

Kemoterapi Alan Jinekolojik Kanserli Hastalarda Semptom Yönetim Modeli'nin Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Şeyma İnciser PAŞALAK

Koç Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Doktora Programı

Doktora Tezi



KOÇ ÜNİVERSİTESİ

Aralık, 2020

**Kemoterapi Alan Jinekolojik Kanserli Hastalarda Semptom Yönetim Modeli'nin
Etkinliğinin Değerlendirilmesi**

Koç Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Doktora Programı
(Kadın Sağlığı ve Doğum Hemşireliği) öğrencisi

Şeyma İnciser PAŞALAK

“Kemoterapi Alan Jinekolojik Kanserli Hastalarda Semptom Yönetim Modeli'nin
Etkinliğinin Değerlendirilmesi” konulu
Doktora tezini

22/12/ 2020 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

Üyeler:

Doç. Dr. Memnun SEVEN (Danışman)

Prof. Dr. Ayşe BEŞER

Prof. Dr. Gülden GÜVENÇ

Doç. Dr. Gülcan BAĞÇIVAN

Dr. Öğr. Üyesi Eda ŞAHİN

Tarih: 22/12/2020

İTHAF

Beni koşulsuz seven ve insanları sevmeyi öğreten, beni yetiştiren, hayatı ve iyi bir insan olmayı öğreten, profesyonel değerlerim ile bu denli örtüşen kişisel değerlerim olmasını sağlayan, en büyük destekçilerim, en kıymetlilerim

Canım Annem ve Canım Babam'a

ve

Her günümün bir öncekinden güzel geçmesini sağlayan, kelimenin tam anlamıyla hastalıkta ve sağlıkta, iyi günde kötü günde yanımda olan canım Eşim'e

ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Öncelikle, lisans öğrenciliğimden bu yana adımlarını takip etmeye çalıştığım, lisans ve tüm lisansüstü, özellikle de doktora eğitimim boyunca desteği ve bilgisi ile her zaman yanımda olan, yol gösteren, ışık tutan ve yeni ufuklar açan, çok değerli, sevgili danışman hocam Doç. Dr. Memnun Seven'e,

Her sorumda kapısını çalabildiğim, desteğini hep hissettiğim kıymetli hocam Doç. Dr. Gülcan Bağçivan'a,

Tüm lisansüstü eğitimimi tamamladığım, ikinci bir yuva olan, sunduğu bütün imkanlar için Koç Üniversitesi'ne, kendilerinden ders alma şansı yakaladığım tüm hocalarım başta olmak üzere Hemşirelik Fakültesi'nin öğretim üyeleri ile sayısız yardım ve desteklerinden dolayı tüm idari ve teknik kadrosuna, her sorumda yardımcı olan Sağlık Bilimleri Enstitüsü İdari Asistanı sevgili Simay Altunsoy'a,

Fiziksel olarak biraz uzak kalsak da hep yanımda hissettiğim, derin bilgi ve tecrübeleri ile yol gösteren, sadece akademik değil hayata dair tüm öğretileri için sevgili hocam Prof. Dr. Aygül Akyüz'e,

Okulun bana kattığı "iyi ki" lerimin başında gelen, dostum, sırdaşım, desteğim, varlığı ile mutluluk veren canım arkadaşım Gizem Çimşit Güner'e,

Aynı yolları yürüdüğüm, sevinç ve hüznlerimi paylaştığım, aynı koridorda çalışmayı özlediğim canım arkadaşım Dr. Öğr. Üyesi Aylin Akça Sümengen'e,

Her zaman yanımda olan, destekleyen ellerini hep sırtımda hissettiğim, güvenli limanlarım canım annem Saadet ve canım babam Halil İrfan Özcan'a,

Hayatımın ilk gününden beri beni koruyan, kollayan, gözü gibi bakan şimdi bebeğine benim gözüm gibi baktığım canım ablam Seda Özcan Romiti'ye, özellikle doktora tezimi yazarken sonsuz manevi ve teknik destekleri için,

Neşe kaynağım, değişik duygular yaşamamı sağlayan, dünyalar güzeli yeğenim Aylin Fiona'ya, duygusal kırılmalarımda terapi veren sevgili babası Simone Romiti'ye,

Son olarak hayattaki en büyük şansım, desteğim, aynı zamanda hem en yakın arkadaşım hem akıl hocam olabilen, yanında hep daha iyi bir insan olduğum, keyifli ve zorlu bu lisansüstü eğitim sürecinin her anında yanımda olan canım eşim Osman Paşalak'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Şeyma İnciser Paşalak, 2020

ÖZET

Kemoterapi Alan Jinekolojik Kanserli Hastalarda Semptom Yönetim Modeli'nin Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Hemşirelik Doktora Programı, Aralık 2020

Şeyma İnciser Paşalak

Bu çalışma, semptom yönetim modeline göre geliştirilen semptom yönetimi programının, kemoterapi alan jinekolojik kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve yaşadıkları semptomların şiddet/sıklığı üzerindeki etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yürütülmüştür. Bu randomize kontrollü çalışmanın örneklemini Kasım2018-Kasım2019 tarihleri arasında Koç Üniversitesi Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Birimi'nde kemoterapi alan 41 kadın oluşturmuştur. Veriler, Hasta Tanılama Formu, Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği, Avrupa Kanser Araştırma-Tedavi Organizasyonu-Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC-QLQ-C30), Modifiye Kısa Cinsel Semptom Kontrol Listesi-Kadın ve Semptom Öz-Yönetim Formu ile toplanmıştır. Müdahale grubuna semptom yönetimi programı kapsamında; her kür kemoterapi öncesi ve sonrası, sürekli-sistematik semptom değerlendirmesi ile her semptom için mevcut son kanıtlar kullanılarak geliştirilen yönetim stratejilerine ilişkin eğitim ve broşürler verilerek izlenmiştir. Kontrol grubuna tedavi öncesi verilen kemoterapi eğitimi ve standart bakım dışında müdahale yapılmamıştır. Veri toplama ve semptom değerlendirmesi müdahale grubunda her kür tedavi öncesi ve tüm kürler bittiğinde (toplam 5 kez), kontrol grubunda ise birinci ve üçüncü kür tedavi öncesi ve son kür tedavisinde (3 kez) yapılmıştır. Verilerin analizinde R-ANOVA, Cochran-Q ve t test kullanılmıştır. Her iki gruptaki kadınların sosyodemografik, jinekolojik ve obstetrik özellikleri ile tanıya ait faktörler

arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların tedavi başlangıcında EORCT-QLQ ve ESTÖ puan ortalamaları ile BSSC-W yüzdeleri arasında fark olmamakla ($p>0.05$) birlikte tedavi ortası ve sonunda müdahale grubundaki kadınların yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları kontrol grubundaki kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek ($p<0.001$), ESTÖ puan ortalamaları ise anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0.001$). Müdahale grubundaki kadınların cinsel fonksiyonlardan memnuniyetleri ve sorunlar açısından tedavi süresince anlamlı değişim olmazken, kontrol grubundaki kadınların cinsel fonksiyonlardan memnuniyetlerinde azalma olduğu ve daha fazla sorun yaşadıkları belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Jinekolojik kanserler, kemoterapi, yaşam kalitesi, semptom yönetimi, semptom yönetim modeli

ABTRACT

Evaluation of the Effectiveness of Symptom Management Model in Gynecologic Cancer Patients undergoing Chemotherapy

Şeyma İnciser Paşalak

Doctor of Philosophy (PhD in Nursing) December 2020

This study was conducted to evaluate the effectiveness of the symptom management program, which was developed according to the symptom management model on the quality of life and the severity/frequency of the symptoms experienced by women with gynecological cancer undergoing chemotherapy. The sample of this randomized controlled study consisted of 41 women who received chemotherapy at Koç University Hospital Outpatient Chemotherapy Unit between November 2018- November 2019. Data were collected using the Patient Identification Form, Edmonton Symptom Diagnostic Scale, European Cancer Research-Treatment Organization-Quality of Life Scale (EORTC-QLQ-C30), Modified Brief Sexual Symptom Checklist-Women and Symptom Self-Management Form. As part of the symptom management program, the intervention group was monitored before and after each course of chemotherapy by providing continuous-systematic symptom evaluation, and education with brochures on management strategies developed using the current evidence for each symptom. There was no intervention in the control group other than the chemotherapy education before treatment and standard care. Data collection and symptom evaluation were performed before each cycle and when all cycles were completed (5 times in total) in the intervention group, and the control group before the first and third cycles of treatment and at the last cycle (3 times). R-ANOVA, Cochran-Q and t tests were used to analyze the data. There was no significant difference between the sociodemographic, gynecological and obstetric characteristics, and factors related to the diagnosis of the women in both groups. Although

there is no difference between the EORCT-QLQ and ESDS mean scores and BSSC-W percentages at the beginning of the treatment of women in the intervention and control groups ($p>0.05$), the mean scores of quality of life scale in the intervention group in the middle and at the end of the treatment are significantly higher than the women in the control group ($p<0.001$), and ESDS mean scores were found to be significantly lower ($p<0.001$). While there was no significant change in the satisfaction of sexual functions and problems of the women in the intervention group during the treatment, it was determined that the women in the control group had decreased satisfaction with sexual functions and experienced more problems.

Keywords: Gynecological cancers, chemotherapy, quality-of-life, symptom management, symptom management model

İçindekiler

1.	GİRİŞ	1
1.1	Araştırmanın Amacı	3
2.	GENEL BİLGİLER	5
2.1	Servikal Kanser	5
2.2	Endometrium Kanseri	10
2.3	Over Kanseri	15
2.4	Vulvar Kanser	20
2.5	Vajinal Kanser.....	23
2.6	Jinekolojik Onkolojide Kemoterapi	26
2.6.1	Kemoterapötik İlaçlar	26
2.7	Kemoterapiye Bağlı Gelişen Semptomlar	29
2.7.1	Kemoterapiye Bağlı Semptomların Yönetiminde Hemşirelik Yaklaşımları	32
2.8	Semptom Yönetim Modeli.....	34
2.8.1	Modelin Amacı ve Geliştirilmesi.....	34
2.8.2	Model’de Yer Alan Kavramlar	36
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	40
3.1	Araştırmanın Şekli	40
3.2	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	40
3.3	Araştırmanın Evren ve Örneklemi	41
3.3.1	Araştırmanın Evreni	41
3.3.2	Araştırmanın Örneklemi.....	41
3.4	Araştırmanın Etik Yönü	43
3.5	Veri Toplama Araçları	43
3.6	Semptom Yönetim Programının Semptom Yönetim Modeli’ne Göre Geliştirilmesi	47
3.7	Eğitim Materyalinin Geliştirilme Süreci	51
3.8	Araştırmanın Uygulaması	53
3.9	Verilerin değerlendirilmesi	58
4.	BULGULAR.....	59
5.	TARTIŞMA	85
6.	SONUÇLAR.....	92
7.	ÖNERİLER.....	94
8.	KAYNAKÇA.....	95
9.	EKLER.....	108

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1.1 Serviks Kanserinin TNM klasifikasyonu ve FIGO evrelemesi

Tablo 1.2 Endometrium Kanserinin TNM klasifikasyonu ve FIGO evrelemesi

Tablo 1.3 Over Kanserinin TNM klasifikasyonu ve FIGO evrelemesi

Tablo 1.4 Vulva Kanserinin FIGO evrelemesi

Tablo 1.5 Vajinal Kanserin FIGO evrelemesi

Tablo 3.1 EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutları

Tablo 3.2 EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Hesaplanması

Tablo 3.3 Araştırmanın Semptom Yönetim Modeli'ne Göre Kurgulanması

Tablo 4.1 Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.2. Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.3. Kadınların Hastalık ve Tedavi Sürecine İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo.4.4 Kadınların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Boyut ve Alt Boyutlar Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 4.5. Kadınların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Boyutu ve Alt Boyutlar Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 4.6. Kadınların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Sağlık Durumu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 4.7. Kadınların Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 4.8. Kadınların Modifiye Kısa Cinsel Semptom Kontrol Listesi Yüzdeleri Karşılaştırılması

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Semptom Yönetim Modeli

Şekil 2. Sağlık eğitimlerinde stratejik iletişim süreci “P-Process”

Şekil 3. Araştırma Konsort Şeması

Şekil 4. Araştırma Planı ve Akış Çizelgesi



KISALTMALAR

AJCC	American Joint Committee on Cancer-
BSSC-W	Modifiye Kısa Cinsel Semptom Kontrol Listesi-Kadın
EORTC QLQ	Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği
ESTÖ	Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
HPV	Human Papilloma Virüs
IARC	International Agency for Research on Cancer
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
ONS	Oncology Nursing Society
PEP	Putting Evidence into Practice
TNM	Tümör-Nod-Metastaz
VAIN	Vajinal Karsinom İn-Situ

1. GİRİŞ

Jinekolojik kanserler dünya çapında kadınlar arasında en sık görülen yedi kanserden üçünü oluşturmaktadır (Ferlay et al., 2019). Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 90.000'den fazla yeni kanser tanısı jinekolojik kanserler nedeniyle konulmaktadır. Jinekolojik malignitelerin en yaygın türleri endometrial (%54), over (%24) ve servikal (%13) kanserdir; vajinal ve vulvar kanserler daha az görülmektedir (*Cancer Statistics Center*, 2020). Ülkemizde Kanser Daire Başkanlığı verilerine göre, jinekolojik kanserler kadınlarda görülen tüm kanserlerin %12'sini oluşturmaktadır (*Türkiye Kanser İstatistikleri 2016*, 2019). Tedavi tümörün histolojik yapısına ve kanserin evresine göre belirlenmekte birlikte; sıklıkla cerrahi, radyoterapi, immünoterapi ve kemoterapi uygulanmaktadır. Jinekolojik kanserlerde tedavi genellikle sitoredüktif cerrahi sonrası 6-8 kür adjuvan taksan/karboplatin kemoterapisidir (Abu-Rustum et al., 2020; Armstrong et al., 2019; Koh et al., 2018; NCCN, 2020). Önerilen tedavi yöntemleri cinsel işlev bozukluğu, menopozal semptomlar, lenfödem gibi zorluklar meydana getirerek hastaların yaşam kalitesini kısa ve uzun vadeli etkileyebilmektedir (Agarwal & Bodurka, 2010; Wu et al., 2017). Jinekolojik kanser nedeniyle kadının yaşayabileceği sorunlar; hastalık ve tedavilere bağlı uyum sorunları, aile içi rol ve sorumluluklarda değişim, ölüm korkusu gibi sorunların yanı sıra uygulanan tedavilere; kemoterapi, radyoterapi, cerrahi, bağlı gelişebilecek yan etkiler ile baş etmede güçlük şeklinde sıralanabilmektedir (Agarwal & Bodurka, 2010; Del Carmen & Rice, 2017; Wu et al., 2017). Kanser tedavisinde kemoterapi uygulanan hastalarda, kemoterapinin yarattığı toksik etkilerden kaynaklanan tedaviye bağlı yan etkiler sık görülmektedir (Bakker et al., 2017; Del Carmen & Rice, 2017). 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 (Barsevick, 2016; Beck, Eaton, Echeverria, & Mooney, 2017; Cook, McIntyre, & Recoche, 2015; Wu et al., 2017). Jinekolojik kanserlerin doğrudan kadının üreme organlarını etkileyerek cinselliğini tehdit etmesinin yanı sıra cerrahiye bağlı organ kaybı ile yine kemoterapiye bağlı gelişen semptomlar da kadının cinselliği ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olmaktadır (Chow, Chan, Chan, Choi, & Siu, 2014; Cook et al., 2015; Wu et al., 2017).

Onkolojide semptom yönetimi; kemoterapinin neden olduğu sorunları azaltmayı, bireylerin hastalığa ve tedaviye uyumunu, fonksiyonel durumunu artırmayı, psikolojik durumu ve yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlamaktadır (Kwekkeboom, 2016). Semptomların değerlendirilmesi ve semptom yönetim stratejilerinin belirlenmesinde sistematik yaklaşımların benimsenmesi ile bakımın kalitesinin artırılması için çeşitli kuram ve modeller oluşturulmuştur. Bu sayede bakımda süreklilik sağlanarak hemşirelik hedefleri daha anlaşılır bir hale getirilmiştir. Semptom yönetiminde kullanılan kuram ve modellerde temel bileşenler bireyin semptoma ilişkin algıları, semptomlarla bireysel baş etme biçimleri gibi daha sonra zaman bileşenini genişleterek, semptomların zaman içinde önemli ölçüde değişebildiği ve bir semptomdaki değişkenliğin diğer semptomları etkilediği de dikkate alınmaya başlanmıştır (Humphreys et al., 2018). Kanser hastalarının çoğunlukla eş zamanlı olarak deneyimlediği semptomların daha iyi anlaşılmasını sağlamak için belirlenen semptom kümeleri ilk olarak California Üniversitesi San Francisco Hemşirelik Okulu öğretim üyelerinden oluşan “semptom yönetim grubu” tarafından tanımlanmış ve Semptom Yönetim Modeli’ni oluşturmuşlardır (Barsevick, 2016; Dodd et al., 2001; Humphreys et al., 2018; Kwekkeboom, 2016). Bu model, semptom kümelenmeleri şeklinde görülen ve hastanın yaşam kalitesini ve fonksiyonel

durumunu olumsuz etkileyen semptomların etkili yönetiminde kullanılması gereken stratejiler konusunda kavramsal bir çerçeve çizmektedir.

Kanser hastalarında kemoterapiye bağlı gelişen semptomların morbiditeyi ve tedavinin etkinliğini olumsuz etkilemesinden dolayı, semptomların erken dönemde saptanmasında, önlenmesinde ve kontrolünde sağlık personeline özellikle hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir (Bakker et al., 2017; Beck et al., 2017). Kemoterapi sürecinde hastalar günlük aktivitelerini kısıtlayacak çok sayıda semptomu eş zamanlı yaşamaktadırlar. Kemoterapiye bağlı gelişen semptomların morbiditeyi ve tedavinin etkinliğini etkilemesinden dolayı semptomların saptanması, kontrolü, önlenmesi diğer bir deyişle etkili semptom yönetim stratejilerinin geliştirilmesi önemlidir (Agarwal & Bodurka, 2010; Bakker et al., 2017; Beck et al., 2017). Kanser hastaların çoğunlukla eş zamanlı olarak deneyimlediği semptomların yönetiminde günümüzde tüm semptomların birlikte ve sistematik bir biçimde değerlendirilmektedir. Kemoterapi sürecinde ortaya çıkan semptomların birbirlerinin etkilerini ve şiddetini artırabilmesi, bir semptomun ya da tek bir semptoma yönelik tedavinin diğer bir semptom gelişmesine neden olabilmesi göz önüne alındığında semptomların çoklu değerlendirilmesi önemlidir. 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 (Beck et al., 2017). Semptomlar iyi değerlendirilip yönetildiğinde, bireylerin yaşam kalitesi de olumlu yönde artış gösterebilmektedir (Beck et al., 2017; Wu et al., 2017).

1.1 Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, semptom yönetim modeline göre geliştirilen semptom yönetimi programının, kemoterapi alan jinekolojik kanserli kadınlarda yaşam kalitesi ve

kemoterapi süresince yaşayabilecekleri semptomların şiddet/sıklığı üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yürütülmüştür.

H1₁: Kemoterapi sürecinde semptom yönetim modeline göre geliştirilen semptom yönetimi programına dahil edilen jinekolojik kanserli hastaların semptom şiddeti/sıklığı, standart bakım alan hastaların semptom şiddeti/sıklığına göre daha düşüktür.

H1₂: Kemoterapi sürecinde semptom yönetim modeline göre geliştirilen semptom yönetimi programına dahil edilen jinekolojik kanserli hastaların yaşam kalitesi puan ortalamaları, standart bakım alan hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarına göre daha yüksektir.

2. GENEL BİLGİLER

Jinekolojik kanserler dünya çapında kadınlar arasında en sık görülen yedi kanserden üçünü oluşturmaktadır (Ferlay et al., 2019). Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 90.000'den fazla yeni tanının yanı sıra kansere bağlı ölümlerin 25.000'den fazlası jinekolojik kanserlere bağlı gerçekleşmektedir. Tüm kanserler içinde jinekolojik malignitelerin en yaygın türleri servikal (% 15.1), endometrial (%10.1), ve over (%7.8) kanseri olmakla birlikte; vulvar (%1.2) ve vajinal (%0.47) kanserler daha nadir görülmektedir (Ferlay et al., 2019). Ülkemizde Kanser Daire Başkanlığı verilerine göre, jinekolojik kanserler kadın kanserleri arasında ilk 10 içinde yer almakta ve kadınlarda görülen tüm kanserlerin %12'sini oluşturmaktadır (*Türkiye Kanser İstatistikleri 2016*, 2019).

2.1 Servikal Kanser

Serviks kanseri kadınlarda en sık görülen jinekolojik malignitedir. Sosyodemografik özellikler hastalığın prognozunu etkilemekte birlikte servikal kanser human papilloma virüs (HPV) enfeksiyonundan kaynaklanmaktadır. Diğer jinekolojik kanserler ile karşılaştırıldığında serviks kanseri daha genç yaşlarda görülmektedir. Erken evrede çoğunlukla asemptomatik ilerlerken, ileri evrelerde; kanama ve akıntı şikayetlerinin yanı sıra venöz, lenfatik, nöral ve üretral etkilenmelere bağlı şikayetler de görülebilmektedir (Aydiner, Aslay, & Berkman, 2016; Cibula et al., 2018).

Epidemiyoloji

Serviks kanseri dünya genelinde yaygın olarak görülüp tüm kadın kanserleri arasında 4. sırada yer almaktadır. Dünya genelinde 2018 yılında, yaklaşık 19 milyon yeni kanser tanısının %3.2'sini serviks kanseri (569.847 kişi) oluşturmaktadır. Aynı yıl kansere bağlı ölümlerin %0.77'si (311.365 kişi) serviks kanseri nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Ülkemizde serviks kanserinin görülme hızı (yaşa standardize edilmiş)

yüzbinde 4.8 olup 5 yıllık prevelansı yüzbinde 6.6'dır (Ferlay et al., 2019). Gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde ölümlerin ikinci nedenidir. Dünyada en yüksek serviks kanseri mortalite oranı 17,5 ile Afrika kıtasındayken; Asya (6,4), Amerika (5,9), Okyanusya (4,5) ve Avrupa (3,8) kıtalarında mortalite oranları daha düşüktür (Ferlay et al., 2019). Bu oranlardaki farklılıklar ülkelerin sosyoekonomik özelliklerinin yanı sıra erken tanı ve tarama programlarının etkinliğinden kaynaklanmaktadır.

Etyoloji ve Patofizyoloji

Serviks kanserlerinin çoğunluğu onkojenik HPV tip onaltı ve onsekiz ile ilişkilidir. Serviks kanseri için en büyük risk; düzenli muayene ve papsmear taramasının eksikliğidir. Tarama programlarını benimseyen toplumlarda servikal kanser sıklığının azaldığı gösterilmiştir (Cibula et al., 2018; Ferlay et al., 2019; Hoffman et al., 2016). Düşük sosyo-ekonomik durum gibi demografik özelliklerin yanı sıra bazı davranışsal riskler de mevcuttur. Sigara içmek, yirmi yaş öncesi cinsel ilişkinin başlaması, çok eşli cinsel yaşam, 3 ve üzeri doğum sayısı, 5 yıldan fazla kombine oral kontraseptif kullanımı serviks kanseri riskini arttırmaktadır (Abu-Rustum et al., 2020).

Serviksin skuamöz hücreli kanseri genellikle HPV enfeksiyonu sonrası skuamokolumnar bileşkedeki displastik bir lezyondan kaynaklanmaktadır. HPV enfeksiyonu çoğunlukla 1-5 yıl içerisinde ortadan kalksa da persistant enfeksiyonu olan kadınlarda preinvaziv displastik hastalık gelişebilir. Sigara kullanımı; kronik HPV enfeksiyonu olan kadınlarda yüksek grad servikal displazi gelişimi için kofaktördür (Abu-Rustum et al., 2020). Servikal kanserlerin yaklaşık olarak %70'inden yüksek riskli onkojenik tipleri HPV (16, 18) sorumludur. Yüksek riskli HPV'ler doğrudan viral onkogenlerin hücreleri etkilemesi ile moleküler düzeyde hücre döngüsünü etkilemekte,

aynı zamanda hücre DNA'sına zarar vererek ilerleyici kromozomal bozukluklar oluşturmaktadır. Onkojenik HPV'nin erken proteinleri E1 ve E2 virüsün servikte hücre içinde replike olmasını sağlar. Viral replikasyonun amplifikasyonu ve viral gen ürünü olan E6 ve E7 proteinleri normal hücrelerin kanser hücresine dönüşümünde rol almaktadır (McBride, 2017). HPV onkoproteinlerinin aşırı ekspresyonu hücre döngüsünün düzensizleşmesine yol açarken; E6 onkoproteini p53 tümör supresör genine, E7 retinoblastom (Rb) tümör supresör genine bağlanarak apoptozisin ihibasyonuna ve karsinogeneze neden olmaktadır (Estevao, Costa, Gil da Costa, & Medeiros, 2019).

Belirti ve bulgular

Serviks kanserinin tipik belirtileri; düzensiz ve postkoital kanamalar, kötü kokulu akıntıdır. İleri dönemde bacağı vuran pelvik ağrı, kilo kaybı, anemi, ateş, metastatik belirtiler, rektal kanama, hematüri, idrar yapmada güçlük görülmektedir. Hastanın prognozu; yaş, trombositozis, anemi, diyabet varlığı, tümörün boyutu, invazyon derinliği, lenf nodu tutulumu gibi faktörlere bağlı olarak değişebilmektedir (Abu-Rustum et al., 2020; Hoffman et al., 2016).

Tanılama

Serviks kanserinin tanılanmasında; papsmear, kolposkopi, biyopsi, sistoskopi gibi yöntemler kullanılmaktadır. İleri evrelerde supraklaviküler ya da inguinal lenfadenopati, alt ekstremitelerde ödem, asit görülebilmektedir. Mikroinvaziv hastalığın tanısı; konizasyon ya da histerektomi materyalinin incelenmesi ile konmaktadır (Aydiner et al., 2016; Cibula et al., 2018).

Evreleme

Serviks kanserinde evreleme, Amerikan Kanser Ortak Komitesi (American Joint Committee on Cancer (AJCC)) ve Uluslararası Kanser Kontrol Birliği (International

Union for Cancer Control (UICC)) tarafından geliştirilen tümör-nod-metastaz **TNM** sistemi ile Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)) önerisince yapılabilmektedir (Bhatla et al., 2019; Cibula et al., 2018).



Tablo 1.1 Serviks Kanserinin TNM klasifikasyonu ve FIGO evrelemesi

TNM	FIGO	Tanım
TX	-	Primer tümör değerlendirilemiyor
T0	-	Primer tümör bulgusu yok
T1	I	Servikal karsinom uterusda sınırlı (korpusa uzanım ihmal)
T1a	IA	Sadece mikroskopi ile invaziv karsinom tanısı alır. Epitel tabanından ölçülen stromal invazyonun maksimum derinliği 5.0 mm ve horizontal yayılımı 7.0 mm veya daha az
T1a1	IA1	Ölçülen stromal invazyon 3 mm veya daha az derinlikte ve 7 mm veya daha az horizontal yayılım
T1a2	IA2	Ölçülen stromal invazyon 3 mm'den fazla ve 5 mm'den fazla değil ve horizontal yayılım 7 mm veya daha az
T1b	IB	Servikte sınırlı klinik görülebilen lezyon veya T1a2/IA2'den büyük mikroskobik lezyon. Bütün makroskobik görülebilen lezyonları içerir, hatta yüzeysel invazyonlar dahil.
T1b1	IB1	Klinik görülebilen lezyon, en büyük çapı 4 cm veya daha az
T1b2	IB2	Klinik görülebilen lezyon, en büyük çapı 4 cm'den büyük
T2	II	Pelvik duvar veya vajen alt üçte biri hariç uterus dışında servikal karsinom invazyonu
T2a	IIA	Parametrial invazyon yapmayan tümör
T2a1	IIA1	Klinik görülebilen lezyon, en büyük çapı 4 cm veya daha az
T2a2	IIA2	Klinik görülebilen lezyon, en büyük çapı 4 cm'den büyük
T2b	IIB	Tümöral parametrial invazyon mevcut
T3	III	Tümör pelvik yan duvara uzanıyor* ve/veya vajen alt üçte bir tutulumu mevcut ve/veya hidronefroz veya nonfonksiyone böbreğe yol açıyor
T3a	IIIA	Tümör vajen alt üçte birini tutuyor fakat pelvik yan duvara uzanmıyor.
T3b	IIIB	Tümör pelvik yan duvara uzanıyor ve/veya hidronefroz veya nonfonksiyone böbreğe yol açıyor
T4	IVA	Tümör rektum veya mesane mukozasını invaze ediyor ve/veya gerçek pelvise uzanıyor
	IVB	Tümör uzak organlara uzanıyor

Tedavi

Serviks kanserinin tedavisi hastanın yaşı, genel sağlık düzeyi ve hastalığın evresine göre değişmektedir. Cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi (RT) uygulanmaktadır. Ağır displazi servikal intraepitelyal neoplazi ve in situ karsinom ile Evre 1A1 karsinomlar; konizasyon, lazer ablasyon, kriyoterapi ya da basit histerektomi ile tedavi edilebilir. Evre 1A2 de pelvik lenfadenektomi ile küratif radyoterapi de verilebilir. Evre 1B2, 2B, 3B ve 4A tümörler için küratif kemoradyoterapi tedavi seçeneğidir (Abu-Rustum et al., 2020; Cibula et al., 2018).

2.2 Endometrium Kanseri

Endometrium kanseri, uterusun iç kısmındaki epitel tabakasında gelişmekte, tümör servikse yakın bir yerden başlamakta, pelvik, para-aortik lenf nodları tutulumu arttıkça uterusun diğer kısımlarına yayılmaktadır. Endometriumdaki hiperplazi sitolojik değişikliğin ilk belirtisidir. Adenokarsinomlar (%75-80) endometrial kanserlerin çoğunluğunu oluşturmaktadır (Aslan, Yalçın, Şahin, & Meydanlı, 2019; Koh et al., 2018; Passarello, Kurian, & Villanueva, 2019).

Epidemiyoloji

Endometrial kanser gelişmiş ülkelerde en sık görülen jinekolojik kanserdir. Dünya genelinde endometrium kanserinin yaşa standardize hızı 8.4'tür. 2018 yılında tüm dünyada yeni tanı alan 382.069 kadının 57 binden fazlası Amerika Birleşik Devletleri'nde yer alırken avrupa kıtasında tüm kanserlerin %2.1-2.7 sini endometrial kanser tanısı oluşturmaktadır. Endometrium kanseri için kümülatif risk %1.4 tür (Ferlay et al., 2019). Ülkemizde ise endometrium kanseri kadınlarda en sık görülen dördüncü kanser türüdür. 2018 yılında Türkiye'de 5463 kişi endometrium kanseri tanısı almış (tüm yeni vakaların %2.6'sı), 1051 kişi (kansere bağlı ölümlerin %0.9'u) endometrium kanseri tanısı

nedeniyle hayatını kaybetmiştir (Ferlay et al., 2019; *Türkiye Kanser İstatistikleri 2016*, 2019). Ortalama tanı yaşı 62-64 olup yalnızca %4'ü 40 yaşından önce tanı almaktadır. Endometriyal kanserlerin büyük çoğunluğu erken evrede (%80'i Evre I) tanınır ve 5 yıllık sağkalım oranı %95'in üzerindedir. Bununla birlikte bölgesel yayılım varlığında %68, uzak metastaz varlığında %17 ye kadar düşmektedir (Colombo et al., 2016; Koh et al., 2018).

Etyoloji ve Patofizyoloji

Endometrium kanseri gelişiminde çok sayıda faktör etkilidir, ancak genel olarak risk faktörleri doğrudan ya da dolaylı olarak östrojenik çevre oluşumu ile ilişkilidir (Amant, Mirza, Koskas, & Creutzberg, 2018; Hoffman et al., 2016).

Obezite; endojen östrojenin aşırı üretiminin en sık nedenidir. Artmış adipoz doku androjenlerin (androstenedion) östrona periferik aromatisasyonunu artırır. Premenopozal kadınlarda artmış östrojen seviyesi hipotalamus-hipofiz-over ekseninde anormal geribildirim tetiklerken kadında oligo ya da amenore görülür. Ovulasyon yokluğunda endometrium progesteron etkisi olmaksızın sürekli östrojene maruz kalır. Bir diğer önemli uyarıcı faktör *karşılanmamış östrojen tedavisi* olup günümüzde östrojenin maligniteye etkisi bilindiğinden uygulanmamaktadır. Benzer şekilde meme kanseri tedavisi nedeniyle kullanılan *tamoksifenin* de endometrium üzerinde karşılanmamış östrojenik etkisinden tamoksifen kullanan kadınlarda da endometrial kanser gelişim riski normal popülasyondan 2-3 kat fazladır. *Menstruel ve üreme faktörleri* de benzer bir mekanizmayla örneğin; anovulasyon, polikistik over sendromu, erken menarş, geç menopoz artmış endometrium kanseri riski ile ilişkilidir (Hoffman et al., 2016).

Aile öyküsü ve bazı kalıtsal kanser sendromlarının varlığı da endometrial kanser gelişimi açısından risk faktörüdür. Otozomal dominant kalıtım gösteren -esas

olarak *MLH1* ve *MHL2* genlerindeki germline mutasyonlar sonucu oluşan- ve *LYNCH* sendromu olarak bilinen Herediter Non-Polipozis Kolorektal Kanser (HNPCC) sendromunda en sık kanser gelişimi gösteren bölge endometriumdur (Hoffman et al., 2016). Bunların yanı sıra diyet alışkanlıkları -hayvansal yağdan zengin diyet-, diyabetus mellitus ve hipertansiyon gibi eşlik eden hastalık varlığı, ileri yaş gibi etkenler de risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Diğer taraftan en az bir yıl süre ile kombine oral kontraseptif kullanımı ya da progestin içeren intrauterin sistemlerin endometrial kanser riskini %30 ila 50 oranında azaltmaktadır (Amant et al., 2018; Hoffman et al., 2016; Passarello et al., 2019).

Endometrium kanseri histolojik olarak ikili patogeneze modeli ile karakterizedir. Tip I endometrium kanseri östrojen bağımlı olup olguların %75'ini oluşturur. Tipik olarak endometrial hiperplaziden köken alırlar ve prognoz daha agresif bir klinik süreç izleyen Tip II kanserlere göre daha iyi olduğu belirtilmiştir (Amant et al., 2018; Hoffman et al., 2016; Passarello et al., 2019).

Belirti ve Bulgular

Endometriyum kanserinin en yaygın belirtisi düzensiz, aşırı miktarda ve uzun süren vajinal kanama ya da postmenopozal kanamadır. Bunun yanında pelvik bölgede ağrı, muayenede ele gelen kitle ve dispareni endometrium kanserinin diğer belirtileri arasındadır (Koh et al., 2018; Passarello et al., 2019). Uterusun boyutlarında büyüme, alt karında ve sırtta ağrı geç belirtilerdir.

Tanılama

Endometrium kanseri şüphesi olan hastalarda biyopsi sıklıkla tanı için yeterlidir. Yine endometrium kanseri şüphesi kuvvetli olan semptomatik hastalarda fraksiyone dilatasyon ve küretaj seçilecek yöntem olmalıdır (Amant et al., 2018; Koh et al., 2018).

Semptomlara göre veya uterus dışı yayılım şüphesi varlığında ileri radyolojik değerlendirmeler; manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografi, pozitron emisyon tomografisi yapılabilir (Amant et al., 2018).

Evreleme

Endometrium kanserinin evrelemede uterusun etkilenme durumu (endometrium, yüzeysel veya derin myometrium tutulumu) ve büyüklüğü, serviksin tutulumu, komşu organ ve yapıların etkilenme durumu, lenf nodu tutulumu ve tümör hücrelerinin farklılaşması değerlendirilir. Standart bir evreleme için TNM klasifikasyonu ya da FIGO evrelemesi rehberi kullanılır (Creasman, 2009; Koh et al., 2018).

Tablo 1.2 Endometrium Kanserinin TNM klasifikasyonu ve FIGO evrelemesi

TNM	FIGO	Tanım
TX	-	Primer tümör değerlendirilemiyor
T0	-	Primer tümör bulgusu yok
Tis		İn situ karsinoma (preinvaziv karsinoma)
T1	I	Korpus uteri ile sınırlı tümör
T1a	IA	Endometriyumla sınırlı tümör. Miyometriyumun yarısı ya da daha azına yayılmış
T1b	IB	Miyometriyumun yarısından fazlasına yayılmış tümör
T2	II	Tümör serviksin stromal bağ dokusuna invaze, fakat uterus dışına çıkmamış
T3a	IIIA	Seroza ve/veya adneksaya (direkt yayılım ya da metastaz) yayılmış
T3b	IIIB	Vajinal (direkt yayılım ya da metastaz) veya parametrial tutulum
	IIIC	Pelvik ve/veya para-aortik lenf nodlarına metastaz
	IV	Mesane mukozası ve/veya bağırsak mukozasını içine alan tümör ve/veya uzak metastazlar
T4	IVA	İdrar kesesi mukozası ve/veya bağırsak mukozasını içine alan tümör
Bölgesel lenf nodları (N)		
NX		Bölgesel lenf nodları değerlendirilemez
N0		Bölgesel lenf nodu metastazı yok
N1	IIIC1	Pelvik lenf nodlarına bölgesel lenf nodu metastazı
N2	IIIC2	Para-aortik lenf nodlarına bölgesel lenf nodu metastazı±pozitif pelvik lenf nodları
Uzak organ metastazı (M)		
M0		Uzak metastaz yok
M1	IVB	Uzak metastazlar (İnguinal lenf nodları, intra--peritoneal, akciğer, karaciğer veya kemik dahil. Para-aortik lenf nodları, vajina, pelvik seroza veya adneksiyal metastazlar hariç)

Tedavi

Erken evre hastalıkta adjuvan radyasyon tedavisi lokal rekürrensi azaltmaktadır ve intravajinal radyasyon tedavisi genellikle yeterlidir. İleri evre hastalıkta kemoterapi tüm abdominal radyoterapiye tercih edilebilir. İzole hastalıkta cerrahi en önemli seçenektir. Multiajan kemoterapi tek ajan tedavisinden daha efektif bir tedavi seçeneğidir (Koh et al., 2018; Passarello et al., 2019).

2.3 Over Kanseri

Overler tümörleri; germ, epitelyal ve stromal hücre tiplerinden gelişebilmekte ve ona göre isim almaktadırlar. Jinekolojik kanserler içerisinde mortalitesi en yüksek olan kanser türüdür (Hoffman et al., 2016). Her yaştan kadını etkilemekle birlikte sıklıkla 55-64 yaşlarında tanı konur. Tümörlerin yaklaşık %90'ı esas olarak postmenopozal kadınlarda görülen epitelyal over kanseridir. Germ hücreli tümörler -en çok 20'li yaşların başında görülür ve tüm over tümörlerinin %5'ini oluşturur (Armstrong et al., 2019). Tanı aşamasında tümör boyutu ve overlerde sınırlı olup olmaması en önemli prognostik faktördür. Kadınların sadece %45'i over kanseri tanı tarihinden itibaren beş yıl veya daha uzun süre hayatta kalır. Beş yıllık sağkalım oranı evre I epitelyal over kanserli kadınlar için %92'dir, ancak ileri evre tümörleri olanlarda sadece %17 ila %28'dir (Armstrong et al., 2019; Aydın et al., 2016).

Epidemiyoloji

Dünya genelinde, her yıl bir milyon kadının yaklaşık dörtte birine over kanseri tanısı konmaktadır. Genel popülasyonda over kanserinin yaşa standardize hızı yüz binde 6.6 dır. Tüm dünyada yeni kanser tanılarının yalnızca %0.3'ünü oluştumasına rağmen, kadınlarda en yaygın sekizinci kanserdir ve kadınlar arasında kansere bağlı ölümlerin yedinci önde gelen nedenidir ve her yıl yaklaşık 180.000 ölümden sorumludur. Bu

rakamlar, küresel olarak, over kanserinin jinekolojik kanserleri içerisinde mortalitesi en yüksek kanser olduğunu doğrulamaktadır. 2018 yılında, dünya genelinde 295.414 kadına over kanseri tanısı konmuştur ve bu sayının 2040 yılında yaklaşık %46 artarak 430.000 civarında olması beklenmektedir (Ferlay et al., 2019).

2019 yılında, kadınlarda kansere bağlı ölümlerin %5,5'ini over kanseri oluşturmaktadır ve Avrupa genelinde over kanserinden yaklaşık 44. 576 ölüm meydana gelmiştir. Avrupalılar en yüksek over kanseri insidansına sahiptir ve Avrupa'da en sık tanı konulan beşinci kadın kanserdir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 2016 verilerine göre kadınlarda görülen kanserler arasında 7. sırada yer almaktadır (*Türkiye Kanser İstatistikleri 2016*, 2019). Ülkemizde 2018 yılında 3.729 over tanısı konmuş, 2.191 kadın over kanseri nedeni ile hayatını kaybetmiştir (Ferlay et al., 2019).

Etyoloji ve Patofizyoloji

Epidemiyoloji çalışmaları, oral kontraseptiflerin koruyucu bir rol oynadığını gösterirken, *BRCA1* ve 2 tümör baskılayıcı genlerindeki mutasyonlar gibi kanıtlanmış genetik yatkınlıklar, nulliparite ve erken menarş, geç menopoz ovulasyon indükleyen ajanlar gibi hormonal etkilerle ilişkili sık ovulasyon over kanseri gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır (Armstrong et al., 2019).

Over kanseri için risk faktörleri arasında ailede meme ve / veya over kanseri öyküsü, Lynch Sendromu ve *BRCA1*, *BRCA2* ile *p53* gibi diğer tümör baskılayıcı genlerdeki zararlı mutasyonların kalıtımı yer alır. Over kanseri için diğer risk faktörleri obezite, endometriozis ve postmenopozal hormon tedavisinin kullanımını içerir. Over kanseri ile bazı risk faktörleri ilişkisi histopatolojik alt tipe göre değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin endometriozis-over kanseri ilişkisi, özellikle berrak hücreli karsinom ve endometrioid alt tipleri olmak üzere alt tipler için daha güçlüdür (Matias-

Guiu & Stewart, 2018). Over kanseri riskini azaltan faktörler arasında multiparite, çoklu gebelikler, emzirme, oral kontraseptif kullanımı, tubal ligasyon ve salpinjektomi bulunur (Armstrong et al., 2019).

