilemektedir. Bireyin hastalığı ve tedavisinin getirdiği zorluklar ve özbakım gereksinimleri gibi durumlar bireyin yaşam kalitesini azaltmaktadır (Akçay ve Gözüm, 2012; Ertem ve ark., 2009).

Yaşam kalitesi, memnuniyet, mutluluk, bağımsız davranma, saygı ve moral gibi kavramları içermekte; kişiden kişiye, zaman ve yere göre değişiklik göstermektedir. Kanserli bireye uygulanan kemoterapi hastanede uygulandığı gibi, ayaktan gündüz kemoterapi ünitelerinde uygulanarak hastalar evlerine gönderilmektedir. Hastalar tüm semptomları ve sorunları evde kendi başlarına yaşamakta ve etkisiz baş etme yöntemleri geliştirebilmektedirler. Bu nedenle hastaların yaşam kalitelerinin uygun ölçek ve araçlarla değerlendirilmesi gerekmektedir. Bireylerin yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi, gereksinim duydukları desteğin ve bakımın verilebilmesini sağlayabilir (Kanarığ Gürel, 2007; Kurt ve Çetinkaya, 2008).

**2.14. Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçekleri**

Kanserli bireylerin, hastalığa ve kemoterapi tedavilerine bağlı yaşam kalitelerindeki etkilenme düzeyini değerlendirmek amacıyla kullanılan ölçekler şunlardır:

**2.14.1. Nottingham Sağlık Profili**

Nottingham Sağlık Profili Hunt ve McEwan tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Ölçek kanserli bireylerde mortalite ve morbidite oranını göstermek, daha öznel değerlenme yapmak amacı ile oluşturulmuştur. Bireylerin ihtiyaçlarının ve sorunlarının daha yakından tanımlanması hedeflenmiştir. Ölçek enerji seviyesi, ağrı, duyusal reaksiyon, uyku, sosyal izolasyon ve fiziksel aktivite olmak üzere altı alt boyuttan oluşmakta ve ölçekte 38 madde yer almaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından 2000 yılında yapılmıştır. (Başaran ve ark., 2005; Şimşek ve ark., 2010; Hunt ve McEwan, 1980).

**2.14.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği**

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, yaşam kalitesini değerlendirmek amacı ile Rand Corparation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Ölçek 8 boyutun değerlendirmesini sağlayan 36 maddeden oluşmaktadır. Fiziksel, sosyal ve emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılık, mental sağlık, enerji, ağrı ve sağlığın genel algılanmasını değerlendiren bir ölçektir. Türkçe geçerlik güvenirliği Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 yılında çalışılmıştır. Cronbach alfa katsayısı 0.74-0.92 olarak ve güvenirliği yüksek bulunmuştur (Gülseren ve ark., 2001; Ware ve Sherbourne, 1992; Gülseren ve ark., 2001).

**2.14.3. Ferrans ve Powers Yaşam Kalitesi Ölçeği**

Ferrans ve Powers Yaşam Kalitesi Ölçeği, Ferrans ve Powers tarafından (1992) geliştirilmiştir. Sağlık-işleyiş, sosyo-ekonomik, ruhsal, psikolojik ve aile gibi 4 faktörün etkilenme düzeyinin belirlenmesi amacı ile oluşturulmuştur. (Ferrans ve Power, 1999).

**2.14.4. FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği**

FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği daha önceki 38 maddelik ölçekten yola çıkılarak 28 maddeden oluşturulmuştur. Kanser tedavisine bağlı fiziksel, işlevsel, sosyal ve duygusal iyilik halinin yanı sıra memnuniyetin değerlendirilmesinin önemli olduğunu vurgulamak amacıyla geliştirilmiştir (Cella ve ark., 1993).

**2.14.5. WHOQOL BREF 27 Yaşam Kalitesi Ölçeği**

WHOQOL BREF 27 Yaşam Kalitesi Ölçeği (WBYKÖ), Türkçe yaşam kalitesi ölçeği kısa formu (WHOQOL BREF –TR) DSÖ tarafından geliştirilmiş ve ülkemizde Eser ve arkadaşları (1999) tarafından geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa kaysayısı 0.85 olarak hesaplanmıştır. WHOQOL 100 soru içinden seçilen 27 soru, dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bu dört alan bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler ve çevredir. Ölçek 5’li likert tipi puanlama ile hazırlanmıştır (Kutlu ve ark., 2011; Usta Yeşilbalkan ve ark., 2005; Eser ve ark., 2010).