Belirti ve Bulgular

Over kanseri erken evrelerde belirtilere veya semptomlara neden olmayabilir. Belirti veya semptomlar ortaya çıktığında, kanser genellikle ilerlemiş olurken en sık belirtiler; karında veya pelviste ağrı, şişme veya basınç hissi ile özellikle menopozdan sonra ağır ve/veya düzensiz vajinal kanamadır. Kadınlar vajinal akıntı, pelvik bölgede dolgunluk hissi ile gaz, şişkinlik veya kabızlık gibi gastrointestinal şikayetler yaşayabilmektedir. Tümör hücrelerinin diyafragmatik lenfatikleri bloke etmesi sonucu peritonun lenfatik drenajının bozulmasının, over kanserinde asit gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir. Nefes darlığı nefes açlığı gibi şikayetler transdiyafragmatik plevraya yayılım ile ilişkilidir (Armstrong et al., 2019; Ebell, Culp, & Radke, 2016).

Tanılama

Epitelial over, fallop tüpü veya primer peritoneal kanser tanısında ilk basamak fizik muayene, pelvik muayene ve kişisel tıbbi öykü ile aile öyküsünün alınmasıdır. Laboratuvar testleri ve CA-125 ölçümü ile, pelvik ve/veya transvajinal ultrason muayenesi dışında bilgisayarlı tomografi (BT) taraması, pozitron emisyon tomografisi (PET) taraması, manyetik rezonans görüntüleme (MRI) gibi görüntüleme tekniklerinden de faydalanılır. CA-125 düzeyleri diğer malignitelerde ve endometriozis gibi iyi huylu jinekolojik problemlerde yükselebilir. CA-125 seviyeleri ve histoloji birlikte anlamlıdır (Aydiner et al., 2016; Querleu et al., 2017).

Evreleme

Over kanserinin evrelemesinde komşu organ ve yapıların organların etkilenme durumu, lenf nodu tutulumu, asit ya da batın içi sıvıda malign hücre varlığı ve tümörün pelvis dışına yayılımı değerlendirilir. Standart bir evreleme için TNM klasifikasyonu ya da FIGO evrelemesi rehberi kullanılır (Armstrong et al., 2019; Kehoe, 2020).



Tablo 1.3 Over Kanserinin TNM klasifikasyonu ve FIGO evrelemesi

TNM	FIGO	Tanım
TX	-	Primer tümör değerlendirilemiyor
T0	-	Primer tümör bulgusu yok
Tis		İn situ karsinoma (preinvaziv karsinoma)
T1	I	Tümör overlere sınırlıdır
T1a	IA	Tümör bir overe sınırlı, kapsül intakt, over yüzeyinde tümör yok, asit ya da batın yıkama sıvısında malign hücre yok
T1b	IB	Tümör her iki overe sınırlı, kapsül intakt, over yüzeyinde tümör yok, asit ya da batın yıkama sıvısında malign hücre yok
T1c	IC	Tümör bir ya da her iki overe sınırlıdır ve kapsül ruptürü, over yüzeyinde tümör, asit ya da batın yıkama sıvısında malign hücre varlığından herhangi biri
T2	II	Tümör pelvik yayılımı birlikte bir ya da her iki overi tutmaktadır
T2a	IIA	Uterus ve/veya tubada tümör yayılımı ve/ veya tümör implantı. Asit sıvısında ya da batın yıkama sıvısında malign hücre yok
T2b	IIC	Diğer pelvik dokulara yayılım, asit veya batın yıkama sıvısında malign hücre yok
T2c	IIC	Pelvik yayılım ve/veya implant (2a veya 2b) ve asit veya batın yıkama sıvısında malign hücre varlığı
T3	III	Pelvis dışında mikroskobik olarak doğrulanmış peritoneal metastazlı bir veya her iki overi tutan tümör
T3a	IIIA	Mikroskobik pelvis dışı periton metastazı (makroskobik metastaz yok)
T3b	IIIB	En büyük çapı 2 cm' den küçük pelvis dışı periton metastazı
T3c	IIIC	En büyük çapı 2 cm' den büyük pelvis dışı periton metastazı ve/ veya bölgesel lenf nodu metastazı
	IV	Mesane mukozası ve/veya bağırsak mukozasını içine alan tümör ve/veya uzak metastazlar
T4	IVA	İdrar kesesi mukozası ve/veya bağırsak mukozasını içine alan tümör

Tablo 1.3 Over Kanserinin TNM klasifikasyonu ve FIGO evrelemesi (Devam)

TNM	FIGO	Tanım
Bölgesel lenf nodları (N)		
NX		Bölgesel lenf nodları değerlendirilemez
N0		Bölgesel lenf nodu metastazı yok
N1	IIIC	Paraaortik lenf nodlarına bölgesel lenf nodu metastazı
Uzak organ metastazı (M)		
M0		Uzak metastaz yok
M1	IVB	Uzak metastazlar (peritoneal metastazlar hariç)

Tedavi

Over kanserinin standart yönetimi sitoredüktif cerrahi ile görünen tüm tümörlerin tam rezeksiyonudur. Neoadjuvan kemoterapi (NAKT) yönteminde azalmış morbidite mevcuttur; aynı zamanda daha iyi hasta sonuçları ve yaşam kalitesi sonuçları ile birliktedir (Armstrong et al., 2019; Aydın et al., 2016).

2.4 Vulvar Kanser

Vulvar kanserler sık görülmemekle birlikte tüm jinekolojik kanserlerin yaklaşık %5'ini oluşturmaktadır. En yaygın alt tip olan vulvadaki skuamöz hücreli karsinom (SCC) geleneksel olarak postmenopozal kadınlarda görülmesine rağmen, son yıllarda dünya genelinde HPV enfeksiyonlarındaki artış nedeniyle ortalama insidans yaşı düşmüştür (Eifel, Klopp, & Berek, 2019; Rogers & Cuello, 2018; *Vulvar Cancer: Statistics*, 2020).

Epidemiyoloji

Dünya genelinde yaşa standardize vulva kanseri insidansı yüz binde 0.8'dir. 2018 yılında tüm dünyada 44.235 yeni vaka bildirilmişken bu tanıların yaklaşık %50'si gelişmiş ülkelerdedir. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansının 2018 verilerine göre

ülkümüzde vulva kanseri insidansı yüz binde 0.48 olup, 262 kadın vulva kanseri tanısı almış 100 kadın bu tanıyla hayatını kaybetmiştir (Ferlay et al., 2019).

Vulvar kanseri tanısı alan kadınlar için 5 yıllık sağkalım oranı %71'dir (*Vulvar Cancer: Statistics*, 2020). Çevre dokulara veya organlara ve/veya bölgesel lenf nodlarına yayılan tümörler için 5 yıllık sağkalım oranı %53' lere düşerken bu oran uzak metastaz varlığında yaklaşık %20'lere inmektedir (*Vulvar Cancer: Statistics*, 2020).

Etyoloji ve Patofizyoloji

Vulva kanseri için spesifik bir etyolojik ajan bulunmamakla birlikte obezite, hipertansiyon, diyabet, nulliparite, sigara kullanımı, liken skleroz ve immunosupresyonun sıklıkla eşlik ettiği bildirilmiş ancak yapılan çalışmalarda kesin risk faktörleri olarak belirlenmemiştir (NCCN, 2020; Oonk et al., 2017). Vulva kanseri olgularının yaklaşık %40'ında human papillomavirus (HPV) tip 16 pozitifliği mevcuttur (Clancy, Spaans, & Weberpals, 2016; Güngördük & İlhan, 2018).

Belirti ve Bulgular

Bazı durumlarda vulva kanseri asemptomatik olabileceği gibi sıklıkla vulvada ya da inguinal gölgede ağrılı şişlik, vulva derisinde karakter ve renk değişikliği, kanama, disüri, siğil benzeri ve/veya ülseratif lezyonlar görülebilmektedir (Hernandez, 2020).

Tanı

Tanı vulvanın fizik muayenesi ve biyopsi ile konur. Servikal sitoloji ile serviks ve vajina kolposkopisi, HPV ile ilişkili diğer skuamöz intraepitelyal lezyonların değerlendirilebilmesi için yapılabilir (Hernandez, 2020).

Evreleme

Vulvar kanserlerde hematojen yayılım daha az olmakla birlikte ileri evrelerde ve uzak organ metastazı varlığında görülmektedir. Direkt yayılım anüs, vajina ve üretraya olabilmektedir. Temel yayılım lenfatik yolla olur, lenfatik yayılım evrelemede (Hacker, 2009) ve prognozda önemli bir yer tutmaktadır (Güngördük & İlhan, 2018; Hernandez, 2020).

Tablo 1.4 Vulva Kanserinin FIGO evrelemesi

FIGO	Tanım
IA	Tümör vulva ya da perinede sınırlı, en büyük çapı ≤ 2 cm ve stromal invazyon ≤ 1 mm, lenf nodu negatif
IB	Tümör vulva ya da perinede sınırlı, en büyük çapı >2 cm veya stromal invazyon >1 mm, lenf nodu negatif
II	Tümör herhangi bir büyüklükte ve komşu perineal yapılara uzanım göstermekte (1/3 alt üretra, 1/3 alt vajen, anüs), lenf nodu negatif
IIIA1	Uterus ve/veya tubada tümör yayılımı ve/ veya tümör implantı. Asit sıvısında ya da batın yıkama sıvısında malign hücre yok 5mm'e eşit ya da büyük 1 lenf nodu metastazı
IIIA2	5mm'den küçük 1-2 lenf nodu metastazı
IIIB1	5mm' e eşit ya da büyük 2 ya da daha fazla lenf nodu metastazı
IIIB2	5mm' den küçük 3 ya da daha fazla lenf nodu metastazı
IIIC	Ekstrakapsüler yayılımı olan pozitif lenf nodu/nodları
IVA1	Tümör diğer bölgesel yapılara uzanım göstermekte (2/3 üst üretra, 2/3 üst vajen), mesane mukozası, rektal mukoza, ya da kemiğe fikse
IVA2	Tümör diğer bölgesel yapılara uzanım göstermekte (2/3 üst üretra, 2/3 üst vajen), mesane mukozası, rektal mukoza ya da kemiğe fikse ya da ülsere inguino-femoral lenf nodları
IVB	Pelvik lenf nodları da dahil herhangi bir uzak metastaz

Tedavi

Tedavi lezyonun lokalizasyonuna göre değişiklik göstermektedir. Erken evre (Evre IB – II) tümörlerde tedavi seçeneği parsiyel radikal vulvektomi ve inguinal lenfadenektomidir. İleri evre lezyonlarda kombine kemoterapi ve radyasyon tedavisi gereksinimi vardır. Nod tutulumu olan hastalarda postoperatif inguinal ve pelvik radyoterapi endikasyonu bulunmaktadır (NCCN, 2020; Oonk et al., 2017).

2.5 Vajinal Kanser

Primer vajina kanserleri çok nadir olarak görülür ve tüm jinekolojik malignitelerin yalnızca %1 ila 2'sini oluşturmaktadır. Vajinada bulunan tümörler genellikle serviks, endometrium ve kolon ya da rektum kanserlerinin metastatik lezyonlarıdır (Hacker, Eifel, & van der Velden, 2015). Vajina kanserinin histolojik alt tipleri içerisinde skuamoz hücreli karsinomlar tüm primer vajina kanserlerinin %70'ini oluşturmaktadır. Görülme sıklığı yaşla birlikte artmakla birlikte 60-70 yaşlarında pik yapar, ortalama tanı yaşı 58'dir ancak HPV enfeksiyonuna bağlı olarak genç kadınlarda da sıklığı giderek artmaktadır (Adams & Cuello, 2018; Eifel et al., 2019; Hacker et al., 2015).

Epidemiyoloji

Görülme sıklığı dünya genelinde yüz binde 0.37 dir (Ferlay et al., 2019). Yalnızca vajina ile sınırlı kanserlerde 5 yıllık sağkalım oranı %67 iken bu oran yakın doku ve/veya organ tutulumu olduğunda %52, herhangi uzak metastaz varlığında %19' lara inmektedir (Eifel et al., 2019; Hacker et al., 2015; Kaltenecker & Tikaria, 2020).

Etyoloji

Vajinal kanserin etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte risk faktörleri; yaş, HPV enfeksiyonu, intrauterin DES (diethylstilbestrol) maruziyeti yer almaktadır. Vajinal

kanser riskinde artışla bağlantılı diğer risk faktörleri arasında ise poligami, sigara ve HIV sayılabilmektedir (Eifel et al., 2019; Hacker et al., 2015; Kaltenecker & Tikaria, 2020).

Belirti ve Bulgular

Vajinal kanser erken evrelerde yalnızca vajende sınırlı iken semptomlara neden olmayabilir. İnvaziv vajinal kanser kadınların çoğunda anormal vajinal kanama, post-koital kanama, disparoni, anormal vajinal akıntı, vajende hissedilen palpabl şişlik gibi şikayetlere sebep olabilir. Yakın doku ve organ tutulumlarında disüri, konsitpasyon, pelvik ağrı, şişlinlik hissi, sırt ağrısı ve inguinal lenf tutulumuna bağlı bacaklarda şişme ortaya çıkabilmektedir (Adams & Cuello, 2018; Hoffman et al., 2016).

Tanılama

Tanı, genellikle lezyon biyopsisi ile konmaktadır. Özellikle yaşlı hastalarda veya vajinal stenozu olanlarda, klinik evreleme için detaylı muayene anestezi altında yapılması gerekebilir. Anormal Pap smear'ı olan asemptomatik hastalarda vajinal kolposkopi gerekebilir (Adams & Cuello, 2018; Hacker et al., 2015; Hoffman et al., 2016).

Evreleme

Vajinal karsinomlarda da evreleme FIGO kriterleri doğrultusunda tümörün büyüklüğü ve vajina ile sınırlı olup olmamasına göre klinik olarak yapılmaktadır (Adams & Cuello, 2018).

Tablo 1.5 Vajinal Kanserin FIGO evrelemesi

FIGO	Tanım
I	Tümör vajinaya sınırlı
II	Tümör paravajinal dokulara invaze fakat pelvik duvara uzanım yok
III	Tümör pelvik duvara yayılmış (kas, fasya, nörovasküle ryapılar ya da kemik pelvisin iskelet kısmı)
IVA	Gerçek pelvis dışına uzanım var veya tümör mesane ya da rektum mukozasına yayılmış (büllöz ödem tümörü T4 olarak sınıflamak için yeterli değildir)
IVB	Herhangi bir uzak metastaz.

Tedavi

Yalnızca HPV enfeksiyonu veya Vajinal Karsinom İn-Situ (VAIN) 1 olan hastalar için lezyonlar kendiliğinden gerilediği için spesifik bir tedavi önerilmemektedir. VAIN 2 yönetiminde izlem veya topikal östrojen önerilebilir. VAIN 1 ve 2'nin malign potansiyeli belirsiz olmasına karşı VAIN 3 invaziv bir lezyona ilerleyebildiğinden bu lezyonların lazer ablasyonu önerilmektedir. Elektrocerrahi, lokal eksizyon, vajinanın üst kısmını tutan lezyonlar için önemli bir tedavi yöntemidir. İntravajinal topikal %5 flurourasil ve intrakaviter brakiterapi diğer tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır (Eifel et al., 2019).

2.6 Jinekolojik Onkolojide Kemoterapi

Kemoterapi multidisipliner yaklaşımın bir parçası olarak jinekolojik maligniteleri olan hastaların tedavisinde yeri doldurulamaz bir rol oynamaktadır. Kemoterapi tek başına uygulanabildiği gibi sıklıkla radyoterapi ve cerrahi ile kombine edilir (DeVita, Lawrence, & Rosenberg, 2019). Örneğin; serviks kanseri için kemoterapi, cerrahi ve radyoterapi ile bütünleştirilirken, endometriyal kanserlerde kemoterapi kullanımı, özellikle lenfovasküler alan tutulumu olduğunda, yüksek riskli vakalar için adjuvan tedavi olarak kullanılır. Yeni gelişmelerin çoğu over kanseri ile ilgilidir. Bununla birlikte, servikal, endometriyal, vulval ve vajinal karsinomlara yönelik de yeni moleküler hedefli ajanların gelişimi söz konusudur (Basu, Mukhopadhyay, & Konishi, 2018). Anormal hücre sinyali ve tümörjenezine yol açan moleküler mekanizmanın tanımlanması, “kişiselleştirilmiş tedaviye” doğru ilerlerken bakımda devrim yaratma potansiyeline sahiptir. Kemoterapi 1950'lerde ve 1960'larda alkilleyici ajanlar ve antimetabolitler ile tek ajan tedavisinden taksanlar, platinler, antrasiklinler ve diğer çeşitli ilaçları içeren çağdaş kombinasyon kemoterapi rejimlerinin kullanımına geçmiştir (Reed & Sadozye, 2016). Son zamanlardaki en büyük gelişmeler, monoklonal antikorlar, tirozin kinaz inhibitörleri (TKI) ve poli-ADP ribozom polimeraz (PARP) inhibitörleri gibi moleküler hedefli ajanlar olmuştur (Basu et al., 2018; Reed & Sadozye, 2016).

2.6.1 Kemoterapötik İlaçlar

Alkilleyici Ajanlar

Siklofosfamid ve iofosfamid jinekolojik onkolojide kullanılan alkilleyici ajanlardır. Nötropeni başta olmak üzere trombositopeni gibi kemik iliği supresyonuna bağlı yan etkiler gelişebilir. Nefrotoksisite ve hemorajik sistit gibi komplikasyonların önlenmesinde hidrasyon önemlidir. Bulantı-kusma ve/veya kaşeksi gibi gastrointestinal

etkilenmeler sık görülür. Saç dökülmesi tipik olarak şiddetlidir (DeVita et al., 2019; Hoffman et al., 2016).

Antimetabolitler

Antimetabolitler purin, pirimidin ve nükleik asit sentezine neden olan metabolik yollarda oluşan maddelerin kimyasal analoglarıdır. Hızlı bölünen, ikiye katlanma zamanı kısa olan ve hızlı büyüyen tümörlerde etkilidir. Hücre siklusunda S fazına spesifiktir (Hoffman et al., 2016). Metotreksat, Gemcitabin, 5-Florourasil; DNA, RNA ve protein sentezinin çeşitli basamaklarını engelleyerek etki gösteren antimetabolit ajanlardandır. Kemik iliği toksisitesi nadir ancak ölümcül yan etkileri olarak görülebilir. İdrarla değişmeden atıldığı için böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesi ve hidrasyon önemlidir. Gastrointestinal şikayetler ve dermatolojik değişiklikleri yine bu ilaçlara bağlı görülebilen yan etkilerdir (DeVita et al., 2019).

Antitümör Antibiyotikler

Genel olarak mikroorganizmalardan elde edilen antitümör antibiyotikler hücre siklusunun çeşitli fazlarında DNA interkalasyonu ile sitotoksik etki gösterir. Hücre siklusuna spesifik ajanlardır (Hoffman et al., 2016). Daktinomisin, bleomisin, doksorubisin, lipozomal doksorubisin, rekürren servikal ve vulvar kanserler ve epitelyal over kanseri başta olmak üzere jinekolojik malignitelerin tedavisinde kullanılan antitümör antibiyotiklerdir. Genellikle karaciğerde metabolize olarak safra yolu ile atılırlar. Kemik iliği supresyonu özellikle nötropeni doz kısıtlayıcı yan etkiler olarak görülebilir. Bulantı- kusma, mukozit, diyare gibi ciddi gastrointestinal şikayetler görülebilir. Saç dökülmesi belirgin olarak şiddetlidir. Bleomisin kullanan hastalarda akciğer toksisitesi nadir ancak mortaliteye neden olabileceğinden akciğer fonksiyon testleri ve akciğer grafisi ile dikkatle izlenmelidir (DeVita et al., 2019; Hoffman et al., 2016).

Bitki Kökenli Ajanlar

Bu ajanların sitotoksik etkisinin ortak noktası mitoz bölünme sırasında hücre bölünmesini durdurmak amacıyla intraselüler mikrotübüllerin birleşme, ayrılma ve stabilizasyonunu bozmalarıdır. Taksanlar, vinka alkaloidleri ve topoizomera inhibitörleri bu grupta yer alan kemoterapötik ajanlardır. Paklitaksel ve dosetaksel başta primer veya nüks epitelyal over kanseri olmak üzere endometrium ve servikal kanser tedavisinde kullanılan taksanlardır. Kemik iliği supresyonu başlıca doz kısıtlayıcı yan etkidir. Periferik nöropati ve nörotoksisite paklitaksel kullanımının en ayırıcı yan etkisidir. Saç dökülmesi genellikle diffüz olup tüm vücut tüylerinin kaybı görülebilir (DeVita et al., 2019; Hoffman et al., 2016).

Vinkristin, vinblastin ve vinorelbin M fazına etki eden hücre siklusuna spesifik vinka alkaloidleridir. Normal tübüler polimerizasyonu inhibe ederek etki ederler. Jinekolojik onkolojide en az kullanılan ilaç gruplarındandır.

Topoizomera inhibitörleri, topoizomera enziminin DNA replikasyonu sırasında sarmal yapıyı açıp kapayan görevini inhibe ederek etkili olurlar. En fazla geç S ve G1 fazında etkilidirler. Topotekan tedavisinde kemik iliği supresyonu en ciddi yan etki olup gastrointestinal toksisite de sıklıkla görülür. Baş ağrısı, yorgunluk, kas-eklem ağrıları sık görülen sistemik şikayetlerdir. Saç dökülmesi paklitaksel benzeri yaygındır. Etoposid tedavisinde farklı olarak bulantı -kusma gibi gastrointestinal şikayetler oral kullanım dışında çok hafiftir (Hoffman et al., 2016).

Platin Bileşikleri

Hücre siklusuna spesifik olmayan platin bileşikleri genel olarak alkilleyici ajanlara benzer özelliktedirler. DNA sentezini inhibe eden DNA eklentileri oluşturarak etki ederler. Karboplatin ve sisplatin jinekolojik onkolojide sık kullanılan platin

bileşikleridir. Trombositopeni başta olmak üzere kemik iliği supresyonu sık ve ciddi yan etki olarak görülür. Sisplatin tedavisinde nefrotoksisite en ciddi yan etki olup hidrasyon önemlidir. Bulantı kusma gibi gastrointestinal şikayetlere ek olarak ağızda metalik tat ve iştahsızlık görülür. Periferik nöropati geri dönüşsüz gelişebilir (Hoffman et al., 2016).

2.7 Kemoterapiye Bağlı Gelişen Semptomlar

Kemoterapi kanser tedavisinin en temel bileşenlerindendir, ancak toksik etkileri erken dönemde tanılanmadığında ve gerekli bakım sağlanmadığında, kemoterapi ciddi ve yaşamı tehdit edebilecek semptomlara neden olabilmektedir (Beck et al., 2017). Kemoterapinin bireyde görülen yan etkileri tedavide kullanılan kemoterapötik ajanın özellikleriyle ilişkili olarak farklılık göstermekle birlikte en sık görülen semptomlar; bulantı, kusma, iştahsızlık, tat değişiklikleri, kaşeksi, kemik iliği supresyonu (anemi, lökopeni, trombositopeni), saç dökülmesi, mukozit, cilt problemleri, uykusuzluk, nörolojik problemler, dispne, ağrı, halsizlik, yorgunluk, depresyon, anksiyete ve cinsel problemler olarak sıralanmaktadır (Barsevick, 2016; Beck et al., 2017; Cook et al., 2015; Wu et al., 2017). Jinekolojik kanserlerin doğrudan kadının üreme organlarını etkileyerek cinselliğini tehdit etmesinin yanı sıra cerrahiye bağlı organ kaybı ile yine kemoterapiye bağlı gelişen semptomlar da kadının cinselliği ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olmaktadır (Chow et al., 2014; Cook et al., 2015; Wu et al., 2017). Bu semptomların çoğu tedavi sürecinde yaşanmasına ve geçici olmasına rağmen, kişilerin tedavisi sürecinde günlük yaşantılarını önemli derecede etkilemekte ve yaşam kalitelerini düşürmekte, kişilerin hem fiziksel hem de psikolojik olarak yıpranmasına neden olabilmektedir (Beck et al., 2017).

Kemoterapi sürecinde hastalar günlük aktivitelerini kısıtlayacak çok sayıda semptomu eş zamanlı yaşamaktadırlar. Bu durum hasta birey ve ailesinin fiziksel, sosyal

ve psikolojik olarak etkilemekte ve tedaviye uyum sürecini bozmakta ve tedavinin her aşamasında sağlık bakım hizmetine olan ihtiyaçlarını artırmaktadır (Bakker et al., 2017; Wu et al., 2017). Kemoterapiye bağlı gelişen semptomların morbiditeyi ve tedavinin etkinliğini etkilemesinden dolayı semptomların saptanması, kontrolü, önlenmesi diğer bir deyişle etkili semptom yönetim stratejilerinin geliştirilmesi önemlidir (Agarwal & Bodurka, 2010; Bakker et al., 2017; Beck et al., 2017). Semptom yönetiminde yaklaşım geçmişte daha çok tek bir semptom üzerine yoğunlaşmaktayken günümüzde sistematik bir şekilde hastada görülen her bir semptomun değerlendirmesini gerektirmektedir. Kanserli hastalarda görülen semptomların eş zamanlı olması, birbirlerinin etkilerini ve şiddetini artırabilmesi, bir semptomun ya da tek bir semptomla yönelik tedavinin diğer bir semptom gelişmesine neden olabilmesi göz önüne alındığında semptomların çoklu değerlendirilmesi yaklaşımı benimsenmiş ve semptom kümeleri kavramı ortaya çıkmıştır (Barsevick, 2016; Kwekkeboom, 2016). Semptom kümelenmeleri genel olarak hangi semptomların birlikte görüldüğünü ifade etmektedir ve ilk olarak Dodd et al. (2001) tarafından tanımlanmıştır. Bu tanıma göre semptom kümesi “üç ve daha fazla sayıda eş zamanlı semptomun birbiriyle ilişkisi” olarak ifade edilmiştir (Dodd et al., 2001). Aynı küme içinde yer alan semptomların aynı etiyoloji paylaşımları gerekmemekle birlikte küme içindeki semptomlar arasındaki ilişkiler ortaya konmaktadır. Kanser tedavi sürecinde görülen bu semptomlar bir küme içerisinde bireysel olarak görülen bağımsız bir semptom olmakla birlikte, bu semptomlar arasında güçlü bir ilişki olup birbirlerini direk veya üçüncü bir semptom aracılığı ile etkilemektedir (Nho, Reul Kim, & Nam, 2017). Örneğin; kemoterapinin sık görülen semptomlarından birisi olan ağrı yönetiminde kullanılan opioid analjezikler konstipasyona yol açabilmektedir ya da bulantı-kusma; iştah kaybına yol açabilmekte veya şiddetini arttırabilmektedir, iştahsızlık ve yetersiz beslenme ve özellikle de yetersiz protein alımı hastanın yorgunluk düzeyini ve uyku

düzenini değiştirebilmektedir (Barsevick, 2016; Kwekkeboom, 2016). Semptom kümelerinin tanımlanması, semptom yönetimi müdahalelerinin etkisini artırılmasını sağlamaktadır çünkü kümelerdeki semptomlar morbidite, mortalite, prognoz ve yaşam kalitesi üzerinde sinerjik etkilere sahiptir (Hsu et al., 2017; Kwekkeboom, 2016). Semptom kümeleri etkin yönetilemediğinde; şiddetlenen semptomların komplikasyonları bozulan fiziksel/ fonksiyonel durum ve hasta üzerindeki maddi ve duygusal yükleri artması kısır döngüye neden olabilir. Semptom kümeleri ayrıca hastaların tedaviyi bırakmasına veya gecikmesine neden olabilir. Bu nedenle, bir semptom kümesinin yönetimi, tek bir semptom yaklaşımı ile karşılaştırıldığında sağlık üzerinde daha olumlu etkiye sahip olabilir (Hsu et al., 2017). Etkin semptom yönetim stratejilerinin geliştirilmesinde öncelikle semptom kümelerinin tanımlanması gerekmektedir. Genellikle iştahsızlık, bulantı/kusmayı içeren gastrointestinal semptom kümesi, kanser tedavisinde en yaygın olarak tanımlanan ve ele alınan klinik semptom kümeleri arasında yer almıştır (Hsu et al., 2017; Kwekkeboom, 2016). Eşzamanlı ağrı, yorgunluk ve uyku bozukluğu da dahil olmak üzere, sıklıkla anksiyete ve / veya depresyonun duygudurum bozuklukları ile ortaya çıkan psikososyal semptom kümelenmesi, kanser semptom kümelenmesi literatüründe açıklanmıştır ve en sık görülen kümelenmelerdendir (Hsu et al., 2017; Kwekkeboom, 2016). Kümelenmiş semptomlar arasındaki ilişkilerin doğasının belirlenmesi, semptom kümesini en etkin şekilde yönetme stratejilerini belirlemede önemli sonuçlar vermektedir. Örneğin; gastrointestinal mukozanın bütünlüğünü korumaya yardımcı olan bir tedavi yaklaşımı, aynı kümede görülen hazımsızlık, şişkinlik ve diyare semptomlarını da azaltabilir (Kwekkeboom, 2016). Bazı semptom kümelerinde ise, tek bir semptomun diğerlerine neden olduğu görülmektedir. Örneğin, ağrı bir insanı uykusundan uyandırabilir ve gündüz yorgunluğunun artmasına neden olabilir; böylece, ağrının tedavisi ilgili diğer semptomları da çözebilir. Benzer şekilde, tek bir semptom için

uygulanen tedavi, bir semptom kümesine dönüşen yan etkilere neden olabilir (örneğin, opioid ilaç birlikte ortaya çıkan bulantı ve kabızlığa neden olur). Bu gibi durumlarda, ağrı için alternatif veya modifiye bir tedavi stratejisinin kullanılması, belirti kümesini ortadan kaldırabilir (Dong et al., 2016; Hsu et al., 2017; Kwekkeboom, 2016).

2.7.1 Kemoterapiye Bağlı Semptomların Yönetiminde Hemşirelik Yaklaşımları

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 baş etme, olumlu sağlık davranışı geliştirme, öz bakım gücünü artırma, danışmanlık ve eğitim verme gibi konularda kaliteli hemşirelik bakımı verilebilmesi için, bu bireylerin yaşadıkları semptomların belirlenmesi ve yönetimi önemlidir (Beck et al., 2017; Cook et al., 2015). Onkolojide semptom yönetimi; kemoterapinin neden olduğu sorunları azaltılmayı, bireylerin hastalığa ve tedaviye uyumunu ve fonksiyonel durumunu artırmayı, psikolojik durumu ve yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlamaktadır (Kwekkeboom, 2016). Hemşireler, hasta bireylerin sağlıklarını yeniden kazanmaları ve korumaları için sağlık bakımına yönelik uygulamaları öğrenmelerinde önemli bir role sahiptirler. Hemşireler, diğer ekip üyeleri ile birlikte, eğitim ve danışmanlık rolü ile kemoterapi ilaçları, potansiyel semptomlar ve semptom yönetim stratejileri konusunda hastaları bilgilendirme sorumluluğu taşırlar. Hemşirenin tedavi sürecinde semptomları zamanında, düzenli ve tam olarak değerlendirebilmesi; hastaya uygun tedavi uygulanması, uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması etkili semptom yönetimi açısından önemlidir (Beck et al., 2017; Wu et al., 2017). Semptom yönetim stratejileri planlarken; semptomların birlikte yaşandığı, büyük bir bir kısmının ilişkili olduğu ve hastaların tedavi sürecinde herhangi bir noktada çoklu semptomları kendisinin yönetmek durumunda kaldığını göz önünde bulundurmalıdır. Semptomlar genellikle sübjektif, ev ortamında, sağlık personelinin gözetimi altında

olmaksızın, deneyimlendiğinden, doğru semptom değerlendirmesi, semptom şiddeti ve etkisine ilişkin hasta derecelendirmelerini veya hasta tarafından bildirilen sonuçların doğru okunması doğru yönetim stratejilerinin belirlenmesinde önemlidir (Agarwal & Bodurka, 2010). Semptom yönetim stratejileri içinde en önemli noktalardan biri hasta eğitimidir ve semptom kontrolüne yönelik yapılan eğitimler hastaların bu süreci daha rahat geçirmesini sağlamaktadır (Langius-Eklof, Crafoord, Christiansen, Fjell, & Sundberg, 2017). Hastalar, yaşayabilecekleri semptomlar hakkında önceden bilgi sahibi olmanın yanı sıra, belirli semptomların birlikte ortaya çıktığını/yaşandığını, birbirlerinin nedeni ya da sonucu olabileceğini ve birbirleriyle ilişkili olduğunu bilmelidir. Semptom kümelerinin bilinmesi, hastaların semptom ortaya çıkmadan gerekli önlemleri almasına ve semptom yükünün azaltılmasına yardımcı olacaktır. Genel semptom yüküyle en etkili biçimde başa çıkabilmek için, hastalara ortak semptom etiyolojileri ve yönetim stratejilerinin, semptomların ortaya çıkmasına, kötüleşmesine veya iyileşmesine nasıl katkıda bulunabileceğini anlatılmalıdır.

Semptomların değerlendirilmesi ve semptom yönetim stratejilerinin belirlenmesinde sistematik yaklaşımların benimsenmesi ile bakımın kalitesinin artırılması ve standardize edilmesi için çeşitli kuram ve modeller oluşturulmuştur. Bu sayede bakımda süreklilik sağlanarak hemşirelik hedefleri daha anlaşılır bir hale getirilmiştir. Semptom yönetiminde kullanılan kuram ve modellerde temel bileşenler bireyin semptoma ilişkin algıları, semptomlarla bireysel baş etme biçimleri iken daha sonra zaman bileşenini genişleterek, semptomların zaman içinde önemli ölçüde değişebileceğini ve bir semptomdaki değişkenliğin diğer semptomları etkileyebileceği kabul edilmiştir (Humphreys et al., 2018). Kanser hastaların çoğunlukla eş zamanlı olarak deneyimlediği semptomların daha iyi anlaşılmasını sağlamak için belirlenen semptom kümeleri ilk olarak California Üniversitesi San Francisco Hemşirelik Okulu öğretim

üyelerinden oluşan “semptom yönetim grubu” tarafından tanımlanmış ve Semptom Yönetim Modeli’ni oluşturmuşlardır (Barsevick, 2016; Dodd, Cho, Cooper, & Miaskowski, 2010; Dodd et al., 2001; Humphreys et al., 2018; Kwekkeboom, 2016). Bu model, semptom kümelenmeleri şeklinde görülen ve hastanın yaşam kalitesini ve fonksiyonel durumunu olumsuz etkileyen semptomların etkili yönetiminde kullanılması gereken stratejiler konusunda kavramsal bir çerçeve çizmektedir.

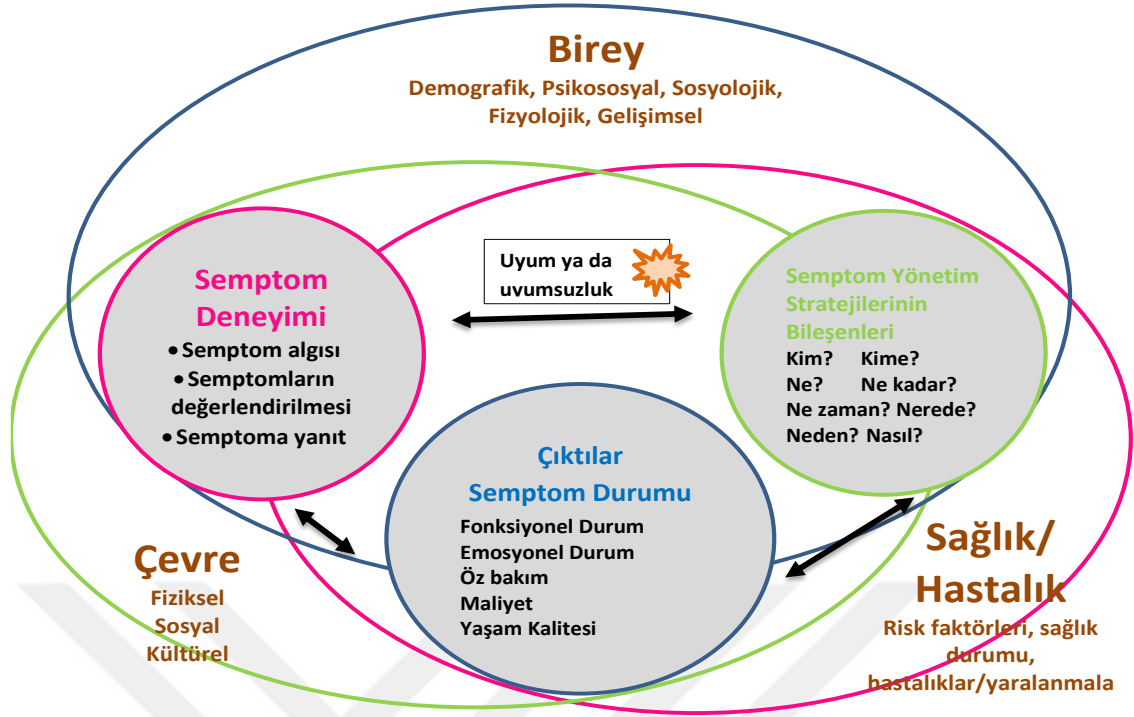
2.8 Semptom Yönetim Modeli

2.8.1 Modelin Amacı ve Geliştirilmesi

Modelin temel taşları ilk kez California Üniversitesi San Francisco Hemşirelik Okulu (UCSF) öğretim üyelerinden oluşan “semptom yönetim grubu” tarafından tanımlanmış ve grup 1994 yılında “Semptom Yönetim Modeli” ni oluşturmuştur. Bu orijinal modelde amaç; semptom bilimi üzerine yoğunlaşan ve semptom yönetiminde klinik uygulamalar geliştirilmesi konularında araştırma yapan öğretim üyelerine iş birliğini geliştirmenin yanı sıra semptom deneyimi, yönetim stratejileri ve semptom yönetiminin sonuçları hakkında daha sistematik ilerlemelerine olanak tanıyan bir çerçeve sağlamıştır. Modelin oluşturulmasında ve kavramsallaştırılmasında, Orem’in Öz Bakım Modeli (1985) ve Sorofman, Tripp Reimer, Lauer ve Martin’in (1990) Öz Bakım Semptomları Modeli gibi hemşireler tarafından geliştirilen modellerin yanında antropoloji, sosyoloji ve psikoloji biliminde kullanılan modellerden de yararlanılmıştır (Dodd et al., 2001; Larson et al., 1994). 2001 yılında yapılan revizyonda, modelde kullanılan kavramlar ve kavramlar arasındaki ilişkilerin doğası biraz değiştirilmiş, ve temel hemşirelik kavramları; “birey, sağlık, hastalık, çevre” yerleştirilmiştir. 2008 yılında yapılan güncelleme ile modelin adı değiştirilmiş ve “Semptom Yönetim Teorisi- SYT” adıyla tündengelimli, süreç odaklı orta-düzey teori olarak kabul edilmiştir (Humphreys et al., 2018).

Semptom Yönetim Modeli; semptomun doğası, semptom yönetim stratejilerinin odak noktası ve model içindeki ilişkilere değinen altı varsayımı içerir. 2001 revizyonunda ele alınan varsayımlar şu şekildedir;

1. Semptomların incelenmesinde altın standart semptomu yaşayan bireyin semptom algısına ve ifadesine dayanmaktadır.
2. Modelin uygulanmasında bireyin semptom yaşaması şart değildir. Semptom gelişmesi için risk altında olan bireylerde, semptom ortaya çıkmadan önce yönetim stratejilerinde yer alan girişimler başlatılabilir.
3. Sözel iletişim kurulamayan ya da bilişsel sorunları olan bireylerde de semptom deneyimlerinin olabileceği ve bu hastalarda aile/ebeveyn ya da bakım vericinin ifadelerini müdahale etmek için yeterli olduğu varsayılır.
4. Rahatsızlık oluşturan/ oluşturabilecek tüm semptomlar yönetilmelidir.
5. Yönetim stratejisi birey, grup, aile veya iş çevresini kapsar.
6. Semptom yönetimi dinamik bir süreçtir; bireysel özellikler/gereksinimler ve temel hemşirelik kavramlarına göre şekillenir (Dodd et al., 2001).



Şekil 1. Semptom Yönetim Modeli

2.8.2 Model’de Yer Alan Kavramlar

Semptom yönetim sürecini çok boyutlu gösteren SYM'nin üç temel kavramı; semptom deneyimi, semptom yönetim stratejileri ve sonuçlardır; semptomun durumunda değişiklik (sıklığı, şiddeti ve/veya semptom sıkıntısı) ilgilenilen temel sonuçtur. Modele göre etkili bir semptom yönetimi ancak bu üç kavramın dikkatli bir biçimde ele alınması ile gerçekleşebilmektedir. Her kavram, iki yönlü okların kullanılması yoluyla diğer iki kavramla ilişkili olarak gösterilmiştir. Çift yönlü oklar, bu kavramlar arasındaki ilişkileri tasvir etmek için kullanılır. Bu ilişkilerin tekrar eden bir şekilde ve/veya eşzamanlı olarak gerçekleştiği kabul edilmektedir. Bu ilişkilerin tekrar eden bir şekilde veya hatta eşzamanlı olarak gerçekleştiği kabul edilmektedir (Humphreys et al., 2018). Bu kavramlar, hemşirelik araştırmalarında kavramsal ilişkileri sistematik hale getirmek için hemşireliğin temel kavramları olan birey, sağlık/hastalık ve çevre kavramları içine

yerleştirilmiştir. Örneğin, bir kadının semptom deneyimi yaşına, reproduktif özelliklerine ve genetik risk faktörlerine (bireysel alan), semptoma ilişkin kültürel inançlarına (çevresel alan) ve/veya semptomun mevcut sağlık durumunu etkilemesine (sağlık / hastalık alanı) göre değişiklik gösterebilmektedir.

Semptom deneyimi, üç yönü ile ele alınan ve modelin en ayrıntılı tanımlanmış bileşeni olup semptom yönetim sürecinin başlangıcı olarak gösterilmektedir. Semptom deneyimi; bireyin semptom algısı, semptomu değerlendirmesi ve semptoma cevabı/tepkisinden oluşmaktadır. Bireysel özelliklerin yanı sıra içinde yaşanılan toplumun kültürel özellikle de sağlık inanç ve değerleri semptom deneyimini bütünüyle etkilemektedir. Semptom deneyimi kişiye özel ve özgüdür; semptom algısında bireyin öz-bildirimi yeterlidir. Algılanan semptoma ilişkin değerlendirmeler genellikle; semptomun nedeni, sıklığı, şiddeti, neden olduğu diğer rahatsızlıklar ile tedavi edilebilirliği üzerinedir. Bireyin semptoma verdiği fizyolojik, psikolojik ve/veya davranışsal tepkilerin tümü semptoma yanıt olarak kabul edilmektedir.