**2.14.6. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği**

EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire- EORTC-QLQ-C-30), soru-cevap ölçeği EORTC tarafından geliştirilmiş olup, kanserli hastalarda ve tüm dünyada yaygın olarak kullanılan bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Beşer ve Öz (2003) tarafından kapsam geçerliği ve güvenirlik çalışması yapılmış, Cronbach alfa katsayısı 0.90 ve maddeler arasındaki ilişki güçlü bulunmuştur. EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği kanserli bireylerin semptomlarını değerlendirmede daha objektif veri toplanmasına olanak vermektedir ve tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır (Aoronson ve ark., 1993; Ertem ve ark., 2009; Pınar ve ark., 2008; Beşer ve Öz, 2003).

**3.GEREÇ VE YÖNTEM**

**3.1. Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma kemoterapi tedavisi uygulanan kanserli bireylerde semptomların ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri**

Bu araştırma, KKTC’nin başkenti Lefkoşa’da bulunan Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi’nde yer alan Onkoloji Servisinin Ayaktan Kemoterapi Bölümü’nde yapılmıştır. Bu hastane KKTC’deki en kapsamlı ve onkoloji tedavilerinin yapıldığı tek kamu kuruluşudur. Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Onkoloji Servisi yatarak tedavi olan hastaların bulunduğu yataklı bölüm ve ayaktan kemoterapi tedavilerinin yapıldığı bölüm olmak üzere iki ayrı bölümden oluşmakta; her iki bölümde 1 doktor ve 15 hemşire görev yapmaktadır. Onkoloji servisinin ayaktan kemoterapi bölümü, haftanın 5 günü, 08:00-14:00 saatleri arasında hizmet vermekte, günde ortalama 10 ya da 15 kanserli bireye kemoterapi tedavisi uygulanmaktadır.

**3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmamızın evrenini 2012 yılında ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi uygulanan 493 kanserli birey oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü için, Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğretim Üyesinden uzman görüşü alınarak hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğü %95 güvenirlik, %5 hata payı ve %85 güç analizi ile mintab programı kullanılarak hesaplanmış toplam 150 kanserli bireye uygulanmıştır.

Yatarak tedavi gören kanserli bireyler ile ayaktan tedavi alan kanserli bireylerde görülebilecek semptomlar farklılık göstermekte, yatarak tedavi gören kanserli bireylerde hastalık ve tedaviye bağlı ciddi komplikasyonlar yaşanmaktadır. Yapılan çalışma sonuçlarında; fiziksel hastalıkları nedeni ile kliniklerde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek bulunduğu (Anderson, ve ark., 2001; Kayahan ve Sertbaş, 2007), genel sağlıkla ilgili aldıkları puanların düşük olduğu, hastalarda gerginlik, bağımlılık, öfke duygularının yaşandığı (Kayahan ve Sertbaş, 2007) görülmüştür. Kanserli hastaların yaşam kalitesini ve travmatik durumlarla baş etmelerini artırmada ekonomik olanaklar, iş ortamı, diğer sosyal ortamları kapsayan sosyal desteğin önemli olduğu (Terakye, 2011) ve bu desteğin hastanede yatarken sınırlı olabileceği, ağır ve tedavisi zor olan hastalıklarda hastalığa bağlı ortaya çıkan semptomların verdiği rahatsızlığın yanı sıra hastane ortamında bulunmanın, tedavi uygulanması sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlar, hastanın iyileşme umudunun zamanla kaybolmasının anksiyete ve depresyon gelişimini hızlandırdığı (Böncü ve Aydemir, 2001) belirtilmiştir. Ayrıca fiziksel hastalıklarda gelişen depresyonun, hastanın uyumunu, tedaviye yanıtını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği (Kelleci, ve ark., 2009) vurgulanmaktadır. Bu nedenlerle, araştırmaya sadece ayaktan kemoterapi tedavisi uygulanan kanserli bireyler alınmış, Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Onkoloji Servisi’ne kemoterapi tedavisi almak üzere ayaktan başvuran ve örneklem kriterine uyan kanserli bireyler ile çalışma uygulanmıştır.

**3.4. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri**

Araştırmanın örneklemine, 18 yaşın üzerinde ve yaşlılığa bağlı gelişebilecek sorunlar ile karışmaması için 65 yaşın altında olan, kanser tanısı konulan, tanısını bilen ve sözel olarak ifade edebilen, kemoterapi tedavisine bağlı yan etkilerin yeterli ölçüde gözlenebileceğinden emin olabilmek için en az iki kür kemoterapi tedavisi uygulanmış olan, araştırmaya katılmayı kabul eden, soruları fiziksel ve ruhsal olarak yanıtlayabilmesinde bir engeli olmayan, sözel iletişim engeli olmayan (işitme ve konuşma) bireyler alınmıştır.

**3.5. Araştırma Etiği**

Çalışmanın yürütülebilmesi için Yakın Doğu Üniversitesi Etik Kurulu’ndan (EK-1) ve KKTC Sağlık Bakanlığı’ndan (EK-2) yazılı onay alınmıştır. Çalışmada kullanılan Rotterdam Semptom Checklisti (EK-3) ve EORTC-QLQ-C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-4) için yazarlarından yazılı izin alınmıştır. Çalışmanın amacı araştırmaya katılan bireylere açıklanmış ve araştırmaya katılımları konusunda yazılı onamları alınmıştır (EK-5).

**3.6. Veri Toplama Formları**

Araştırma verilerini toplamak amacıyla aşağıdaki formlar kullanılmıştır.

1. Kişisel Bilgi Formu
2. Rotterdam Semptom Checklisti
3. EORTC-QLQ-C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği

**3.6.1. Kişisel Bilgi Formu**

Kişisel Bilgi Formu (EK-6), kanser tanısı konulan bireylerde yaşanan semptomları ve bireylerin yaşam kalitesini etkileyebilecek faktörleri belirlemek amacıyla konu ile ilgili literatür taraması sonucunda oluşturulmuştur (Acar, 2009; Altın, 2011; Bektaş ve Akdemir, 2006; Lafçı, 2009; Subaşı, 2010).

Kişisel Bilgi Formunda, bireylerin tıbbi durumları ile ilgili özelliklerini (tanı, tanı süresi, metastaz durumu, tedavi şekli, uygulanan toplam kür sayısı, en son uygulanan kemoterapi zamanı, kanser dışında başka hastalığın varlığı), sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerini (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, sosyal güvence, gelir durumu, yaşanılan yer, evde birlikte yaşanan kişiler, bakmakla yükümlü olunan kişiler, bakımına destek olan kişilerin varlığı, kimlerin yardımcı olduğu, hangi konularda yardım aldığı, hastalık / tedavi ile ilgili yaşanan sıkıntılar, hastalık / tedavi ile ilgili yaşanan en önemli sağlık sorunları, alınan ilaç tedavisi ile ilgili bilgi alma durumu, tedavi konusunda kimlerden bilgi alındığı) sorgulayan 25 soru bulunmaktadır.

**3.6.2. Rotterdam Semptom Checklisti**

Rotterdam Semptom Checklisti (RSC) (EK-7), kanserli bireylerin yaşadıkları semptomlara bağlı gelişen sıkıntıları değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçek; fiziksel rahatsızlık alt boyutu 23 madde, psikolojik semptom alt boyutu 7 madde, günlük yaşam aktiviteleri 8 madde ve genel yaşam kalitesi 1 madde olmak üzere toplam 39 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 1’den 4’e kadar değişen likert tipi ile puanlandırılmaktadır. Ölçekte günlük yaşam aktiviteleri alt boyutundan alınan puanlar ters çevrilerek hesaplanmakta, ölçek atl boyut puan ortalamaları; fiziksel rahatsızlık alt boyutunda 0-69, psikolojik semptom alt boyutunda 0-21, günlük yaşam aktiviteleri alt boyutunda 0-24 ve genel yaşam kalitesi alt boyutunda 1-7, toplam ölçek puan ortalaması 1-121 arasındadır (Can, 2001). Ölçekten alınan puanlar aşağıda belirtilen formüle göre 0-100 arası puanlama şekline dönüştürülmektedir.

Dönüştürme Formülü = Elde edilen alt boyut puanı- Alt Boyut Minumum Puanı ×100

Alt boyut maksimum puanı – Alt boyut minumum puanı

Araştırma sorularımızda hastaların aldıkları puanlar, dönüştürülen puan formülü ile 0-100 arası puanlara dönüştürülmüştür. Ölçekte fiziksel rahatsızlık, psikolojik rahatsızlık, genel yaşam kalitesi puanları arttıkça yaşanan semptom rahatsızlığı boyutu artmaktadır. Günlük yaşam aktiviteleri alt boyutundan alınan puanlar ters çevrilerek hesaplanmakta, bu bölümden alınan puanlar arttıkça fonksiyonel durum kötüye gittiği anlaşılmaktadır.

Çalışmanın orijinalinde Rotterdam Semptom Checklisti’nin Cronbach alfa değeri 0.88 olarak belirlenmiştir (de Haes, ve ark., 1990); Usta-Yeşilbalkan, ve ark., 2005). Rotterdam Semptom Checklisti geçerlik ve güvenirlik çalışması, Türkiye’de Can tarafından (2001) meme kanserli hastalarda yapılmış, fiziksel rahatsızlık alt boyutunun Cronbach alfa değeri 0.83-0.87, psikolojik semptom alt boyutunun Cronbach alfa değeri 0.88-0.90 arasında, günlük yaşam aktivite düzeyi için 0.86-0.92 ve toplam ölçekte 0.94 olarak belirlenmiştir (Can, 2001).