Semptom deneyiminin bu üç bileşeni arasında çift yönlü bir ilişki vardır. Bu ilişkilerin tekrar eden bir şekilde ve/veya eşzamanlı olarak gerçekleştiği kabul edilmektedir. Semptom deneyimi, yalnızca bir değil, eş zamanlı birkaç semptom içerebilmektedir. Bu durumda semptomun algılanması diğer bir semptomu değerlendirmesini etkileyebilmektedir (Dodd et al., 2001; Dodd, Miaskowski, & Lee, 2004). Semptom yönetiminin tek bir semptom ele alınarak değil de semptom kümelenmeleri üzerine kurgulanması yaklaşımı SYM'nin daha hızlı gelişen yönlerinden biri olmuştur (Dodd et al., 2010; Kim et al., 2009; Miaskowski, 2006; Miaskowski, Aouizerat, Dodd, & Cooper, 2007; Xiao, 2010).

Semptom yönetim stratejilerini belirlenmesi ve geliştirilmesinde, klinisyen veya araştırmacıya uygun müdahaleleri seçmede rehberlik eden "ne, nerede, neden, ne kadar, kime ve nasıl" (Dodd et al., 2001) sorularını yanıtlar ve "semptom deneyimini önleme, geciktirme, en aza indirme ve/veya ortadan kaldırma" amaçlıdır (Humphreys et al., 2018). Semptom yönetim stratejileri üç şekilde etkili olabilir: (a) semptom deneyiminin sıklığını azaltmak, (b) semptomun şiddetini azaltmak veya (c) semptomla ilişkili sıkıntıyı gidermek (Humphreys et al., 2018). Özellikle kronik hastalık durumlarında bireylerin semptomların yönetiminde sorumluluk aldığı bilinmektedir. Semptom yönetiminde planlanacak stratejilerin kabul edilir olması ve bireyin bu girişimlere uyum içerisinde olması önemlidir. Girişimlerin sağlık/hastalık durumunun yanı sıra bireyin kişisel ve çevresel özellikleri de göz önünde bulundurularak planlanması uyumu artırmaktadır. **Uyum/Tutarlılık**, "stratejinin istenen alıcısının, gerçekten, öngörülen stratejiyi aldığı ya da kullandığı" olarak tanımlanır ve semptom yönetimi stratejileri ile sonuçlar arasındaki ilişkiyi etkileyici olarak tasvir edilir. **Uyumsuzluk/tutarsızlık**, zahmetli müdahaleler, müdahalelerin uygulanamaması veya müdahalelerin tutarsız uygulanması gibi etkiler olarak kavramsallaştırılmıştır (Humphreys et al., 2018).

Sonuçlar bileşeni, bir müdahale stratejisinin uygulanmasından önce ve sonra değerlendirilmesi için net ve ölçülebilir sonuçlardır. Semptom sonucu, semptom durumundaki bariz değişiklikleri (sıklığı, şiddeti ve/veya neden olduğu rahatsızlıkta azalma) içermektedir. Semptom durumuna ek olarak, bu bileşen, bireyin semptom deneyiminden ve/veya semptom yönetim stratejilerinin bir sonucu olarak deneyimleyebileceği diğer sonuçları (fizyolojik ve psikolojik iyilik hali, daha iyi yaşam kalitesi, daha kısa hastanede kalma, işe daha hızlı dönüş ve daha fazla üretkenlik ve bunların tümü bireye, aileye, sağlık bakım sistemine veya işverene daha az maliyet vb.) içerir (Humphreys et al., 2018). Bunlar, fonksiyonel durum, duygusal durum, öz bakım,

maliyetler, yaşam kalitesi, morbidite-komorbidite ve mortaliteyi içerir. Bu boyutta yazarlar, tanımlanan sonuçların her birinin semptom durumu ve birbiriyle ilişkili olabileceğini belirtmektedir (Dodd et al., 2001).

Semptom Yönetim Modeli, semptom yönetimi olgusuyla sınırlı olmasına karşın uygulamada pediatrik onkoloji hastaları da dahil olmak üzere akut ve kronik hastalık durumları ile gelişim dönemlerini kapsayacak kadar geniş bir uygulama alanına sahiptir. Smith ve Liehr (2018)' in tanımına göre “temel ve kullanılabilir fikir yapısı” ile kullanışlı ancak grand teorilere göre ampirik sonuçlar daha az genellenebilir olmakla birlikte daha somuttur (Humphreys et al., 2018). Literatürde belirtilen diğer sınırlılıklar arasında, semptom deneyiminin tanımını “*bireyin ifadesine*” dayanması ele alınmıştır. Böylece, semptom yönetiminin bireyin algısına göre mi gerçeğe göre mi yapıldığı konusunda çelişkilerden bahsedilmektedir. Yine yönetim stratejilerinin belirlenmesinde birey/grup/toplumun gereksinimlerinin nasıl belirleneceğinin daha detaylı tanımlaması gerektiği vurgulanmaktadır. Ayrıca semptom sonuçlarının kim tarafından değerlendirileceğinin netleşmemiş olması da belirtilen sınırlılıklar arasındadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Şekli

Araştırma, semptom yönetimi modeline göre geliştirilen, birey ve semptom odaklı hasta eğitim ve izlemlerinden oluşan semptom yönetimi programının kemoterapi alan jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi ve kemoterapi süresince yaşayabilecekleri semptomların şiddet/sıklığı üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yürütülen randomize kontrollü bir çalışmadır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma, Koç Üniversitesi Hastanesi Medikal Onkoloji Bölümü Ayaktan Kemoterapi Birimlerinde gerçekleştirilmiştir. Ayaktan kemoterapi birimi 2 bölümden oluşmakta ve iki oda dışında tüm hastalar tek kişilik bölümlerde kemoterapi almaktadır. Ortak kullanılan iki odada 5'er kişi aynı anda kemoterapi alabilmekte olup yine bu bölümlerde perde ile birbirinden ayrılmıştır. Her bölümde yatak olabilen tekli koltuk, tv, masa, dolap ve lavabo bulunmaktadır. Birimde sürekli burada bulunan bir hekim ve 15 hemşire görev yapmaktadır. Birimde herhangi bir kemoterapi ilaç hazırlığı yapılmamakta, hastalar kemoterapi alacakları gün birime geldiklerinde primer hemşireleri tarafından hekim istemi doğrultusunda eczaneden ilaç istenmektedir. Klinikte saçılma kiti, temas kiti hazır bulundurulmakta, kemoterapötik ajan ile herhangi bir kontaminasyon derhal rapor edilmektedir. Her hasta adına klinik eczanede eczacılar tarafından hazırlanan kemoterapi ilaçları özel ilaç kutularında saklama koşullarına dikkat edilerek hastanın primer hemşiresine teslim edilmektedir. Primer hemşire bir şahit eşliğinde hastanın kimlik kontrolü ve ilaç/doz doğrulamasını yaptıktan sonra ilaç verilmeye başlanmaktadır. Hastanın vitalleri KT boyunca izlenmektedir. Tüm hastalara ilk kür kemoterapilerini almaya geldiklerinde primer hemşireleri tarafından 3-5 dk süren

kemoterapi eğitimi verilmekte, onun dışında yazılı/basılı herhangi bir eğitim materyali sağlanmamaktadır. Kemoterapiye bağlı oluşabilecek semptomların yönetimi için hastalara non-farmakolojik uygulamalara yönelik eğitim verilmemekle birlikte, ağrı, bulantı-kusma gibi genel semptomların farmakolojik yönetimi için reçete verilmektedir.

3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

3.3.1 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini jinekolojik kanser tanısıyla Kasım 2018- Ekim 2019 tarihleri arasında Koç Üniversitesi Hastanesi Medikal Onkoloji Kliniği Ayaktan Kemoterapi Birimi'nde ayaktan kemoterapi alan kadınlar oluşturmaktadır.

3.3.2 Araştırmanın Örneklemi

Örneklem sayısının hesaplanmasında PS: Power and Sample Size Calculation bilgisayar programı kullanılmıştır. Müdahale ve kontrol grubundaki olgu sayısı 1:1 olacak şekilde örneklem hesaplanmıştır. Örneklem hesaplamasında %80 güç ve %95 güven aralığında yaşam kalitesi ölçeğinin standart sapması 22.2 ((Pınar, Algier, Çolak, & Ayhan, 2008) çalışmasında genel iyilik hali ve yaşam kalitesi ortalaması için hesaplanan standart sapma) ve müdahale ve kontrol grubu arasında yaşam kalitesi ölçek puanında 20 puanlık bir fark olacak şekilde hesaplama yapılmıştır. Bu hesaplama göre, tip 1 hata olasılığı %0.05 ile müdahale ve kontrol grubuna 20'şer hastaya ulaşılması gerektiği hesaplanmıştır. Araştırma sırasında yaşanabilecek kayıp oranının göz önüne alınarak toplam 50 hastanın araştırmaya dahil edilmesi planlanmış ancak müdahale grubunda 21 ve kontrol grubunda 20 olmak üzere toplam 41 hasta ile tamamlanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden her hastaya başvuru sırasına göre 1'den 50'ye kadar numara verilmiş ve random.org internet sitesi üzerinden yapılan randomizasyonla numaralar I ve II kolonlarına atanmıştır. I ve II kolonlarının temsil ettiği grubun belirlenmesinde kapalı

zarf tekniği kullanılmıştır. Araştırmada direkt rolü olmayan bir kişi tarafından beyaz kağıtlar üzerine; “I” ve “II” yazılarak opak zarflara konmuştur. İlk seşilen zarfta yer alan sayının m¼dahale grubunu belirleyeceği ¼nceden belirtilerek araştırmacıdan zarf seşmesi istenmiştir. Buna g¼re ilk seşilen zarfta ¼ıkan II kolonundaki numaralar listeye uygun şekilde semptom y¼netim programına ve I kolonunda yer alan numalarar ise kontrol grubuna dahil edilmiştir.

Araştırmanın uygulama aşaması bittikten sonra “G. Power-3.1.7” programı kullanılarak yapılan power analizde $\alpha=0,05$ d¼zeyinde %95 g¼ven aralığında araştırmanın g¼c¼ 0.91 olarak belirlenmiş ¼rneklem b¼y¼kl¼đ¼n¼n yeterli olduğu değerlendirilmiştir.

¼rnekleme dahil edilme kriterleri;

- 18 yaşından b¼y¼k olan
- Primer jinekolojik kanser tanısı alan,
- İlk kez kemoterapi tedavisi alacak olan,
- Fiziksel/ruhsal iletişim engeli olmayan,
- T¼rkçe konuşabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar ¼rnekleme dahil edilmiştir.

Dışlanma kriterleri;

- Daha ¼nce başka bir kanser tanısı almış olmak,
- Daha ¼nce kemoterapi tedavisi almış olmak,
- T¼rkçe konuşma/anlama dahil herhangi bir iletişim engeli bulunması,
- Araştırmanın herhangi bir aşamasında ¼ekilmek istemesi

Bağımlı Değişkenler	- Kadınların semptom deneyimleri (sıklığı, şiddeti) - Kadınların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyi
Bağımsız Değişkenler	- Yaş, eğitim durumu gibi sosyodemografik özellikler ile tanı türü, evresi gibi hastalığa ait faktörler

3.4 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için Koç Üniversitesi Etik Kurulları- Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2018.175.IRB1.023 karar numaralı etik kurul onayı ile Koç Üniversitesi Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır. Araştırmaya dâhil edilen kadınlara araştırmanın amacı ve yöntemi konusunda bilgi verilerek yazılı onamları alınmıştır (EK 9.2).

3.5 Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerini toplamak amacı ile aşağıda belirtilen formlar kullanılmıştır.

Hasta Tanılama Formu

Hasta tanılama formu literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilmiştir (Klafke et al., 2019; Sandsund et al., 2020). Sosyo-demografik özellikler ile bireyin hastalığına ve uygulanan tedavi protokolüne ait veriler olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hastanın yaşı, eğitim durumu, mesleği, doğduğu coğrafi bölge, sürekli yaşadığı yer, sosyal güvence varlığı gibi demografik bilgilerin yanı sıra kişinin gebelik sayısı, doğum sayısı, ailedeki kişi sayısı, ailedeki çocuk sayısı, menopoiz durumu ve menopoiz yaşı ve aile öyküsünde kanser tanısı olma durumu gibi obstetrik ve sağlık öyküsünü içermektedir. İkinci bölümde hastanın tanısı ve tanı aldığı

tarih, hastalığın evresi, ameliyat tarihi ve türü, planlanan kemoterapi kür sayısı ve kullanılan ilaçlar gibi mevcut sağlık verileri sorgulanmıştır. (EK-1)

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği- ESTÖ

Bu ölçek, Bruera ve arkadaşları (1991) tarafından, kanser hastalarında yaygın olarak görülen semptomların değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Bu semptomlar; ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini kötü hissetme durumu, nefes darlığı ve diğer sorunlardır. Ölçekte diğer sorunlar bölümüne, ölçeği Türk toplumuna uyarlayan araştırmacılar tarafından 3 semptom (ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara, ellerde uyuşma) eklenmiştir. Görsel analog skala yapısındaki ölçekte bir semptomun şiddeti 0'dan 10'a kadar sayısal olarak değerlendirilir. '0' semptomun olmadığını, '10' ise semptomun çok şiddetli hissedildiğini gösterir. Semptom değerlendirilmesinde, hastadan semptomun şiddetini belirten numarayı işaretlemesi istenir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Sadırlı ve Ünsar tarafından yapılmıştır. Cronbach Alpha katsayısı, tedavi öncesi için 0,83; tedavi sonrası için 0,76 olarak hesaplanmıştır (Kurt Sadırlı & Ünsar, 2009). (EK-2)

Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30-VERSION 3.0)

Aaronson ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilen EORTC QLQ-C30, genel yaşam kalitesi, fonksiyonel işlevler (fiziksel, rol, bilişsel, duygusal, sosyal) ve semptom skalası (yorgunluk, ağrı, bulantı/kusma, dispne, uykusuzluk, iştahsızlık, konstipasyon, diare, maddi zorluk) olmak üzere üç alt boyut ve 30 soru içermektedir. Ölçek sorularının ilk 28 sorusu dörtlü likert tipidir. Verilen cevaplar; hiç: 1, biraz: 2, oldukça: 3, çok: 4 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin 29. ve 30. soruları genel yaşam kalitesi alanını oluşturan sorulardır. Ölçeğin 29. sorusunda hastadan geçen haftaki genel sağlığını ve 30. sorusunda geçen haftaki hayat kalitesini 1'den 7'ye kadar verilmiş olan puanlar (1 puan;

çok kötü, 7 puan; çok iyi) ile değerlendirmesi istenmektedir. Bu bölümlerden alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise yaşam kalitesinin düştüğünü ifade etmektedir (Cankurtaran et al., 2008). EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0'ın Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Cankurtaran ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır. Farklı kanser türüne sahip hastalar ile yürütülen bu çalışmada; ölçeğin Cronbach α katsayısı 0,56- 0,85 olarak hesaplanmıştır (Cankurtaran et al., 2008). (EK-3)

Tablo 3.1 EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutları

EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Maddeler
Fonksiyonel Skor (FS): 15 soru	
Fiziksel	1-5
Rol	6,7
Duygusal	21-24
Bilişsel	20,25
Sosyal	26,27
Semptom Skoru (SS): 13 soru	
Yorgunluk	10,12,18
Bulantı-Kusma	14,15
Ağrı	9,19
Nefes Darlığı	8
Uykusuzluk	11
İştah Kaybı	13
Konstipasyon	16
Diyare	17
Mali Zorluklar	28
Genel Sağlık Durumu Skoru (GSS): 2 soru	29,30

Tablo 3.2 EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Hesaplanması

Fonksiyonel Skor (FS): 15 Soru	Ham Skor (HS)= 15 maddenin toplamı / 15 Aralık= Yüksek puan (4)- En düşük puan (1) = 3 FS = $\{1-(HS-1) / \text{aralık}\} \times 100$ formülü ile hesaplanır. Not: Diğer alt boyutlarda aynı şekilde hesaplanır
Semptom Skoru (SS): 13 Soru	Ham Skor (HS)= 13 maddenin toplamı / 13 Aralık= Yüksek puan (4)- En düşük puan (1) = 3 SS = $\{(HS-1) / \text{aralık}\} \times 100$ formülü ile hesaplanır. Not: Diğer alt boyutlarda aynı şekilde hesaplanır.
Genel Sağlık Skoru (GSS): 2 Soru	Ham Skor (HS)= 2 maddenin toplamı / 2 Aralık= Yüksek puan (7)- En düşük puan (1) = 6 GSS = $\{(HS-1) / \text{aralık}\} \times 100$ formülü ile hesaplanır.

Modifiye Kısa Cinsel Semptom Kontrol Listesi-Kadın (BSSC-W)

Uluslararası Cinsel Sağlık Danışmanlığı (The International Consultation in Sexual Medicine) tarafından cinsel sorunların taraması amacıyla geliştirilen, kullanımı basit, entegre bir tarama aracı olan çeklistin kadın ve erkek için ayrı formları bulunmaktadır. Amerikan Obstetri ve Jinekologlar Kongresi tarafından kullanımı tavsiye edilmekte olup, geçerlilik-güvenilirlik çalışmaları gerektirmektedir. Çeklist, bireyin genel cinsel fonksiyonlarından memnuniyet durumunu, işlev bozukluğuna neden olan sorun, semptomların ne kadar rahatsız edici olduğu ve hastanın bunu sağlık profesyoneliyle tartışmak isteyip istemediğiyle ilgili 4 soru içerir. (Hatzichristou et al., 2010). (EK-4)

Semptomlara İlişkin Öz Yönetim Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen semptomlara ilişkin öz yönetim formu; her iki gruptaki hastalar için, standart bakım dışında hastaneye başvurma, hekim/hemşiresi ile

iletişime geçme, kemoterapiye bağlı gelişebilecek semptomların kontrolünde ya da tedavisinde kullandıkları tüm uygulamalara ilişkin verilerin toplanması amacıyla kullanılmıştır. (EK-5)

3.6 Semptom Yönetim Programının Semptom Yönetim Modeli'ne Göre Geliştirilmesi

Jinekolojik tümörler nedeni ile kemoterapi alan kadınlara verilen eğitim ve izlemin semptom gelişimine (şiddeti/sıklığı) ve yaşam kalitelerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu araştırmada semptom yönetim modeli kavramsal çerçeve olarak kullanılmıştır. Konu ile ilgili çalışmalarda kanser hastalarının çoğunlukla semptomları eş zamanlı olarak deneyimlediği ve bir semptom ya da semptom yönetiminde kullanılan farmakolojik ajanların başka bir semptom gelişimine zemin hazırlayabileceği ve/veya şiddetini arttırabileceği (Barsevick, 2016; Kwekkeboom, 2016) belirtildiğinden bu çalışmada tek bir semptom üzerine odaklanılmamış, yaşanabilecek tüm semptomlar ele alınmıştır.

Hemşirelik kavramları açısından ele alındığında;

- *Bireysel Alan:* Kadınların semptom algıları, semptom değerlendirmeleri ve semptoma yanıtları; yaş, medeni durum, reproduktif özellikleri, gibi bireysel özelliklerinden etkilenmektedir.
- *Sağlık/Hastalık Alanı:* Semptom deneyimleri bütünü ile kadının kendi sağlık algısı ile önceki operasyon/ var olan kronik rahatsızlıklar gibi kişisel ve ailede kanser öyküsü gibi ailesel sağlık/ hastalık durumlarından etkilenmektedir.
- *Çevresel Alan:* Kadınların sosyo-ekonomik düzeyleri ile ailesel/toplumsal sağlık inançları semptom algısını ve verilen yanıtı büyük ölçüde şekillendirmektedir.

Araştırmada birey, evre ve sağlık/hastalık alanlarına ilişkin sorular Hasta Tanılama Formu ve Semptom z-Yönetim Formu ile toplanmıştır.



Tablo 3.3 Araştırmanın Semptom Yönetim Modeli'ne Göre Kurgulanması

Bireylerin semptom deneyimleri	➤ Semptoma algısı: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği, Kısa Cinsel Semptom Kontrol Listesi-Kadın ➤ Semptomu değerlendirmesi: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ve Kısa Cinsel Semptom Kontrol Listesi-Kadın, Semptom Öz-Yönetim Formu ➤ Semptoma cevabı/tepkileri: Hastanın semptomlarına yönelik kendisinin yaptığı uygulamalar, Semptom Öz-Yönetim Formu
---------------------------------------	--

Kadınların semptom deneyimleri tedavinin başlangıcından itibaren kullanılan ölçekler ve kemoterapi semptom günlüğü ile sürekli değerlendirilmiştir.

Semptom Yönetim Stratejileri	➤ Kim: Araştırmacı ➤ Kime: Jinekolojik kanser tanısı almış kadınlara ➤ Ne: (NCCN- ONS-Putting Evidence into Practice) guidelinelar baz alınarak hazırlanmış hemşirelik eğitimi ➤ Neden: Hastaların mevcut tanılarına ve kemoterapiye bağlı yaşayabilecekleri semptomların yönetimi şiddetinin/sıklığının azaltılması amacıyla ➤ Nasıl: Yüz yüze görüşme, eğitim verme, eğitim materyali sağlama ➤ Nerede: Medikal Onkoloji Kliniği- Ayaktan Kemoterapi birimi ➤ Ne zaman: Her kür kemoterapi tedavisi sırası/sonrası ➤ Ne kadar süre ile: Tüm kemoterapi tedavileri bitene kadar
-------------------------------------	--

Klinik rehberler ve son kanıtlar doğrultusunda kadınların yaşayabilecekleri olası her bir semptom için yazılı materyal -broşür- geliştirilmiştir. Her bir broşürde ilgili semptom genel hatları ile açıklanarak olası nedenlerine yer verilmiştir. Semptomu önlemeye ya da şiddetini/sıklığını azaltmaya yönelik genel öneriler dışında kadınların kullanılabilecekleri etkinliği kanıtlanan non-farmakolojik uygulamalar sıralanmış, her bir uygulama açıklanmıştır.

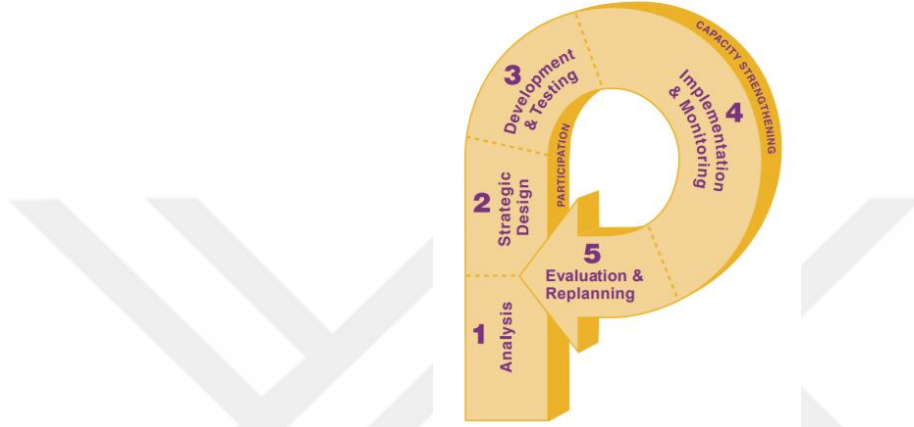
Kadınlar her kür tedavileri için birime geldiklerinde ölçekler ile semptomları değerlendirildikten sonra bir önceki kürden sonra doldurmuş oldukları kemoterapi semptom günlüğü incelenmiş, gerekli semptomlar için eğitim verilmiş/ ya da tekrarlanmıştır.

Sonuçlar

- **Semptom Durumu:** Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ve Kısa Cinsel Semptom Kontrol Listesi-Kadın
- **Fonksiyonel ve duyuşal durum ve yaşam kalitesi:** Yaşam Kalitesi Ölçeği (Fonksiyonel, Semptom ve Genel Sağlık durumu boyutları), Kısa Cinsel Semptom Kontrol Listesi- Kadın

3.7 Eğitim Materyalinin Geliştirilme Süreci

Broşürlerin geliştirilmesinde John Hopkins Üniversitesi İletişim Programları Merkezi tarafından yayınlanan ve sağlık eğitimlerinde stratejik iletişim süreci olarak adlandırılan p-süreci'nden “*P-Process*” faydalanılmıştır (*The new P-Process, steps in strategic communication.*, 2003).



Şekil 2. Sağlık eğitimlerinde stratejik iletişim süreci “P-Process”

Analiz; Analiz, etkili sağlık iletişim programları geliştirmenin ilk adımıdır. Sağlık iletişimi programı geliştirmeyi hedefleyen sağlık personelinin mevcut sorun, hedef popülasyonun sosyodemografik ve sosyokültürel özellikleri ve mevcut iletişim seçeneklerini belirlediği adımdır. Genellikle gerekli bilgilerin önemli bir kısmı daha önceki demografik, epidemiyolojik, sosyolojik ve ekonomik çalışmalardan elde edilebilmektedir. Bu çalışmada, hedef popülasyon olan jinekolojik kanserli kadınların kemoterapiye bağlı gelişebilecek semptomların önlenmesi ve yönetiminde ihtiyacı olan bilgi ve kazanması gereken beceri ve tutumlar dikkate alınarak broşürlerde yer alacak bilgiler ile broşürlerin amaç ve hedefleri belirlenmiştir.

Planlama; Her iletişim programı veya projesi stratejik bir planlamaya ihtiyaç duymaktadır. Bu adımda temel amaç iletişim hedefleri belirleme, ele alınan sağlık davranışında beklenen değişime hizmet eden bilgilerin derlenmesi ve uygulama planı

oluşturulmasıdır. Kemoterapi sürecinde ortaya çıkabilecek her bir semptom için semptomun doğasının ve olası nedenlerinin açıklandığı, önleme ve yönetim stratejilerinin yer aldığı taslak broşürler hazırlanmıştır. Semptoma özgü önleme stratejilerinin belirlenmesinde literatür taranarak mevcut güncel kanıt temelli uygulamalar ve NCCN, ONS gibi ulusal ve uluslararası organizasyonların semptom yönetimi konusunda yayınladıkları klinik rehberlerden faydalanılmıştır.

Geliştirme; Bu adım eğitim materyalleri, mesajlar, danışmanlık ve/veya eğitim kılavuzları/broşürler/kitapçıklar, online multimedya, TV veya radyo senaryoları, eğitici çizgi romanlar gibi araçların geliştirilmesini içermektedir. Belirlenen içerikler ile içeriğe uygun görseller kullanılarak taslak broşürler hazırlanmış, kelime/cümle sayısı vb. yazılı materyallerin okunurluğunu etkileyen özellikler dikkate alınarak yapısal son hali verilmiştir. Broşürler mevcut halleri ile onkoloji alanında uzman iki öğretim üyesi hemşire ve bir hekim tarafından denetlenmiştir. Uzmanların görüş ve önerileri doğrultusunda dil, içerik ve yapısal düzenlemeler yapıldıktan sonra broşürlere son halleri verilmiştir. “Kemoterapi Eğitim Broşürü”, “Kemoterapiye Bağlı Ağız Yaraları”, “Kemoterapiye Bağlı Ağrı”, “Kemoterapiye Bağlı Anksiyete ve Depresyon”, “Kemoterapiye Bağlı Bulantı-Kusma”, “Kemoterapiye Bağlı Cilt-Tırnak Değişiklikleri”, “Kemoterapiye Bağlı Cinsel Sorunlar”, “Kemoterapiye Bağlı Nefes Darlığı”, “Kemoterapiye Bağlı Periferik Nöropati”, “Kemoterapiye Bağlı Uyku Bozuklukları”, “Kemoterapiye Bağlı Kabızlık-İshal”, “Kemoterapiye Bağlı Yorgunluk” başlıklı toplam 12 broşür geliştirilmiştir. (EK-9)

Uygulama ve izlem; Uygulama adımı maksimum katılımı ve eğitimi içerir. Geliştirilen broşürler ile önce 5 onkoloji hastasına ön uygulama yapılmış broşürlerin okunabilirliği ve anlaşılabilirliği test edilmiştir. Son düzenlemelerden sonra broşürler bastırılmıştır ve çalışmada kullanılmaya başlanmıştır.

Değerlendirme; Araştırmada müdahale grubunda yer alan kadınlara verilen semptom yönetiminde genel ve semptomla özgü eğitimler sırasında bu broşürlerden yararlanılmış, özellikle ihtiyaç duydukları anda faydalanabilmeleri için temin edilmiştir. Bilgi fazlalığından/karışıklığından kaçınmak adına tüm eğitim ve broşürler aynı anda verilmemiş, kadının ihtiyacı olan öncelikli semptom eğitimi broşürler ile desteklenmiştir.

3.8 Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulanmasında **her iki gruptaki** hastalar ile **I. Görüşme** (cerrahiden sonra kemoterapi protokolü belli olduğunda veya hasta ilk kür kemoterapi tedavisini almak üzere hastaneye geldiğinde) medikal onkoloji ayaktan kemoterapi biriminde yüz yüze yapılmıştır. Tüm hastalara kemoterapi tedavisi ve semptomlarına yönelik eğitimin yanı sıra araştırmacı tarafından klinik rehberler (Cochrane Library, National Comprehensive Cancer Network, Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®), Oncology Nursing Society, Putting Evidence Into Practice (ONS-PEP) vb.) baz alınarak hazırlanmış kemoterapi eğitim kitapçığı verilmiştir. Bu eğitim 15-20 dk. sürmüştür. Tüm hastaların semptom şiddetini, yaşam kalitesi ve cinsel sağlık durumunu belirlemek amacıyla Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği, Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30-Version 3.0) ve Modifiye Kısa Cinsel Semptom Kontrol Listesi-Kadın (BSSC-W) formu uygulanmıştır.

Bu aşamadan sonra müdahale grubuna semptom yönetim modeline göre geliştirilmiş semptom yönetim programı uygulanmış, kontrol grubuna ise klinikte rutin olarak verilen bakımın dışında herhangi bir eğitim/izlem yapılmamıştır. Hastalar ile kürler arası planlı görüşme yapılmamıştır.

Her iki gruptaki hastalardan, standart bakım dışında hastaneye başvurma, hekim/hemşiresi ile iletişime geçme, kemoterapiye bağlı gelişebilecek semptomların

kontrolünde ya da tedavisinde kullandıkları tüm uygulamalara ilişkin veriler kemoterapi sürecinin ortasında ve tedavi bitimindeki görüşmelerde olmak üzere iki kez semptomlara ilişkin öz yönetim formu ile toplanmıştır.

Her iki gruptaki hastaların tüm tedavileri bittikten sonra tekrar her iki gruba da EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi, Edmonton Semptom Tanılama ölçeği, BSSC-W formu uygulanmış ve genel hasta memnuniyeti sorgulanmıştır.

Müdahale Grubu

Müdahale grubundaki hastalara semptom yönetim programında; görüşme ve izlemler her kür kemoterapiden önce (21 günde bir) hastalar kemoterapi almak üzere birime geldiklerinde yapılmıştır.

II./ III. /IV/ V.: Görüşmeler Hasta tedavisini almak üzere hastaneye geldiğinde medikal onkoloji kliniğinde yüz yüze yapılmıştır. Hastanın yaşam kalitesi düzeyi ile semptom değerlendirmesi yapılarak (kemoterapi günlüğü kontrolü, EST, BSSC-W), kemoterapiye bağlı yaşayabileceği semptomlara ilişkin herhangi bir tedavi/ uygulama yapma durumları, bu semptomların şiddeti ve cinsel sağlık durumu belirlenmiştir. Saptanan sorunlara ve semptomlara yönelik klinik rehberler (Cochrane Library, NCCN Guidelines, ONS-PEP, vb.) temel alınarak hazırlanmış her bir semptoma odaklanmış eğitim verilmiş ve yine her bir semptom için özel hazırlanmış eğitim broşürleri sağlanmıştır.

Bu gruptaki hastalara 1. Görüşme de dahil olmak üzere, her bir kemoterapi kürü sonrası günlük semptomlarını not edebilecekleri kemoterapi günlüğü verilmiştir. Kemoterapi günlüğü; ağrı, yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, endişe, üzüntü, nefes darlığı, cilt-tırnak değişiklikleri, ağız yaraları, ellerde uyuşma gibi olası semptomları ve şiddetlerini değerlendirebilecekleri 0-10 arasındaki skalayı içermektedir. Hastalara her

kür kemoterapi tedavileri sonrası 5 gün süre ile yaşadıkları semptomları, süre ve şiddet belirterek bu günlüğe kaydetmeleri istenmiştir.

VI. Görüşme: Hasta kemoterapi tedavisini tamamladığında EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi formu uygulanarak, genel sağlık durumları belirlenmiştir. Uygulama tamamlandıktan sonra hastalardan izleme ilişkin genel memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi amacıyla görüşme yapılmıştır.

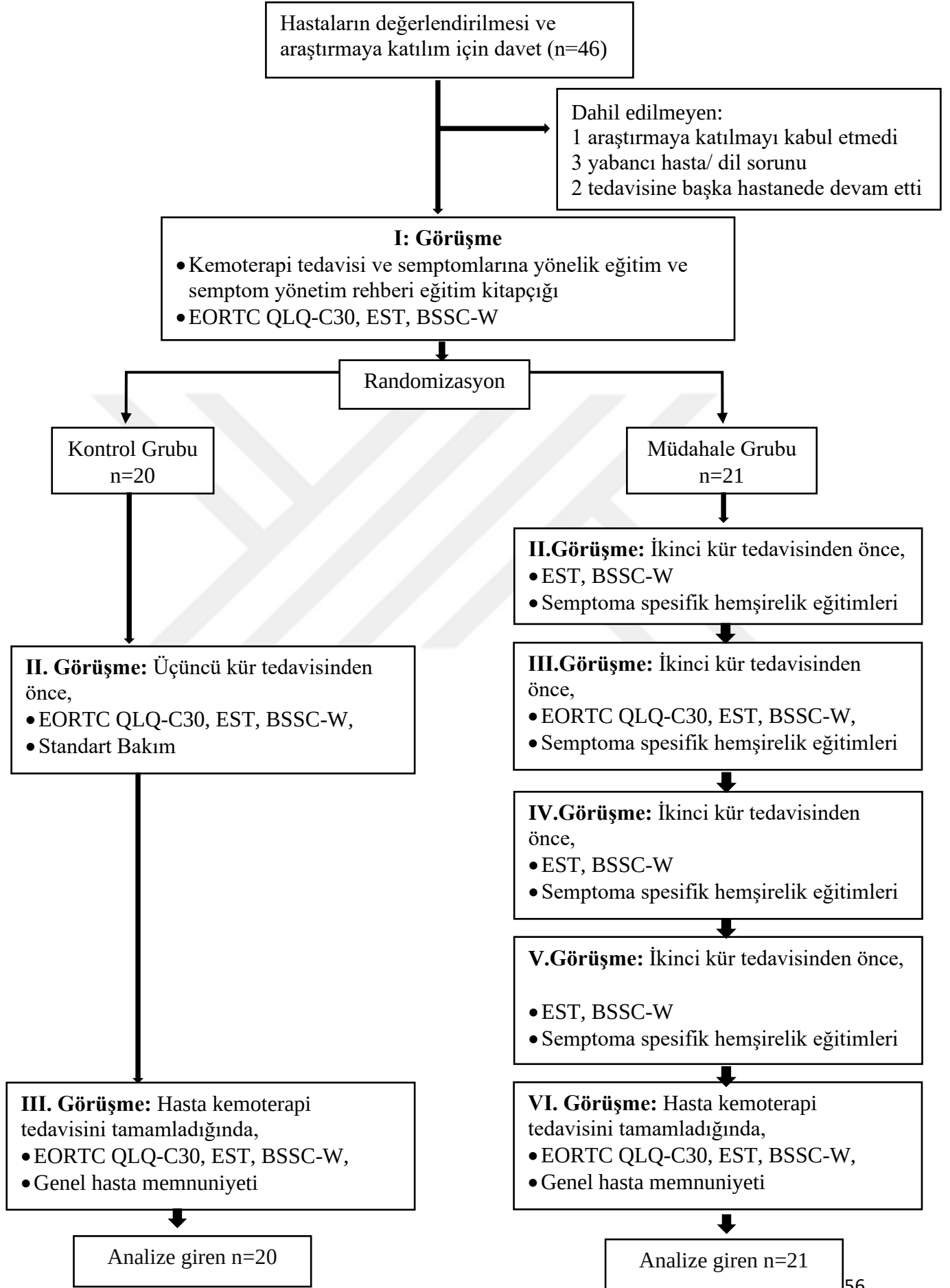
Kontrol Grubu

Kontrol grubundaki hastalardan veri toplanması birinci, üçüncü kür kemoterapiden önce (1.nci ve 42.nci gün) ve tüm tedavisini tamamladığında (105.nci gün) yapılmıştır, toplam izlem süresi bir hasta için tüm tedavi boyunca ortalama 105 gündür (15 hafta).

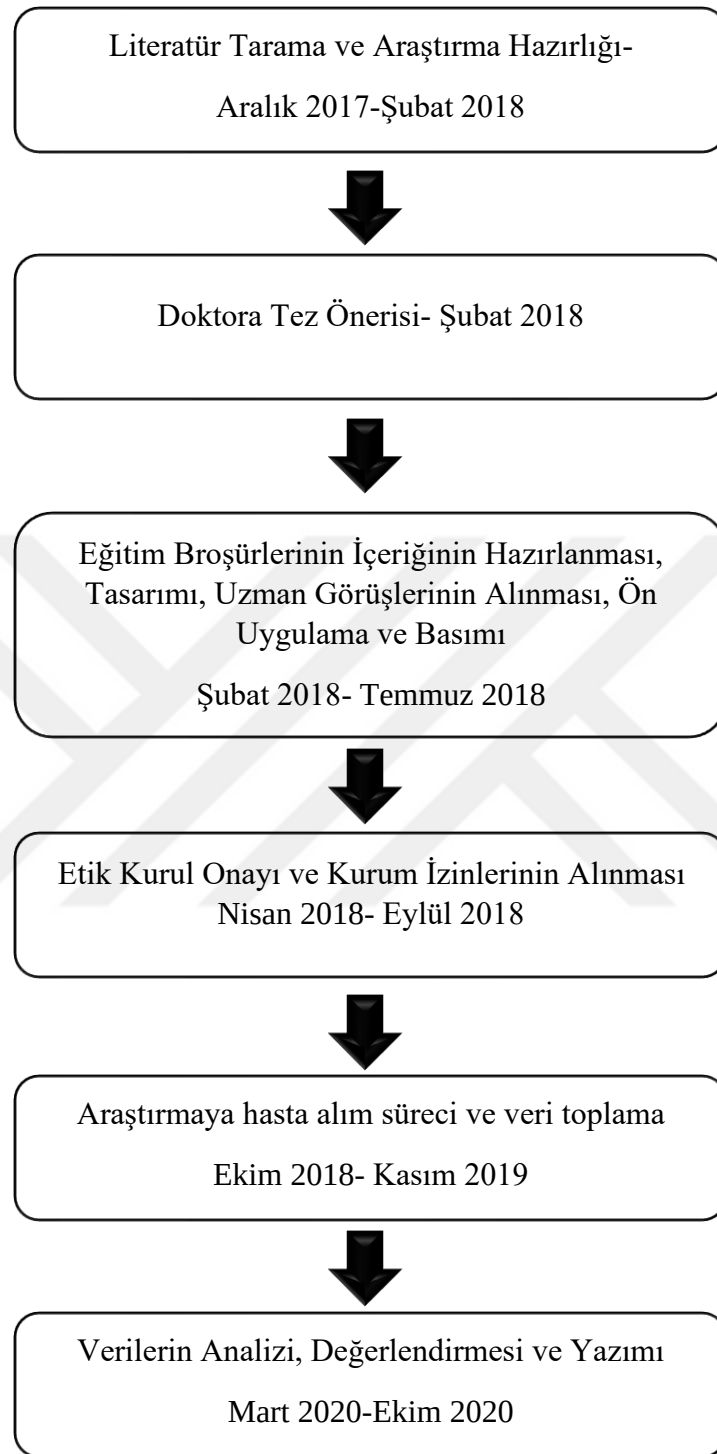
II. Görüşme: Hasta üçüncü kür tedavisini almak üzere hastaneye geldiğinde medikal onkoloji ayaktan kemoterapi biriminde yüz yüze yapılmıştır. Hastaya, EORTC QLQ-C30, Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ve BSSC-W uygulanarak, kemoterapiye bağlı yaşayabileceği semptomlar, bu semptomların şiddeti ve cinsel sağlık durumu belirlenmiştir.

III. Görüşme: Hasta kemoterapi tedavisini tamamladığında EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi formu uygulanarak, cinsel sağlık ve cinsel rahatsızlık yaşama durumları belirlenmiştir.

Araştırma Konsort Şeması



Araştırma Planı



Şekil 4. Araştırma Planı ve Akış Çizelgesi

3.9 Verilerin değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde ve istatistiksel analizlerde SPSS 24.0 (IBM Corporation, Armonk, New York, USA) paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; sayımla belirlenen değişkenler için sayı ve yüzde, ölçümle belirlenen değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Karşılaştırmalı istatistiklerde, değişkenlerin normal dağılım gösterme durumuna göre, hastaların krlerine göre semptom şiddetinin karşılaştırılmasında tekrarlı ölçümlerde varyans analizi (MANOVA) kullanılmıştır. Diğer karşılaştırmalarda; iki grup arası karşılaştırmalar için bağımsız grupta t testi veya Mann Whitney U testinden yararlanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında ve anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1 Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Müdahale (n=21)		Kontrol (n=20)		Analiz	p
	n	%	n	%		
Yaş (grup)						
35-49	6	28.6	7	35.0		
50-65	10	47.6	6	30.0	-0.180*	0.857
66 ve üzeri	5	23.8	7	35.0		
Yaş (Min-Max)	57.1 ± 12 (37-80)		57.5 ± 12 (35-80)			
Boy	157.57 ± 6.66 (148-170)		160.50 ± 6.06 (150-169)		-1.416*	0.157
Kilo	67.14 ± 14.42 (40-88)		74.15 ± 9.20 (54-90)		-1.540*	0.123
Medeni Durum						
Bekar/ Boşanmış	4	19.0	3	15.0	0.119**	0.731
Evli	17	81.0	17	85.0		
Eğitim Durumu						
Okuryazar	3	14.3	1	5.0	-0.027*	0.978
İlköğretim	5	23.8	5	25.0		
Lise	6	28.6	10	50.0		
Üniversite ve üzeri	7	33.3	4	20.0		
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	5	23.8	2	10.0	-1.630*	0.103
Çalışmıyor	11	52.4	13	65.0		
Emekli	5	23.8	5	25.0		
Eş Eğitim Durumu	n_{müdahale}=17		n_{kontrol}=17			
İlköğretim	6	28.6	8	40.0	0.224*	0.259
Lise	5	23.8	7	35.0		
Üniversite ve üzeri	6	28.6	2	10.0		
Eş Çalışma Durumu						
Çalışıyor	5	29.4	4	23.5	-0.383	0.702
Emekli	12	70.6	13	76.5		

* Mann-Whitney U ** Ki-Kare

Tablo 4.1 Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (Devam)

	Müdahale (n=21)		Kontrol (n=20)		Analiz	p
	n	%	n	%		
Birlikte yaşadığı kişiler						
Yalnız	4	19.0	3	15.5	-1.347*	0.178
Eş	9	42.9	7	35.5		
Eş ve çocuk	5	23.8	8	40.0		
Bakıcı	3	14.3	2	10.0		
Sağlık sigortası						
SGK	17	81.0	17	85.0	0.116**	0.730
Özel sağlık	4	19.0	3	15.0		
* Mann-Whitney U		** Ki-Kare				

Tablo 4.1’de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların sosyodemografik özellikleri gösterilmiştir. Kadınların yaş ortalamaları müdahale grubu 57.1 ± 12.6 , kontrol grubu 57.5 ± 12.8 ’dir. Kadınların çoğunluğu evli (müdahale: %81; kontrol: %85) ve eşleri ve/veya çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır (müdahale: %42.9; kontrol: %40.0). Her iki grupta da kadınların çoğunluğu çalışmamaktadır (müdahale: %52.4; kontrol: %65.0).

Müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, sosyal güvence, gibi değişkenler açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p < 0.05$).



Tablo 4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerinin Karşılaştırılması

					Analiz	p
Menarş yaşı (yıl) (Min-Max)	13.14 ±1.59 (11-16)		12.40 ±1.09 (10-15)		-1.347*	0.178
İlk doğum yaşı (yıl) (Min-Max)	n müdahale= 18 25.33 ±6.5 (17-40)		n kontrol= 18 22.78 ±5.12 (19-40)		-1.129*	0.259
	Müdahale		Kontrol		Analiz	p
	n	%	n	%		
Canlı doğum sayısı						
0	4	19.0	2	10.0		
1	6	28.6	4	20.0		
2	8	38.1	6	30.0	-1.603*	0.103
3 ve üzeri	3	14.3	8	40.0		
Toplam emzirme süresi (ay) (Min-Max)	n müdahale= 18 19.83 ±22.37 (0-72)		n kontrol= 18 19.00±12.39 (0-36)		-0.764*	0.445
Menopoz durumu						
Hayır	3	14.3	4	20.0		
Evet	18	85.7	16	80.0	0.05**	0.697
Menopoz türü	n müdahale= 18		n kontrol= 16			
Spontan	14	77.8	9	56.3		
Cerrahi	3	16.7	4	25.0	-1.401*	0.161
KT bağlı	1	5.6	3	18.8		
Menopoz sonrası geçen süre (yıl) (Min-Max)			9.88 ±8.92 (0-28)		11.6 ±13.85 (0-50)	
Menopoz sonrası geçen süre (yıl)						
0-5	7	33.3	7	35.0		
6-10	3	14.3	3	15.0	-0.373*	0.709
11 ve üzeri	8	38.1	6	30.0		
* Mann-Whitney U		** Ki-Kare				

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların obstetrik ve jinekolojik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 4.2’de gösterilmiştir. Kadınların ortalama menarş yaşı müdahale grubunda 13.14 ± 1.59 , kontrol grubunda 12.40 ± 1.09 ’dur. Her iki grupta da kadınların çoğunluğu menopoz döneminde olup (müdahale: % 85.7; kontrol: %80), menopoz sonrası geçen süre ortalama müdahale grubu için 9.88 ± 8.92 yıl, kontrol grubu için 11.6 ± 13.85 yıldır.

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların obstetrik ve jinekolojik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p < 0.05$).



Tablo 4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Hastalık ve Tedavi Sürecine İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Müdahale (n=21)		Kontrol (n=20)		Analiz	p
	n	%	n	%		
Kronik hastalık						
Var	7	33.3	9	45.0	0.417**	0.519
Yok	14	77.8	11	55.0		
Sürekli ilaç Kullanımı						
Var	9	42.9	9	45.0	0.000**	1.000
Yok	12	57.1	11	55.0		
Üreme sistemine yönelik operasyon						
Var	4	19.0	1	5.0	0.804**	0.343
Yok	17	81.0	19	95.0		
Kanser Türü						
Over& Tubal	17	81.0	16	80.0	0.000**	1.000
Endometrial	4	19.0	4	20.0		
Evresi						
2	2	9.5	2	10.0	-0.571*	0.568
3	14	66.7	15	75.0		
4	5	23.8	3	15.0		
Kemoterapi Ptorokolü						
Taksan-Platin bileşikleri	16	76.2	13	65.0	-0.778**	0.438
Taksan-Platin bileşikleri + Monoklonal Antikorlar	5	23.8	7	35.0		
Ailede kanser öyküsü						
Var	15	71.4	15	75.5	0.67**	0.796
Yok	6	28.6	5	25.0		

* Mann-Whitney U ** Ki-Kare

Tablo 4.3’de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların hastalık ve tedavi sürecine ilişkin özellikleri verilmiştir. Hem müdahale hem de kontrol grubunda yer alan kadınların çoğunluğunun ($n_{\text{müdahale}}:14$; $n_{\text{kontrol}}:11$) eşlik eden başka bir kronik hastalığı yoktur ve sürekli ilaç kullanmamaktadır ($n_{\text{müdahale}}:12$; $n_{\text{kontrol}}:11$). Müdahale grubundaki kadınların % 81’i, kontrol grubundaki kadınların da %80’i primer over ya da tubal kanseri tanısı nedeniyle tedavi görmektedir. Kemoterapi protokolleri her iki grup içinde çoğunlukla taksan+platin bileşiklerinden oluşmaktadır ($n_{\text{müdahale}}:16$; $n_{\text{kontrol}}:13$). Araştırmaya katılan tüm kadınların kemoterapi protokolleri 21 günde bir, toplam 6 kür olacak şekilde düzenlendiğinden tabloda gösterilmemiştir.

Kadınların eşlik eden kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanma durumu, primer kanser türü, evresi ve kemoterapi protokolleri gibi değişkenler açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p<0.05$).

Tablo.4.4 Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Boyut ve Alt Boyutlar Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

EORTC QLQ C30 Alt Boyutları	Gruplar	Tedavi Başı		Tedavi Ortası		Tedavi Sonu		F	p	Bonferroni	
N=41		$\bar{x}$	$\pm$	$\bar{x}$	$\pm$	$\bar{x}$	$\pm$				
Fonksiyonel Boyut	Müdahale	73.75	18.75	68.35	19.16	64.44	16.22	2.71	0.90	1>2>3	
	Kontrol	69.55	12.44	59.66	11.29	51.66	11.97	35.21	<0.001		
	t	0.84		1.75		2.85					
	p	0.40		0.84		0.007					
Fiziksel Fonksiyon	Müdahale	66.98	20.05	61.58	23.46	57.77	23.41	2.30	0.11	1>2>3	
	Kontrol	77.00	19.64	61.33	22.43	49.00	25.52	38.81	0.00		
	t	-1.61		0.35		1.14					
	p	0.11		0.97		0.25					
Rol Fonksiyonu	Müdahale	72.19	25.03	67.46	26.07	61.90	25.89	5.99	0.01	1>2; 1>3	
	Kontrol	64.20	18.94	55.00	22.23	45.00	23.63	14.99	<0.001		
	t	1.72		1.63		2.18					
	p	0.92		0.10		0.03					
Duygusal Fonksiyon	Müdahale	72.61	27.27	67.46	23.70	64.68	24.70	0.79	0.459	1>2; 1>3	
	Kontrol	61.25	24.52	52.50	21.30	57.91	19.47	13.13	0.000		
	t	1.40		2.12		2.40					
	p	0.16		0.04		0.02					
Bilişsel Fonksiyon	Müdahale	84.12	17.85	81.74	22.30	79.36	22.30	0.763	0.473	1>3	
	Kontrol	82.50	26.75	76.66	26.71	73.33	27.25	4.13	0.025		
	t	0.23		0.66		0.77					
	p	0.81		0.51		0.44					
Sosyal Fonksiyon	Müdahale	80.15	26.67	74.60	18.72	68.25	18.93	1.73	0.19		
	Kontrol	70.60	30.77	57.50	28.85	50.83	25.63	1.43	0.25		
	t	2.24		2.26		2.48					
	p	0.31		0.02		0.01					

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Boyut puan ortalamaları müdahale grubunda birinci izlemde (tedavi başı- birinci kür) 73.75 ± 18.75 , ikinci izlemde (tedavi ortası- üçüncü kür) 68.35 ± 19.16 ve üçüncü izlemde (tedavi sonu- altıncı kür) 64.44 ± 16.22 'dir. Kontrol grubunda bu puanlar; birinci izlemde (tedavi başı- birinci kür) 69.55 ± 12.44 , ikinci izlemde (tedavi ortası- üçüncü kür) 59.66 ± 11.29 ve üçüncü izlemde (tedavi sonu- altıncı kür) 51.66 ± 11.97 olarak ölçülmüştür (Tablo 4.4).

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların yaşam kalitesi ölçeği fonksiyonel boyut puan ortalamalarının zamana göre farklılıklarının belirlenebilmesi için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi (R-ANOVA) testi yapılmıştır. Analiz sonucunda müdahale grubunda yer alan kadınların yaşam kalitesi ölçeği fonksiyonel alt boyut puan ortalamalarının tedavi sürecinde yapılan ölçümler arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır. Kontrol grubunda yer alan kadınların puan ortalamalarının zamana göre farklılık gösterdiği belirlenmiş, bu farkın hangi zaman aralığında meydana geldiğinin hesaplanması için Bonferroni testi yapılmıştır. Buna göre kontrol grubunda yer alan kadınların yaşam kalitesi ölçeği fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları en yüksek birinci izlemde, en düşük üçüncü izlemde olmak üzere tedavi süresince istatistiksel olarak anlamlı biçimde azalmıştır (Tablo 4.4)

Kadınların EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği fonksiyonel boyut puan ortalamalarının gruplar arasında farklı olup olmadığının test edilebilmesi için bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre müdahale ve kontrol grupları puan ortalamaları arasında ilk izlemde ($t=0.84$, $p=0.40$) ve ikinci izlemde ($t=1.75$, $p=0.84$) fark bulunmazken üçüncü izlemde iki grup puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=2.85$, $p=0.007$). Buna göre üçüncü izlemde /tedavi

sonunda müdahale grubunda yer alan kadınların yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları kontrol grubundaki kadınlardan daha yüksektir (Tablo 4.4)

EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği fonksiyonel boyutun altında yer alan ve fiziksel, rol, duygusal, bilişsel ve sosyal fonksiyonları değerlendiren alt boyutlarının müdahale ve kontrol grubunda izlem zamanlarına göre değişimi tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ile test edilmiştir. Müdahale grubunda fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Rol fonksiyonu boyutunda birinci-ikinci izlem ve birinci-üçüncü izlem puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.01$). Müdahale grubunda yer alan kadınların rol fonksiyon puan ortalamaları tedavinin başında en yüksektir. Kontrol grubunda, fiziksel fonksiyon ($F=38.81$, $p<0.001$), rol fonksiyonu ($F=14.99$, $p<0.001$) ve bilişsel fonksiyon ($F=4.13$, $p=0.025$) boyutlarının puan ortalamaları arasında zaman içindeki değişimlerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Kontrol grubundaki kadınların fiziksel ve rol fonksiyon puan ortalamaları birinci izlemde en yüksek sırasıyla ikinci ve üçüncü izlemlerde daha düşüktür. Duygusal fonksiyon puan ortalamaları birinci-ikinci izlem ve birinci-üçüncü izlem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bilişsel fonksiyon birinci izlem (82.50 ± 26.75) ve üçüncü izlem (73.33 ± 27.25) puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.025$). Kontrol grubundaki kadınların sosyal fonksiyon puan ortalamaları arasında izlem zamanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0.25$).

Kadınların fiziksel, rol, duygusal, bilişsel ve sosyal fonksiyon puan ortalamaları arasında gruplar arasında farkın belirlenmesinde bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların fiziksel ve bilişsel fonksiyon puan ortalamaları arasında birinci (Fiziksel; $t=-1.61$, $p=0.11$) (Bilişsel; $t=0.23$, $p=0.81$), ikinci (Fiziksel; $t=0.35$, $p=0.97$) (Bilişsel; $t=0.667$, $p=0.51$) ve üçüncü (Fiziksel; $t=1.14$, $p=0.25$)

(Bilişsel; $t=0.77$, $p=0.44$) izlemlerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Duygusal fonksiyon puan ortalamaları gruplar arasındaki fark birinci izlemde istatistiksel olarak anlamlı değilken ($t=1.40$, $p=0.16$), ikinci ($t=1.63$, $p=0.04$) ve üçüncü ($t=2.18$, $p=0.03$) izlemlerde fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Rol fonksiyonu puan ortalamaları arasında, müdahale ve kontrol gruplarında, birinci ($t=1.72$, $p=0.92$) ve ikinci ($t=1.63$, $p=0.10$) izlemler arasında fark bulunmazken, üçüncü izlemde ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2.18$, $p=0.03$). Müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların sosyal fonksiyon alt puan ortalamaları arasında da birinci izlemde fark bulunmazken ($t=2.24$, $p=0.31$), ikinci ($t=2.26$, $p=0.02$), üçüncü izlemlerde ($t=2.48$; $p=0.01$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır.

Tablo 4.5. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Boyutu ve Alt Boyutlar Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

EORTC QLQ C30 Alt Boyutları	Gruplar	Tedavi Başı		Tedavi Ortası		Tedavi Sonu		f	p	Bonferroni
N=41		$\bar{x}$	$\pm$	$\bar{x}$	$\pm$	$\bar{x}$	$\pm$			
Semptom Alt Boyutu	Müdahale	32.35	20.34	37.97	17.23	41.88	15.62	2.57	0.103	3>2>1
	Kontrol	34.74	14.20	47.02	11.29	54.48	11.90	37.27	<0.001	
	t	-0.43		-1.98		-2.89				
	p	0.66		0.05		0.006				
Yorgunluk	Müdahale	53.96	26.59	60.84	20.37	65.60	21.63	2.72	0.07	1<2; <1<3 3>2>1
	Kontrol	54.44	22.19	73.33	18.16	80.00	17.51	26.77	<0.001	
	t	-0.06		-2.06		-2.33				
	p	0.95		0.04		0.02				
Bulantı-kusma	Müdahale	19.04	30.86	27.77	30.42	26.98	27.62	3.55	0.03	1<2; 1<3
	Kontrol	22.55	21.81	27.50	13.54	34.16	13.09	2.44	0.10	
	t	-0.41		0.03		-0.96				
	p	0.68		0.97		0.34				
Ağrı	Müdahale	38.88	28.05	56.34	26.60	57.93	20.15	5.52	0.011	1>2; 1>3 1>2>3
	Kontrol	42.50	29.85	66.66	22.29	78.33	12.80	27.49	<0.001	
	t	-0.39		-1.34		-3.34				
	p	0.69		0.18		0.002				
Nefes darlığı	Müdahale	22.22	32.20	11.11	21.94	17.46	29.09	1.93	0.158	1>3
	Kontrol	15.00	25.30	20.00	29.41	31.66	33.28	6.79	0.005	
	t	0.79		-1.10		-1.45				
	p	0.43		0.27		0.15				
Uykusuzluk	Müdahale	46.03	37.23	52.38	27.02	58.73	20.82	1.64	0.205	1>2>3
	Kontrol	55.00	32.93	70.00	28.40	81.66	29.56	14.84	<0.001	
	t	-0.81		-2.03		-2.88				
	p	0.42		0.04		0.007				

Tablo 4.5. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Boyutu ve Alt Boyutlar Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

EORTC QLQ C30 Alt Boyutları		Gruplar		Tedavi Başı		Tedavi Ortası		Tedavi Sonu		f	p	Bonferroni
N=41				$\bar{x}$	$\pm$	$\bar{x}$	$\pm$	$\bar{x}$	$\pm$			
Semptom Alt Boyutu												
İştah kaybı	Müdahale	22.22	33.88	31.74	32.44	36.50	25.61	4.28	0.024	1>3		
	Kontrol	38.33	36.31	61.66	29.16	63.33	26.26	7.30	0.002			
	t	-1.47		-3.10		-3.31						
	p	0.15		0.004		0.002						
Konstipasyon	Müdahale	33.33	42.16	25.39	40.69	28.57	39.84	1.00	0.368			
	Kontrol	35.00	41.14	30.00	37.30	35.00	41.14	0.588	0.561			
	t	-0.12		-0.37		-0.50						
	p	0.89		0.70		0.61						
Diyare	Müdahale	7.96	17.96	9.52	18.68	15.87	24.98	2.22	0.134			
	Kontrol	0.00	0.00	8.33	21.28	13.33	31.34	2.26	0.128			
	t	1.97		0.19		0.28						
	p	0.056		0.85		0.77						
Mali Zorluklar	Müdahale	11.11	16.10	12.69	16.58	20.63	22.30	3.94	0.031			
	Kontrol	15.00	29.56	13.33	27.35	18.33	29.56	1.17	0.319			
	t	-0.57		-0.09		0.28						
	p	0.60		0.92		0.78						

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Boyutu ve alt boyularının puan ortalamaları ile grup*zaman etkileşimi ve gruplararası ortalamaların karşılaştırmaları Tablo 4.5’de verilmiştir. Müdahale grubunda yer alan kadınların semptom boyutu puan ortalamaları; birinci izlem 32.25 ± 20.34 , ikinci izlem 37.97 ± 17.23 ve üçüncü izlem 41.88 ± 15.962 , kontrol grubundakilerin ise birinci izlem 34.74 ± 14.20 , ikinci izlem 47.02 ± 11.29 , üçüncü izlem 54.48 ± 11.90 ’dır. Grupların puan ortalamalarının zaman içinde değişimleri tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ile test edilmiştir. Buna göre müdahale grubunda yer alan kadınların semptom boyutu puan ortalamaları arasında ölçüm zamanına göre fark bulunmazken, kontrol grubunda tüm izlemler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Kontrol grubunda yer alan kadınların semptom boyut ortalamaları en düşük birinci izlemde iken en yüksek üçüncü izlemde (p<0.001). Gruplararası semptom puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile incelenmiştir. Analiz sonucuna göre ilk izlemde müdahale ve kontrol grubu puan ortalamaları arasında fark bulunmazken, ikinci (t=-1.98, p=0.05) ve üçüncü (t=-2.89, p=0.006) izlemlerde kontrol grubundaki kadınların semptom puan ortalamaları müdahale grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği semptom boyutu alt boyut puan ortalamaları grup*zaman değişimleri karşılaştırıldığında, hem müdahale hem de kontrol grubunda yer alan kadınların yorgunluk puan ortalamalarının izlem zamanlarına göre istatistiksel olarak farklı olduğu saptanmıştır. Bonferroni testi sonucunda müdahale grubunda birinci- ikinci ve birinci- üçüncü izlemlerin (F:2.72, p=0.07)., kontrol grubunda ise tüm izlemlerin (F:26.77, p<0.001) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunduğu belirlenmiştir Gruplararası puan ortalamaları karşılaştırıldığında birinci (t=-0.053, p=0.95) izlemde müdahale ve kontrol gruplarında yer alan kadınların yorgunluk

puan ortalamaları arasında fark bulunmazken, ikinci ($t=-2.036$, $p=0.042$) ve üçüncü ($t=-2.431$, $p=0.015$) izlemlerde ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Buna göre tedavinin ortasında ve sonunda yapılan izlemlerde, müdahale grubunda yer alan kadınları yorgunluk puan ortalamaları kontrol grubunda yer alan kadınlara göre daha düşüktür.

Müdahale grubunda, bulantı- kusma ($F=3.55$, $p=0.03$) ve ağrı ($F=5.52$, $p=0.011$) alt boyutlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Farklılığın hangi zamandan kaynaklandığının belirlenmesinde Bonferroni analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre bulantı-kusma ve ağrı puan ortalamalarının birinci izlemde ikinci ve üçüncü izlem puan ortalamalarından daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5).

Kontrol grubunda ağrı ($F=27.19$, $p<0.001$), nefes darlığı ($F=6.79$, $p=0.005$), uykusuzluk ($F=14.84$, $p<0.001$) ve iştah kaybı ($F=7.30$, $p=0.002$) puan ortalamaları arasında izlem zamanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ağrı ve uykusuzluk puan ortalamalarının, en düşük birinci izlemde en yüksek üçüncü izlemde olmak üzere zaman içinde arttığı belirlenmiştir. Nefes darlığı ve iştah kaybı puan ortalamaları arasındaki farklılığın birinci ve üçüncü izlemlerden kaynaklandığı tesbit edilmiştir (Tablo 4.5).

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom boyutunun alt boyut puan ortalamalarının gruplararası karşılaştırmasında, ağrı ve uykusuzluk boyutlarının her ikisinde de üçüncü izlem zamanı müdahale ve kontrol grubundaki kadınların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Buna göre müdahale grubunda yer alan kadınların tedavi sonunda ağrı ($t=-3.34$, $p=0.002$) ve uykusuzluk ($t=-2.88$, $p=0.007$) puan ortalamaları

kontrol grubundaki kadınların puan ortalamalarından daha düşüktür. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların iştah kaybı puan ortalamaları arasındaki fark ikinci ve üçüncü izlemlerde istatistiksel olarak anlamlıdır. Müdahale grubunda yer alan kadınların iştah kaybı puan ortalamaları kontrol grubunda yer alan kadınlara göre hem tedavi ortasında ($t=-3.10$, $p=0.004$) hem de tedavi sonunda ($t=-3.31$, $p=0.002$) daha düşüktür.

Müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların konstipasyon, diyare ve mali zorluklar alt boyut puan ortalamaları arasında hem grup içi* zaman hem de gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır.



Tablo 4.6. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Sağlık Durumu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

EORTC QLQ C30- Genel Sağlık Durumu

Gruplar	Tedavi Başı		Tedavi Ortası		Tedavi Sonu		F	p	Bonf.
N=41	$\bar{x}$	$\pm$	$\bar{x}$	$\pm$	$\bar{x}$	$\pm$			
Müdahale	62.30	22.14	67.06	12.76	66.26	14.30	1.729	0.489	
Kontrol	54.58	15.64	50.41	13.09	45.41	14.67	3.397	0.049	1>2; 1>3
t	-1.28		4.12		4.60				
p	0.20		<0.001		<0.001				

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Sağlık Boyutu puan ortalamalarının müdahale grubunda birinci izlem (tedavi başı) 62.30 ± 22.14 , ikinci izlem (tedavi ortası) 67.06 ± 12.76 ve üçüncü izlem (tedavi sonu) 66.26 ± 14.30 olup kontrol grubunda ise birinci izlem (tedavi başı) 54.58 ± 15.64 , ikinci izlem (tedavi ortası) 50.41 ± 13.09 ve üçüncü izlem (tedavi sonu) 45.41 ± 14.67 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Müdahale ve kontrol grubunun EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık durumu boyutu ortalama puanları arasında grupların kendi içinde zamana göre değişimi belirlemek için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre sadece kontrol grubunda bulunan kadınların ($F=3.397$, $p=0.049$) genel sağlık durumu boyutu ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Bonferroni analizi sonucuna göre birinci izlemde puan ortalamaları ile ikinci ve üçüncü izlemlerdeki puan ortalamaları arasında fark vardır. Buna göre kontrol grubunda yer alan kadınların genel sağlık durumu puan ortalamaları tedavi başında, tedavi ortası ve sonundaki puan ortalamalarından daha yüksektir (Tablo 4.6).

Kadınların genel sağlık durumu puan ortalamalarının gruplararası karşılaştırmasında, birinci izlemde gruplararası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, ikinci ($t=4.12$, $p<0.001$) ve üçüncü ($t=4.60$, $p<0.001$) izlemde ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre müdahale grubunda yer alan kadınların genel sağlık durumu puan ortalamaları hem tedavi ortasında hem de tedavi sonunda kontrol grubundaki kadınların puan ortalamalarından daha yüksektir (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

N=41	Gruplar	Tedavi Başı		Tedavi Ortası		Tedavi Sonu		F	p	Bonferroni
		$\bar{x}$	$\pm$	$\bar{x}$	$\pm$	$\bar{x}$	$\pm$			
Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Toplam Ölçek Puanı	Müdahale	29.00	16.34	29.71	12.90	34.61	17.07	1.981	0.162	
	Kontrol	31.45	9.82	50.00	9.48	53.60	9.31	87.288	<0.001	1<2<3
	t	-0.57		-5.57		-4.90				
	p	0.56		<0.001		<0.001				
Ağrı	Müdahale	2.71	1.76	2.47	2.29	3.47	2.06	3.048	0.064	
	Kontrol	2.80	1.85	5.25	1.44	6.15	1.13	59.43	0.000	1<2<3
	t	-0.15		-4.60		-5.10				
	p	0.88		<0.001		<0.001				
Yorgunluk	Müdahale	3.19	2.18	3.95	2.08	4.23	2.36	1.569	0.222	
	Kontrol	4.15	1.98	6.20	1.73	6.15	1.75	11.55	<0.001	1<2; 1<3
	t	-1.47		-3.74		-2.92				
	p	0.14		0.001		0.006				
Bulantı	Müdahale	2.33	2.84	2.42	1.88	3.28	2.36	1.434	0.250	
	Kontrol	2.55	2.32	3.55	1.82	4.20	1.32	4.512	0.017	1<3
	t	-0.26		0.98		-1.51				
	p	0.79		0.60		0.13				
Üzüntü	Müdahale	4.04	2.92	2.90	1.78	3.71	2.12	2.152	0.130	
	Kontrol	4.55	1.87	5.55	1.60	5.60	1.78	6.456	0.005	1<2; 1<3
	t	1.12		-2.21		-4.23				
	p	0.26		0.03		<0.001				
Endişe	Müdahale	3.57	2.24	3.28	1.82	3.38	1.93	0.268	0.732	
	Kontrol	4.50	2.16	6.00	1.62	5.80	1.70	8.672	0.001	1<2; 1<3
	t	-1.34		-5.03		-4.32				
	p	0.18		<0.001		<0.001				

Tablo 4.7. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam) N=41

Uykusuzluk	Müdahale	3.95	3.30	3.23	1.84	4.14	2.03	1.387	0.261	1<2; 1<3
	Kontrol	3.80	2.01	6.20	2.30	6.10	1.86	27.150	<0.001	
	t	0.17		-4.55		-3.21				
	p	0.86		<0.001		0.003				
İştahsızlık	Müdahale	2.47	2.60	2.85	2.28	2.71	2.41	0.187	0.830	1<2; 1<3
	Kontrol	3.10	2.40	5.05	1.79	5.55	1.35	18.291	<0.001	
	t	-0.79		-3.40		-4.60				
	p	0.43		0.002		<0.001				
Kötü Hissetme	Müdahale	5.00	2.42	5.14	1.74	4.87	1.23	0.171	0.794	1<2; 1<3
	Kontrol	4.80	1.13	6.15	0.98	6.40	1.04	18.957	<0.001	
	t	0.32		-2.26		-4.07				
	p	0.74		0.02		<0.001				
Nefes Darlığı	Müdahale	0.66	1.97	0.95	1.28	1.00	1.44	1.243	0.229	
	Kontrol	0.75	1.06	1.15	1.38	1.15	1.38	-	-	
	t	-0.23		-0.47		-0.33				
	p	0.81		0.63		0.73				
Cilt-Tırnak Değişim	Müdahale	0.33	0.73	1.28	1.55	1.76	1.57	13.158	0.002	1<2; 1<3
	Kontrol	0.40	0.68	2.10	2.10	2.30	1.94	12.22	<0.001	1<2; 1<3
	t	-0.30		-1.41		-0.97				
	p	0.76		0.16		0.33				
Ağız Yaraları	Müdahale	0.52	1.28	0.42	0.97	0.38	0.102	0.102	0.904	1<3
	Kontrol	0.00	0.00	0.95	2.37	1.55	2.48	5.691	0.007	
	t	1.81		-0.92		-2.03				
	p	0.07		0.35		0.04				
Ellerde Uyuşma	Müdahale	0.19	0.51	0.76	0.94	1.66	1.55	13.400	<0.001	1<3; 2<3
	Kontrol	0.50	0.22	1.85	2.03	2.65	2.76	16.225	<0.001	1<2<3
	t	1.12		-2.21		-1.40				
	p	0.26		0.03		0.170				

Kadınların Edmonton semptom tanılama ölçeği toplam ve semptom puan ortalamalarının 3 ayrı zamanda (tedavinin başında, ortasında ve tedavi tamamlandığında) yapılan ölçümler arasındaki fark olup olmadığının belirlenmesi için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi yapılmıştır. Müdahale grubunda, ciltte ve tırnakta değişiklik ile ellerde uyuşma semptom puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Her iki semptom puan ortalamalarının üçüncü izlemde birinci izlem puan ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda, ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, Kötü hissetme durumu, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağız yaraları ve ellerde uyuşukluk semptom puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Farklılığın hangi zamandan kaynaklandığının belirlenmesinde yapılan Bonferroni analizi sonucuna göre ağrı ($F=59.43$, $p<0.001$) ve ellerde uyuşma ($F=16.224$, $p<0.001$) semptomlarının ikinci ve üçüncü izlem puan ortalamaları birinci izlemdeki puan ortalamasından daha fazladır.

Kontrol grubu yorgunluk ($F=11.55$, $p<0.001$), üzüntü ($F=6.456$, $p=0.005$), endişe ($F=8.672$, $p=0.001$), uykusuzluk, ($F=27.15$, $p<0.001$) iştahsızlık ($F=18.291$, $p<0.001$), kötü hissetme durumu ($F=18.957$, $p<0.001$), cilt-tırnak değişiklikleri ($F=12.22$, $p<0.001$) semptomları puan ortalamaları birinci puan ortalamaları ikinci ve üçüncü izlem puan ortalamalarından daha düşüktür, ikinci ve üçüncü izlem puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

İzlem zamanlarında, müdahale ve kontrol gruplarında yer alan kadınların semptom puan ortalamaları karşılaştırıldığında; birinci izlemde toplam ölçek puanı, ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kötü hissetme, nefes darlığı, cilt-tırnak değişiklikleri, ağız yaraları ve ellerde uyuşma semptom puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tedavi ortasında yapılan ikinci izlemde toplam ölçek puanı, ağrı, yorgunluk, üzüntü, endişe, uykusuzluk iştahsızlık ve kötü hissetme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre müdahale grubunda yer alan kadınların tedavi ortasındaki Edmonton Semptom Tanılama toplam ölçek puan ortalaması ($t=-5.57$, $p<0.001$) ile ağrı ($t=-4.60$, $p<0.001$), yorgunluk ($t=-3.74$, $p<0.001$), üzüntü ($t=-2.21$, $p=0.03$), endişe ($t=-5.03$, $p<0.001$), uykusuzluk ($t=-4.55$, $p<0.001$), iştahsızlık ($t=-3.40$, $p=0.002$) ve kötü hissetme ($t=-2.26$, $p=0.02$) puan ortalamaları kontrol grubunda yer alan kadınların puan ortalamalarından daha düşüktür.

Tedavinin sonunda yapılan üçüncü izlemde toplam ölçek puanı, ağrı, yorgunluk, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kötü hissetme ve ağız yaraları semptom puan ortalamaları arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Buna göre müdahale grubunda yer alan kadınların kemoterapi sona erdiğinde; Edmonton Semptom Tanılama toplam ölçek puan ortalaması ($t=-4.90$, $p<0.001$) ile ağrı ($t=-5.10$, $p<0.001$), yorgunluk ($t=-2.92$, $p=0.006$), üzüntü ($t=-4.23$, $p=0.01$), endişe ($t=-4.32$, $p<0.001$), uykusuzluk ($t=-3.32$, $p=0.003$), iştahsızlık ($t=-4.60$, $p<0.001$) kötü hissetme ($t=-4.07$, $p<0.001$) ve ağız yaraları ($t=-2.03$, $p=0.04$), semptom puan ortalamaları kontrol grubunda yer alan kadınların puan ortalamalarından daha düşüktür.

Tablo 4.8. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Modifiye Kısa Cinsel Semptom Kontrol Listesi Yüzdeleri Karşılaştırılması

N=30		Gruplar				Tedavi Başı				Tedavi Ortası				Tedavi Sonu					
		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Cochran-Q		p			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%						
Memnuniyet	Müdahale	9	64.3	5	35.7	6	42.9	8	57.1	7	50.0	7	50.0	0.75	0.687				
	Kontrol	10	62.5	6	37.5	3	18.8	13	81.3	1	6.2	15	93.8	6.33	0.004				
	χ^2	0.010				1.078				5.242									
	p	0.919				0.236				0.012									
İsteksizlik	Müdahale	7	50.0	7	50.0	9	64.3	5	35.7	8	57.1	6	42.9	0.750	.687				
	Kontrol	8	50.0	8	50.0	13	81.3	3	18.8	14	87.5	2	12.5	8.857	0.001				
	χ^2	0.00				0.403				2.138									
	p	1.00				0.417				0.101									
His kaybı	Müdahale	3	21.4	11	78.6	3	21.4	11	78.6	3	21.4	11	78.6	0.000	1.000				
	Kontrol	4	25.0	12	75.0	6	37.5	10	62.5	7	43.8	9	56.3	3.500	0.174				
	χ^2	0.503				0.313				0.820									
	p	1.00				0.440				0.260									
Vajinal Kuruluk	Müdahale	8	57.1	6	42.9	4	28.6	10	71.4	4	28.6	10	71.4	3.200	0.202				
	Kontrol	6	37.5	10	62.5	9	56.3	7	43.8	11	68.8	5	31.3	3.455	0.178				
	χ^2	1.158				2.330				4.821									
	p	0.282				0.127				0.028									
Orgazm Bozukluğu	Müdahale	5	35.7	9	64.3	6	42.9	8	57.1	5	35.7	9	64.3	0.286	0.867				
	Kontrol	7	43.8	9	56.3	12	75.0	4	25.0	14	87.5	2	12.5	8.667	0.013				
	χ^2	0.201				2.015				8.623									
	p	0.654				0.135				0.003									
Disparoni	Müdahale	5	35.7	9	64.3	4	28.6	10	71.4	2	14.3	12	85.7	1.750	0.417				
	Kontrol	6	37.5	10	62.5	8	50.0	8	50.0	11	68.8	5	31.3	4.22	0.121				
	χ^2	0.201				3.214				9.020									
	p	0.654				0.073				0.003									

Tablo 4.8. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Modifiye Kısa Cinsel Semptom Kontrol Listesi Yüzdeleri Karşılaştırılması (Devam)

N=30		Gruplar				Tedavi Başı				Tedavi Ortası				Tedavi Sonu					
		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Cochran-Q		p			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%						
Sorunları konuşma durumu	Müdahale	1	7.1	13	92.9	7	50.0	7	50.0	10	71.4	4	28.6	10.50	0.005				
	Kontrol	0	0	16	100	2	12.5	14	87.5	5	31.3	11	68.8	5.429	0.06				
	χ^2	0.005				3.374				4.821									
	p	0.467				0.046				0.028									
Konuşmak isteme durumu	Müdahale	7	50.0	7	50.0	9	64.3	5	35.7	11	78.6	3	21.4	3.429	0.180				
	Kontrol	6	37.5	10	62.5	10	62.5	6	37.5	13	81.3	3	18.8	10.571	0.005				
	χ^2	0.475				0.010				0.00									
	p	0.491				0.919				0.857									

Modifiye Kısa Cinsel Semptom Kontrol Listesi-Kadın formu ile kadınların cinsel fonksiyonlarından memnun olma durumlarının zamana göre değişiminin belirlenmesi için kategorik verilerin tekrarlı ölçümlerinde Cochran-Q testi yapılmıştır. Müdahale grubunda yer alan kadınların cinsel fonksiyonlarından memnuniyet, isteksizlik, his kaybı, vajinal kuruluk, orgazm bozukluğu ve dispareni yaşama durum yüzdeleri arasında birinci, ikinci ve üçüncü izlemlerde istatistiksel olarak fark saptanmamıştır. Kontrol grubunda yer alan kadınların his kaybı, vajinal kuruluk ve dispareni yaşama durum yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmazken, cinsel fonksiyonlarından memnun olma durumu ($p=0.004$), isteksizlik ($p=0.0001$) ve orgazm bozukluğu ($p=0.013$) yaşama yüzdeleri arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlıdır. Her iki grupta da yer alan kadınların cinsel sorunlarını konuşma yüzdelerinin tedavi sonunda daha fazla olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların cinsel fonksiyonlarından memnun olma ve sorun yaşama yüzdelerinin gruplararası karşılaştırılmasında dört gözlü Ki-Kare testi kullanılmıştır. Tedavi başında yapılan ilk izlemde müdahale ve kontrol grubundaki kadınların cinsel fonksiyonlarından memnun olma, isteksizlik, his kaybı, vajinal kuruluk, orgazm bozukluğu ve dispareni yaşama yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Tedavi ortasında yapılan ikinci izlemde; müdahale grubunda yer alan kadınların kontrol grubunda yer alan kadınlara oranla cinsel sorunları bir sağlık personeli ile konuşma yüzdeleri daha fazla olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=3.37$, $p=0.046$). Gruplar arasında cinsel fonksiyonlardan memnuniyet, isteksizlik, his kaybı, vajinal kuruluk, orgazm bozukluğu ve dispareni yaşama ile cinsel sorunları konuşmak isteme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Tedavi sonunda yapılan üçüncü izlemde; cinsek fonksiyonlardan memnuniyet, vajinal kuruluk, orgazm bozukluğu, dispareni ve cinsel sorunları bir sağlık personeli ile konuşmak isteme durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar belirlenmiştir. Buna göre tedavi sonunda müdahale grubunda yer alan kadınların cinsel fonksiyonlardan memnun olma ($\chi^2=5.242$, $p=0.012$) durumları kontrol grubunda göre daha fazla, vajinal kuruluk ($\chi^2=4.82$, $p=0.028$), orgazm bozukluğu ($\chi^2=8.623$, $p=0.003$) ve dispareni ($\chi^2=9.020$, $p=0.003$) yaşama durumları daha düşüktür (Tablo 4.8).



5. TARTIŞMA

Bu çalışmada kemoterapi alan jinekolojik kanser tanısı alan kadınlarda, semptom yönetim modeline göre geliştirilen eğitim ve izlemi içeren semptom yönetimi programının kadınların yaşam kalitesi ve semptom şiddetine etkisinin incelenmiştir. Bu geliştirilen semptom yönetimi programının kadınların yaşam kalitesi düzeyi (fonksiyonel boyut, semptom boyutu, genel sağlık durumu), semptom şiddeti ve cinsel fonksiyonlardan memnuniyet durumları ile ilişkili bulgular tartışılmıştır.

Kemoterapi sürecinde semptom yönetimi programına katılan kadınların yaşam kalitesi fonksiyonel boyutu ile fiziksel, rol, duygusal ve bilişsel fonksiyon alt boyutlarında tedavi süresince değişim belirlenmemiş olup, standart bakım alan kadınların yaşam kalitesi düzeyleri anlamlı biçimde azalmıştır. Bu bulgu uygulanan semptom yönetimi programının, tedavi süresince kadınların yaşam kalitesi düzeylerindeki düşüşü engelleyerek olumlu etkilediğini göstermektedir. Benzer şekilde jinekolojik kanser hastalarında yapılandırılmış hemşirelik eğitim, danışmanlık ve izlemlerinin kadınların yaşam kalitesi üzerine etkilerinin incelendiği bir sistematik derlemede, hemşirelik müdahalelerinin genel ya da fonksiyonel yaşam kalitesini arttırmada sınırlı etkisi olmakla birlikte, kötüye gitmesini önlediği belirtilmektedir (Raphaelis, Kobleder, Mayer, & Senn, 2017). Ancak, Kalfke et al (2019) çalışmalarında, hemşire liderliğinde verilen tamamlayıcı-alternatif tedaviler de dahil olmak üzere destekleyici bakım uygulanmasının, meme ve jinekolojik kanser hastalarında kemoterapinin tamamlanmasından altı ay sonra rutin bakıma kıyasla yaşam kalitesini iyileştirdiğini, ancak kemoterapiden hemen sonra herhangi bir etkisi olmadığını belirtmişlerdir (Klafke et al., 2019). Benzer şekilde Sansund et al (2020) jinekolojik kanser nedeniyle tedavi gören kadınlara eğitim-danışmanlık ve destekleyici bakım müdahaleleri uyguladıkları çalışmalarında kadınların genel yaşam kalitelerinde tedavi sürecinde değişiklik olmamakla birlikte; fonksiyonel,

duyusal ve rol fonksiyon alt boyutlarında tedavi sonrası altıncı ayda yapılan izlemlerde yükselme olduğunu belirtmiştir (Sandsund et al., 2020). Yine aynı çalışmada, jinekolojik kanserler için tedavi gören kadınların rutin bakımın yanı sıra kişi merkezli yaklaşımlardan yararlandıklarında yaşam kalitelerinde iyileşme eğilimi olduğunu belirterek, yeni normallerine uyum sağlamaları için tedavinin sonunda desteklenmesi gerektiğini vurgulamışlardır (Sandsund et al., 2020). Bu çalışmada da kadınların yaşam kaliteleri düzeyleri tedavi süresince ve tedavi sonunda takip edilmiş olup uygulanan semptom yönetim programının kadınların yaşam kalitesi düzeylerine uzun dönemli etkileri etkileri bilinmemektedir.