**Tablo 3.1. Kanserli Bireylerin Rotterdam Semptom Checklisti Puan**

**Ortalamalarının ve Cronbach Alfa Değerlerinin Dağılımı (n=150)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Alt Boyutlar** | **Dönüştürülmüş Puan Aralığı** | **Örneklem Puan Ortalamaları ±SS** | **Cronbach Alfa Değerleri** |
| **Fiziksel Rahatsızlık** | 0-100 | 26.7±8.2 | 0.67 |
| **Psikolojik Semptom** | 0-100 | 29.7±15.5 | 0.73 |
| **Günlük Yaşam Aktiviteleri** | 0-100 | 56.6 ±15.6 | 0.78 |
| **Genel Yaşam Kalitesi** | 0-100 | 50.1±16.3 | -- |
| **Toplam** | 0-100 | 34.5±7.2 | 0.80 |

Tablo 4.3’te kanserli bireylerin Rotterdam Semptom Checklisti puan ortalamalarının ve Cronbach alfa değerlerinin dağılımı verilmektedir. Tabloya göre kanserli bireylerin fiziksel rahatsızlık alt boyutundan 26.7, psikolojik semptom alt boyutundan 29.7, günlük yaşam aktiviteleri alt boyutundan 56.6, genel yaşam kalitesi alt boyutundan 50.1 ve toplam ölçekten 34.5 ortalama puan aldıkları bulunmuştur. Bireylerin günlük yaşam aktiviteleri alt boyutundan diğer alanlara göre daha yüksek puan aldıkları, ancak yine de bireylerin günlük aktivitelerini yerine getirmede yetersiz kaldıkları görülmektedir. Diğer alt boyutlardan alınan puan ortalamaları oldukça düşük bulunmuştur.

Aynı tabloda Rotterdam Semptom Checklisti’nin fiziksel rahatsızlık, psikolojik semptom, günlük yaşam aktiviteleri, genel yaşam kalitesi ve toplam ölçeğe ait Cronbach alfa katsayıları verilmiştir. Cronbach alfa değerleri alt boyutlara göre incelendiğinde; fiziksel rahatsızlık için 0.67, psikolojik rahatsızlık için 0.73, günlük yaşam aktiviteleri için 0.78 ve toplam ölçek için 0.80 olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısının yüksek ve KKTC için uygun olduğu bulunmuştur.

|  |  |
| --- | --- |
| **Rotterdam Semptom Checklisti’nin Alt Başlıkları** | |
| **Ölçek alt boyutları** | **Ölçek maddeleri** |
| Fiziksel Rahatsızlıklar | 1, 3, 5, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 |
| Psikolojik Rahatsızlıklar | 2, 4, 6, 9, 11, 17, 19 |
| Günlük Yaşam Aktiviteleri | 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 |
| Genel Yaşam Kalitesi | 39 |

**3.6.3. EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği**

EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire – EORTC-QLQ-C30) (EK-8), soru-cevap ölçeği EORTC tarafından geliştirilmiş olup, kanserli hastalarda ve tüm dünyada yaygın olarak kullanılan bir yaşam kalitesi ölçeğidir (Aaronson, ve ark., 1993). Beşer ve Öz (2003) tarafından kapsam geçerliği ve güvenirlik çalışması yapılmış, Cronbach alfa katsayısı 0.90 ve maddeler arasındaki ilişki güçlü bulunmuştur.

EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği genel iyilik hali, fonksiyonel güçlükler ve semptom kontrolü olmak üzere üç alt boyut ve 30 madde içermektedir. Ölçekteki 30 maddeden ilk 28’i dörtlü likert tipi ölçektir ve maddeler hiç: 1, biraz: 2, oldukça: 3, çok: 4 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin 29. maddesinde hastadan 1’den 7’ye kadar olan ölçek ile (1: çok kötü ve 7: mükemmel) sağlığını ve 30. maddesinde genel yaşam kalitesini değerlendirmesi istenmektedir. Ölçek alt boyutları kendi içinde daha alt boyutlardan oluşmaktadır. Bunlar; fonksiyonel güçlükler alt boyutunda fiziksel fonksiyonla, rol fonksiyon, emosyonel fonksiyon, bilişsel fonksiyon ve sosyal fonksiyon; sEmptom kontrolü alt boyutunda yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, dsipne, uykusuzluk, iştah kaybı, kOnstipasyon, diyare ve maddi zorluktur. Ölçekte semptom kontrolü ve genel iyilik hali alt boyutlarındaki maddeler düz (1-2-3-4), fonksiyonel güçlükler alt boyutundaki maddeler ters çevrilerek (4-3-2-1) puanlandırılmaktadır (Beşer ve Öz, 2003). Ölçekten alınan puanlar aşağıda belirtilen formüle göre 0-100 arası puanlama şekline dönüştürülmektedir.