Bu çalışmada, semptom yönetimi programa katılan kadınların yaşam kalitesinde düşüş gözlenmediğinden, program kapsamında verilen kanıt temelli uygulamaların bir bütün olarak ele alındığında, semptomların önlenmesinde etkili bir yöntem olduğu düşünülmektedir. Eğitim, izlem ve danışmanlık gibi hemşirelik müdahalelerinin uygulanması, hastaların yaşam kalitesini iyileştirmek için bütüncül bakım sağlama konusunda proaktif bir yaklaşım sağlamaktadır. Sekse et al., (2012) çalışmalarında psikolojik değerlendirmeyi de içeren kapsamlı bakım planı ve izlemlerden oluşan hemşirelik girişimlerinin, jinekolojik kanserle ilişkili fiziksel ve psikolojik yüklerin azaltılmasına ve hastanın yaşam kalitesinin artırılmasına yardımcı olduğunu bildirmişlerdir (Sekse, Raheim, Blaka, & Gjengedal, 2012). Literatürde jinekolojik kanser hastalarının yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde; hasta ve ailesinin hastalık, tedavi süreci, semptomlar ve öz-bakıma ilişkin eğitim ve danışmanlık, ya da gevşeme- nefes egzersizleri gibi davranışsal terapi unsurlarını da içeren psikoeğitim müdahalelerinin kullanıldığı çalışmalar bulunmaktadır (Brotto et al., 2008; Chow et al., 2014; Chow, CW, & Chan, 2012; Hersch, Juraskova, Price, & Mullan, 2009; Levine & Silver, 2007; Nelson et al., 2008). Hemşireler başta olmak üzere genellikle psikolog ve klinisyenlerin yer aldığı

multidisipliner yaklaşım içeren çalışma sonuçlarının hastaların yaşam kaliteleri üzerine olumlu etkilerinin olduğu belirtilmektedir. Benzer şekilde Chow et al., (2012) çalışmalarında hemşirenin bakım sağlayıcı olarak en aktif biçimde görev aldığı multidisipliner psikoeğitim müdahalelerinin hastaların sağlık sonuçları ve yaşam kalitelerini iyileştirdiğini göstermişlerdir (Chow et al., 2012). Psikoeğitim müdahaleleri jinekolojik kanserlerde rutin bakıma dahil edilerek, hastaların mevcut ve olası sorun, endişe yanı sıra semptomları hedeflemesi ve yönetilmesi ile yaşam kalitelerinin iyileştirilmesinde uygulanması gereken bir stratejidir.

Bu çalışmada, semptom yönetim programı grubunda yer alan kadınların yaşam kalitesi ölçeği semptom skoru boyutlarının, tedavi ortası ve sonunda, standart bakım alan kadınlara kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir. Tedavi süresince yapılan izlemlerde, müdahale grubundaki kadınların semptom boyutu puan ortalamalarının, grubu karşılaştırmalarda değişiklik göstermeyip kontrol grubundaki kadınların semptom puan ortalamalarının anlamlı şekilde yükselmesi kemoterapi sürecinde uygulanan semptom yönetim programının, semptom gelişimini önlemede etkili olduğunu göstermektedir. Yine müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların tedavi boyunca deneyimledikleri semptomlar ve şiddetlerinin karşılaştırılmasında müdahale grubunda yer alan kadınların Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği puan ortalamaları standart bakım alan kadınların puan ortalamalarından daha düşük olduğu görülmüştür. Tedavi başlangıcında semptom şiddetlerinde fark olmamasına karşın tedavi ortasında ve tedavi sonunda standart bakım alan kadınların ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, genel iyilik hali, ve ağız yaraları semptom şiddetleri müdahale grubundaki kadınlara oranla çok daha yüksektir. Jinekolojik kanser hastalarının tek bir semptomdan ziyade aynı anda birçok semptom yaşadıkları bilinmektedir (Clevenger et al., 2013; Lopez, Copp, Brunton, & Molassiotis, 2011). Ayrıca tedaviye bağlı yaşanan semptomlar farklı zamanlarda ortaya

çıkabilmekte ve farklı seviyede seyredabilmektedir. Örneğin gastrointestinal semptomlar kemoterapi başlangıcından itibaren altıncı küre kadar deneyimlenebilirken, periferik nöropati ve nörolojik semptomlar üçüncü kür kemoterapiden itibaren görülebilmekle birlikte tüm semptomlar genellikle ikinci kürden sonra daha şiddetli hale gelebilmektedir (Huang et al., 2016). Benzer biçimde bu çalışmada da, müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların semptom şiddetleri tedavi ortasında yapılan değerlendirmede artış göstermekle birlikte, bu artış standart bakım alan kadınlarda müdahale grubundaki kadınların semptom şiddetine göre anlamlı biçimde daha fazladır. Semptom yönetiminde ilk ve en önemli basamak hasta ve ailesinin eğitimidir ve semptom kontrolüne yönelik yapılan eğitimler hastaların bu süreci daha rahat geçirmesini sağlamaktadır (Langius-Eklof et al., 2017). Kemoterapi ve radyoterapi gibi kanser tedavisinin temel bileşenleri olan tedavilerin günümüzde kanser hastalarının sürekli sağlık profesyonellerinin gözetiminde olmasına gerek bırakmayacak kadar güvenli hale gelmesiyle, kanser bakımında yatarak tedavi anlayışından ayaktan bakıma geçilmiştir (McCorkle, Jeon, Ercolano, & Schwartz, 2011). Bu durumda hasta ve yakınlarına, tedavi başlangıcında verilen ve kemoterapi süreci ile tüm semptomlara ilişkin standart bilgiler içeren eğitimler hastaların evde ortaya çıkan semptomlar ile baş etmede ihtiyaç duyacakları bilgiyi hatırlama ve uygulamasını engelleyebilmektedir. Etkili bir semptom yönetimi için eğitim ve danışmanlık stratejilerinin hastaya özel, anlaşılır ve kolay hatırlanabilir olması önemlidir. Literatürde jinekolojik kanser tanısı alan kadınlara verilen psikososyal hemşirelik girişimleri ile psiko-eğitim ve danışmanlık müdahalelerinin, cerrahi tedavi, kemoterapi ya da radyoterapi sürecinde, semptom şiddeti/sıklığında azalma, ile genel yaşam kalitesinde yükselmenin yanı sıra kadınların destekleyici bakım ile karşılanmamış bakım ihtiyaçlarını azalttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Bakker et al., 2017; Chow et al., 2014; Pistrang, Jay, Gessler, & Barker, 2012; Sacerdoti, Lagana, & Koopman,

2010; Schofield et al., 2013; Suubi Muliira, Natarajan, & Vergara, 2016). Öte yandan kadınlarda kemoterapiye bağlı gelişen semptomların yönetimi üzerine yapılan çalışmalar genellikle tek bir semptom ya da ilişkili semptomlar (Barsevick et al., 2010; Di Mattei et al., 2016) ve/ veya semptom kümesine odaklanmaktayken (Charalambous et al., 2016), çoklu semptom yönetiminin daha iyi sonuç verdiği bildirilmektedir (Kwekkeboom, 2016). Bu çalışmada da daha önce de belirtildiği üzere farklı zamanlarda ortaya çıkabilen farklı semptom kümelerinin bütününe yer verilerek, hastaya ve semptoma özel eğitim programı kapsamında kadınların yaşayabileceği tüm semptomlar değerlendirilmiş ve semptom yönetimi programının semptom şiddeti ve görülme sıklığını azalttığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada yer alan kadınların cinsel işlevlerden memnuniyetsizlik, isteksizlik, his kaybı, vajinal kuruluk, orgazm bozuklukları ve dispareni şikayetleri yaşadığı görülmekle birlikte, tedavi ilerledikçe daha fazla kadının söz konusu sorunları deneyimlediği, ve standart bakım alan kadınların; müdahale grubunda yer alan kadınlara göre daha fazla sorun yaşadığı belirlenmiştir. Jinekolojik kanser hastalarının bilgi ve destek ihtiyaçları, diğer kanser hastalarıyla kolayca paralelleştirilebilirken, bu grubun psikoseksüel ihtiyaçları benzersiz ve önemlidir. Jinekolojik kanser tedavisi doğal olarak kadınların cinsel yaşamlarında değişikliklere neden olmaktadır (Mikkelsen, Sorensen, & Dieperink, 2017; Reese, Bober, & Daly, 2017; Reese, Sorice, et al., 2017; Sekse, Dunberger, Olesen, Osterbye, & Seibaek, 2019; Sekse, Hufthammer, & Vika, 2017). Jinekolojik kanser tanısı alan kadınlarda bildirilen cinsel fonksiyon bozukluğu insidansı tanıdan itibaren %40-100'dür (Hubbs et al., 2019). Ancak ne yazık ki, jinekolojik kanser tanısı alan birçok kadına, tanının kendisi ve tedavilerin cinsel etkileri hakkında yeterli bilgi verilmediği ve kadınların normal cinsel rutinlerine dönmelerinde sağlık personelinin tanı ve tedavinin cinselliğe etkilerini ele alma ile kadınların cinsel kaygıları ve işlevleri

değerlendirme durumlarının etkili olduğu belirtilmektedir (Fischer, Marguerie, & Brotto, 2019). Kanser tanısı alma, beden imgesinde bozulma gibi psikolojik etkilenmelerin yanı sıra dispareni ile ilişkilendirilen bozulmuş vajinal elastikiyet, vajen boyunda kısalma ve vajinal kuruluk gibi fiziksel değişiklikler cinsel disfonksiyona neden olabilmektedir (Fischer et al., 2019; Sekse et al., 2017). Benzer şekilde Sacerdoti et al., jinekolojik kanser tanısının, kadın cinselliğinin dört aşamasına, yani cinsel istek, heyecan, orgazm ve cinsel aktivitelerden memnuniyete zarar verdiğini vurgulamıştır (Sacerdoti et al., 2010). Yapılan çalışmalarda jinekolojik kanser tanısı alan kadınların genellikle tanıdan itibaren tedavi dönemine, tedaviyi sürdürmeye ve geleceklerini düşünmeye odaklandığını, cinsel işlevler hakkında konuşmayı ayrıca bir yük olarak gördükleri ve bu konuya odaklanmak istemedikleri ve cinselliği düşünmeye ancak tedavi sona erdikten sonra başladıkları belirtilmektedir (Hay et al., 2018; Stead, Fallowfield, Selby, & Brown, 2007). Yine Sekse et al., çalışmalarında agresif tedavi gerektirmeyen erken evre hastalığa sahip kadınlarda yalnızca kısa süreli cinsel zorluklar yaşanabilirken; daha komplike tedavi gerektiren özellikle ilerlemiş veya tekrarlayan kanserlerde kadınların uzun süreli cinsel problemler yaşadığı belirtilmektedir (Sekse et al., 2019; Sekse et al., 2017). Jinekolojik kanser hastalarının cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi ve sorunların yönetilmesinde kullanılan etkili müdahalelerden biri psikoseksüel eğitim müdahaleleridir. Psikoseksüel eğitim ve bakım hemşiresinin sorumluluğundadır ve bu bakım açık, ancak oldukça hassas bir şekilde sağlanmalıdır (Domenici et al., 2016; Meraner et al., 2012; Stead et al., 2007). Psikoseksüel eğitim müdahalelerinin odak noktası jinekolojik kanser hastalarında cinsel fonksiyonlar ile psikolojik değişiklikleri hedeflemektedir. Yapılan çalışmalarda kanser tedavisi gören kadınlara uygulanan psiko-eğitim müdahalelerin; cinsel işlev bozukluğuna katkıda bulunan duygusal, kişilerarası ve diğer önemli fiziksel faktörleri de ele alarak kadınların zaman içinde gelişimlerini sürdürmelerine yardımcı olabilecek başa çıkma

becerileri geliştirmeye yardımcı olarak etkili olduğu belirtilmektedir (Reese, Bober, et al., 2017; Reese, Sorice, et al., 2017). Bu çalışmada da tedavi başlangıcında, kadınların cinsel fonksiyonlarda sorun yaşama durumları açısından müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınlar arasında fark olmazken, kontrol grubunda yer alan kadınların sorun yaşama durumları tedavi ortası ve sonunda artış göstermiş; tedavi sonunda kadınların neredeyse tamamının cinsel fonksiyonlara ilişkin sorun yaşadığı belirlenmiştir. Müdahale grubunda yer alan kadınlarda ise sorun yaşama durumu aynı kalması; hasta-semptom odaklı verilen eğitimin etkinliğini göstermektedir.



6. SONUÇLAR

Kemoterapi alan jinekolojik kanserli kadınlarda, semptom yönetim modeline göre geliştirilen semptom yönetim programının kadınların yaşam kalitesi ve semptom şiddetine etkisinin incelendiği bu çalışmada, semptom yönetimi programının kadınların yaşam kalitesi düzeyi, semptom şiddeti ve cinsel fonksiyonlardan memnuniyet durumlarına etkisine yönelik olarak elde edilen sonuçlar;

- Semptom yönetim programına katılan kadınların yaşam kalitesi düzeyleri (EORTC QLQ C30 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları her üç boyutta da (fonksiyonel boyut, semptom skoru boyutu ve genel sağlık durumu)) tedavi süresince anlamlı değişiklik göstermemiştir.
- Standart bakım alan kadınların yaşam kalitesi düzeyleri (EORTC QLQ C30 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları her üç boyutta da (fonksiyonel boyut, semptom skoru boyutu ve genel sağlık durumu)) tedavi süresince anlamlı olarak azalmıştır.
- Her iki grupta yer alan kadınların yaşam kalitesi düzeyleri (EORTC QLQ C30 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları her üç boyutta da (fonksiyonel boyut, semptom skoru boyutu ve genel sağlık durumu)) tedavi başında farklılık göstermezken, tedavi ortası ve sonunda; müdahale grubunda yer alan kadınların yaşam kalitesi düzeyleri kontrol grubunda yer alan kadınlardan anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur.
- Semptom yönetim programına katılan kadınların tedavi süresince yaşadıkları semptom şiddetlerinde (Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ) puan ortalamaları) anlamlı değişim olmazken, standart bakım alan kadınların deneyimledikleri semptom şiddetleri tedavi süresince anlamlı biçimde artmıştır.

- Her iki grupta yer alan kadınların semptom şiddetleri (Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ) puan ortalamaları) tedavi başında farklılık göstermezken, tedavi ortası ve sonunda; müdahale grubunda yer alan kadınların yaşadıkları semptom şiddetleri kontrol grubunda yer alan kadınlardan anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur.
- Semptom yönetim programına katılan kadınların cinsel fonksiyonlardan memnuniyet ve sorunlar açısından tedavi süresince anlamlı değişim olmazken, standart bakım alan kadınların cinsel fonksiyonlardan memnuniyetlerinde azalma olduğu ve daha fazla sorun yaşadıkları belirlenmiştir.
- Her iki grupta yer alan kadınların cinsel fonksiyonlardan memnun olma ve sorun yaşama durumları tedavi başında farklılık göstermezken, tedavi ortası ve sonunda; müdahale grubunda yer alan kadınların kontrol grubunda yer alan kadınlara göre, cinsel fonksiyonlarından daha fazla memnun olduğu ve daha az sorun yaşadıkları belirlenmiştir.

7. ÖNERİLER

- Jinekolojik kanser tanısı alan kadınlarda kemoterapiye bağlı gelişebilecek semptomların sıklığı ve şiddetinin tedavi süresinde sistematik bir şekilde takip edilmesi,
- Tek bir semptoma odaklanmak yerine çoklu semptom yönetim stratejileri ile semptom yönetim programları oluşturulması ve hastaların yaşam kalitelerinin kemoterapi sürecinde sistematik ve düzenli olarak bütüncül bir yaklaşımla takip edilmesi,
- Hastalara tedavi başlangıcı verilen semptom yönetimine ilişkin bilgi ve eğitimlerde, tüm bilgileri tek seferde ve aynı anda vermek yerine semptom yönetim programları oluşturularak hastaların ihtiyaç duydukları öncelikli bilgiler belirlenerek semptoma ve hastaya özgü eğitimler verilmesi, eğitimlerin tedavi süresince tekrarlanması,
- Kemoterapi süresince kadınların yaşayabilecekleri olası semptomlara ilişkin önerilerin, bu alandaki mevcut kanıt temelli uygulamalar kapsamında oluşturulması, klinik rehberler doğrultusunda bilgilerin güncellenmesi, kanıt temelli bilginin uygulamaya aktarılmasına olanak sağlanması,
- Bu çalışmada geliştirilen semptom yönetim programının ve eğitim broşürlerinin kemoterapi servisinde etkili semptom yönetimi amacıyla kullanılması önerilmektedir.

8. KAYNAKÇA

- Abu-Rustum, N. R., Yashar, C. M., Bean, S., Bradley, K., Campos, S. M., Chon, H. S., . . . Motter, A. D. (2020). NCCN Guidelines Insights: Cervical Cancer, Version 1.2020. *J Natl Compr Canc Netw*, 18(6), 660-666. doi:10.6004/jnccn.2020.0027
- Adams, T. S., & Cuello, M. A. (2018). Cancer of the vagina. *Int J Gynaecol Obstet*, 143 Suppl 2, 14-21. doi:10.1002/ijgo.12610
- Agarwal, S., & Bodurka, D. C. (2010). Symptom research in gynecologic oncology: a review of available measurement tools. *Gynecol Oncol*, 119(2), 384-389. doi:10.1016/j.ygyno.2010.07.009
- Amant, F., Mirza, M. R., Koskas, M., & Creutzberg, C. L. (2018). Cancer of the corpus uteri. *Int J Gynaecol Obstet*, 143 Suppl 2, 37-50. doi:10.1002/ijgo.12612
- Armstrong, D. K., Alvarez, R. D., Bakkum-Gamez, J. N., Barroilhet, L., Behbakht, K., Berchuck, A., . . . Engh, A. M. (2019). NCCN Guidelines Insights: Ovarian Cancer, Version 1.2019. *J Natl Compr Canc Netw*, 17(8), 896-909. doi:10.6004/jnccn.2019.0039
- Aslan, K., Yalçın, İ., Şahin, H., & Meydanlı, M. M. (2019). LVSI pozitif ve grade 1-2 tümörü olan evre IA ve evre IB endometrial kanser hastalarının karşılaştırılması: 2016 yılında ESMO-ESGO-ESTRO tarafından tanımlanmış olan yüksek-orta risk grubunun analizi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. doi:10.16948/zktipb.585846
- Aydiner, A., Aslay, I., & Berkman, S. (2016). *Jinekolojik Tümörler El Kitabı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic Ltd Şti.
- Bakker, R. M., Mens, J. W., de Groot, H. E., Tuijnman-Raasveld, C. C., Braat, C., Hompus, W. C., . . . Ter Kuile, M. M. (2017). A nurse-led sexual rehabilitation intervention after radiotherapy for gynecological cancer. *Support Care Cancer*, 25(3), 729-737. doi:10.1007/s00520-016-3453-2

- Barsevick, A. (2016). Defining the Symptom Cluster: How Far Have We Come? *Semin Oncol Nurs*, 32(4), 334-350. doi:10.1016/j.soncn.2016.08.001
- Barsevick, A., Beck, S. L., Dudley, W. N., Wong, B., Berger, A. M., Whitmer, K., . . . Stewart, K. (2010). Efficacy of an intervention for fatigue and sleep disturbance during cancer chemotherapy. *J Pain Symptom Manage*, 40(2), 200-216. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.12.020
- Basu, P., Mukhopadhyay, A., & Konishi, I. (2018). Targeted therapy for gynecologic cancers: Toward the era of precision medicine. *Int J Gynaecol Obstet*, 143 Suppl 2, 131-136. doi:10.1002/ijgo.12620
- Beck, S. L., Eaton, L. H., Echeverria, C., & Mooney, K. H. (2017). SymptomCare@Home: Developing an Integrated Symptom Monitoring and Management System for Outpatients Receiving Chemotherapy. *Comput Inform Nurs*, 35(10), 520-529. doi:10.1097/CIN.0000000000000364
- Bhatla, N., Berek, J. S., Cuello Fredes, M., Denny, L. A., Grenman, S., Karunaratne, K., . . . Natarajan, J. (2019). Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri. *Int J Gynaecol Obstet*, 145(1), 129-135. doi:10.1002/ijgo.12749
- Brotto, L. A., Heiman, J. R., Goff, B., Greer, B., Lentz, G. M., Swisher, E., . . . Van Blaricom, A. (2008). A psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer. *Arch Sex Behav*, 37(2), 317-329. doi:10.1007/s10508-007-9196-x
- Cancer Statistics Center. (2020). Retrieved from <http://cancerstatisticscenter.cancer.org>
Access Date: 04.2020
- Cankurtaran, E. S., Ozalp, E., Soygur, H., Ozer, S., Akbiyik, D. I., & Bottomley, A. (2008). Understanding the reliability and validity of the EORTC QLQ-C30 in

- Turkish cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 17(1), 98-104.
doi:10.1111/j.1365-2354.2007.00827.x
- Charalambous, A., Giannakopoulou, M., Bozas, E., Marcou, Y., Kitsios, P., & Paikousis, L. (2016). Guided Imagery And Progressive Muscle Relaxation as a Cluster of Symptoms Management Intervention in Patients Receiving Chemotherapy: A Randomized Control Trial. *PLoS One*, 11(6), e0156911.
doi:10.1371/journal.pone.0156911
- Chow, K. M., Chan, C. W., Chan, J. C., Choi, K. K., & Siu, K. Y. (2014). A feasibility study of a psychoeducational intervention program for gynecological cancer patients. *Eur J Oncol Nurs*, 18(4), 385-392. doi:10.1016/j.ejon.2014.03.011
- Chow, K. M., CW, H. C., & Chan, J. C. (2012). Effects of psychoeducational interventions on sexual functioning, quality of life and psychological outcomes in patients with gynaecological cancer: A systematic review. *JBI Libr Syst Rev*, 10(58), 4077-4164. doi:10.11124/jbisrir-2012-406
- Cibula, D., Potter, R., Planchamp, F., Avall-Lundqvist, E., Fischerova, D., Haie Meder, C., . . . Raspollini, M. R. (2018). The European Society of Gynaecological Oncology/European Society for Radiotherapy and Oncology/European Society of Pathology Guidelines for the Management of Patients With Cervical Cancer. *Int J Gynecol Cancer*, 28(4), 641-655. doi:10.1097/IGC.0000000000001216
- Clancy, A. A., Spaans, J. N., & Weberpals, J. I. (2016). The forgotten woman's cancer: vulvar squamous cell carcinoma (VSCC) and a targeted approach to therapy. *Ann Oncol*, 27(9), 1696-1705. doi:10.1093/annonc/mdw242
- Clevenger, L., Schrepf, A., Degeest, K., Bender, D., Goodheart, M., Ahmed, A., . . . Lutgendorf, S. K. (2013). Sleep disturbance, distress, and quality of life in ovarian

- cancer patients during the first year after diagnosis. *Cancer*, 119(17), 3234-3241.
doi:10.1002/cncr.28188
- Colombo, N., Creutzberg, C., Amant, F., Bosse, T., Gonzalez-Martin, A., Ledermann, J., . . . Group, E.-E.-E. E. C. C. W. (2016). ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*, 27(1), 16-41. doi:10.1093/annonc/mdv484
- Cook, O., McIntyre, M., & Recoche, K. (2015). Exploration of the role of specialist nurses in the care of women with gynaecological cancer: a systematic review. *J Clin Nurs*, 24(5-6), 683-695. doi:10.1111/jocn.12675
- Creasman, W. (2009). Revised FIGO staging for carcinoma of the endometrium. *Int J Gynaecol Obstet*, 105(2), 109. doi:10.1016/j.ijgo.2009.02.010
- Del Carmen, M. G., & Rice, L. W. (2017). Management of menopausal symptoms in women with gynecologic cancers. *Gynecol Oncol*, 146(2), 427-435. doi:10.1016/j.ygyno.2017.06.013
- DeVita, V. T., Lawrence, T. S., & Rosenberg, S. A. (2019). Cancer Therapeutics. In *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer : Principles & Practice of Oncology*. Philadelphia, Pa Wolters Kluwer.
- Di Mattei, V. E., Carnelli, L., Carrara, L., Bernardi, M., Crespi, G., Rancoita, P. M., . . . Mangili, G. (2016). Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting in Women With Gynecological Cancer: A Preliminary Single-Center Study Investigating Medical and Psychosocial Risk Factors. *Cancer Nurs*, 39(6), E52-E59. doi:10.1097/NCC.0000000000000342
- Dodd, M., Cho, M. H., Cooper, B. A., & Miaskowski, C. (2010). The effect of symptom clusters on functional status and quality of life in women with breast cancer. *Eur J Oncol Nurs*, 14(2), 101-110. doi:10.1016/j.ejon.2009.09.005

- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., . . . Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*, 33(5), 668-676. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x
- Dodd, M., Miaskowski, C., & Lee, K. A. (2004). Occurrence of symptom clusters. *J Natl Cancer Inst Monogr*(32), 76-78. doi:10.1093/jncimonographs/lgh008
- Domenici, L., Palaia, I., Giorgini, M., Piscitelli, V. P., Tomao, F., Marchetti, C., . . . Benedetti Panici, P. (2016). Sexual Health and Quality of Life Assessment among Ovarian Cancer Patients during Chemotherapy. *Oncology*, 91(4), 205-210. doi:10.1159/000447403
- Dong, S. T., Costa, D. S., Butow, P. N., Lovell, M. R., Agar, M., Velikova, G., . . . Fayers, P. M. (2016). Symptom Clusters in Advanced Cancer Patients: An Empirical Comparison of Statistical Methods and the Impact on Quality of Life. *J Pain Symptom Manage*, 51(1), 88-98. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.07.013
- Ebell, M. H., Culp, M. B., & Radke, T. J. (2016). A Systematic Review of Symptoms for the Diagnosis of Ovarian Cancer. *Am J Prev Med*, 50(3), 384-394. doi:10.1016/j.amepre.2015.09.023
- Eifel, P. J., Klopp, A. H., & Berek, J. S. (2019). Cancer of the cervix, vagina, and vulva. In V. T. DeVita, T. S. Lawrence, & S. A. Rosenberg (Eds.), *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer : Principles & Practice of Oncology*. Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer.
- Estevao, D., Costa, N. R., Gil da Costa, R. M., & Medeiros, R. (2019). Hallmarks of HPV carcinogenesis: The role of E6, E7 and E5 oncoproteins in cellular malignancy. *Biochim Biophys Acta Gene Regul Mech*, 1862(2), 153-162. doi:10.1016/j.bbagrm.2019.01.001

- Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., . . . Bray, F. (2019). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Retrieved from <https://gco.iarc.fr/today>
- Fischer, O. J., Marguerie, M., & Brotto, L. A. (2019). Sexual Function, Quality of Life, and Experiences of Women with Ovarian Cancer: A Mixed-Methods Study. *Sex Med*, 7(4), 530-539. doi:10.1016/j.esxm.2019.07.005
- Güngördük, K., & İlhan, T. T. (2018). Vulva Kanseri. *Jinekolojik Kanserlerin Yönetimi Kılavuzu*. Retrieved from <https://www.trsgo.org/files/yonetim-kilavuzlari/Vulva-Kanseri.pdf>
- Hacker, N. F. (2009). Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva. *Int J Gynaecol Obstet*, 105(2), 105-106. doi:10.1016/j.ijgo.2009.02.011
- Hacker, N. F., Eifel, P. J., & van der Velden, J. (2015). Cancer of the vagina. *Int J Gynaecol Obstet*, 131 Suppl 2, S84-87. doi:10.1016/j.ijgo.2015.06.003
- Hatzichristou, D., Rosen, R. C., Derogatis, L. R., Low, W. Y., Meuleman, E. J., Sadovsky, R., & Symonds, T. (2010). Recommendations for the clinical evaluation of men and women with sexual dysfunction. *J Sex Med*, 7(1 Pt 2), 337-348. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01619.x
- Hay, C. M., Donovan, H. S., Hartnett, E. G., Carter, J., Roberge, M. C., Campbell, G. B., . . . Taylor, S. E. (2018). Sexual Health as Part of Gynecologic Cancer Care: What Do Patients Want? *Int J Gynecol Cancer*, 28(9), 1737-1742. doi:10.1097/IGC.0000000000001376
- Hernandez, V. M. V. (2020). Clinical, Pathological, Preventive and Therapeutic Aspects in Vulvar Cancer. *Ann Gynecol Obstetr*, 3.

- Hersch, J., Juraskova, I., Price, M., & Mullan, B. (2009). Psychosocial interventions and quality of life in gynaecological cancer patients: a systematic review. *Psychooncology*, 18(8), 795-810. doi:10.1002/pon.1443
- Hoffman, B. L., Schorge, J. O., Bradshaw, K. D., Halvorson, L. M., Schaffer, J. I., & Corton, M. M. (2016). *Williams Gynecology*. New York, USA: McGraw-Hill Education.
- Hsu, H. T., Lin, K. C., Wu, L. M., Juan, C. H., Hou, M. F., Hwang, S. L., . . . Dodd, M. J. (2017). Symptom Cluster Trajectories During Chemotherapy in Breast Cancer Outpatients. *J Pain Symptom Manage*, 53(6), 1017-1025. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.12.354
- Huang, J., Gu, L., Zhang, L., Lu, X., Zhuang, W., & Yang, Y. (2016). Symptom Clusters in Ovarian Cancer Patients With Chemotherapy After Surgery: A Longitudinal Survey. *Cancer Nurs*, 39(2), 106-116. doi:10.1097/NCC.0000000000000252
- Hubbs, J. L., Dickson Michelson, E. L., Vogel, R. I., Rivard, C. L., Teoh, D. G. K., & Geller, M. A. (2019). Sexual quality of life after the treatment of gynecologic cancer: what women want. *Support Care Cancer*, 27(12), 4649-4654. doi:10.1007/s00520-019-04756-7
- Humphreys, J., Janson, S., Donesky, D., Dracup, K., Lee, K., Puntillo, K., . . . Kennedy, C. (2018). Theory of Symptom Management. In M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.), *Middle Range Theory for Nursing* (4th ed., pp. 141-164). New York, NY 10036: Springer Publishing Company, LLC.
- Kaltenecker, B., & Tikaria, R. (2020). *Vaginal Cancer*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
- Kehoe, S. (2020). FIGO staging in ovarian carcinoma and histological subtypes. *J Gynecol Oncol*, 31(4), e70. doi:10.3802/jgo.2020.31.e70

- Kim, E., Jahan, T., Aouizerat, B. E., Dodd, M. J., Cooper, B. A., Paul, S. M., . . .
Miaskowski, C. (2009). Changes in symptom clusters in patients undergoing
radiation therapy. *Support Care Cancer*, 17(11), 1383-1391. doi:10.1007/s00520-
009-0595-5
- Klafke, N., Mahler, C., von Hagens, C., Uhlmann, L., Bentner, M., Schneeweiss, A., . . .
Joos, S. (2019). The effects of an integrated supportive care intervention on
quality of life outcomes in outpatients with breast and gynecologic cancer
undergoing chemotherapy: Results from a randomized controlled trial. *Cancer
Med*, 8(8), 3666-3676. doi:10.1002/cam4.2196
- Koh, W. J., Abu-Rustum, N. R., Bean, S., Bradley, K., Campos, S. M., Cho, K. R., . . .
Scavone, J. L. (2018). Uterine Neoplasms, Version 1.2018, NCCN Clinical
Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*, 16(2), 170-199.
doi:10.6004/jnccn.2018.0006
- Kurt Sadırlı, S., & Ünsar, S. (2009). Kanserli hastalarda edmonton semptom tanılama
ölçeği (ESTÖ): Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Fırat Sağlık
Hizmetleri Dergisi*, 11, 79-95.
- Kwekkeboom, K. L. (2016). Cancer Symptom Cluster Management. *Semin Oncol Nurs*,
32(4), 373-382. doi:10.1016/j.soncn.2016.08.004
- Langius-Eklof, A., Crafoord, M. T., Christiansen, M., Fjell, M., & Sundberg, K. (2017).
Effects of an interactive mHealth innovation for early detection of patient-
reported symptom distress with focus on participatory care: protocol for a study
based on prospective, randomised, controlled trials in patients with prostate and
breast cancer. *BMC Cancer*, 17(1), 466. doi:10.1186/s12885-017-3450-y

- Larson, P. J., Carrieri-Kohlman, V., Dodd, M. J., Douglas, M., Faucett, J., Froelicher, E. S., . . . Underwood, P. R. (1994). A Model for Symptom Management. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(4), 272-276.
- Levine, E. G., & Silver, B. (2007). A pilot study: evaluation of a psychosocial program for women with gynecological cancers. *J Psychosoc Oncol*, 25(3), 75-98. doi:10.1300/J077v25n03_05
- Lopez, V., Copp, G., Brunton, L., & Molassiotis, A. (2011). Symptom experience in patients with gynecological cancers: the development of symptom clusters through patient narratives. *J Support Oncol*, 9(2), 64-71. doi:10.1016/j.suponc.2011.01.005
- Matias-Guiu, X., & Stewart, C. J. R. (2018). Endometriosis-associated ovarian neoplasia. *Pathology*, 50(2), 190-204. doi:10.1016/j.pathol.2017.10.006
- McBride, A. A. (2017). Oncogenic human papillomaviruses. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 372(1732). doi:10.1098/rstb.2016.0273
- McCorkle, R., Jeon, S., Ercolano, E., & Schwartz, P. (2011). Healthcare utilization in women after abdominal surgery for ovarian cancer. *Nurs Res*, 60(1), 47-57. doi:10.1097/NNR.0b013e3181ff77e4
- Meraner, V., Gamper, E. M., Grahmann, A., Giesinger, J. M., Wiesbauer, P., Sztankay, M., . . . Holzner, B. (2012). Monitoring physical and psychosocial symptom trajectories in ovarian cancer patients receiving chemotherapy. *BMC Cancer*, 12, 77. doi:10.1186/1471-2407-12-77
- Miaskowski, C. (2006). Symptom clusters: establishing the link between clinical practice and symptom management research. *Support Care Cancer*, 14(8), 792-794. doi:10.1007/s00520-006-0038-5

- Miaskowski, C., Aouizerat, B. E., Dodd, M., & Cooper, B. (2007). Conceptual issues in symptom clusters research and their implications for quality-of-life assessment in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*(37), 39-46. doi:10.1093/jncimonographs/lgm003
- Mikkelsen, T. B., Sorensen, B., & Dieperink, K. B. (2017). Prediction of rehabilitation needs after treatment of cervical cancer: what do late adverse effects tell us? *Support Care Cancer*, 25(3), 823-831. doi:10.1007/s00520-016-3466-x
- NCCN. (2020). Vulvar Cancer (Squamous Cell Carcinoma). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines)*. Retrieved from https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/vulvar.pdf
- Nelson, E. L., Wenzel, L. B., Osann, K., Dogan-Ates, A., Chantana, N., Reina-Patton, A., . . . Monk, B. J. (2008). Stress, immunity, and cervical cancer: biobehavioral outcomes of a randomized clinical trial [corrected]. *Clin Cancer Res*, 14(7), 2111-2118. doi:10.1158/1078-0432.CCR-07-1632
- The new P-Process, steps in strategic communication*. (2003). Health Communication Partnership Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health / Center for Communication Programs. Baltimore Maryland 21202.
- Nho, J. H., Reul Kim, S., & Nam, J. H. (2017). Symptom clustering and quality of life in patients with ovarian cancer undergoing chemotherapy. *Eur J Oncol Nurs*, 30, 8-14. doi:10.1016/j.ejon.2017.07.007
- Oonk, M. H. M., Planchamp, F., Baldwin, P., Bidzinski, M., Brannstrom, M., Landoni, F., . . . van der Zee, A. G. J. (2017). European Society of Gynaecological Oncology Guidelines for the Management of Patients With Vulvar Cancer. *Int J Gynecol Cancer*, 27(4), 832-837. doi:10.1097/IGC.0000000000000975

- Passarello, K., Kurian, S., & Villanueva, V. (2019). Endometrial Cancer: An Overview of Pathophysiology, Management, and Care. *Semin Oncol Nurs*, 35(2), 157-165. doi:10.1016/j.soncn.2019.02.002
- Pınar, G., Algier, L., Çolak, M., & Ayhan, A. (2008). Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi. *International Journal of Hematology and Oncology*, 18(3), 141-149.
- Pistrang, N., Jay, Z., Gessler, S., & Barker, C. (2012). Telephone peer support for women with gynaecological cancer: recipients' perspectives. *Psychooncology*, 21(10), 1082-1090. doi:10.1002/pon.2005
- Querleu, D., Planchamp, F., Chiva, L., Fotopoulou, C., Barton, D., Cibula, D., . . . duBois, A. (2017). European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) Guidelines for Ovarian Cancer Surgery. *Int J Gynecol Cancer*, 27(7), 1534-1542. doi:10.1097/IGC.0000000000001041
- Raphaelis, S., Kobleder, A., Mayer, H., & Senn, B. (2017). Effectiveness, structure, and content of nurse counseling in gynecologic oncology: a systematic review. *BMC Nurs*, 16, 43. doi:10.1186/s12912-017-0237-z
- Reed, N. S., & Sadozye, A. H. (2016). Update on chemotherapy in gynaecological cancers. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 18(3), 182-188. doi:10.1111/tog.12270
- Reese, J. B., Bober, S. L., & Daly, M. B. (2017). Talking about women's sexual health after cancer: Why is it so hard to move the needle? *Cancer*, 123(24), 4757-4763. doi:10.1002/cncr.31084
- Reese, J. B., Sorice, K., Beach, M. C., Porter, L. S., Tulskey, J. A., Daly, M. B., & Lepore, S. J. (2017). Patient-provider communication about sexual concerns in cancer: a

- systematic review. *J Cancer Surviv*, 11(2), 175-188. doi:10.1007/s11764-016-0577-9
- Rogers, L. J., & Cuello, M. A. (2018). Cancer of the vulva. *Int J Gynaecol Obstet*, 143 Suppl 2, 4-13. doi:10.1002/ijgo.12609
- Sacerdoti, R. C., Lagana, L., & Koopman, C. (2010). Altered Sexuality and Body Image after Gynecological Cancer Treatment: How Can Psychologists Help? *Prof Psychol Res Pr*, 41(6), 533-540. doi:10.1037/a0021428
- Sandsund, C., Towers, R., Thomas, K., Tigue, R., Lalji, A., Fernandes, A., . . . Shaw, C. (2020). Holistic needs assessment and care plans for women with gynaecological cancer: do they improve cancer-specific health-related quality of life? A randomised controlled trial using mixed methods. *BMJ Support Palliat Care*, 10(2), e16. doi:10.1136/bmjspcare-2016-001207
- Schofield, P., Juraskova, I., Bergin, R., Gough, K., Mileskin, L., Krishnasamy, M., . . . Aranda, S. (2013). A nurse- and peer-led support program to assist women in gynaecological oncology receiving curative radiotherapy, the PeNTAGOn study (peer and nurse support trial to assist women in gynaecological oncology): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 14, 39. doi:10.1186/1745-6215-14-39
- Sekse, R. J., Dunberger, G., Olesen, M. L., Osterbye, M., & Seibaek, L. (2019). Lived experiences and quality of life after gynaecological cancer-An integrative review. *J Clin Nurs*, 28(9-10), 1393-1421. doi:10.1111/jocn.14721
- Sekse, R. J., Hufthammer, K. O., & Vika, M. E. (2017). Sexual activity and functioning in women treated for gynaecological cancers. *J Clin Nurs*, 26(3-4), 400-410. doi:10.1111/jocn.13407

- Sekse, R. J., Raheim, M., Blaka, G., & Gjengedal, E. (2012). Living through gynaecological cancer: three typologies. *J Clin Nurs*, 21(17-18), 2626-2635. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.04028.x
- Stead, M. L., Fallowfield, L., Selby, P., & Brown, J. M. (2007). Psychosexual function and impact of gynaecological cancer. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 21(2), 309-320. doi:10.1016/j.bpobgyn.2006.11.008
- Suubi Muliira, R., Natarajan, J., & Vergara, G. (2016). A review of interventions to enhance the quality of life for gynaecological cancer patients. *Clinical Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine*, 2(5). doi:10.15761/cogrm.1000158
- Türkiye Kanser İstatistikleri 2016*. (2019). Retrieved from Ankara:
- Vulvar Cancer: Statistics*. (2020). Retrieved from <https://www.cancer.net/cancer-types/vulvar-cancer/statistics>
- Wu, S. F., Tong, H. Y., Kan, Y. Y., Su, S. H., Lee, M. C., Kao, C. C., & Lin, Y. H. (2017). The Exploration of Health-Related Quality of Life: Factors Influencing Quality of Life in Gynecologic Cancer Patients. *Clin Nurs Res*, 26(1), 114-131. doi:10.1177/1054773815600665
- Xiao, C. (2010). The state of science in the study of cancer symptom clusters. *Eur J Oncol Nurs*, 14(5), 417-434. doi:10.1016/j.ejon.2010.05.011

9.1 Veri Toplama Formları

HASTA TANILAMA FORMU

ID#

Tarih:

Sosyodemografik Özellikler

1. Doğum Yılıınız:
2. Boyunuz:
3. Kilonuz:
4. Eğitim Durumunuz:
☐ Okur-Yazar Değil
☐ Okur-Yazar
☐ İlkokul
☐ Ortaokul
☐ Lise
☐ Yüksekokul/Üniversite
5. Çalışma Durumunuz:
☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor ☐ Emekli
6. Medeni Durumunuz:
☐ Bekar ☐ Evli ☐ Boşanmış/ayrı yaşıyor
7. Eşinizin Eğitim Durumu:
☐ Okur-Yazar Değil
☐ Okur-Yazar
☐ İlkokul
☐ Ortaokul
☐ Lise
☐ Yüksekokul/Üniversite
8. Eşinizin Çalışma Durumu:
☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor ☐ Emekli
9. Birlikte Yaşadığınız Kişiler (Birden Fazla İşaretleyebilirsiniz):
☐ Eş ☐ Kardeş ☐ Anne ☐ Baba ☐ Çocuk ☐ Bakıcı
☐ Akraba ☐ Yalnız ☐ Diğer(Açıklayınız).....
10. Sağlık sigortanız var mı?
☐ Yok ☐ SGK ☐ Özel Sağlık sigortası
11. İlk adet yaşı:
12. İlk doğum yaşı:
13. Düşük sayısı:
14. Canlı doğum sayısı:
15. Tüm doğumlarında toplam emzirme süresi (ay) :
16. Menopoz durumu?
☐ Evet (yıl ve türü (kemoterapiye bağlı, cerrahi, spontan).....
☐ Hayır

17. Kronik bir hastalığınız var mı?
() Evet;..... () Hayır
18. Sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı?
() Evet;..... () Hayır
19. Daha önce üreme sistemine yönelik herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi?
() Evet;..... () Hayır

Tanı ve tedaviye ilişkin özellikler (hasta dosyası ve hastadan alınacak bilgiler)

20. Tanı tarihi:

21. Kanser türü:

22. Evresi:

23. Planlanan kemoterapi protokolü:

24. Ailede kanser öyküsü:

25. Tedavi süresinde semptomlara yönelik reçete edilen herhangi bir ilaç kullanma durumu?
- a. Bulatı/kusma için.....
 - b. Uykusuzluk için.....
 - c. Nötropeni, trombositopeni vb. için.....
 - d.
 - e.

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ)

Durumunuzu en iyi ifade eden rakamı daire içine alınız:

Ağrım yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ağrım çok fazla
Yorgun değilim	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aşırı yorgunum
Bulantım yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bulantım çok fazla
Üzüntülü değilim	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Üzüntüm çok fazla
Endişeli değilim	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Endişem çok fazla
Uykusuz değilim	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Uykusuzluğum çok fazla
İştahsız değilim	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	İştahsızlığım çok fazla
Kendimi çok İyi hissediyorum	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Kendimi çok kötü hissediyorum
Nefes darlığım yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nefes darlığım çok fazla
Cildimde ve tırnaklarımda değişiklik yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Cildimde ve tırnaklarımda çok fazla değişiklik var
Ağzımda hiç yara yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ağzımda çok fazla yara var
Ellerimde uyuşma yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ellerimde uyuşma çok fazla

EORTC QLQ-C30 (version 3.0)

Siz ve sağlığınız hakkında bazı şeylerle ilgileniyoruz. Lştfen soruların tamamını size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların “doğru” veya “yanlış” yanıtları yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır

Lştfen ad ve soyadınızın başharflerini yazınız:

Doğum gşnşnşz (Gşn, Ay, Yıl):

Bugşnkş tarih (Gşn, Ay, Yıl):

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1. Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	1	2	3	4
2. <u>Uzun</u> bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	1	2	3	4
3. Evin dışında <u>kısa</u> bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4. Gşnşn bşyşk bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tualeti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
Geçtiğimiz hafta zarfında:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
6. İşinizi veya gşnlşk aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7. Boş zaman aktivitelerinizi sşrdşrmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8. Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9. Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10. Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12. Kendinizi gşçsşz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13. İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14. Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15. Kustunuz mu?	1	2	3	4

Geçtiğimiz hafta zarfında:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
16. Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
17. İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18. Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19. Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21. Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22. Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24. Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
25. Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>aile</u> yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>sosyal</u> aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28. Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız

29. Geçen haftaki sağlığınıza genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

1. Cinsel fonksiyonlarınızdan memnun musunuz?

O Evet

O Hayır

Hayır ise ikinci soruya geçiniz,

2. Ne zamandan beri cinsel fonksiyonlarınızdan memnun değilsiniz?

.....

3. Cinsel fonksiyonlarınız ile ilgili sorun yaşadığınız konuları işaretleyiniz,

- a. Cinsel istek/arzuda azalma ile ilgili sorunlar
- b. Vajina ve/veya klitoriste his kaybı ile ilgili sorunlar
- c. Vajinal kuruluk ile ilgili sorunlar
- d. Orgazm/tatmin olmada sorunlar
- e. Cinsel ilişki sırasında ağrı/kramp
- f. Diğer

4. Yukarıdaki sorun/sorunlardan sizin için en rahatsız edici olanını işaretleyiniz,

Sorun	a	b	c	d	e	f
-------	---	---	---	---	---	---

5. Bu yaşadığınız sorunlar ile ilgili doktorunuzla/hemşirenizle konuşur musunuz?

O Evet

O Hayır

Hayır ise devam ediniz,

6. Bu yaşadığınız sorunlar ile ilgili başka bir sağlık personeli, doktor ya da hemşire ile konuşmak ister misiniz?

O Evet

O Hayır

1. Vajinal muayene sırasında ağrınız oluyor mu? (ne zamandan beri ağrı şikayetiniz var)

O Evet

O Hayır

Evet ise lütfen ağrının şiddetini işaretleyiniz.

0-Hiç ağrım yok 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10-Çok şiddetli
ağrım var

Semptomlara İlişkin Öz Yönetim Verileri

EK-5

- 1) Kemoterapi sürecinde yaşayabileceğiniz olası şikayetlere ilişkin doktorunuz dışında birisinden bilgi aldınız/ araştırma yaptınız mı?
- a) Evet ise lütfen nereden/kimden olduğunu belirtiniz.....
- b) Hayır

- 2) Planlanan tedavi günleriniz dışında hastaneye/hekimize/hemşirenize ulaşmanızı gerektirecek bir durum oldu mu?

	Telefon /Yüzyüze	Hangi sebeple/şikayetle?	Ne zaman?	Ne sıklıkla?
Hastane				
Hekim				
Hemşire				

- 3) Tedaviniz süresinde yaşayabileceğiniz/yaşadığınız şikayetleri azalttığını sizi rahatlattığını düşündüğünüz herhangi bir şey yaptınız/kullandınız mı? Lütfen detaylandırınız.

- 4) Tedavi sürecinizde doktornunuz/hemşireniz dışında düzenli olarak destek amaçlı başvurduğunuz sağlık personeli var mı?

- a) Hayır
- b) Evet ise lütfen ne sıklıkta görüştüğünüzü belirtiniz.
- i) Diyetisten.....
- ii) Psikolog.....
- iii) Psikiyatrist.....
- iv) Fizyoterapist.....
- v) Diğer.....

- 5) Tedaviniz süresinde yaşayabileceğiniz/yaşadığınız şikayetlere yönelik danıştığınız destek aldığınız aile üyesi bir sağlık personeli varmı?

- a) Hayır
- b) Evet ise kim olduğunu belirtiniz
- i)
- ii)
- iii)
- iv)

- 6) Tedaviniz süresinde sizinle aynı sorunu yaşayan başka insanlar ile görüşüyor musunuz?

- a) Hayır
- b) Evet ise kim olduğunu belirtiniz (akraba, arkadaş, sosyal paylaşım siteleri vb.)
- i)
- ii)

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Doktora Öğrencisi Şeyma İnciser Paşalak tarafından yürütülen, Koç Üniversitesi Etik Kurulları'nın [2018.175.IRB1.023] sayılı onayı ile izin verilen, **Kemoterapi Alan Jinekolojik Kanserli Hastalarda Semptom Yönetim Modeli'nin Etkinliğinin Değerlendirilmesi** başlıklı araştırmaya katılımınız rica olunmaktadır.

Bu araştırmaya tamamen kendi iradenizle, herhangi bir zorlama veya mecburiyet olmadan gönüllü olarak katılımınız esastır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığınız herhangi bir husus varsa çekinmeden sorunuz.

ÇALIŞMANIN AMACI (Neden böyle bir araştırma yapmaya gerek duyuldu?)

Bu çalışmada kemoterapi alan jinekolojik kanserli kadınlarda kemoterapi sürecinde yaşanabilecek olası şikayetlerin yönetiminde semptom yönetim modeline göre verilen hemşirelik eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi, hastaların kemoterapi süresince yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

PROSEDÜRLER

Bu çalışmaya gönüllü katılmak istemeniz halinde yürütülecek çalışmalar şöyledir:

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğinizde size, aldığınız standart sağlık bakımınıza ek olarak, araştırmacı hemşire tarafından yaklaşık 30 dk. sürecek olan kemoterapi tedavi süreci ve bu süreçte yaşayabileceğiniz semptomlara yönelik yüzyüze eğitim verilecektir. Kliniğe başvuru sıranıza göre sizlere 1'den 60'a kadar sıra numarası verilecek ve rastgele; eğitim/broşür grubuna (kontrol) veya eğitim/izlem grubuna dahil edileceksiniz.

Eğitim/broşür grubuna dahil edilmeniz halinde; eğitimden sonra tedaviniz başladığında, tedavi ortasında ve sonunda, araştırmacı sizinle yüz yüze görüşerek size olası şikayetleriniz ve yaşam kalitenize yönelik yaklaşık 10-15 dk. sürmesi planlanan bazı sorular soracaktır.

Eğitim/izlem grubuna dahil edilmeniz halinde; araştırmacı tarafından size verilen kemoterapi günlüğüne, her kür kemoterapi tedavinizden sonra 5 gün süre ile yaşadığınız belirti/şikayetlerinizi kendi durumunuza göre keydetmeniz istenecektir. Tedaviniz başladığında, her kür kemoterapi tedavinizden önce araştırmacı sizinle yüz yüze görüşerek size, yaşadığınız belirtilere ve yaşam kalitenize ilişkin yaklaşık 20 dk. sürmesi planlanan bazı sorular soracaktır ve belirttiğiniz şikayetlerinize yönelik eğitimler verecektir.

OLASI RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR

Bu çalışma sizlerin tedaviniz sırasında yaşam kalitenizin yükseltilmesi amaçlamaktadır. Katılmanız halinde günlük hayatta karşılaşılan risklerden daha fazla bir risk taşımamaktadır.

TOPLUMA VE/VEYA DENEKLERE OLASI FAYDALARI

Kemoterapi sürecinde ortaya çıkan semptomların birbirlerinin etkilerini ve şiddetini artırabilmesi, bir semptomun ya da tek bir semptomla yönelik tedavinin diğer bir semptom gelişmesine neden olabilmesi göz önüne alındığında semptomların çoklu değerlendirilmesi önemlidir. Bu çalışmada hastaların yaşayabilecekleri semptomlar bütüncül bir biçimde değerlendirilecek ve hastaların yaşam kalitesi sistematik olarak takip edilecektir.

GİZLİLİK

Bu çalışmayla bağlantılı olarak elde edilen ve sizinle özdeşleşmiş her bilgi gizli kalacak, 3. kişilerle paylaşılmayacak ve yalnızca sizin izniniz ile ifşa edilecektir. Gizlilik tanımlanmış bir kodlama prosedürüyle sağlanacak ve kod çözümüne erişim yalnızca çalışmanın sorumlusu araştırmacıyla sınırlı kalacaktır. Tüm veriler, sınırlı erişime sahip güvenli ve şifreli bir veri tabanında tutulacaktır.

KATILIM VE AYRILMA

Bu çalışmanın içinde olmak isteyip istemediğinize tamamen kendi iradenizle ve etki altında kalmadan karar vermeniz önemlidir.

Katılmaya karar verdikten sonra, herhangi bir anda sahip olduğunuz herhangi bir hakkı kaybetmeden veya herhangi bir müeyyideye maruz kalmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz.

ARAŞTIRMACILARIN KİMLİĞİ

Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz varsa, lütfen iletişime geçiniz:

Dr. Öğr. Üyesi Memnun SEVEN

Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

T: 0212 311 2659

E: mseven@ku.edu.tr

Dr. Öğr. Şeyma İnciser PAŞALAK

Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

T: 0212 311 2630

E: lozcan13@ku.edu.tr

Yukarıda yapılan açıklamaları anladım. Sorularım tatmin olacağım şekilde yanıtlandı.

Dilediğim zaman ayrılma hakkım saklı kalmak koşulu ile bu çalışmaya katılmayı onaylıyorum.

Bu formun bir kopyası da bana verildi.

Katılımcı Adı-Soyadı

Katılımcı İmzası

Tarih

Araştırmacının İmzası

Tarih

9.2 Etik Kurul Onay Formu ve Kurum İzni

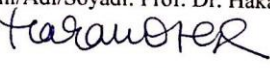
EK-7

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kemoterapi Alan Jinekolojik Kanseri Hastalarda Semptom Yönetim Modeli'nin Etkinliğinin Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2018.175.IRB1.023

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	KOÇ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	Koç Üniversitesi Rumeli Feneri Yolu, Sarıyer/İSTANBUL
	TELEFON	0212 338 11 76
	FAKS	0212 338 11 65
	E-POSTA	chr@ku.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Şeyma İnciser Paşalak		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ	-		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐	
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
		FAZ 4	☐	
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐	
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐	
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐	
		İlaç dışı klinik araştırma	☒	
		Diğer ise belirtiniz:		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒
				ULUSLARARASI ☐

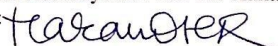
Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hakan S. Orer
İmza: 

Not: Etik kurul başkanı, imzasının ver almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kemoterapi Alan Jinekolojik Kanserli Hastalarda Semptom Yönetim Modeli'nin Etkinliğinin Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2018.175.IRB1.023

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	01.08.2018	VI	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SIGORTA	☐					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐					
	ILAN	☐					
	YILLIK BİLDİRİM	☐					
	SONUÇ RAPORU	☐					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐					
	DİĞER:	☐					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2018.175.IRB1.023	Tarih: 20.09.2018					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hakan S. Orer
İmza: 

Not: Etik kurul başkanı, imzasının ver almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kemoterapi Alan Jinekolojik Kanseri Hastalarda Semptom Yönetim Modeli'nin Etkinliğinin Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2018.175.IRB1.023

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Hakan S. Ozer							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Hakan S. Ozer	Farmakoloji	Koç Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	Hakan Ozer
Prof. Dr. Mehmet Demirhan	Ortopedi ve Travmatoloji	Koç Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	Mehmet Demirhan
Prof. Dr. Bülent Urman	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Koç Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	Bülent Urman
Prof. Dr. Önder Ergönül	Enfeksiyon Hastalıkları ve Halk Sağlığı	Koç Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	Önder Ergönül
Prof. Dr. Dilek Ural	Kardiyoloji	Koç Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	Dilek Ural
Prof. Dr. Mois Bahar	Anestezi ve Reanimasyon	VKV Amerikan Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	Mois Bahar
Doç. Dr. Cem Albayrak	Mühendislik Fakültesi	Koç Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	Cem Albayrak
Dr. Banş Ata	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Koç Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	Banş Ata
Prof. Dr. Nadiye Pınar Ay	Halk sağlığı	Marmara Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	Nadiye Pınar Ay
Nagehan Uzun	Üye	Kanser Savaşçıları Derneği	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	Nagehan Uzun
Av. Kenan Yılmaz	Avukat	Koç Holding	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	Kenan Yılmaz

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hakan S. Ozer
İmza: Hakan Ozer

Not: Etik kurul başkanı, imzasının ver almadığı her sayfaya imza atmalıdır.



28.09.2018

Sayı : HHM 28092018
Konu :Araştırma İzni
Bilgi :Başhekimlik

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne

Hemşirelik Doktora Programında öğrenim gören Şeyma İnciser Paşalak'ın HSGN 699 nolu Doktora Tez Çalışması kapsamında, "Kanserli Hastalarda Semptom Yönetim Modelinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi" başlıklı araştırmayı Dr. Öğr. Üyesi Memnun Seven danışmanlığında, Koç Üniversitesi Hastanesi'nin Onkoloji Kliniği Ayaktan Kemoterapi ünitesinde yapabilmeleri konusunda tarafımıza iletilen izin isteği uygun görülmüştür.

Saygılarımla,


Berrin Bulut Çepni
Hemşirelik Hizmetleri Yöneticisi

NC/309

KEMOTERAPİ EĞİTİM BROŞÜRÜ



Kemoterapi nedir?

"İlaçla tedavi" anlamına gelir. Genellikle kanser hücrelerini etkileyen ilaçlar kullanılarak yapılan tedavidir.

Kanserin türüne göre kemoterapi ilaçları, uygulama süresi ve yan etkileri de farklılaşabilir.

Kemoterapi nasıl etki eder?

Kemoterapi; hızlı büyüyen ve bölünen anormal hücrelerin büyümesini durdurarak ya da yavaşlatarak etki eder.

Kemoterapi ne amaçla uygulanır?

Hastalığın türüne ve evresine bağlı olarak kemoterapi;

- *Tedavi etmek,*
- *Kontrol altına almak,*
- *Hastalığa bağlı gelişen sorunları hafifletmek amacıyla uygulanır.*

Kemoterapi ilaçlarının seçimi neye göre yapılır?

Kemoterapide hangi ilaçların ne sıklıkla ve ne kadar süre ile kullanılacağı kişiden kişiye değişmektedir.

Kullanılacak ilaçlar; tümörün cinsi, yaygınlık durumu, mevcut diğer hastalıklar gibi birçok faktör dikkate alınarak tıbbi onkoloji uzmanı tarafından belirlenir.

Kemoterapi sıklığı ve süresi ne kadardır?

Tedavi sıklık ve süresi, hastalığın türüne ve evresine göre belirlenir.

Ancak bazen vücudun tedaviye yanıtına veya görülen yan etkilere bağlı olarak kemoterapi çizelgesi tıbbi onkoloji uzmanı tarafından değiştirilebilir.

Bu durumda doktorunuz ya da hemşireniz ne yapacağınızı ve ne zaman yeniden tedaviye başlayacağınızı size açıklayacaktır.

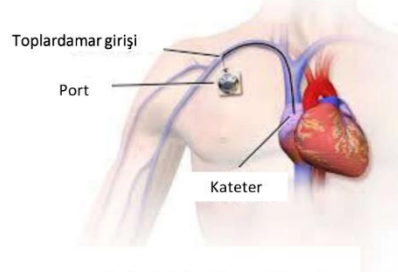
Kemoterapi nasıl uygulanır?

Kemoterapi, tek başına ya da cerrahi, radyasyon (ışın) tedavisi veya biyolojik tedavi ile birlikte uygulanabilir.

Kemoterapi değişik yollardan uygulanabilir.

En sık uygulama yöntemleri;

•**Venöz Port-Kateter ile uygulama:** büyük toplardamarlar içerisine yerleştirilen plastik boru şeklinde bir kateter ve cilt altına yerleştirilen bir rezervuar yardımı ile ilaç uygulamasıdır. Port kateter sistemi steril şartlarda, lokal anestezi ile küçük bir operasyonla sağ ya da sol göğüs ön duvarına yerleştirilir.



Resim 1.1: Port Kateter Sistemi

•**Toplardamar içine (IV) uygulama:** Kemoterapi doğrudan bir toplardamara verilir.

•**Periton içine (Karın zarı) uygulama:** Kemoterapi doğrudan periton boşluğu içine uygulanır (bu alan bağırsaklar, mide, karaciğer ve yumurtalıklar gibi organları içerir).

•**Oral (Ağızdan) uygulama:** Kemoterapi hap, kapsül veya sıvı şeklinde yutulur.

Bunların dışında, doktorunuzun gerekli gördüğü durumlarda farklı kemoterapi uygulamaları yapılabilir.

Bazı ilaçlar, vitamin destekleri ve yiyecekler kemoterapinin etkilerini değiştirebilir.

Kemoterapiye başlamadan önce aldığınız tüm vitamin, mineral veya bitkisel ürünleri **doktorunuza ya da hemşirenize söylemeniz önemlidir.**

Kemoterapide yan etkiler ile karşılaşacak mıyım?

Yan etkiler kullanılan ilaç türüne bağlı olarak değişir. Yan etkilerin şiddeti ve süresi kişiden kişiye değişiklik gösterir. Her yan etki herkeste görülmeyebilir.

Yan etkilerin çoğu geçicidir ve tedaviniz bittiğinde ortadan kalkar. Fakat bazen yan etkilerin kaybolması daha uzun süreler alabilir.

En sık görülen yan etkiler nelerdir?

- Ağrı
- Yorgunluk/ halsizlik
- Bulantı- kusma
- İştahsızlık
- İshal, Kabızlık
- Duygu durum değişiklikleri/ endişe/üzüntü
- Uyku problemleri
- Nefes darlığı
- Odaklanma problemleri, unutkanlık
- Cilt ve tırnak değişiklikleri
- Ağız kuruluğu/ağızda yara
- Ellerde/ parmak uçlarında uyuşma
- Geçici saç kaybı
- Cinsel sorunlar

Yan etkilere ne sebep olur?

Kemoterapi hızlı büyüyen anormal hücreleri yok ederken, aynı zamanda hızlı büyüyen sağlıklı hücrelere de zarar verebilir.

Bu nedenle ağız ve bağırsakların iç yüzeyini döşeyen hücreler, kemik iliğinde kan yapan hücreler, saçın uzamasını sağlayan hücreler de kemoterapiden olumsuz etkilenebilir.

Kemoterapi sürecinde bazı yan etkiler yaşayabilirsiniz.

Yan etkilerle ilgili ne yapılabilir?

Yan etkileri önlemek ve ortaya çıkmış yan etkileri tedavi etmek için doktorunuz bazı ilaçlar reçete edebilir.

Bunların dışında yaşam kalitenizi arttırmak için doktorunuz ve hemşireniz farklı önerilerde bulunabilir.

Önemli Notlar

- ✓ Kişisel hijyeninize dikkat edin, ellerinizi sık sık su ve sabun ile yıkayın. Su ve sabuna ulaşamayacağınız durumlarda yanınızda el dezenfektanı bulundurun.
- ✓ Cilt bakımınıza özen gösterin. Kuru, cildi yumuşatmak için kokusuz losyon kullanın. Duştan sonra yumuşak hareketlerle cildinizi sürtmeden kurulayın. Sivilceleri sıkmayın, kaşımayın.
- ✓ Ağız bakımınıza özen gösterin. Dişlerinizi yumuşak bir diş fırçası ile yemeklerden sonra ve yatmadan önce fırçalayın. Ağız bakımınız için, bir bardak sıcak suda erittiğiniz yarım çay kaşığı karbonat ve yarım çay kaşığı tuzla hazırladığınız solüsyonla günde 3-4 kez gargara yapın, normal suyla durulayın. Alkollü gargara kullanmayın.
- ✓ Bulunduğunuz ortamın iyi havalandırılmış olmasına özen gösterin.

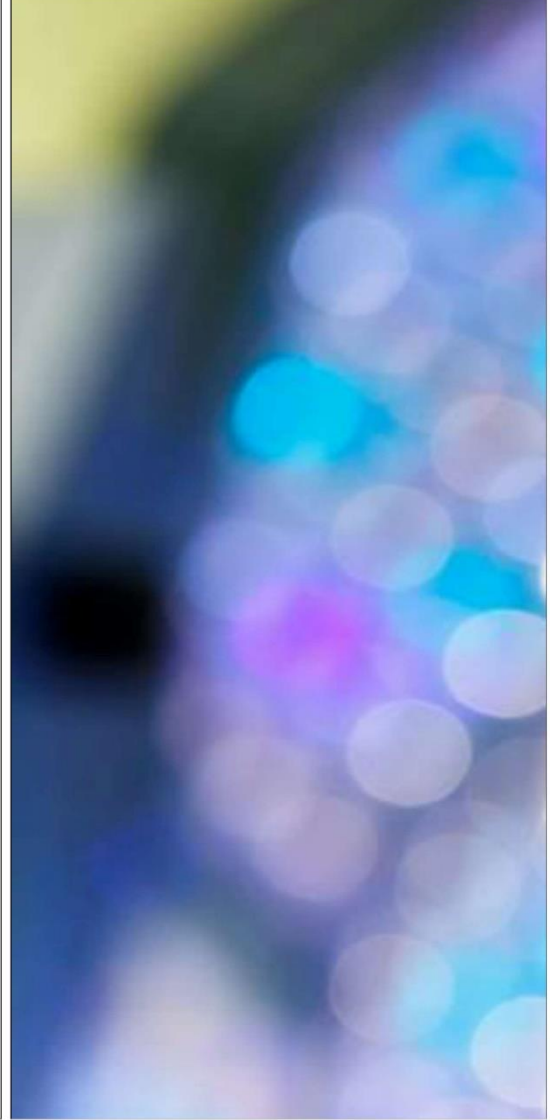
38° C üzerinde ateş, üşüme ve titreme şikayetleriniz olduğunda hekim ya da hemşirenize ulaşınız.

- ✓ Kalabalık yerlere girmekten kaçının. Çevrenizde nezle, grip, kızamık, suçiçeği vb. hastalık geçiren bireylerden uzak durun. Suçiçeği veya çocuk felci aşıları gibi "canlı virüs" aşıları yapılan çocuklardan da uzak durun.
- ✓ Açıkta kalan ve bekletilmiş yiyecekleri tüketmeyin.
- ✓ Proteinden zengin, yeterli ve dengeli bir diyetle beslenin.
- ✓ Günlük en az 2000 ml sıvı tüketin.
- ✓ Midenizi rahatsız etmeyecek, hafif, sindirimi kolay gıdalar tercih edin. Ana ve ara öğünlerinize küçük porsiyonlarda atıştırmalıklar ekleyin. Yemek öncesinde ve esnasında çok su içmeyin. Yemek yedikten sonra hemen yatmayın.

- ✓ Çiğ sebze ve meyveleri yemeden önce sirkeli suda bekletin, iyice yıkayın.
- ✓ Çiğ ya da az pişmiş balık, deniz ürünü, et, tavuk, yumurta yemeyin.
- ✓ Aktivite ve dinlenme zamanları ayarlayın. Enerjinizi koruyun, aktivitelerinizi öncelik sırasına göre planlayın.
- ✓ Gün içinde 1 saatten kısa süre uyumak hem kendinizi iyi hissetmenizi hem de gece daha iyi uyumanızı sağlayabilir.

Bu eğitim kitapçığı, Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı, tez çalışması kapsamında geliştirilmiştir. Hazırlanma tarihinde ilgili en güncel bilimsel kaynaklar kullanılarak geliştirilmiş olup, yasal izin alınmaksızın çoğaltılamaz ve ticari amaçla kullanılamaz. (Ekim 2018)

Bu kitapçık, doktor ve hemşirenizin size verdiği eğitimleri desteklemek amacıyla geliştirilmiştir.



Kemoterapiye Bağlı Ağız Yaraları



Kemoterapiye Bağlı Ağız Kuruluğu ve Yaralar

Bazı kemoterapi ilaçları, tat alma duyularınızı değiştirebilir, ağız ve dişeti hassasiyetinizi artırabilir, ağız ve boğazınızda kuruluk, kızarıklık ve yara (mukozit) gibi bazı problemlere neden olabilir.

Bu sorunlar genellikle kemoterapiden sonra ilk hafta içinde ağız ve boğazda hassasiyet ile başlayabilir.

Ağız yaraları, bazı durumlarda konuşmayı ve ağızdan beslenmeyi etkileyecek kadar şiddetli ağrıya neden olabilir.

Kemoterapiye bağlı yaşanabilecek ağız yaralarında en önemli konu önlemedir.

Öneriler

- Ağız bakımınıza özen gösterin. Dişlerinizi yumuşak bir diş fırçası ile yemeklerden sonra ve yatmadan önce fırçalayın.
- Ağız bakımınız için, bir bardak ılık suda erittiğiniz yarım çay kaşığı karbonat ve yarım çay kaşığı tuzla hazırladığınız solüsyonla günde 3-4 kez gargara yapın, normal suyla durulayın. Alkollü gargara kullanmayın.
- Protez kullanıyorsanız, ağzınıza iyi uymasına dikkat edin. Her yemekten sonra protezinizi çıkararak gargara yapın.
- Ağız ve boğazınızda hassasiyetin artması yiyecekleri yutmakta güçlük çekmenize neden olabilir. Bunu önlemek için sebze-meyve püreleri, çorba, muhallebi gibi yumuşak kıvamlı yiyecekleri tercih edebilirsiniz.
- İçecekleri pipetle için böylece ağırlı kısımlara değdirmeden içebilirsiniz.
- Ağzınıza buz parçası alıp emebilirsiniz. Buz ağzınızı uyuşturup, ağrıyı hafifletebilir.

Kemoterapiye Bağlı Ağız Yaralarının Yönetiminde Önerilen İlaç Dışı Uygulamalar

Etkisi kanıtlanmış uygulamalar

- Ağız Bakım Protokolü
- Kriyoterapi (Ağızda Buz Uygulaması)

Etkili olabilecek uygulamalar

- Bal
- Çinko Takviyesi
- Karadut Pekmezi
- Hava Nemlendiricisi Kullanımı
- Papatya
- Propolis

Ağız Bakımı;

Ağız yaralarının önlenmesi ve yönetiminde ağız bakımı önemlidir.

Ağız bakımına yönelik uygulamalar şu adımları içermektedir;

- tedavi öncesi diş muayenesi ve çürüklerin tedavisi,
- tedavi öncesi ağız, dil ve diş etlerinin değerlendirilmesi,
- diş fırçası seçimi ve diş fırçalama önerileri,
- özel ağız bakımı ve özel gargara kullanımına ilişkin öneriler.

Kriyoterapi (Ağızda Buz Uygulaması);

Özellikle tedavi esnasında ağız içi buz uygulaması ağız içi kan dolaşımını yavaşlatarak ağız yaralarının oluşumunu önleyebilmektedir.

Ağız içi buz uygulamasına genellikle tedaviden 5-10 dakika önce başlayarak, tedavi esnasında 10-15 dakika ve tedavi bitimi 15 dakika olacak şekilde uygulanması önerilmektedir.

Ayrıca evinizde ağız yaralarınıza bağlı ağrı hissettiğinizde de bu yöntemi uygulamanız rahatlamanıza yardımcı olabilir.

Bal;

Balın kendi yoğunluğundan (osmotik basıncından) dolayı çoğunlukla üzerinde mikroorganizmalar yaşayamaz.

Bu özelliği ile tıpta yara iyileşmesinde sıkça kullanılmaktadır.

Bal ağız yaralarının önlenmesinden çok şiddetinin azaltılmasında etkilidir.

Kullanım; her gün günde 3 kez 20 ml balı ağızınızda iyice gezdirdikten sonra birkaç dakika bekleterek sonra yutabilirsiniz.

Çinko Takviyesi;

Çinko, bağışıklık sistemi işleviyle ilişkili olan önemli bir eser elementtir.

Diyet takviyesi olarak çinko kullanımı ya da ve çinko içeren solüsyonlar ile gargara yapma ağız yaralarının yönetiminde etkili olabilir.

Besin takviyelerini hekiminizin haberi olmadan kullanmayınız.

Hava Nemlendiricisi Kullanma ;

Kuru hava, ağız içi dokuları (mukoza) kurutarak tahriş olmasına neden olabilir.

Özellikle geceleri odadaki havanın nemlendirilmeli ağız içi dokularda kuruluk, çatlak ve tahrişleri önleyebilir.

Karadut Şurubu;

Karadut şurubu ağız yaralarının iyileştirilmesinde etkili olduğu düşünülen bir besindir.

Özellikle ağız içi mantar enfeksiyonlarının gelişimini engellediği düşünülmektedir.

Günde 3-4 kez 5-15 ml karadut şurubu ile gargara yaparak sonra yutmanız ağız yaralarını önlemede etkili olabilir.

Papatya Çayı;

Papatyanın antiseptik ve iyileştirici özelliklere sahip olduğu ve ağız yaralarının yönetiminde papatya çayının etkili olduğu düşünülmektedir.

Propolis;

Propolis, kovanın iç kısmını kaplamak için arılar tarafından üretilen reçine benzeri bir maddedir.

Antioksidan ve iltihap önleyici (antiinflamatuvar) özelliklere sahip olduğuna inanılır.

Dil üzerine ve yanak içlerine uygulama ya da sulandırılan propolis ile yapılan ağız gargarasının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu eğitim kitapçığı, Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı, tez çalışması kapsamında geliştirilmiştir. Hazırlanma tarihinde ilgili en güncel bilimsel kaynaklar kullanılarak geliştirilmiş olup, yasal izin alınmaksızın çoğaltılamaz ve ticari amaçla kullanılamaz. (Ekim 2018)

Bu kitapçık, doktor ve hemşirenizin size verdiği eğitimleri desteklemek amacıyla geliştirilmiştir.



Kemoterapiye Bağlı Ağrı



Kemoterapiye Bağlı Ağrı

Kemoterapi sürecinde ağrılarınız olabilir fakat bununla başa çıkabilirsiniz. Doktorunuzun reçete edeceği birçok ağrı kesici ilaç olduğu gibi, ağrınızı gidermek ve/veya hafifletmek için doktorunuz ve hemşireniz size **farklı önerilerde** de bulunabilir.

Kemoterapi sürecinde ağrı hafif ila çok şiddetli arasında değişebilir. Bazı günler diğerlerinden daha kötü olabilir. Hastalığın kendisinden, tedaviden veya her ikisinden kaynaklanabilir.

Ağrı Türleri

- **Akut ağrı** hafif veya şiddetli hissedilebilen, ani başlayabilen ve genelde kısa süren ağrıdır.
- **Kronik ağrı** hafif veya şiddetli hissedilebilen, daha uzun sürebilen ya da sık sık geri dönebilen ağrıdır.
- **Ani ağrı** (Nefes kesen ağrı), aniden ortaya çıkan veya kısa bir süre yoğun hissedilen ağrıdır.

Kemoterapi sürecinde ağrı tedavisi ile ilgili bazı gerçekler:

- Ağrı neredeyse her zaman kontrol edilebilir.
- Ağrının kontrol edilmesi iyi bir sağlık bakımının temel parçasıdır.
- Ağrıyı kontrol etmenin en iyi yolu, başlamasını veya kötüleşmesini önlemektir.

Ağrınızın sizi nasıl hissettirdiğini yalnızca siz bilebilirsiniz. Bu nedenle ağrınız hakkında konuşmanız önemlidir. Sağlık ekibinizle, ağrınız hakkında veya diğer sorunlarınız ve düşünceleriniz hakkında açıkça konuşmaya çalışmalısınız.

Ağrı günlük yaşantınızı farklı derecelerde etkileyebilir. Bu süreçte **ağrı yönetimi** günlük yaşantınıza devam etmenize yardımcı olabilir.

Ağrı, kanser deneyiminizin bir parçası olmak zorunda değildir.

Öneriler

- ✓ Ağrınızı tanımlarken, "0= ağrı yok, 10=dayanılmaz ağrı" biçiminde değerlendirin. Ağrınızı başkalarına anlatmak için bu yöntemi kullanabilirsiniz.
- ✓ Ağrı kesici ilaçlarınızı reçete edilen şekilde kullanın.
- ✓ Ani gelen ağrılarda, ağrı kesici ilacınızı almak için ağrınızın şiddetlenmesini/kötüleşmesini beklemeyin.
- ✓ Ağrı kesici ilaçlarınızı kullanmayı aniden kesmeyin. Doktorunuz ve hemşireniz ilaç dozlarınız konusunda size bilgi verecektir.
- ✓ Bazı ağrı kesici ilaçlar mide bulantısına neden olabilir. Böyle bir etki gördüğünüzde lütfen doktorunuza/ hemşirenize haber verin. Bu gibi durumlarda ağrı kesici ilacınız değiştirilebilir ya da mide bulantısı için ek önlemler alınabilir.

Kemoterapiye Bağlı Ağrı Yönetiminde Önerilen İlaç Dışı Uygulamalar

Etkili olduğu bilinen uygulamalar

Akut ağrı

- Hipnoz, hipnoterapi
- Müzik terapi

Kronik Ağrı

- Psiko-eğitim müdahaleleri

Etkili olabilecek uygulamalar

Akut ağrı

- Akupresür
- Akupunktur, Elektroakupunktur
- Ayak masajı
- Biyofeedback
- Dikkati başka yöne çekme
- Duygusal destek ve danışmanlık
- İmgeleme
- Masaj/ Aromaterapi
- Meditasyon
- Progresif kas gevşetme egzersizleri
- Refleksoloji

Kronik Ağrı (ek olarak)

- Duygusal Betimleme yazma/
Günlük tutma
- Dans terapisi
- Egzersiz
- Omega 3
- Reiki
- Yoga
- TENS

Hipnoz, Hipnoterapi;

Hipnoz, uyku ile uyanıklık hali arasında yoğun bir trans durumudur.

Ağrının algılanmasını azaltmak, ağrı yerine başka bir duygu geliştirmek ya da daha az acı veren bir duyguyla değiştirmek için kullanılabilir.

Hipnoz, bir psikolog veya psikiyatrist tarafından uygulanabilir.

Müzik Terapi;

Müzik terapisi, müziğin fizyolojik, psikolojik ve duygusal durumunuzu olumlu yönde etkilemek için kullanılmasıdır.

Müzik terapisi genellikle gevşeme(relaksasyon) gibi diğer davranış teknikleriyle birlikte kullanılır.

Psiko-eğitim Müdahaleleri;

Psiko-eğitim müdahaleleri, eğitim, danışmanlık ve destekleyici yöntemleri içerir.

Psiko-eğitim bireysel veya gruplar halinde uygulanabilir.

Bu tür müdahaleler genellikle tedavi, yaşanabilecek semptomlar, destek hizmetleri, hasta bakımıyla ilgili eğitim ve problem çözme yöntemleri hakkında bilgi vermeyi içerir.

Müdahalelerde kitapçık, video, ses kaydı ve online kaynaklar kullanılabilir.

Bu müdahaleler sağlık personeli tarafından uygulanmaktadır.

Akupresür;

Akupresür, vücut üzerinde belirli noktalara parmaklar veya eller ile basınç uygulanan rahatlatıcı bir tekniktir.

Bir ya da daha fazla noktaya basınç uygulayarak, vücuttaki enerji akışının uyarılması ya da kolaylaştırılması yolu ile enerji dengesizliklerini düzelttiği düşünülmektedir.

Akupunktur, Elektroakupunktur;

Akupunkturda, ince iğneler, çeşitli derinlik ve açılarda vücudun belli noktalarına yerleştirilir.

Her noktanın, bedenin farklı bir kısmını kontrol ettiği düşünülmektedir.

İğneler yerleştirildiğinde birkaç saniyeliğine hafif künt ağrı, karıncalanma veya elektriksel uyarı hissedilir.

Elektroakupunktur, akupunktur iğnelerine bir elektrot aracılığıyla belirli bir düzeyde elektrik akımı uygulanmasıdır.

Ayak Masajı;

Ayakların yumuşak dokularına yapılan masajın, omurilikteki ağrı kapılarını kapatarak, ağrı uyaranlarının merkezi sinir sistemine geçişini engellediği, böylece ağrı kontrolünde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Biofeedback;

Vücudunuzun durumu hakkında anında geri bildirim veren özel makineler yardımıyla, kalp hızı, tansiyon ve kas gerginliği gibi belirli vücut işlevlerini kontrol etmeyi öğrenebilirsiniz.

Dikkati başka yöne çekme;

Hafif ağrıyı yönetmek için tek başına veya şiddetli ağrıları yönetmek için reçete edilen ilaçlarla birlikte kullanılabilir.

Doktorunuzun reçete ettiği ağrı kesicinin etkisini göstermeye başlamasını beklerken bu yöntemi kullanmak faydalı olabilir.

Dikkatinizi mevcut sorundan başka bir yere odaklamanızı sağlayan; sayı sayma, şarkı söyleme, dua etme, el işi, örgü, boyama veya resim yapma gibi faaliyetler ya da bununla başa çıkabilirim gibi pozitif düşünceler rahatlamanıza yardımcı olabilir.

Kitap okumak, zihninizi ağrıyı algılamaktan uzaklaştırabilir.

Televizyon izlemek ve müzik dinlemek de dikkati dağıtmak için yararlı olabilir.

Kulaklıkla tempolu bir müzik dinlemek ve dikkati müzik üzerinde yoğunlaştırmak için ritim tutmak faydalı olabilir.

Yavaş, ritmik soluk alıp vermek rahatlamanıza yardımcı olabilir.

Arkadaşlarınızla veya ailenizle vakit geçirmek başka bir yararlı tekniktir.

İmgeleme (Zihinde Canlandırma);

Zihinsel resimler veya durumlar yaratmak için hayal gücünü kullanmadır.

Zihninizde yaşadığınız ya da yaşamak istediğiniz anı, olayı canlandırma ve hayal etmedir.

Bunun için daha önce yaşadığınız bir anı tekrar hatırlayabilir veya yeni bir an oluşturabilirsiniz.

İmgeleme, görme, dokunma, duyma, koklama ve tad alma gibi tüm duyularınızı kullanacağınız bir hayal kurma sürecidir.

Genellikle gözleriniz kapalıyken aklınızda belirlediğiniz yerleri hayal edip tekrar ziyaret edebilirsiniz.

İmgeleme; yatakta kalmanız veya evden çıkmamanız gerekiyorsa, kendinizi daha az kısıtlanmış hissetmenize, rahatlamanıza, can sıkıntınızı hafifletmenize, endişenizi azaltmanıza ve uyumanıza yardımcı olabilir.

Masaj/ Aromaterapi Masajı;

Masaj terapisi, kalp hızında, kan basıncında ve solunum sayısında azalmaya neden olarak gevşemeyi sağlar.

Sıklıkla aromaterapi (krem veya uçucu yağlar) ile yapılır.

DİKKAT: Radyasyon tedavisi alıyorsanız, tedavi bölgesine ve vücudunuzdaki kızarmış, hassas veya şişmiş alanlara masaj yapmayın/yaptırmayın.

Meditasyon;

Meditasyon, bedeni rahatlatmaya, farkındalığı arttırmaya ve zihni sakinleştirmeye yardımcı olmak için kullanılan bir yöntemdir.

Meditasyon yapan bir kişi, özel duruş ve nefes alma teknikleri gibi belirli teknikleri kullanabilir.

Endişe, stres veya depresyon ile birlikte ağrıyı da azaltmaya yardımcı olabilir.

Progresif Kas Gevşetme Egzersizleri;

Progresif kas gevşetme egzersizleri tüm vücut kaslarını sırasıyla germe ve gevşetme şeklinde yapılan bir tekniktir.

Baş ve boyun kasları ile başlanır ve ayaklara doğru ilerleyebilir veya tam tersi yapılabilir.

Bu egzersizlerin nasıl yapılacağını öğrenerek kendi kendinize uygulayabilirsiniz.

Refleksoloji;

Refleksoloji, vücudun belirli bölgelerini yansıttığı düşünülen ayaklar ve eller üzerindeki belirli noktalara basınç uygulanmasıdır.

İlgili vücut bölgelerinde rahatlama sağlamak için bu noktalara parmak ve eller ile basınç uygulanır.

Duygusal Betimleme Yazma/ Günlük tutma;

Duygusal betimlemeler, duygu ve düşünceleri kâğıt üzerine aktarma tekniğidir.

Olumsuz duygusal deneyimler hakkında yazmak, fiziksel ve psikolojik sağlığı geliştirebilir ve kişisel stres nedenleri hakkında bilgi verebilir.

Yazarken, düşüncelerinizin, duygularınızın ve deneyimlerinizin özellikle sözel olarak ifade edemediğiniz başka yönlerini ele alarak yazmanız duygularınızı dışa vurmanıza yardım edebilir.

Yorgunluk, depresyon, ağrı ve uyku problemlerinde ve kaygı durumlarında kullanılabilir.

Dans Terapisi;

Dans veya hareket terapisinde temel ritmik vücut hareketleridir.

Dans terapisinde doğaçlama hareket, bedensel ifade, anılar, duyular, duygular ve düşüncelerin harekete geçmesini ve gerginliğin azalmasını sağlar.

Bu tekniği profesyonel olarak uygulayabileceğiniz gibi evde tek başınıza sevdiğiniz bir müzik eşliğinde dans etmeniz de rahatlamanıza yardımcı olabilir.

Egzersiz;

Aktivitenin azalması kas yıkımını kolaylaştırır, kişinin enerjisini azaltarak fonksiyon kaybına yol açar.

Kemoterapi sürecinde düzenli egzersiz yapmak;

- fiziksel fonksiyonu, aerobik kapasiteyi, kuvveti ve esnekliği geliştirir,
- vücut yapısının korunmasına ve gelişmesine yardımcı olur,
- kas kitlesini korur veya artırır,
- psikolojik olarak iyi hissetmeyi sağlar,
- stresi, depresyonu ve anksiyeteyi azaltır
- kemik mineral yoğunluğunu artırır,
- bulantı, ağrı, uyuma güçlüğü, ishal gibi yakınmaların şiddetini azaltır.