Fonksiyonel durum skor (FDS) hesaplanırken 15 sorudan aldığı toplam puan, toplam soru sayısına bölünerek ham skor (HS) hesaplanır. Cevaplara verilen en yüksek (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) aralık değerini verir. Bu değerler kullanılarak;

**FDS={1-(HS-1)/aralık}×100**

Semptom kontrol skoru (SKS) hesaplanırken 13 sorudan alınan toplam puan, toplam soru sayısına bölünerek ham skor (HS) hesaplanır. Cevplara verilen en yüksek (4) ve en düşük (1) arasındaki fark (3) aralık değerini verir. Bu değerler kullanılarak;

**SKS={(HS-1)/aralık}×100**

Genel iyilik hali skoru (GİHS) hesaplanırken son iki sorudan alınan toplam puan, toplam soru sayısına (2) bölünerek ham skor hesaplanır, bu iki sorudan alınan en yüksek puan (7) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (6) aralık değerini verir. Bu değerler ile;

**GİHS={(HS-1)/aralık}×100**

Araştırma sorularımızda hastaların aldıkları puanlar, dönüştürülen puan formülü ile 0-100 arası puanlara dönüştürülmüştür. Ölçeğin fonksiyonel güçlükler ve genel iyilik hali alt boyutlarından alınan puanların yüksek olması yaşam kalitesinin yüksek; semptom kontrolü alt boyutundan alınan puanların yüksek olması yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. (Akduman, 2007; Aaronson, ve ark., 1993; Ertem, ve ark., 2009).

**Tablo 3.2. Kanserli Bireylerin EORTC-QLQ-C-30 Yaşam Kalitesi Puan**

**Ortalamalarının ve Cronbach Alfa Değerlerinin Dağılımı(n=150)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Alt Boyutlar** | **Dönüştürülmüş**  **Puan Aralığı** | **Örneklem Puan Ortalamaları ±SS** | **Cronbach Alfa Değerleri** |
| **Genel İyilik Hali** | 0-100 | 46.7±15 | 0.80 |
| **Fonksiyonel Güçlükler** | 0-100 | 30.4±9 | 0.71 |
| Fiziksel Fonksiyonlar | 0-100 | 41.2±16.3 | 0.74 |
| Rol Fonksiyon | 0-100 | 11.3±12.7 | 0.22 |
| Emosyonel Fonksiyon | 0-100 | 29.3±15.1 | 0.77 |
| Bilişsel Fonksiyon | 0-100 | 19±11.8 | 0.24 |
| Sosyal Fonksiyon | 0-100 | 37±15.8 | 0.54 |
| **Semptom Kontrolü** | 0-100 | 54.2±5.1 | 0.45 |
| Yorgunluk | 0-100 | 54±15.6 | 0.54 |
| Bulantı ve Kusma | 0-100 | 17.8±18.3 | 0.67 |
| Ağrı | 0-100 | 26±15.4 | 0.5 |
| Dispne | 0-100 | 8.9±17.6 | -- |
| Uykusuzluk | 0-100 | 12.4±21.7 | -- |
| İştah Kaybı | 0-100 | 30.7±24.6 | -- |
| Konstipasyon | 0-100 | 13.6±23.2 | -- |
| Diyare | 0-100 | 10.2±19.7 | -- |
| Maddi zorluk | 0-100 | 71.8±26.4 | -- |

Tablo 4.4.’te kanserli bireylerin EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi puan ortalamalarının ve Cronbach alfa değerlerinin dağılımı görülmektedir. Tabloya göre genel iyilik hali alt boyutu puan ortalaması 46.7±15, fonksiyonel güçlükler alt boyutu puan ortalaması 30.4±9, semptom kontrolü alt boyutu puan ortalaması 54.2±5.1 olarak bulunmuştur. Bu puanların oldukça düşük olduğu, hastaların genel iyilik halinin orta düzeyde olduğu, fonksiyonel durumlarının oldukça kötü olduğu, semptom kontrolü konusunda sorun yaşadıkları anlaşılmaktadır. Fonksiyonel güçlükler alt boyutunun puan ortalamaları incelendiğinde; bireylerin rol fonksiyon (11.3±12.7) alanından çok düşük puan aldıkları bulunmuştur. Semptom kontrolü alt boyutlarından alınan puan ortalamaları incelenmiş; bireylerin maddi zorluk (71.8±26.4) ve yorgunluk (54±15.6) alanından en yüksek puanı aldıkları ve bu alanlarda yaşanan güçlüğün fazla olduğu anlaşılmaktadır. EORTC-QLQ-C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları hesaplandığında; genel iyilik hali 0.80, fonksiyonel güçlükler 0.71, semptom kontrolü 0.45 ve toplam ölçek 0.61 olarak bulunmuştur.