Öneriler

- Hareketsizlikten kaçının. Her gün en az 15 dk. hafif tempo yürüyüş gibi sizi zorlamayacak egzersizler yapın.
- Egzersiz yapmaya kısa süreli hafif şiddetli egzersizler ile başlayın ve kademeli artırın.
- Egzersizin türü, şiddetini ve sıklığını kendi durumunuza göre ayarlayın.
- Enfeksiyon riskinin arttığı dönemlerde (nötrofil sayısının düştüğü durumlar, kateter varlığı) yüzmekten kaçının.
- Baş dönmesi veya periferik nöropati şikayetleri yaşıyorsanız koşu bandı ve bisiklet gibi denge-koordinasyon aletleri kullanmayın.

Omega 3;

EPA (Eikosapentaenoik asit), özel kimyasal yapısı ile diğer uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitlerinden ayrılan temel bir omega-3 yağ asididir.

Kılıçbalığı, somon ve uskumru omega 3 açısından zengindir.

Kemoterapiye bağlı görülen yorgunluk ve ağrı yönetiminde kullanılabilir.

Reiki;

Reiki, uygulayıcının yaşam enerjisini alıcıya aktararak, alıcının enerji seviyesinin sağlıklı düzeye çıkarılması esasına dayanan bir enerji terapisi.

Bu yöntemde enerji elle dokunularak aktarılır ve aktarılan enerji reiki alıcısının ihtiyacına göre belirlenir. Eller gerekli pozisyonlarda vücuda değdiğinde reiki enerjisi kendiliğinden akmaya başladığı düşünülür.

Reiki'nin ağırlı vücut bölgelerindeki enerji dengesini yeniden kurduğu, böylece iyileşmeyi ve yaşam kalitesini arttırdığı ileri sürülmektedir.

Yoga;

Doğru nefes alma teknikleri, görsel imgeler, meditasyon ve ana odaklanma gibi stres azaltma tekniklerinin çeşitli duruş teknikleri ile birlikte kullanımıdır.

Kemoterapi sürecinde ağrı, anksiyete, depresyon, yorgunluk, uyku bozuklukları gibi yan etkilerin yönetiminde yoga rahatlatıcı bir teknik olarak kullanılabilir.

Yoga eğitmeni eşliğinde belirli programlar dahilinde yoga yapabileceğiniz gibi evinizde video izleyerek kendiniz de uygulayabilirsiniz.

TENS (Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu);

Deri yoluyla verilen elektrik akımı ile sinir uçlarının uyarılmasıdır.

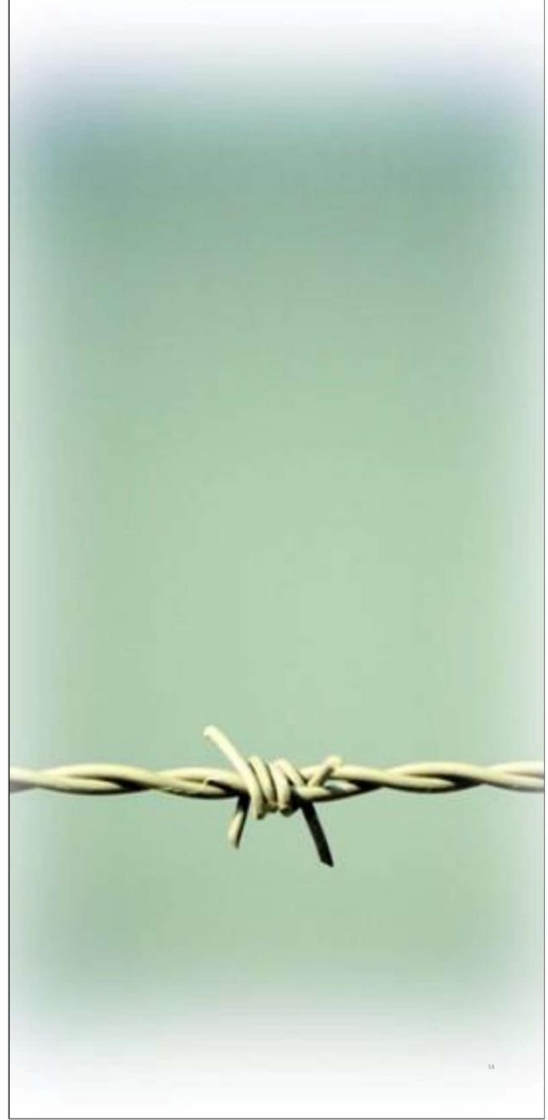
Cilde yerleştirilen elektrotlar aracılığı ile sinir sistemine düşük gerilimli elektrik akımının kontrollü bir şekilde verilmesidir.

Bu elektrik akımı yardımı ile omurilikteki ağrı kapıları kapatılarak, ağrı uyarılarının merkezi sinir sistemine geçişini engellenir, böylece beyin ağrı sinyallerini algılamaz.

TENS uygulaması sağlık personelleri (hekim, fizyoterapist) tarafından yapılabilir.

Bu eğitim kitapçığı, Kaç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı, tez çalışması kapsamında geliştirilmiştir. Hazırlanma tarihinde ilgili en güncel bilimsel kaynaklar kullanılarak geliştirilmiş olup, yasal izin alınmaksızın çoğaltılamaz ve ticari amaçla kullanılamaz. (Ekim 2018)

Bu kitapçık, doktor ve hemşirenizin size verdiği eğitimleri desteklemek amacıyla geliştirilmiştir.



Kemoterapiye Bağlı Anksiyete ve Depresyon



Kemoterapiye Bağlı Anksiyete ve Depresyon

Anksiyete sinirli veya endişeli olma halidir. Ancak yoğun ve uzun süreli olması halinde bir kaygı bozukluğudur.

Yoğun korku, kalp çarpıntısı, boğulma hissi gibi akut şikayetler şeklinde görülebileceği gibi sürekli aşırı endişe hali, kaslarda gerginlik, uyku problemleri, kararsızlık gibi kronik şikayetler şeklinde de görülebilir.

Daha önce yapmaktan zevk alınan aktivitelere karşı ilgi kaybı, keyif almada azalma, enerji kaybı, değersizlik ya da suçluluk duygusu, sürekli üzgün hissetme ya da konsantre olma kabiliyetinin azalması ve tekrarlayan ölüm ya da intihar düşünceleri gibi belirtiler **depresyonun** göstergesidir.

***Kemoterapiye Bağlı
Anksiyete ve Depresyon
Yönetiminde Önerilen İlaç
Dışı Uygulamalar***

Etkisi kanıtlanmış uygulamalar

- Bilişsel Davranışsal Müdahaleler
- Psikoeğitim/Psikoeğitimsel Müdahaleler

Etkili Olduğu Bilinen Uygulamalar

- Masaj/ Aromaterapi
- Müzik Terapi
- Progresif kas gevşetme egzersizleri

Etkili olabilecek uygulamalar

- Akupresür
- Akupunktur, Elektroakupunktur
- Dans Terapisi
- Duyusal Betimleme yazma/ Günlük tutma
- Egzersiz
- Hipnoz, Hipnoterapi
- İmgeleme
- Meditasyon
- Refleksoloji
- Sanal Gerçeklik
- Sanat Terapisi/ Sanatsal Aktiviteler
- Yoga

Bilişsel Davranışsal Müdahaleler;

Bu müdahaleler sahip olabileceğiniz olumsuz düşünce ve inançlarınızı tanımlamanıza ve değiştirmenize yardımcı olacak psikoterapi müdahaleleridir.

Kendinize yeni hedefler oluşturmanıza, problemleri çözme ve etkili baş etme becerileri geliştirmenize yardımcı olur.

Bu tip psikoterapi müdahaleleri psikiyatrist ya da psikolog tarafından uygulanmaktadır.

Psiko-eğitim Müdahaleleri;

Psiko-eğitim müdahaleleri, eğitim, danışmanlık ve destekleyici yöntemleri içerir.

Psikoeğitim bireysel veya gruplar halinde uygulanabilir.

Bu tür müdahaleler genellikle tedavi, yaşanabilecek semptomlar, destek hizmetleri, hasta bakımıyla ilgili eğitim ve problem çözme yöntemleri hakkında bilgi vermeyi içerir.

Müdahalelerde kitapçık, video, ses kaydı ve online kaynaklar kullanılabilir.

Bu müdahaleler sağlık personeli tarafından uygulanmaktadır.

Masaj/ Aromaterapi Masajı;

Masaj terapisi, kalp hızında, kan basıncında ve solunum sayısında azalmaya neden olarak gevşemeyi sağlar.

Sıklıkla, aromaterapi (krem veya uçucu yağlar) ile yapılır.

DİKKAT: Radyasyon tedavisi alıyorsanız, tedavi bölgesine ve vücudunuzdaki kızarmış, hassas veya şişmiş alanlara masaj yapmayın/yaptırmayın.

Müzik Terapisi;

Müzik terapisi, müziğin fizyolojik, psikolojik ve duygusal durumunuzu olumlu yönde etkilemek için kullanılmasıdır.

Müzik terapisi genellikle gevşeme(relaksasyon) gibi diğer davranış teknikleriyle birlikte kullanılır.

Progresif Kas Gevşetme Egzersizleri;

Progresif kas gevşetme egzersizleri tüm vücut kaslarını sırasıyla germe ve gevşetme şeklinde yapılan bir tekniktir.

Baş ve boyun kasları ile başlanır ve ayaklara doğru ilerleyebilir veya tam tersi yapılabilir.

Bu egzersizlerin nasıl yapılacağını öğrenerek kendi kendinize uygulayabilirsiniz.

Akupresür;

Akupresür, vücut üzerinde belirli noktalara parmaklar veya eller ile basınç uygulanan rahatlatıcı bir tekniktir.

Bir ya da daha fazla noktaya basınç uygulayarak, vücuttaki enerji akışının uyarılması ya da kolaylaştırılması yolu ile enerji dengesizliklerini düzelttiği düşünülmektedir.

Akupunktur, Elektroakupunktur;

Akupunkturda, ince iğneler, çeşitli derinlik ve açılarda vücudun belli noktalarına yerleştirilir.

Her noktanın, bedenin farklı bir kısmını kontrol ettiği düşünülmektedir.

İğneler yerleştirildiğinde birkaç saniyeliğine hafif künt ağrı, karıncalanma veya elektriksel uyarı hissedilir.

Elektroakupunktur, akupunktur iğnelerine bir elektrot aracılığıyla belirli bir düzeyde elektrik akımı uygulanmasıdır.

Dans Terapisi;

Dans veya hareket terapisinde temel ritmik vücut hareketleridir.

Dans terapisinde doğaçlama hareket, bedensel ifade, duyular, anılar, duygular ve düşüncelerin harekete geçmesini ve gerginliğin azalmasını sağlar.

Bu tekniği profesyonel olarak sertifikalı dans terapistleri eşliğinde uygulayabileceğiniz gibi evde tek başınıza sevdiğiniz bir müzik eşliğinde dans etmeniz de rahatlamanıza yardımcı olabilir.

Duygusal Betimleme Yazma/ Günlük tutma;

Duygusal betimlemeler, duygu ve düşünceleri kâğıt üzerine aktarma tekniğidir.

Olumsuz duygusal deneyimler hakkında yazmak, fiziksel ve psikolojik sağlığı geliştirebilir ve kişisel stres nedenleri hakkında bilgi verebilir.

Yazarken, düşüncelerinizin, duygularınızın ve deneyimlerinizin özellikle sözel olarak ifade edemediğiniz başka yönlerini ele alarak yazmanız duygularınızı dışa vurmanıza yardım edebilir.

Yorgunluk, depresyon, ağrı ve uyku problemlerinde ve kaygı durumlarında kullanılabilir.

Hipnoz, Hipnoterapi;

Hipnoz, uyku ile uyanıklık hali arasında yoğun bir trans durumudur.

Ağrının algılanmasını azaltmak, ağrı yerine başka bir duygu geliştirmek ya da daha az acı veren bir duyguyla değiştirmek için kullanılabilir.

Hipnoz, bir psikolog veya psikiyatrist tarafından uygulanabilir.

Egzersiz;

Aktivitenin azalması kas yıkımını kolaylaştırır, kişinin enerjisini azaltarak fonksiyon kaybına yol açar. Bu süreç hissedilen yorgunluğun artmasına neden olur.

Kemoterapi sürecinde düzenli egzersiz yapmak;

- fiziksel fonksiyonu, aerobik kapasiteyi, kuvveti ve esnekliği geliştirir,
- vücut yapısının korunmasına ve gelişmesine yardımcı olur,
- kas kütlesini korur veya artırır,
- psikolojik olarak iyi hissetmeyi sağlar,
- stresi, depresyonu ve anksiyeteyi azaltır
- kemik mineral yoğunluğunu artırır,
- bulantı, ağrı, uyuma güçlüğü, ishal gibi yakınmaların şiddetini azaltır.

Öneriler

- Hareketsizlikten kaçının. Her gün en az 15 dk. hafif tempo yürüyüş gibi sizi zorlamayacak egzersizler yapın.
- Egzersiz yapmaya kısa süreli hafif şiddetli egzersizler ile başlayın ve kademeli artırın.
- Egzersizin türü, şiddetini ve sıklığını kendi durumunuza göre ayarlayın.
- Enfeksiyon riskinin arttığı dönemlerde (nötrofil sayısının düştüğü durumlar, kateter varlığı) yüzmekten kaçının.
- Baş dönmesi veya periferik nöropati şikayetleri yaşıyorsanız koşu bandı ve bisiklet gibi denge-koordinasyon aletleri kullanmayın.

İmgeleme (Zihinde Canlandırma);

Zihinsel resimler veya durumlar yaratmak için hayal gücünü kullanmadır.

Zihninizde yaşadığınız ya da yaşamak istediğiniz anı, olayı canlandırma ve hayal etmedir.

Bunun için daha önce yaşadığınız bir anı tekrar hatırlayabilir veya yeni bir an oluşturabilirsiniz.

İmgeleme, görme, dokunma, duyma, koklama ve tad alma gibi tüm duyularınızı kullanacağınız bir hayal kurma sürecidir.

Genellikle gözleriniz kapalıyken aklınızda belirlediğiniz yerleri hayal edip tekrar ziyaret edebilirsiniz.

İmgeleme; yatakta kalmanız veya evden çıkmamanız gerekiyorsa, kendinizi daha az kısıtlanmış hissetmenize, rahatlamaya, can sıkıntınızı hafifletmenize, endişenizi azaltmaya ve uyumanıza yardımcı olabilir.

Meditasyon;

Meditasyon, bedeni rahatlatmaya, farkındalığı arttırmaya ve zihni sakinleştirmeye yardımcı olmak için kullanılan bir yöntemdir.

Meditasyon yapan bir kişi, özel duruş ve nefes alma teknikleri gibi belirli teknikleri kullanabilir.

Endişe, stres veya depresyon ile birlikte ağrıyı da azaltmaya yardımcı olabilir.

Refleksoloji;

Refleksoloji, vücudun belirli bölgelerini yansıtan; ayaklar ve eller üzerindeki belirli bölgelere basınç uygulanmasıdır.

İlgili vücut kısımlarında rahatlama sağlamak için bu noktalara parmak ve eller ile basınç uygulanır.

Sanal Gerçeklik Uygulamaları;

Sanal gerçeklik, gerçek olmayan bir yerde aktif yazılım ve donanımlar ile fiziksel olarak var olma hissi yaratan bilgisayar simülasyonudur.

Sanal gerçeklik uygulamaları, kemoterapi sırasında oluşan bulantı-kusmanın önlenmesinde, hastaların dikkatini dağıtan bir uygulama olarak kullanılabilir.

Bu uygulamalar anksiyete, depresyon ve yorgunluğun yönetiminde de kullanılabilir.

Sanat Terapisi;

Sanat terapisi kişilerin duygu ve düşüncelerini açığa çıkararak iletişimi güçlendirmeyi ve çizim yolu ile duyguları ifade etmeyi amaçlar.

Bu süreçte sanat terapistleri, yönlendirmeleri ile kişilerin kendi duygu ve düşüncelerini keşfetmesine olanak sağlar.

Kanser hastalarında anksiyete, depresyon ve yorgunluğun yönetiminde kullanılabilir.

Sanat terapisinin yanı sıra müzik aleti çalma, resim yapma, heykeltıraşlık gibi sanatsal aktiviteler yapmak kendinizi iyi hissetmenize yardımcı olabilir.

Yoga;

Doğru nefes alma teknikleri, görsel imgeler, meditasyon ve ana odaklanma gibi stres azaltma tekniklerinin çeşitli duruş teknikleri ile birlikte kullanımıdır.

Meditatif yönü ile yogaya benzer bir teknik olan Tai-Chi nefes ve duruş tekniklerinin yanı sıra yavaş hareketleri de içeren bir Çin dövüş sanatları aktivitesidir.

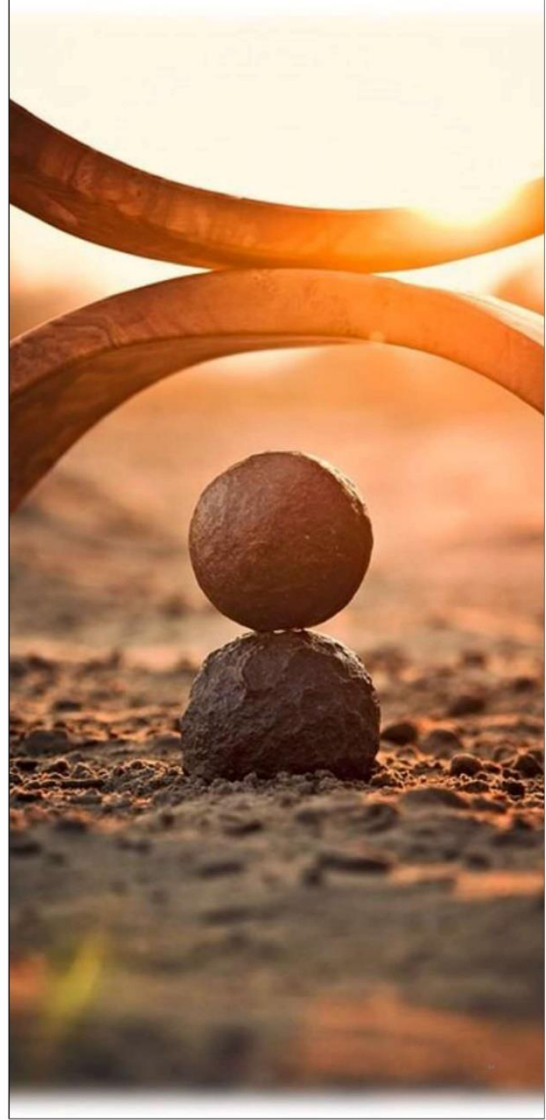
Yogada olduğu gibi Tai-Chi'de de amaç kişinin kendi duygu ve düşüncelerini tanıması ve kendinden hareketle evrenin uyumunu yakalamasıdır.

Kemoterapi sürecinde ağrı, anksiyete, depresyon, yorgunluk, uyku bozuklukları gibi yan etkilerin yönetiminde yoga rahatlatıcı bir teknik olarak kullanılabilir.

Yoga eğitmeni eşliğinde belirli programlar dahilinde yoga yapabileceğiniz gibi evinizde video izleyerek kendiniz de uygulayabilirsiniz.

Bu eğitim kitapçığı, Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı, tez çalışması kapsamında geliştirilmiştir. Hazırlanma tarihinde ilgili en güncel bilimsel kaynaklar kullanılarak geliştirilmiş olup, yasal izin alınmaksızın çoğaltılamaz ve ticari amaçla kullanılamaz. (Ekim 2018)

Bu kitapçık, doktor ve hemşirenizin size verdiği eğitimleri desteklemek amacıyla geliştirilmiştir.



Kemoterapiye Bağlı Bulantı- Kusma



Kemoterapiye Bağlı Bulantı- Kusma

Mide bulantısı ve kusma, kemoterapinin ciddi yan etkilerindendir ve tedavi alan hastaların çoğunu etkileyebilmektedir.

Bulantı ve kusma birbirinden bağımsız olarak ortaya çıkabilse de genellikle birbirleriyle yakından ilişkilidir. Her bulantı kusmaya yol açmayabilir veya hiç bulantı olmadan kusma gerçekleşebilir.

- **Akut Bulantı-Kusma:** Tedaviyi takiben birkaç dakika ya da saatler içerisinde görülebilir.
- **Gecikmiş Bulantı -Kusma:** Kemoterapi uygulandıktan sonraki ilk 24 saatten sonra, genellikle 48-72 saatler arasında görülebilir.
- **Beklenti Bulantı-Kusması:** Tedavi başlamadan önce, önceki tedavilere bir tepki olarak ortaya çıkar. Kemoterapi ilaçlarının alındığı odanın hatırlanması, koku, görüntüler, sesler, beklenti bulantı ve kusmayı ortaya çıkarabilir.

Beslenme Önerileri

- Üç ana öğün yerine beş veya altı ara öğünler halinde yiyin.
- Ana ve ara öğünleri atlamayın; boş mide, bulantıyı daha da kötüleştirir.
- Midenizi rahatsız etmeyecek hafif, yumuşak, sindirimi kolay yiyecekler yiyin.
- Gün içerisinde kraker, galeta veya kızarmış ekmek gibi kuru yiyecekler tüketin.
- Aksi söylenmediği sürece günde en az 6-8 bardak sıvı tüketin. Sıvıları yavaş yavaş ve yudumlar halinde tüketin.
- Yemeklerle birlikte sıvı tüketmeyin, en az 30 dakika ara olmasına özen gösterin.
- Çok sıcak veya çok soğuk olmayan yiyecekler ve içecekler tüketin.
- Sabahları mide bulantınız olduğunda, yataktan kalkmadan birkaç tane kraker yiyin.
- Size hitap eden yiyecekleri seçin. Kendinizi herhangi bir yiyecek yemek için zorlamayın.

- Mide bulantınız iyileşmeye başladıkça, farklı içecek ve yiyecekleri ekleyin, miktarları yavaşça artırın.
- Baharatlı, keskin tat ve kokulu yiyecek ve içeceklerden kaçınin.
- İçeceklerin kokusu sizi rahatsız ediyorsa pipet kullanabilirsiniz.
- Sıcak yemekler daha fazla kokabileceğinden, soğuk veya oda sıcaklığındaki yemekleri tercih edin.
- Odadaki kokular rahatsız ettiğinde bir pencere açın ya da bir fan kullanın.
- Mümkünse, mutfaktan uzak durun, yemeklerinizi hazırlaması için başka birinden yardım alın.

*Ağız çalkalama solüsyonu yapımı:
Yarım çay kaşığı tuz, yarım çay
kaşığı karbonat, 1 bardak su*

Yaşam Tarzı Önerileri

- Yemek kokuları olan veya aşırı sıcak bir odada yemek yemeyin.
- Yaşam alanınızı rahat ve iyi havalandırılmış tutun.
- Gevşek kıyafetler giyin. Bel çevresinde sıkı giysiler bulantıyı daha da kötüleştirebilir.
- Kendinizi rahat hissettiğiniz bir zamanda yeterli vakit ayırarak yemek yemeye özen gösterin. Çok hızlı yemek, bulantıyı daha da kötüleştirebilir.
- Yemek yedikten sonra 30-60 dakika oturun. Yemeğin hemen ardından yatmak mide bulantısına neden olabilir.
- Yemeklerden önce ve sonra ağzınızı çalkalayın.
- Ağızındaki kötü tadı gidermek için nane şekeri vb. tüketebilirsiniz.
- Dişlerinizi yemekten 30 dakika sonra ve yatmadan önce olmak üzere günde en az 4 kez yumuşak diş fırçası ile fırçalayın. Bu, ağızındaki kötü tatlardan kurtulmanıza yardımcı olur.
- Bulantı hissetmeye başladığınızda pozisyonunuzu değiştirin.

Bulantı - Kusma yaşadığımda ne yemeli? / içmeliyim?

- Meyve suyu, gazsız zencefilli gazoz, limonata, et suyu ve kremasız çorbalar,
- Buz parçaları, buzlu dondurma veya donmuş meyve,
- Kraker, simit, etimek,
- Haşlanmış patates, erişte, piring

Bulantı - Kusma yaşadığımda neleri kısıtlamalıyım?

- Kafein, kahve ve kafeinli içecekler (kola)
- Alkol
- Yağlı, kızarmış et ve yumurta
- Yoğun kokulu soslar
- Soğan, sarımsak
- Hamur işleri, tatlılar
- Baharatlı yiyecekler

Kemoterapiye Bağlı Bulantı- Kusma Yönetiminde Önerilen İlaç Dışı Uygulamalar

Etkili olabilecek uygulamalar

- Akupresür
- Akupunktur, Elektroakupunktur
- Dikkati Başka Yöne Çekme
- İmgeleme
- Masaj/ Aromaterapi
- Progresif kas gevşetme egzersizleri
- Psikoeğitim Müdahaleleri
- Zencefil

Akupresür;

Akupresür, vücut üzerinde belirli noktalara parmaklar veya eller ile basınç uygulanan rahatlatıcı bir tekniktir.

Bir ya da daha fazla noktaya basınç uygulayarak, vücuttaki enerji akışının uyarılması ya da kolaylaştırılması yolu ile enerji dengesizliklerini düzelttiği düşünülmektedir.

Akupunktur, Elektroakupunktur;

Akupunkturda, ince iğneler, çeşitli derinlik ve açılarda vücudun belli noktalarına yerleştirilir.

Her noktanın, bedenin farklı bir kısmını kontrol ettiği düşünülmektedir.

İğneler yerleştirildiğinde birkaç saniyeliğine hafif künt ağrı, karıncalanma veya elektriksel uyarı hissedilir.

Elektroakupunktur, akupunktur iğnelerine bir elektrot aracılığıyla belirli bir düzeyde elektrik akımı uygulanmasıdır.

Dikkati Başka Yöne Çekme;

Dikkatinizi mevcut sorundan başka bir yere odaklamanızı sağlayan; sayı sayma, şarkı söyleme, dua etme, el işi, örgü, boyama veya resim yapma gibi faaliyetler ya da bununla başa çıkabilirim gibi pozitif düşünceler rahatlamaya yardımcı olabilir.

Kitap okumak, zihninizi ağrı, bulantı, gibi yan etkileri algılamaktan uzaklaştırabilir.

Televizyon izlemek ve müzik dinlemek de dikkati dağıtmak için yararlı olabilir.

Kulaklıkla tempolu bir müzik dinlemek ve dikkati müzik üzerinde yoğunlaştırmak için ritim tutmak faydalı olabilir.

Yavaş, ritmik soluk alıp vermek rahatlamaya yardımcı olabilir.

Arkadaşlarınızla veya ailenizle vakit geçirmek başka bir yararlı tekniktir.

İmgeleme (Zihinde Canlandırma);

Zihinsel resimler veya durumlar yaratmak için hayal gücünü kullanmadır.

Zihninizde yaşadığınız ya da yaşamak istediğiniz anı, olayı canlandırma ve hayal etmedir.

Bunun için daha önce yaşadığınız bir anı tekrar hatırlayabilir veya yeni bir an oluşturabilirsiniz.

İmgeleme, görme, dokunma, duyma, koklama ve tad alma gibi tüm duyularınızı kullanacağınız bir hayal kurma sürecidir.

Genellikle gözleriniz kapalıyken aklınızda belirlediğiniz yerleri hayal edip tekrar ziyaret edebilirsiniz.

İmgeleme; yatakta kalmanız veya evden çıkmamanız gerekiyorsa, kendinizi daha az kısıtlanmış hissetmenize, rahatlamaya, can sıkıntınızı hafifletmenize, endişenizi azaltmaya ve uyumanıza yardımcı olabilir.

Masaj/ Aromaterapi Masajı;

Masaj terapisi, kalp hızında, kan basıncında ve solunum sayısında azalmaya neden olarak gevşemeyi sağlar.

Sıklıkla, aromaterapi (krem veya uçucu yağlar) ile yapılır.

DİKKAT: Radyasyon tedavisi alıyorsanız, tedavi bölgesine ve vücudunuzdaki kızarmış, hassas veya şişmiş alanlara masaj yapmayın/yaptırmayın.

Progresif Kas Gevşetme Egzersizleri;

Progresif kas gevşetme egzersizleri tüm vücut kaslarını sırasıyla germe ve gevşetme şeklinde yapılan bir tekniktir.

Baş ve boyun kasları ile başlanır ve ayaklara doğru ilerleyebilir veya tam tersi yapılabilir.

Bu egzersizlerin nasıl yapılacağını öğrenerek kendi kendinize uygulayabilirsiniz.

Psiko-eğitim Müdahaleleri;

Psiko-eğitim müdahaleleri, eğitim, danışmanlık ve destekleyici yöntemleri içerir.

Psikoeğitim bireysel veya gruplar halinde uygulanabilir.

Bu tür müdahaleler genellikle tedavi, yaşanabilecek semptomlar, destek hizmetleri, hasta bakımıyla ilgili eğitim ve problem çözme yöntemleri hakkında bilgi vermeyi içerir.

Müdahalelerde kitapçık, video, ses kaydı ve online kaynaklar kullanılabilir.

Bu müdahaleler sağlık personeli tarafından uygulanmaktadır.

Zencefil;

Zencefil, bulantı ve kusma tedavisi için kullanılan bir bitkidir.

Zencefil, sindirim sistem üzerinde kas gevşetici etki gösterir.

Toz, çay, kapsül ya da çiğ hali ile tüketilebilir.

Bu eğitim kitapçığı, Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı, tez çalışması kapsamında geliştirilmiştir. Hazırlanma tarihinde ilgili en güncel bilimsel kaynaklar kullanılarak geliştirilmiş olup, yasal izin alınmaksızın çoğaltılamaz ve ticari amaçla kullanılamaz.

Bu kitapçık doktor ve hemşirenizin size verdiği eğitimleri desteklemek amaçlı geliştirilmiştir.

21



Kemoterapiye Bağlı Cilt ve Tırnak Değişiklikleri



Kemoterapiye Bağlı Cilt ve Tırnak Değişiklikleri

Kanser tedavisi cildi, kılları ve tırnakları olumsuz etkileyebilir.

Bu etkilenmeler kullanılan kemoterapi ilaçlarına ve tedavi biçimine göre değişiklik gösterebilir.

Güneş ışığına duyarlılık, deride yüzeysel damarlaşma (telanjiektazi) ve deri renginin koyulaşması (hiperpigmentasyon), tedavinin uzun süreli veya kalıcı yan etkileri olabilir.

Cilt sorunlarının yönetimi için en iyi yol önlemektir.

Cildinizde daha önce olmayan herhangi bir yara, kızarıklık veya başka problemler fark ettiğinizde lütfen sağlık ekibinizi bilgilendirin.

Öneriler

- Cilt kuruluğunu önlemek için günde 2 kez alkol ve parfüm içermeyen nemlendirici kullanın.
- Normal sabun, deterjan ve parfüm içeren kremler gibi cildi tahriş edebilecek ürünler kullanmayın.
- PH'ı nötr sabun veya losyonlar kullanarak ılık su ile yıkayın. Sıcak su cildi daha fazla kurutabilir.
- Banyo süngeri, fırçaları veya lifleri gibi cildi çizen veya fırçalayan ürünler kullanmayın.
- Özellikle 10:00-16:00 saatleri arasında doğrudan güneş ışığına maruz kalmayın, şapka kullanın.
- Güneşe çıkmadan 1-2 saat önce geniş spektrumlu (UVA ve UVB ışınlarını engelleyen) en az 15 faktörlü bir güneş koruyucu kullanın. Her iki saatte bir ya da yüzme-terleme durumlarda yeniden uygulayın.
- Tırnaklarınızı dikkatli ve özenli biçimde kesin. Manikür ve pedikürden kaçının.
- Bahçe işi veya temizlik gibi işlerde eldiven giyin.
- Tırnaklarınızın etrafındaki cildinizi yumuşak tutmak için nemlendirici krem kullanın.
- Rahat ayakkabı tercih edin, ayakkabının ayağınızı sıkmasına dikkat edin.

Kemoterapiye Bağlı Cilt Değişiklikleri Yönetiminde Önerilen İlaç Dışı Uygulamalar

Etkisi kanıtlanmış uygulamalar

- Üre Bazlı Nemlendiriciler

Etkili olabilecek uygulamalar

- Bölgesel Soğuk Uygulama
- Güneş Kremi
- Yumuşatıcılar ve Nemlendiriciler

Üre Bazlı Nemlendiriciler;

Üre içeren losyon ve kremler topikal kullanım için uygun nemlendirici ve yumuşatıcı maddelerdir.

Bölgesel Soğuk Uygulama;

Bölgesel soğutma kemoterapi tedavisi sırasında ya da hemen sonrasında bileklere ve ayak bileklerine buz paketlerinin uygulanmasını içerir.

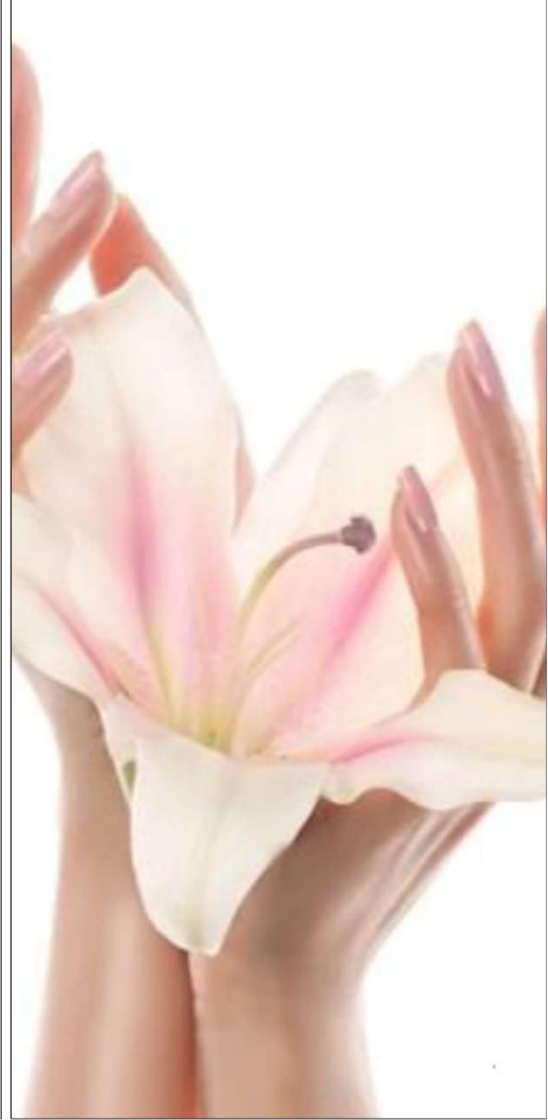
Soğuk uygulama; damarların daralmasını böylece ilacın bölgesel dolaşımının azalmasını ve çevre dokuya etkilerini azaltabilir.

Yumuşatıcılar ve Nemlendiriciler;

Yumuşatıcılar ve nemlendiriciler, cildin buharlaşma ile nem kaybetmesini önleyerek cildin nemlenmesini sağlar, dış deri katmanlarını daha esnek hale getirir.

Bu eğitim kitapçığı, Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı, tez çalışması kapsamında geliştirilmiştir. Hazırlanma tarihinde ilgili en güncel bilimsel kaynaklar kullanılarak geliştirilmiş olup, yasal izin alınmaksızın çoğaltılamaz ve ticari amaçla kullanılamaz. (Ekim 2018)

Bu kitapçık, doktor ve hemşirenizin size verdiği eğitimleri desteklemek amacıyla geliştirilmiştir.



Kemoterapiye Bağlı Cinsel Sorunlar



Kemoterapiye Bağlı Cinsel Sorunlar

Uygulanan tedavi yöntemleri kadının cinsel sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir.

Jinekolojik kanserlerde cerrahi tedavide cinsel fonksiyonda rol oynayan organların çıkarılması söz konusudur.

Radyoterapide direkt kavite içine verilen ışınlar geçici de olsa vajina (kadın cinsel organı) dokusuna ve damar dokularına zarar verebilir.

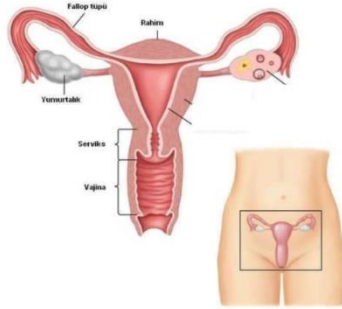
Kemoterapi hormonal düzensizliklere sebep olarak cinsel yaşamı olumsuz etkileyebilir.

Bunların yanı sıra kemoterapiye bağlı yaşanabilecek yorgunluk, bulantı, kusma, ishal, gibi etkenler de cinsel sorunlara neden olabilir.

Fiziksel nedenlerin yanında cinsel ilişkinin hastalığı kötüleştireceği korkusu, beden algısının bozulması ve beğenilmeme korkusu gibi psikolojik nedenler de cinselliği olumsuz etkileyebilir.

Kemoterapi ve radyoterapiye bağı en sık görülen cinsel sorunlar şunlardır;

- Cinsel istekte azalma,
- Vajinal kayganlıkta azalma, vajinal kuruluk,
- Vajinal uyarılmada azalma,
- Vajinanın kısa hissedilmesi, vajinal elastikiyetin azalması, hissizlik,
- Vajinal darlık, yapışıklık,
- Cinsel ilişki sırasında ağrı,
- Orgazm (tatmin) olamama, cinsel ilişki sonrası memnuniyette azalma,
- Cinsel ilişki sonrası kanama,
- Yumurtalık kapasitesinde azalma ve üreme yeteneğinin azalması.



Resim 1: Kadın Üreme Sistemi

Öneriler

- Cinsel partneriniz var ise, pelvik organlarda kan akımının sürdürülmesi ve vajinal darlık ve yapışıklıkların önlenmesinde düzenli cinsel ilişki önemlidir.
- Cinsel partneriniz yok ise vajinal darlık ve yapışıklıkları önlemek için dilatör kullanmanız gerekmektedir.

Vajinal dilatör:

Tüp veya bir silindir biçiminde, cam, plastik ya da silikondan yapılmış, vajinayı genişletmek ya da uzatmak için kullanılan materyallerdir. Uygun boyutlarda kayganlaştırılmış vajinal dilatörleri kullanarak vajinayı nazıkçe esnetme, vajinal açıklığın korunmasında ve işlevini geri kazanmasında önemlidir.

Hekiminiz ve hemşireniz size ne vajinal dilatörleri nasıl ve kadar süre/sıklıkta kullanacağınızı anlatacaktır. Bu talimatlara uymanız önemlidir.



Resim 2: Vajinal Dilatör

- Cinsel sorunların üstesinden gelebilmek için eşinizle iletişiminizin artması ve birbirinize hissettiklerinizi açıkça söylemelisiniz.
- Cinsel isteksizliğe ve libido kaybına yönelik hayal kurma, cinsel içerikli dergiler okuma, erotik videolar izleme, masaj, uygun ortam hazırlama, erotik kıyafetler gibi alternatif yardımcı olabilir.
- Vajinal kuruluğu önlemek için nemlendiriciler, düzenli olarak haftada birkaç kez kullanılmalıdır. En iyi emilim yatmadan önce kullanıldığında gerçekleşir.
- Ön sevişmeye yeterince zaman ayrılmalı, genital bölge dışındaki uyarılma noktaları ve haz alma yöntemleri kullanılmalıdır.
- Cinsel ilişki sırasında ağrı şikayeti için, vajinanın derinlik kazanacağı pozisyonlar faydalı olabilir.
- Vajinal kayganlaştırıcılar, özellikle tam cinsel birleşmeden önce uygulamalıdır.
- Düzenli olarak Kegel egzersizleri ile pelvik kaslar çalıştırmak bu şikayetlerinizin azalmasına yardım edecektir.

Kegel Egzersizleri:

Pelvik taban kasların kasılıp gevşetilmesi esasına dayanmaktadır. Egzersizler, pelvik kas gücünü ve direncini artırır. Mesane sarkması, idrar kaçırma gibi sorunların azalmasını sağlar. Düzenli yapılması bağırsak kontrolünü ve orgazmı artırır, cinsel problemleri azaltır. Vajina etrafındaki dokularda artan kan akımı ve artan kas gücü ile birlikte cinsel yaşamdan memnuniyet artmaktadır.

- Egzersize başlamadan önce mesane boşaltılmalı ve rahat bir giysi seçilmelidir.
- Dizler kendine çekilerek, sırtüstü yatar pozisyonda baş hafifçe kaldırılmalıdır. Karın, kalça ve uyluk kasları gevşek olmalıdır.
- Sanki idrar ve gaz geçişi durduruluyormuş gibi vajina etrafındaki kaslar içeri ve yukarıya doğru çekilerek kasılır.
- Kasma süresinin 10 saniye ve gevşeme süresinin 10-20 saniye olmasına dikkat edilmelidir.

- Yalnızca pelvik taban kasları kasın kalça, uyluk, karın kasları gevşek bırakılmalıdır.
- Değişik pozisyonlarda (uzanırken, otururken, ayakta vb.) yapılabilir.
- Günde 36-200 kez, 3-10 saniye süre ile kasılmalıdır. Az yoğunlukta sık tekrar etmek önemlidir.

Bu eğitim kitapçığı, Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı, tez çalışması kapsamında geliştirilmiştir. Hazırlanma tarihinde ilgili en güncel bilimsel kaynaklar kullanılarak geliştirilmiş olup, yasal izin alınmaksızın çoğaltılamaz ve ticari amaçla kullanılamaz.

Bu kitapçık doktor ve hemşirenizin size verdiği eğitimleri desteklemek amaçlı geliştirilmiştir



Kemoterapiye Bağlı Nefes Darlığı



Kemoterapiye Bağlı Nefes Darlığı-Dispne

Dispne, birden gelişen, nefes alıp vermede zorluk veya nefes darlığı hissidir.

Dispne, doğrudan hastalığın kendisi, tedavi veya altta yatan başka bir tıbbi durum nedeniyle görülebilir.

Nedene göre tedavi edilebilir.

Öneriler

- Odanızın daima iyi havalanmış olmasına özen gösterin, mümkün ise bir pencereyi sürekli açık bırakın. Hava nemlendirici kullanabilirsiniz.
- Nefes darlığı yaşadığınızda bir vantilatör ya da açık bir pencerenin önünde oturabilirsiniz.
- Oda sıcaklığını düşürmek veya daha serin bir yere -açık havaya- çıkmak sizi rahatlatır. Soğuk hava nefes alıp vermenizi kolaylaştırabilir.
- Dışarının manzarasını görmek, pencereleri açmak veya boş bir odada bulunmak açık hava hissi vererek, rahat nefes alıp vermenizi sağlayabilir.
- Uzanırken başınızı yastıklarla destekleyerek olabildiğince yükseltin.
- Rahatlama teknikleri ve meditasyon gibi dikkatinizi hoşunuza giden şeylere odaklamak kendinizi iyi hissettirebilir.
- Odanızda evcil hayvan bulunmamasına özen gösterin.
- Sigara dumanı, egzoz vb. olan ortamlarda bulunmaktan kaçının.