|  |  |
| --- | --- |
| **EORTC-QLQ-C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin Alt Başlıkları** | |
| **Ölçek Alt Boyutları** | **Ölçek maddeleri** |
| **Fonksiyonel Güçlükler** |  |
| Fiziksel Fonksiyonlar | 1, 2, 3, 4, 5 |
| Rol Fonksiyon | 6, 7 |
| Emosyonel Fonksiyon | 21, 22, 23,24 |
| Bilişsel Fonksiyon | 20, 25 |
| Sosyal Fonksiyon | 26,27 |
| **Semptom Kontrolü** |  |
| Yorgunluk | 10, 12, 18 |
| Bulantı ve Kusma | 14, 15 |
| Ağrı | 9, 19 |
| Dispne | 8 |
| **Ölçek Alt Boyutları** | **Ölçek maddeleri** |
| Uykusuzluk | 11 |
| İştah Kaybı | 13 |
| Konstipasyon | 16 |
| Diyare | 17 |
| Maddi zorluk | 28 |
| **Genel İyilik Hali** | 29, 30 |

**3.6.4. Araştırmanın Değişkenleri**

Bu çalışmada, semptomların ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği ölçekler bağımlı; semptomlar ve yaşam kalitesine etki edebilecek faktörler, hastalık ve sosyo-demografik değişkenlerle ilgili özellikler bağımsız değişken olarak kabul edilmiştir.

**3.6.5. Araştırmanın Ön Uygulaması**

Araştırmanın ön uygulaması, Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Onkoloji Servisi’nde yatarak tedavi gören, örneklem kriterlerine uyan, kanser tanısı konulmuş olan, örneklemin %10’u kadar kanserli birey ile yapılmıştır. Ön uygulama yapılan bireyler araştırma kapsamına alınmamış, ön uygulamadan sonra değişiklik yapılmasına gerek olmamış, aynı şekli ile kullanılmıştır.

**3.6.6. Araştırma Verilerinin Toplanması**

Veriler, son şeklini alan veri toplama formları kullanılarak 21 Ocak- 30 Nisan 2013 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma kapsamına alınan bireylerin tanı, tanı süresi, metastaz durumu, tedavi şekli gibi veriler hasta dosya kayıtlarından yararlanılarak elde edilmiştir. Araştırmada kullanılan formlar, Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Onkoloji Servisi’ne ayaktan tedavi için gelen kanserli hastalara uygulanmıştır. Kemoterapi tedavisi uygulanmış olan bireylere, tedavi sırasında açıklama yapılmış ve onam formu imzalatılmıştır. Araştırma kapsamına alınan bireyler, tedavi süresince beklemek durumunda oldukları için, veri toplama formları kemoterapi tedavisi uygulanmaya başlandıktan sonra ve tedavi süresince kendilerini rahat hissettikleri sürede uygulanmıştır. Veri toplama formları bireylere okunarak ve verilen cevaplar araştırmacı tarafından formlara işaretlenerek doldurulmuştur. Hastalık ve tedavilere yönelik konularla ilgili soruları olan hastalara, form doldurma işleminden sonra uygun şekilde bilgi verilmiş, hastalar ilgili hekim ve hemşirelere yönlendirilmiştir.

**3.6.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi**

Veriler toplandıktan sonra, her kanserli bireyin ölçekte yer alan her madde için belirttiği seçenek araştırmacı tarafından SPSS (17.0) programına girilmiş ve hastaların ölçekten aldıkları toplam puanlar hesaplanmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde, Statistical Package for Social Science (SPSS Ltd., Chicago, IL, USA) 17.0 yazılım paket programı kullanılmıştır. Araştırmanın amacına uygun olarak verilerin değerlendirilmesinde, yüzdelik, aritmetik ortalama, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, yaşanılan yer, birlikte yaşanılan kişiler, bakmakla yükümlü bireylerin varlığı, metastaz durumu, yardım alınan konular ve yaşanılan sorunlar gibi iki değişkenli veriler için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, değişkenlerin dağılımları homojen olmadığında Mann Whitney U testi, ikiden fazla değişkeni olan verilerde Anova testi, tek yönlü varyans analizi, Kruskal Wallis Varyans Analizi, Pearson korelasyon testi, Cronbach alfa iç tutarlık testi gibi analizler kullanılmıştır.

**4. BULGULAR**

**Tablo 4.1. Kanserli Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri (n=150)**

Kemoterapi tedavisi uygulanan kanserli bireylerde semptomların ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışma sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sosyo-Demografik Özellikler** | **Sayı** | **%** |
| **Cinsiyet** |  |  |
| Kadın  Erkek | 71  79 | 47.3  52.7 |
| **Medeni Durumu** |  |  |
| Evli  Bekar | 136  14 | 90.7  9.3 |
| **Eğitim Durumu** |  |  |
| Okur-yazar değil/Okur yazar  İlkokul  Ortaokul  Lise  Yüksekokul/ Lisans üstü | 5  32  45  54  14 | 3.4  21.3  30.0  36.0  9.3 |
| **Meslek** |  |  |
| Ev Hanımı  Memur  İşçi  Emekli  Serbest Meslek | 14  16  53  61  6 | 9.3  10.7  35.3  40.7  4.0 |
| **Çalışma Durumu** |  |  |
| Tam gün çalışıyor  Çalışmıyor | 78  72 | 52.0  48.0 |
| **Sosyal Güvence** |  |  |
| Var  Yok | 145  5 | 96.7  3.3 |
| **Gelir Durumu** |  |  |
| Gelir-giderden az  Gelir-gideri denk | 107  43 | 71.3  28.7 |
| **Yaşanılan yer** |  |  |
| İl  Belde/köy | 105  45 | 70.0  30.0 |
| **Evde birlikte yaşadığı bireyler** |  |  |
| Yalnız  Eş  Eş ve çocuk  Diğer\* | 18  61  66  5 | 12.0  40.7  44.0  3.3 |
| **Bakmakla yükümlü olduğu bireyler (n=79)\*\*** |  |  |
| Eş ve/veya çocuk  Anne | 78  1 | 98.7  1.3 |
| **Bakımına destek alabilme durumu** |  |  |
| Evet  Hayır | 149  1 | 99.3  0.7 |

**Tablo 4.1. Kanserli Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri (n=150)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bakımına destek olan bireyler** |  |  |
| Eş  Çocuk  Akraba  Eş ve çocuk  Eş ve akraba | 16  11  20  99  4 | 10.7  7.3  13.3  66.0  2.7 |

**\***Diğer; evde birlikte yaşanan bireyler çocuk (n=2), kardeş (n=1), anne-baba (n=1), kızkardeş (n=1)

**\*\*** Yüzdeler n değeri üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.1’de hastaların sosyo-demografik özelliklerine ait bilgilerinin dağılımı verilmiştir. Tablo 4.1’de görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan hastaların % 52.7’si erkek ve yaş ortalamaları 51.41±17.5, %90.7’si evli, %36’sı lise mezunudur. Araştırma kapsamına alınan kanserli bireylerin %40.7’si emekli, %52’si tam gün çalışmakta olup, %96.7’sinin sosyal güvencesi vardır. Bireylerin %71.3’ünün kendi ifadesine göre geliri giderine göre az olup, %70’i ilçede yaşamaktadır.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin % 44’ü eş ve çocuklarıyla yaşamakta olup, %98.7’si yine eş ve/veya çocuklarına bakmakla yükümlüdürler. Çalışmaya katılan kanserli bireylerin % 99.3’ü bakımına destek almakta, bu desteği % 66’sı eş ve çocuklarından aldığını ifade etmektedir.

**Tablo 4.2. Kanserli Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Özellikleri (n=150)**

Kemoterapi tedavisi uygulanan kanserli bireylerde semptomların ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışma sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hastalığa İlişkin özellikleri** | **Sayı** | **%** |
| **Tanı** |  |  |
| Meme kanseri  Kolon kanseri  Akciğer kanseri  Prostat kanseri  Lenfoma kanseri  Tiroid kanseri  Mesane kanseri  Diğer\* | 36  31  20  12  9  8  7  27 | 24.0  20.8  13.3  8.0  6.0  5.3  4.8  17.8 |
| **Tanı süresi** |  |  |
| 0-6 ay  7-12 ay  13-18 ay | 37  82  31 | 24.7  54.7  20.6 |
| **Metastaz** |  |  |
| Var  Yok | 18  132 | 12.0  88.0 |
| **Metastaz olan bölge (n=18)\*\*** |  |  |
| Karaciğer  Lenfler  Akciğer  Mesane  Diğer\*\*\* | 7  3  2  2  4 | 38.9  16.7  11.1  11.1  22.2 |
| **Tedavi şekli** |  |  |
| Kemoterapi  Kemoterapi+radyoterapi+cerrahi  Kemoterapi+radyoterapi  Kemoterapi+cerrahi | 14  72  41  22 | 11.0  48.0  27.3  14.7 |
| **Uygulanan kür sayısı** |  |  |
| 2-6  7-12  13-18 | 26  98  26 | 17.3  65.3  17.4 |
| **Son kemoterapi zamanı** |  |  |
| 7 gün önce  15 gün önce  21 gün önce | 11  68  71 | 7.4  45.3  47.3 |
| **Var olan diğer rahatsızlık durumu** |  |  |
| Hastalık yok  Hipertansiyon  Koroner arter hastalığı  Konjestif kalp yetmezliği  Solunum sistemi hastalığı  Diyabet  Gastrointestinal sistem hastalığı  Nörolojik sistem hastalığı | 81  32  12  9  5  5  3  3 | 54.0  21.4  8.0  6.0  3.3  3.3  2.0  2.0 |
| **Yardım alınan konular\*\*\*\*** |  |  |
| Hastaneye gelip gitme | 74 | 49.3 |
| Hastane işlemleri | 78 | 52.0 |
| İlaç temini | 118 | 78.7 |
| Ev işleri | 133 | 88.7 |