Kemoterapiye Bağlı Nefes Darlığı Yönetiminde Önerilen İlaç Dışı Uygulamalar

Etkisi kanıtlanmış uygulamalar

- Psiko-eğitim Müdahaleleri

Etkili olabilecek uygulamalar

- Akupunktur, Elektroakupunktur
- Egzersiz
- Fan/Vantilatör kullanımı, artmış hava akımı
- Solunum Kaslarının Eğitimi
- Müzik Terapisi
- Progresif Kas Gevşetme Egzersizleri
- Refleksoloji

Psiko-eğitim Müdahaleleri;

Psiko-eğitim müdahaleleri, eğitim, danışmanlık ve destekleyici yöntemleri içerir.

Psikoeğitim bireysel veya gruplar halinde uygulanabilir.

Bu tür müdahaleler genellikle tedavi, yaşanabilecek semptomlar, destek hizmetleri, hasta bakımıyla ilgili eğitim ve problem çözme yöntemleri hakkında bilgi vermeyi içerir.

Müdahalelerde kitapçık, video, ses kaydı ve online kaynaklar kullanılabilir.

Bu müdahaleler deneyimli sağlık personeli tarafından uygulanmaktadır.

Akupunktur, Elektroakupunktur;

Akupunkturda, ince iğneler, çeşitli derinlik ve açılarda vücudun belli noktalarına yerleştirilir.

Her noktanın, bedenin farklı bir kısmını kontrol ettiği düşünülmektedir.

İğneler yerleştirildiğinde birkaç saniyeliğine hafif künt ağrı, karıncalanma veya elektriksel uyarı hissedilir.

Elektroakupunktur, akupunktur iğnelerine bir elektrot aracılığıyla belirli bir düzeyde elektrik akımı uygulanmasıdır.

Egzersiz;

Aktivitenin azalması kas yıkımını kolaylaştırır, kişinin enerjisini azaltarak fonksiyon kaybına yol açar.

Kemoterapi sürecinde düzenli egzersiz yapmak;

- fiziksel fonksiyonu, aerobik kapasiteyi, kuvveti ve esnekliği geliştirir,
- vücut yapısının korunmasına ve gelişmesine yardımcı olur,
- kas kitlesini korur veya artırır,
- psikolojik olarak iyi hissetmeyi sağlar,
- stresi, depresyonu ve anksiyeteyi azaltır
- kemik mineral yoğunluğunu artırır,
- bulantı, ağrı, uyuma güçlüğü, ishal gibi yakınmaların şiddetini azaltır.

Öneriler

- ✓ Hareketsizlikten kaçının. Her gün en az 15 dk. hafif tempo yürüyüş gibi sizi zorlamayacak egzersizler yapın.
- ✓ Egzersiz yapmaya kısa süreli hafif şiddetli egzersizler ile başlayın ve kademeli artırın.
- ✓ Egzersizin türü, şiddetini ve sıklığını kendi durumunuza göre ayarlayın.
- ✓ Enfeksiyon riskinin arttığı dönemlerde (nötrofil sayısının düştüğü durumlar, kateter varlığı) yüzmekten kaçının.
- ✓ Baş dönmesi veya periferik nöropati şikayetleri yaşıyorsanız koşu bandı ve bisiklet gibi denge-koordinasyon aletleri kullanmayın.

Fan/Vantilatör Kullanımı, hava akımını arttırma;

Nefes darlığı yaşadığınız zamanlarda hava akımı rahatlamaya yardımcı olabilir.

Solunum Kaslarının Eğitimi;

Bu eğitim solunum kaslarını geliştirmek için belirli düzeyde bir dirence karşı solunum yapma egzersizlerini içerir.

Egzersizler, 5-7 gün/hafta süre ile günde 20-30 dk uygulanabilir veya 2 - 3 seansa bölünebilir.

Uzman hekim gözetiminde yapılmalıdır.

Müzik Terapi;

Müzik terapisi, müziğin fizyolojik, psikolojik ve duygusal durumunuzu olumlu yönde etkilemek için kullanılmasıdır.

Müzik terapisi genellikle gevşeme (relaksasyon) gibi diğer davranış teknikleriyle birlikte kullanılır.

Progresif Kas Gevşetme Egzersizleri;

Progresif kas gevşetme egzersizleri tüm vücut kaslarını sırasıyla germe ve gevşetme şeklinde yapılan bir tekniktir.

Baş ve boyun kasları ile başlanır ve ayaklara doğru ilerleyebilir veya tam tersi yapılabilir.

Bu egzersizleri nasıl yapacağınızı öğrenebilirsiniz.

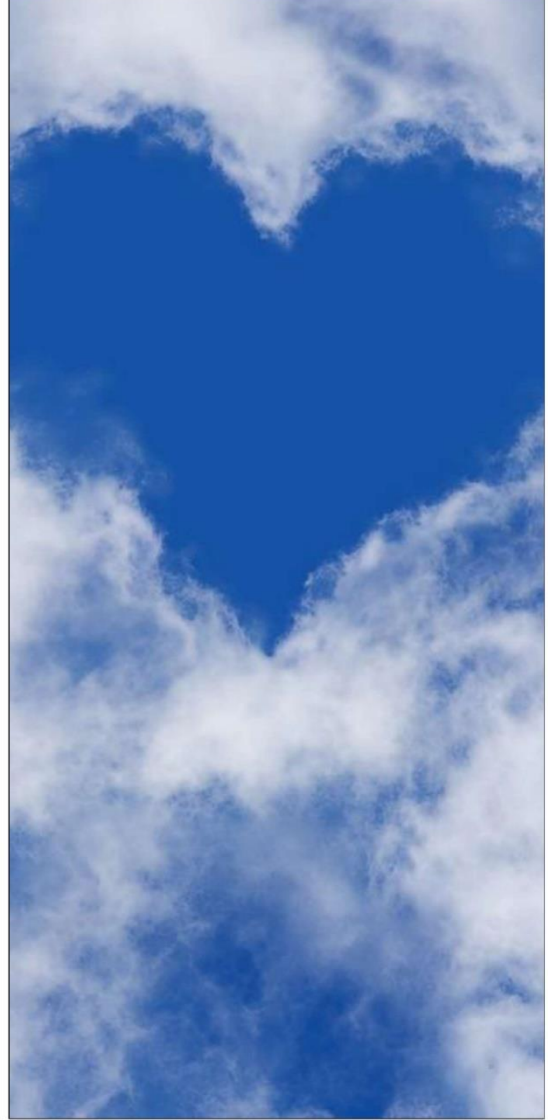
Refleksoloji;

Refleksoloji, vücudun belirli bölgelerini yansıttığı düşünülen ayaklar ve eller üzerindeki belirli noktalara basınç uygulanmasıdır.

İlgili vücut bölgelerinde rahatlama sağlamak için bu noktalara parmak ve eller ile basınç uygulanır.

Bu eğitim kitapçığı, Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı, tez çalışması kapsamında geliştirilmiştir. Hazırlanma tarihinde ilgili en güncel bilimsel kaynaklar kullanılarak geliştirilmiş olup, yasal izin alınmaksızın çoğaltılamaz ve ticari amaçla kullanılamaz. (Ekim 2018)

Bu kitapçık, doktor ve hemşirenizin size verdiği eğitimleri desteklemek amacıyla geliştirilmiştir.



Kemoterapiye Bağlı Periferel Nöropati



Kemoterapiye Bağlı Periferel Nöropati

Bazı kemoterapi ilaçları el ve ayak uçlarında sinir hasarına sebep olabilir. Bu duruma kemoterapiye bağlı periferel nöropati denilir.

Duyularınızı ve hareketlerinizi kontrol eden sinirlerde hasar oluşumu aşağıdaki şekillerde günlük yaşamınızı etkileyebilir;

- El ve ayak parmaklarında uyuşma, yanma, karıncalanma, ağrı, his kaybı
- Soğuşa veya sıcakşaya karşı aşırı duyarlı olma
- Cisimleri alma, kavrama veya düğme ilikleme gibi el ve parmak hareketlerinde zorlanma
- Kulak çınlaması, denge bozukluğu, yürümekte zorlanma.

Öneriler

- Ayağınızı sıkmayan, burnu geniş, rahat ayakkabılar tercih edin. Ayakkabılarınızı çorapsız giymeyin.
- Evde terlik kullanın ya da ev ayakkabısı giyin.
- Mutfakta çalışırken ve temizlik, bahçe işleri gibi işlerde eldiven kullanın.
- Soğuktan korunmak için eldiven, atkı vb. kullanın.
- Banyo yapmadan önce suyun çok sıcak olmadığından emin olun.
- Denge bozukluğu ve düşme riskine karşı ev içinde önlemler alın;
- Tüm odaların, koridorların iyi aydınlatıldığından emin olun.
- Yerlerin ıslak olmamasına dikkat edin, kayabilecek kilim paspas vb. kullanmayın.
- Gerekli ise banyo ve tuvalete tutunma barları kurun.

Kemoterapiye Bağlı Periferal Nöropati Yönetiminde Önerilen İlaç Dışı Uygulamalar

Etkili olabilecek uygulamalar

- Akupunktur, Elektroakupunktur
- B vitaminleri
- Egzersiz
- Omega 3

Akupunktur, Elektroakupunktur;

Akupunkturda, ince iğneler, çeşitli derinlik ve açılarda vücudun belli noktalarına yerleştirilir.

Her noktanın, bedenin farklı bir kısmını kontrol ettiği düşünülmektedir.

İğneler yerleştirildiğinde birkaç saniyeliğine hafif künt ağrı, karıncalanma veya elektriksel uyarı hissedilir.

Elektroakupunktur, akupunktur iğnelerine bir elektrot aracılığıyla belirli bir düzeyde elektrik akımı uygulanmasıdır.

B Vitaminleri;

B vitaminleri arasında tiamin, riboflavin, niasin, pantotenik asit, piridoksin, biyotin, folat ve kobalamin bulunur.

B vitaminleri normal sinir fonksiyonu için gereklidir.

Doktorunuzun reçete ettiği durumlarda kullanmanız önerilir.

Egzersiz;

Aktivitenin azalması kas yıkımını kolaylaştırır, kişinin enerjisini azaltarak fonksiyon kaybına yol açar.

Kemoterapi sürecinde düzenli egzersiz yapmak;

- fiziksel fonksiyonu, aerobik kapasiteyi, kuvveti ve esnekliği geliştirir,
- vücut yapısının korunmasına ve gelişmesine yardımcı olur,
- kas kitlesini korur veya artırır,
- psikolojik olarak iyi hissetmeyi sağlar,
- stresi, depresyonu ve anksiyeteyi azaltır
- kemik mineral yoğunluğunu artırır,
- bulantı, ağrı, uyuma güçlüğü, ishal gibi yakınmaların şiddetini azaltır.

Öneriler

- Hareketsizlikten kaçının. Her gün en az 15 dk. hafif tempo yürüyüş gibi sizi zorlamayacak egzersizler yapın.
- Egzersiz yapmaya kısa süreli hafif şiddetli egzersizler ile başlayın ve kademeli artırın.
- Egzersizin türü, şiddetini ve sıklığını kendi durumunuza göre ayarlayın.
- Enfeksiyon riskinin arttığı dönemlerde (nötrofil sayısının düştüğü durumlar, kateter varlığı) yüzmekten kaçının.
- Baş dönmesi veya periferik nöropati şikayetleri yaşıyorsanız koşu bandı ve bisiklet gibi denge-koordinasyon aletleri kullanmayın.

Omega 3;

EPA (Eikosapentaenoik asit), özel kimyasal bileşeni ile diğer uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitlerinden ayrılan temel bir omega-3 yağ asididir.

Kılıçbalığı, somon ve uskumru omega 3 açısından zengindir.

Kemoterapiye bağlı görülen yorgunluk ve ağrı yönetiminde kullanılabilir.

Bu eğitim kitapçığı, Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı, tez çalışması kapsamında geliştirilmiştir. Hazırlanma tarihinde ilgili en güncel bilimsel kaynaklar kullanılarak geliştirilmiş olup, yasal izin alınmaksızın çoğaltılamaz ve ticari amaçla kullanılamaz. (Ekim 2018)

Bu kitapçık, doktor ve hemşirenizin size verdiği eğitimleri desteklemek amacıyla geliştirilmiştir.



Kemoterapiye Bağlı Uyku Bozuklukları



Kemoterapiye Bağlı Uyku Bozuklukları

Kemoterapi sürecinde uyumada güçlük (insomnia) veya aşırı uyku hali (hipersomnia) gibi uyku düzensizlikleri yaşanabilir.

Kemoterapiye bağlı yaşayabileceğiniz ağrı, bulantı-kusma gibi yan etkiler uyku düzeninizin ve kalitenizin bozulmasına neden olabilir.

Öneriler

- Rahat bir uyku ortamı yaratın. Yatak odasının karanlık, havalandırılmış, serin ve sessiz olmasına özen gösterin.
- Sadece uykunuz geldiğinde yatağa girin ve her gece aynı saatte yatağa girmeye özen gösterin.
- Uykuya dalmada güçlük yaşıyorsanız yatak odasından çıkın; karanlık ve sessiz bir odada dinlenin ve uykunuz geldiğinde yatağa dönün.
- Hafta sonları da dahil olmak üzere her gün belirli bir saatte uyanmaya dikkat edin.
- Sabahları doğal ışığa (günde en az 20 dakika güneş ışığına) maruz kalmaya çalışın.
- Gündüz uykularınızı en fazla bir saat ile sınırlayın ve yatmadan önce en az dört saatinizi uyanık geçirin.
- Yatmadan önce kendinize sakinleştirici bir rutin oluşturun. Tercihinize göre ılık duş, kitap okuma, sakin müzik dinleme, meditasyon gibi bir rahatlama tekniğini kullanın.
- İş ile ilgili faaliyetleri yatak odasında yapmaktan kaçının. Yatak odasında ışık yayan elektronik cihaz ve televizyonların olmamasına özen gösterin.
- Yatağa aç gitmeyin. Öğleden sonra kafein alımını kısıtlayın, ağır ve baharatlı yemeklerden kaçının.

3

Kemoterapiye Bağlı Uyku Bozukluklarının Yönetiminde Önerilen İlaç Dışı Uygulamalar

Etkisi kanıtlanmış uygulamalar

- Bilişsel Davranışsal Müdahaleler

Etkili Olduğu Bilinen Uygulamalar

- Egzersiz

Etkili olabilecek uygulamalar

- Akupresür
- Akupunktur, Elektroakupunktur
- Ayak Banyosu,
- Duygusal Betimleme yazma/ Günlük tutma
- Ginseng
- İmgeleme
- Masaj/ Aromaterapi
- Meditasyon
- Progresif Kas Gevşetme Egzersizleri
- Psikoeğitim Müdahaleleri
- Yoga

4

Bilişsel Davranışsal Müdahaleler;

Bu müdahaleler sahip olabileceğiniz olumsuz düşünce ve inançlarınızı tanımlamanıza ve değiştirmenize yardımcı olacak psikoterapi müdahaleleridir.

Kendinize yeni hedefler oluşturmanıza, problemleri çözme ve etkili baş etme becerileri geliştirmenize yardımcı olur.

Bu tip psikoterapi müdahaleleri psikiyatrist ya da psikolog tarafından uygulanmaktadır.

Egzersiz;

Aktivitenin azalması kas yıkımını kolaylaştırır, kişinin enerjisini azaltarak fonksiyon kaybına yol açar. Bu süreç hissedilen yorgunluğun artmasına neden olur.

Kemoterapi sürecinde düzenli egzersiz yapmak;

- fiziksel fonksiyonu, aerobik kapasiteyi, kuvveti ve esnekliği geliştirir,
- vücut yapısının korunmasına ve gelişmesine yardımcı olur,
- kas kitlesini korur veya artırır,
- psikolojik olarak iyi hissetmeyi sağlar,
- stresi, depresyonu ve anksiyeteyi azaltır
- kemik mineral yoğunluğunu artırır,
- bulantı, ağrı, uyuma güçlüğü, ishal gibi yakınmaların şiddetini azaltır.

Öneriler

- Hareketsizlikten kaçının. Her gün en az 15 dk. hafif tempo yürüyüş gibi sizi zorlamayacak egzersizler yapın.
- Egzersiz yapmaya kısa süreli hafif şiddetli egzersizler ile başlayın ve kademeli artırın.
- Egzersizin türü, şiddetini ve sıklığını kendi durumunuza göre ayarlayın.
- Enfeksiyon riskinin arttığı dönemlerde (nötrofil sayısının düştüğü durumlar, kateter varlığı) yüzmekten kaçının.
- Baş dönmesi veya periferik nöropati şikayetleri yaşıyorsanız koşu bandı ve bisiklet gibi denge-koordinasyon aletleri kullanmayın.

Akupresür;

Akupresür, vücut üzerinde belirli noktalara parmaklar veya eller ile basınç uygulanarak rahatlatıcı bir tekniktir.

Bir ya da daha fazla noktaya basınç uygulayarak, vücuttaki enerji akışının uyarılması ya da kolaylaştırılması yolu ile enerji dengesizliklerini düzelttiği düşünülmektedir.

Akupunktur, Elektroakupunktur;

Akupunkturda, ince iğneler, çeşitli derinlik ve açılarda vücudun belli noktalarına yerleştirilir.

Her noktanın, bedenin farklı bir kısmını kontrol ettiği düşünülmektedir.

İğneler yerleştirildiğinde birkaç saniyeliğine hafif künt ağrı, karıncalanma veya elektriksel uyarı hissedilir.

Elektroakupunktur, akupunktur iğnelerine bir elektrot aracılığıyla belirli bir düzeyde elektrik akımı uygulanmasıdır.

Ayak Banyosu;

Özellikle uykuya dalma sorunu yaşadığınız durumlarda ılık suyla yapacağınız ayak banyosu, gevşemeyi kolaylaştırarak rahatlamanıza yardımcı olabilir.

Duygusal Betimleme Yazma/ Günlük tutma;

Duygusal betimlemeler, duygu ve düşünceleri kâğıt üzerine aktarma tekniğidir.

Olumsuz duygusal deneyimler hakkında yazmak, fiziksel ve psikolojik sağlığı geliştirebilir ve kişisel stres nedenleri hakkında bilgi verebilir.

Yazarken, düşüncelerinizin, duygularınızın ve deneyimlerinizin özellikle sözel olarak ifade edemediğiniz başka yönlerini ele alarak yazmanız duygularınızı dışa vurmanıza yardım edebilir.

Yorgunluk, depresyon, ağrı ve uyku problemlerinde ve kaygı durumlarında kullanılabilir.

Ginseng;

Çin ginsenginin (Panax ginseng) toprak altında kalan kısımları özellikle Doğu Asya kültürlerinde geleneksel bitkisel ilaç olarak kullanılmaktadır.

Ansiyete, yorgunluk ve bilişsel bozukluklarda ginseng kullanımının faydalı olabileceği gösterilmiştir.

Toz, ekstrat, çay halinde tüketilebilir.

İmgeleme (Zihinde Canlandırma);

Zihinsel resimler veya durumlar yaratmak için hayal gücünü kullanmadır.

Zihninizde yaşadığınız ya da yaşamak istediğiniz anı, olayı canlandırma ve hayal etmedir.

Bunun için daha önce yaşadığınız bir anı tekrar hatırlayabilir veya yeni bir an oluşturabilirsiniz.

İmgeleme, görme, dokunma, duyma, koklama ve tad alma gibi tüm duyularınızı kullanacağınız bir hayal kurma sürecidir.

Genellikle gözleriniz kapalıyken aklınızda belirlediğiniz yerleri hayal edip tekrar ziyaret edebilirsiniz.

İmgeleme; yatakta kalmanız veya evden çıkmamanız gerekiyorsa, kendinizi daha az kısıtlanmış hissetmenize, rahatlamaya, can sıkıntınızı hafifletmenize, endişenizi azaltmaya ve uyumanıza yardımcı olabilir.

Masaj/ Aromaterapi Masajı;

Masaj terapisi, kalp hızında, kan basıncında ve solunum sayısında azalmaya neden olarak gevşemeyi sağlar.

Sıklıkla, aromaterapi (krem veya uçucu yağlar) ile yapılır.

DİKKAT: Radyasyon tedavisi alıyorsanız, tedavi bölgesine ve vücudunuzdaki kızarmış, hassas veya şişmiş alanlara masaj yapmayın/yaptırmayın.

Meditasyon;

Meditasyon, bedeni rahatlatmaya, farkındalığı arttırmaya ve zihni sakinleştirmeye yardımcı olmak için kullanılan bir yöntemdir.

Meditasyon yapan bir kişi, özel duruş ve nefes alma teknikleri gibi belirli teknikleri kullanabilir.

Endişe, stres veya depresyon ile birlikte ağrıyı da azaltmaya yardımcı olabilir.

Progresif Kas Gevşetme Egzersizleri;

Progresif kas gevşetme egzersizleri tüm vücut kaslarını sırasıyla germe ve gevşetme şeklinde yapılan bir tekniktir.

Baş ve boyun kasları ile başlanır ve ayaklara doğru ilerleyebilir veya tam tersi yapılabilir.

Bu egzersizlerin nasıl yapılacağını öğrenerek kendi kendinize uygulayabilirsiniz.

Psikoeğitim Müdahaleleri;

Psikoeğitim müdahaleleri, eğitim, danışmanlık ve destekleyici yöntemleri içerir.

Psikoeğitim bireysel veya gruplar halinde uygulanabilir.

Bu tür müdahaleler genellikle tedavi, yaşanabilecek semptomlar, destek hizmetleri, hasta bakımıyla ilgili eğitim ve problem çözme yöntemleri hakkında bilgi vermeyi içerir.

Müdahalelerde kitapçık, video, ses kaydı ve online kaynaklar kullanılabilir.

Bu müdahaleler sağlık personeli tarafından uygulanmaktadır.

Yoga;

Doğru nefes alma teknikleri, görsel imgeler, meditasyon ve ana odaklanma gibi stres azaltma tekniklerinin çeşitli duruş teknikleri ile birlikte kullanımudur.

Kemoterapi sürecinde ağrı, anksiyete, depresyon, yorgunluk, uyku bozuklukları gibi yan etkilerin yönetiminde yoga rahatlatıcı bir teknik olarak kullanılabilir.

Yoga eğitmeni eşliğinde belirli programlar dahilinde yoga yapabileceğiniz gibi evinizde video izleyerek kendiniz de uygulayabilirsiniz.

Bu eğitim kitapçığı, Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı, tez çalışması kapsamında geliştirilmiştir. Hazırlanma tarihinde ilgili en güncel bilimsel kaynaklar kullanılarak geliştirilmiş olup, yasal izin alınmaksızın çoğaltılamaz ve ticari amaçla kullanılamaz. (Ekim 2018)

Bu kitapçık, doktor ve hemşirenizin size verdiği eğitimleri desteklemek amacıyla geliştirilmiştir.

15



Kemoterapiye Bağlı Yorgunluk



Kemoterapiye Bağlı Yorgunluk

Kemoterapiye bağlı yorgunluk, günlük fiziksel aktivitelerden bağımsız olarak kendinizi bitkin, halsiz, tükenmiş hissetmenizdir.

Hastalığın kendisi, tedavisi veya her ikisiyle de ilgili olabilir.

Bazı durumlarda tedavinin tamamlanmasından sonra da bir süre devam edebilir.

Bu yorgunluk, sağlıklı insanların hissettiği yorgunluktan farklıdır. Dinlenme ile geçmez/iyileşmez.

Yorgunluğun en yaygın sebepleri;

- tedaviye bağlı yaşayabileceğiniz anemi,
- bulantı-kusma gibi beslenmenizi etkileyen yan etkiler,
- anksiyete, depresyon ve uyku bozukluklarıdır.

Öneriler

- Yorgunluk hissinizi mutlaka doktorunuzla paylaşın. Anemi, uyku bozuklukları gibi yorgunluğu daha da kötüleştiren durumlar hakkında sağlık ekibinizle konuşun.
- Her gün yürüyüş gibi sizi zorlamayacak hafif aktiviteler yapın. Fiziksel aktivite, kansere bağlı yaşanan yorgunluğunuzu azaltacak en iyi yollardandır.
- Beslenmenize özen gösterin. Ana öğünlerinizde yeteri kadar yiyemeseniz bile, gün boyunca sağlıklı atıştırmalıklar ile gerekli besinleri ve enerjiyi elde edebilirsiniz.
- Sağlıklı uyku alışkanlıkları edinin. Yatmadan en az bir saat önce televizyon, bilgisayar, cep telefonu gibi elektronik cihazlar ile ilgilenmeyi bırakın. Gün içerisinde çok fazla kafein tüketmekten kaçının. Gündüz uykularınızı bir saat ile sınırlayın.

Kemoterapiye Bağlı Yorgunluğun Yönetiminde Önerilen İlaç Dışı Uygulamalar

Etkisi kanıtlanmış uygulamalar

- Egzersiz

Etkili Olduğu Bilinen Uygulamalar

- Bilişsel Davranışsal Müdahaleler
- Enerji Koruma ve Aktivite Yönetimi
- Ginseng
- Masaj/Aromaterapi Masajı
- Psiko-eğitim Müdahaleleri
- Yoga

Etkili olabilecek uygulamalar

- Akupresür
- Akupunktur, Elektroakupunktur
- Dans terapisi
- Duygusal Betimleme yazma/ Günlük tutma
- Hipnoz, Hipnoterapi
- İmgeleme
- Müzik Terapi
- Progresif kas gevşetme egzersizleri

Egzersiz;

Aktivitenin azalması kas yıkımını kolaylaştırır, kişinin enerjisini azaltarak fonksiyon kaybına yol açar. Bu süreç hissedilen yorgunluğun artmasına neden olur.

Kemoterapi sürecinde düzenli egzersiz yapmak;

- fiziksel fonksiyonu, aerobik kapasiteyi, kuvveti ve esnekliği geliştirir,
- vücut yapısının korunmasına ve gelişmesine yardımcı olur,
- kas kütlesini korur veya artırır,
- psikolojik olarak iyi hissetmeyi sağlar,
- stresi, depresyonu ve anksiyeteyi azaltır
- kemik mineral yoğunluğunu artırır,
- bulantı, ağrı, uyuma güçlüğü, ishal gibi yakınmaların şiddetini azaltır.

Öneriler

- Hareketsizlikten kaçının. Her gün en az 15 dk. hafif tempo yürüyüş gibi sizi zorlamayacak egzersizler yapın.
- Egzersiz yapmaya kısa süreli hafif şiddetli egzersizler ile başlayın ve kademeli artırın.
- Egzersizin türü, şiddetini ve sıklığını kendi durumunuza göre ayarlayın.
- Enfeksiyon riskinin arttığı dönemlerde (nötrofil sayısının düştüğü durumlar, kateter varlığı) yüzmekten kaçının.
- Baş dönmesi veya periferik nöropati şikayetleri yaşıyorsanız koşu bandı ve bisiklet gibi denge-koordinasyon aletleri kullanmayın.

Bilişsel Davranışsal Müdahaleler;

Bu müdahaleler sahip olabileceğiniz olumsuz düşünce ve inançlarınızı tanımlamanıza ve değiştirmenize yardımcı olacak psikoterapi müdahaleleridir.

Kendinize yeni hedefler oluşturmanıza, problemleri çözme ve etkili baş etme becerileri geliştirmenize yardımcı olur.

Bu tip psikoterapi müdahaleleri psikiyatrist ya da psikolog tarafından uygulanmaktadır.

Enerji Koruma ve Aktivite Yönetimi;

Kişisel enerji kaynaklarınızın korunması, günlük yaşam aktivitelerinizin iyi bir şekilde planlanması ve gücünüzün bilinçli kullanılmasıdır.

Enerjinin korunması ve aktivite yönetimi stratejileri şunları içerir;

- enerji kullanımını planlama,
- öncelikli aktiviteleri belirleme,
- aktivite ve dinlenme zamanları ayarlama,
- yorulmadan önce dinlenme,
- yapmaktan hoşlanılan aktivitelere yoğunlaşma,
- acelecilikten kaçınma,
- çok enerji gerektiren aktiviteler ile az enerji gerektirenleri dönüşümlü yapma,
- önemli aktiviteleri enerjinin en fazla olduğu zamanlarda yapma.

Bu şekilde değerli/öncelikli aktiviteleri gerçekleştirme ve önemli hedeflere ulaşmada gerekli enerji korunmuş olur.

7

Ginseng;

Çin ginsenginin (Panax ginseng) toprak altında kalan kısımları özellikle Doğu Asya kültürlerinde geleneksel bitkisel ilaç olarak kullanılmaktadır.

Anksiyete, yorgunluk ve bilişsel bozukluklarda Ginseng kullanımının etkili olabileceği gösterilmiştir.

Toz, ekstrat, çay halinde tüketilebilir.

Masaj/ Aromaterapi Masajı;

Masaj terapisi, kalp hızında, kan basıncında ve solunum sayısında azalmaya neden olarak gevşemeyi sağlar.

Sıklıkla, aromaterapi (krem veya uçucu yağlar) ile yapılır.

DİKKAT: Radyasyon tedavisi alıyorsanız, tedavi bölgesine ve vücudunuzdaki kızarmış, hassas veya şişmiş alanlara masaj yapmayın/yaptırmayın.

8

Psiko-eğitim Müdahaleleri;

Psiko-eğitim müdahaleleri, eğitim, danışmanlık ve destekleyici yöntemleri içerir.

Psikoeğitim bireysel veya gruplar halinde uygulanabilir.

Bu tür müdahaleler genellikle tedavi, yaşanabilecek semptomlar, destek hizmetleri, hasta bakımıyla ilgili eğitim ve problem çözme yöntemleri hakkında bilgi vermeyi içerir.

Müdahalelerde kitapçık, video, ses kaydı ve online kaynaklar kullanılabilir.

Bu müdahaleler sağlık personeli tarafından uygulanmaktadır.

Yoga;

Doğru nefes alma teknikleri, görsel imgeler, meditasyon ve ana odaklanma gibi stres azaltma tekniklerinin çeşitli duruş teknikleri ile birlikte kullanımıdır.

Meditatif yönü ile yogaya benzer bir teknik olan Tai-Chi nefes ve duruş tekniklerinin yanı sıra yavaş hareketleri de içeren bir Çin dövüş sanatları aktivitesidir.

Yogada olduğu gibi Tai-Chi'de de amaç kişinin kendi duygu ve düşüncelerini tanıması ve kendinden hareketle evrenin uyumunu yakalamasıdır.

Kemoterapi sürecinde ağrı, anksiyete, depresyon, yorgunluk, uyku bozuklukları gibi yan etkilerin yönetiminde yoga rahatlatıcı bir teknik olarak kullanılabilir.

Yoga eğitmeni eşliğinde belirli programlar dahilinde yoga yapabileceğiniz gibi evinizde video izleyerek kendiniz de uygulayabilirsiniz.

Akupresür;

Akupresür, vücut üzerinde belirli noktalara parmaklar veya eller ile basınç uygulanan rahatlatıcı bir tekniktir.

Bir ya da daha fazla noktaya basınç uygulayarak, vücuttaki enerji akışının uyarılması ya da kolaylaştırılması yolu ile enerji dengesizliklerini düzelttiği düşünülmektedir.

Akupunktur, Elektroakupunktur;

Akupunkturda, ince iğneler, çeşitli derinlik ve açılarda vücudun belli noktalarına yerleştirilir.

Her noktanın, bedenin farklı bir kısmını kontrol ettiği düşünülmektedir.

İğneler yerleştirildiğinde birkaç saniyeliğine hafif künt ağrı, karıncalanma veya elektriksel uyarı hissedilir.

Elektroakupunktur, akupunktur iğnelerine bir elektrot aracılığıyla belirli bir düzeyde elektrik akımı uygulanmasıdır.

Dans Terapisi;

Dans veya hareket terapisinde temel ritmik vücut hareketlidir.

Dans terapisinde doğaçlama hareket, bedensel ifade, duyular, anılar, duygular ve düşüncelerin harekete geçmesini ve gerginliğin azalmasını sağlar.

Bu tekniği profesyonel olarak sertifikalı dans terapistleri eşliğinde uygulayabileceğiniz gibi evde tek başınıza sevdiğiniz bir müzik eşliğinde dans etmeniz de rahatlamanıza yardımcı olabilir.

Duygusal Betimleme Yazma/ Günlük tutma;

Duygusal betimlemeler, duygu ve düşünceleri kâğıt üzerine aktarma tekniğidir.

Olumsuz duygusal deneyimler hakkında yazmak, fiziksel ve psikolojik sağlığı geliştirebilir ve kişisel stres nedenleri hakkında bilgi verebilir.

Yazarken, düşüncelerinizin, duygularınızın ve deneyimlerinizin özellikle sözel olarak ifade edemediğiniz başka yönlerini ele alarak yazmanız duygularınızı dışa vurmanıza yardım edebilir.

Yorgunluk, depresyon, ağrı ve uyku problemlerinde ve kaygı durumlarında kullanılabilir.

Hipnoz, Hipnoterapi;

Hipnoz, uyku ile uyanıklık hali arasında yoğun bir trans durumudur.

Ağrının algılanmasını azaltmak, ağrı yerine başka bir duygu geliştirmek ya da daha az acı veren bir duyguyla değiştirmek için kullanılabilir.

Hipnoz, bir psikolog veya psikiyatrist tarafından uygulanır.

İmgeleme (Zihinde Canlandırma);

Zihinsel resimler veya durumlar yaratmak için hayal gücünü kullanmadır.

Zihninizde yaşadığınız ya da yaşamak istediğiniz anı, olayı canlandırma ve hayal etmedir.

Bunun için daha önce yaşadığınız bir anı tekrar hatırlayabilir veya yeni bir an oluşturabilirsiniz.

İmgeleme, görme, dokunma, duyma, koklama ve tad alma gibi tüm duyularınızı kullanacağınız bir hayal kurma sürecidir.

Genellikle gözleriniz kapalıyken aklınızda belirlediğiniz yerleri hayal edip tekrar ziyaret edebilirsiniz.

İmgeleme; yatakta kalmanız veya evden çıkmamanız gerekiyorsa, kendinizi daha az kısıtlanmış hissetmenize, rahatlatmanıza, can sıkıntınızı hafifletmenize, endişenizi azaltmanıza ve uyumanıza yardımcı olabilir.

Müzik Terapisi;

Müzik terapisi, müziğin fizyolojik, psikolojik ve duygusal durumunuzu olumlu yönde etkilemek için kullanılmasıdır.

Müzik terapisi genellikle gevşeme(relaksasyon) gibi diğer davranış teknikleriyle birlikte kullanılır.

Progresif Kas Gevşetme Egzersizleri;

Progresif kas gevşetme egzersizleri tüm vücut kaslarını sırasıyla germe ve gevşetme şeklinde yapılan bir tekniktir.

Baş ve boyun kasları ile başlanır ve ayaklara doğru ilerleyebilir veya tam tersi yapılabilir.

Bu egzersizlerin nasıl yapılacağını öğrenerek kendi kendinize uygulayabilirsiniz.

Bu eğitim kitapçığı, Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı, tez çalışması kapsamında geliştirilmiştir. Hazırlanma tarihinde ilgili en güncel bilimsel kaynaklar kullanılarak geliştirilmiş olup, yasal izin alınmaksızın çoğaltılamaz ve ticari amaçla kullanılamaz. (Ekim 2018)

Bu kitapçık, doktor ve hemşirenizin size verdiği eğitimleri desteklemek amacıyla geliştirilmiştir.

15



CURRICULUM VITAE

1. **Name Surname:** Şeyma İnciser PAŞALAK

2. **Date of Birth:** [REDACTED]

3. **Contact Information:** [REDACTED]
[REDACTED]

4. **Educational Background:**

Degree	Department	School	Year
Undergraduate	Nursing	Gülhane Military Medical Academy, School of Nursing GMMA	2007-2011
Master of Science	Nursing (Obstetrics and Gynecological Nursing)	Koç University Graduate School of Health Sciences	2014-2016
PhD	Nursing (Obstetrics and Gynecological Nursing)	Koç University Graduate School of Health Sciences	2016- 2020

5. **Academic Titles**

- 2015- 2016; Research Assistant, Bahçeşehir University Faculty of Health Sciences, School of Nursing.
- 2016- Continue; Teaching Assistant, Koç University Graduate School of Health Sciences

6. **Certificates**

- June 2012; Family Planning and Reproductive Health Counseling,
- October 2014; Sexual Health and Psychosocial Approaches Course in Gynecologic Oncology Patients. Koç University School of Nursing, Semahat Arsel Nursing Education and Research Center (SANERC).

- November 2014, Facilitating Postgraduate Research: Sharing European Research Directives in Postgraduate Education. Koç University School of Nursing, Semahat Arsel Nursing Education and Research Center (SANERC).
- May 2017, European Oncology Nursing Society- International Research Proposal Workshop For Young Cancer Nurses, (**Scholarship**) Stockholm, Sweden.
- September 2019, ECCO European Cancer Summit, Brussels, Belgium. - **Oncology Nurse Grantee**

7. Research Grants

- The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK), 3001-Initial Research and Development Projects Support Program (No:118S442)
Developing a Mobile Symptom Management App for Breast Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. (Co-investigator)
- The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK), 2214-A International PhD Research Scholarship Program (No:1059B141801454) (Primary Investigator) (This funding could not be used regarding to the Sars-Cov-2 pandemic)

8. Publications

8.1. Publications in International Journals

1. Seven M, **Pasalak SI**, Güvenç G, Kök G the Knowledge Level and Educational Needs of Oncology Nurses Regarding the Genetics of Hereditary Breast and Ovarian Cancers. *J Contin Educ Nurs.*2017 Dec 1; 48(12):570-576. doi: 10.3928/00220124-20171115-09.

2. Seven M, **Pasalak SI**, Sahin E, Akyuz A. Genetics Literacy of Pregnant Women and Their Use of Prenatal Screening and Diagnostic Tests in Turkey. *Journal of Genetic Counseling* Jun;28(3):578-586. doi: 10.1002/jgc4.1082. Epub 2019 Jan 24.
3. Sahin E, **İnciser Paşalak Ş**, Seven M. Consanguineous marriage and its effect on reproductive behavior and uptake of prenatal screening. *J Genet Couns.* 2020;00:1–8. <https://doi.org/10.1002/jgc4.1214>
4. Sahin E, Yesilcinar I, Geris R, **Pasalak SI**, Seven M. The impact of pregnant women’s health literacy on their health-promoting lifestyle and teratogenic risk perception. *Health Care for Women International.* 2020:1-13. [doi:10.1080/07399332.2020.1797036](https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1797036)
5. Pasalak SI, Subas F, Kaya N, Seven M. Professional Values in A Sample of Nursing Students from Different Countries. *Florence Nightingale Journal of Nursing* -Manuscript ID:fnjn-2019-0200.R1 (Accepted).

8.2. Publications in National Journals (in Turkish)

1. **Pasalak SI**, Seven M, Genetic Advances in Oncology and the effects on Nurses’ Roles. *Journal of Education and Research in Nursing. Journal of Education and Research in Nursing* 2017; 14(3): 212-217.
2. **Pasalak, SI**, Eroğlu, K, Akyuz, A. Theory/Model Usage in Researches on Women's Health Nursing. *Journal of Ege University Nursing Faculty*, 34 (1), 91-108.

8.3. Conference Proceedings Abstracts in International Scientific Meetings (Supplement of Journals)

1. **Pasalak S I**, Seven M, Güvenç G, Kök G. Educational Needs and Knowledge Level of Oncology Nurses in Genetics Regarding Hereditary Breast and Ovarian

- Cancer. International Society of Nurses in Genetics (ISONG) World Congress Integrating Genetics Across Nursing Practice. August 4-6, 2016, Dublin, Ireland (Podium Presentation).
2. **Paşalak S I**, Eroğlu K, Akyuz A. Comparison of Women's Health Nursing Researches Based on the Usege of Theory and Model in Turkey and the World. 1. International Health Sciences Congress. June 29– July 1, 2017, Aydın, Turkey (Podium Presentation).
 3. **Paşalak SI**, Eroğlu K. Determination of Adaptation to Pregnancy and Affecting Factors in Women Who Are on Bedrest Due to High-Risk Pregnancy. I. International and II. National Women's Health Nursing Congress, March 23-24, 2018, İstanbul, Turkey (Poster Presentation).
 4. Şahin E, Yeşilçınar İ, Geriş R, **Paşalak SI**, Seven M. The Impact of Pregnant Women's Health Literacy on Their Health-Promoting Lifestyle and Teratogenic Risk Perception. I. International Istanbul Midwifery Days. April 26-28, 2018, Istanbul, Turkey (Podium Presentation).
 5. Subaş F, Kaya N, **Paşalak Şİ**, Seven M. Professional Values in A Sample of Nursing Students from Different Countries. 17th National Student Nurse Congress. 4-6 April 2019 Çanakkale, Turkey (Poster Presentation, 3rd Poster Award Winner)
 6. Güven B, Akyüz, A. Seven M. **Paşalak İ.Ş.** Özkaya B. The sexual experiences of turkish women after bariatric surgery: a phenomenological study. XII The FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics, Oct 14-18, 2018, Rio (Podium Presentation)
 7. **Paşalak SI**, Seven M, Sahin E, Akyuz A. Studying Relationship Between Usage of Prenatal Screening and Diagnosis Tests and Genetic Literacy Level of Pregnant Women. International Society of Nurses in Genetics (ISONG) World Congress

Building Connections to Genomic Health. October 26-28, 2018, Orlando, Florida USA (Podium Presentation).

8. **Pasalak SI**, Seven M, Bagcivan G. Genetics, biomarkers and symptoms during breast cancer: A scoping review of literature. EONS12 at ESMO19 28-30 September 2019, Barcelona, Spain (Podium Presentation). (Published in Annals of Oncology 30 (Supplement 5): v836–v845, 2019 doi:10.1093/annonc/mdz276)
9. Bagcivan G, Seven M, **Pasalak S I**, Aydin Y, Öz G, Selcukbiricik F. Palliative Care Needs of Patients with Cancer Receiving Active Therapy (GP707) Poster Presentation. 2020 State of the Science in Hospice and Palliative Care Meeting, March 20- 22 in San Diego, CA (Virtual Congress).

9. Scientific Society Memberships

- Turkish Oncology Nursing Society
- European Oncology Nursing Society
- Turkish Women’s Health Nursing Society

10. Clinical Experience

- 2011-2012; Gülhane Military Medical Academy Haydarpaşa Training and Research Hospital, Pulmonary Diseases Intensive Care Unit, Nurse
- 2012-2014 Diyarbakır Military Hospital, Surgical Clinics, Nurse