**Tablo 4.2. Kanserli Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Özellikleri Devamı (n=150)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hastalığa İlişkin özellikleri** | **Sayı** | **%** |
| **Yardım alınan konular\*\*\*\*** |  |  |
| Alışveriş | 128 | 85.3 |
| Beslenme | 121 | 80.7 |
| Bireysel temizlik ve bakım | 123 | 82.0 |
| Maddi destek alma | 58 | 38.7 |
| **Tedavi süresince yaşanılan sorunlar\*\*\*\*\*** |  |  |
| Hastaneye gelip giderken | 62 | 41.3 |
| Hastane işlemlerini yürütürken | 74 | 49.3 |
| Fiziksel sorunlar | 128 | 85.3 |
| Psikolojik sorunlar | 129 | 86.0 |
| Ekonomik güçlükler | 115 | 76.7 |
| Sosyal sorunlar | 124 | 82.7 |
| Bulantı-kusma | 124 | 82.7 |
| Enfeksiyon | 67 | 44.7 |
| Kanama | 60 | 40 |
| Halsizlik ve yorgunluk | 134 | 89.3 |
| Kansızlık | 134 | 89.3 |
| Ağrı | 122 | 81.3 |
| İştahsızlık | 127 | 84.7 |
| **Tedaviye ilişkin bilgilendirilme durumu** |  |  |
| Bilgi aldı  Bilgi almadı | 105  45 | 70.0  30.0 |
| **Tedavi için kimden bilgi alındığı**  **(n=106)** |  |  |
| Hemşireden  Hekimden | 8  98 | 7.5  92.5 |

\*Diğer bireylere konulan diğer tanılar; lösemi (n=5), pankreas kanseri (n=2), baş- boyun kanseri (n=1), mide kanseri (n=2), over kanseri (n=4), safra kanseri (n=1), serviks kanseri (n=5), özafagus kanseri (n=1), endometrium kanseri (n=1), rahim kanseri (n=1) ve beyin tümörü (n=4).

\*\* Yüzdeler n değeri üzerinden hesaplanmıştır.

\*\*\* Diğer bireylerin metastaz bölgeleri; akciğer+karaciğer (n=1), osteosarkom (n=1), over (n=1) ve kolon (n=1).

\*\*\*\* Yardım alan bireylerin yüzdelik değerleri verilmiş, satır yüzdeleri alınmıştır.

\*\*\*\*\* Tedavi süresince yaşanılan sorunların yüzdelik değerleri verilmiş, satır yüzdeleri alınmıştır.

Tablo 4.2’de kanserli bireylerin hastalıklarına ilişkin özellikleri verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan kanserli bireylerin %24’ü meme, %20.8’i kolon ve %13.3’ü akciğer kanseridir. Kanserli bireylerin %54.7’sinin tanı süresi 7-12 ay, % 88’inde metastaz bulunmamakta, %38.9’unda karaciğer metastazı bulunmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan kanserli bireylerin %44.7’sine kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavileri kombine olarak, %27.3’üne kemoterapi ve radyoterapi tedavileri birlikte uygulanmıştır. Kanserli bireylerin %65.3’üne 7-12 kür kemoterapi tedavisi uygulanmış olup, %47.3’ünün son kemoterapi tedavisi 21 gün öncedir. Araştırma kapsamına alınan kanserli bireylerin %54’ünün kanser dışında başka bir kronik hastalığı bulunmamakta ve % 21.4’ünün hipertansiyon tanısı bulunmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan kanserli bireylerin %49.3’ü hastaneye gelip giderken, %52’si hastane işlemlerinde, %78.7’si ilaç temini, %88.7’si ev işleri, %85.3’ü alışverişe, %80.7’si beslenme, %82’si bireysel temizlik ve bakım, %%38.7’si maddi konularda destek aldığını belirtmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kanserli bireylerin tedavi süresince yaşadıkları sorunlar incelendiğinde; %41.3’ü hastaneye gelip giderken, %49.3’ü hastane işlemlerini yürütürken, %85.3’ü fiziksel, %86’sı psikolojik, %76.7’si ekonomik, %82.7’si sosyal, %82.7’si bulantı-kusma, %44.7’si enfeksiyon, %40’ı kanama, %89.3’ü halsizlik, yorgunluk ve kansızlık, %81.3’ü ağrı ve %84.7’si iştahsızlık sorunu yaşadığını ifade etmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kanserli bireylerin %70’i tedaviye ilişkin bilgi aldığını, %92.5’i hekimden, % 6.6’sı hemşireden bilgi aldığını ifade etmiştir.