

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI**

**KEMOTERAPİ ALAN AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA
GÖRÜLEN SEMPTOMLAR VE BAŞAÇIKMA TARZLARI**

Fatma GENÇ

Tez Yöneticisi
Yrd.Doç. Dr. Mehtap TAN

**Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM – 2005**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

KEMOTERAPİ ALAN AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA
GÖRÜLEN SEMPTOMLAR VE BAŞAÇIKMA TARZLARI

Fatma GENÇ

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 19.08.2005

Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 22.09.2005

Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Mehtap TAN
Jüri Üyesi	: Doç. Dr. Behice ERCİ
Jüri Üyesi	: Yrd. Doç. Dr. Seher ERGÜNEY
Jüri Üyesi	: Yrd. Doç. Dr. Mine EKİNCİ
Jüri Üyesi	: Yrd. Doç. Dr. Duygu ARIKAN

Enstitü Müdürü : Doç. Dr. Adnan TEZEL

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Mehtap TAN

Yüksek Lisans Tezi
Eylül 2005
ERZURUM

I

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR.....	III
TABLolar DİZİNİ.....	IV
ÖZET.....	V
SUMMARY.....	VII
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.Tanım.....	4
2.2.Patoloji.....	4
2.3.Etiyoloji.....	6
2.3.1. Sigara.....	6
2.3.2. Alkol.....	7
2.3.3. Meslek.....	7
2.3.4. Çevre Kirliliği.....	8
2.3.5. Akciğer Hastalıkları.....	8
2.3.6. Genetik Faktörler.....	9
2.3.7. Diyet.....	9
2.4. Belirti ve Bulgular.....	10
2.5. Tanı Yöntemleri.....	12
2.5.1. Girişimsel Olmayan Tanı Yöntemleri.....	12
2.5.2. Girişimsel Tanı Yöntemleri.....	12
2.6. Tedavi.....	13
2.7. Akciğer Kanserinde Psikolojik Tepkiler.....	21

II

2.8. Başaçıkma.....	26
2.8.1. Başaçıkma Tarzları.....	26
2.8.1.1. Problem Odaklı Başaçıkma.....	26
2.8.1.2. Duygu Odaklı Başaçıkma.....	27
3. MATERYAL VE METOD.....	30
3.1. Araştırmanın Şekli.....	30
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	30
3.3. Evren ve Örneklem.....	30
3.4. Veri Toplama Araçları.....	31
3.5. Verilerin Toplanması.....	37
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	37
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	38
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	39
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	39
4. BULGULAR.....	41
5. TARTIŞMA	68
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	81
KAYNAKLAR.....	83
EKLER.....	89
EK I Anket Formu	
EK II Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	
EK III Kısa Semptom Envanteri	
EK IV İzin Belgesi	

III

TEŞEKKÜR

Bu tezin yürütülmesinde beni yönlendiren ve bana her türlü desteği sağlayan değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Mehtap TAN'a, tüm katkıları için Yrd. Doç. Dr. Seher ERGÜNEY'e, tezin istatistiklerinin yapılması ve değerlendirilmesinde bilimsel katkılarından dolayı Sayın Doç. Dr. Behice ERCİ'ye, tezin her aşamasında yardımlarından ve desteklerinden dolayı kardeşim Süleyman GENÇ'e, Araştırma Görevlisi Çiğdem KÖÇKAR'a, hemşire Özlem ŞAHİN'e, ismini sayamadığım, yardımcı olan tüm arkadaşlarıma ve bana zaman ayırarak bu tez verilerinin oluşturulmasında yardımcı olan hastalara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

IV

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	41
Tablo 2. Hastaların Hastalığa Ait Özelliklerine Göre Dağılımı.....	42
Tablo 3. Hastaların Fiziksel Semptomlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	44
Tablo 4. Hastaların Kısa Semptom Envanteri'nin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	45
Tablo 5. Hastaların Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	46
Tablo 6. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Fiziksel Semptomlardan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	47
Tablo 7. Hastaların Hastalığa Ait Özelliklerine Göre Fiziksel Semptomlardan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	54
Tablo 8. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kısa Semptom Envanteri'nin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	58
Tablo 9. Hastaların Hastalığa Ait Özelliklerine Göre Kısa Semptom Envanteri'nin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	62
Tablo 10. Hastaların Fiziksel Semptomları ve Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	66
Tablo 11. Hastaların Kısa Semptom Envanteri Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarıyla Stresle Başa çıkma Tarzları Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	67

ÖZET**Kemoterapi Alan Akciğer Kanserli Hastalarda Görülen Semptomlar ve
Başaçıkma Tarzları**

Bu araştırma, kemoterapi alan akciğer kanserli hastaların yaşadıkları fiziksel, psikolojik semptomları ve başaçıkma tarzları ile semptomlar arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla ilişkisel, tanımlayıcı olarak planlanmış ve yapılmıştır. Araştırma, 01.03.2005-30.05.2005 tarihleri arasında, Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Yakutiye ve Aziziye Araştırma Hastanesi Medikal Onkoloji Kliniği, Ayaktan Kemoterapi Ünitesi ve Göğüs Hastalıkları Kliniğindeki akciğer kanseri tanısı konan ve kemoterapi alan 46 hastada yürütülmüştür.

Verilerin toplanmasında; araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu, Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği ve Derogatis'in geliştirdiği Kısa Semptom Envanteri kullanılmıştır.

Verilerin analizinde yüzdelik, Kruskall Wallis Varyans Analizi, bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırma kapsamındaki hastaların, %58.7'sinin küçük hücreli dışı akciğer kanseri olduğu tespit edilmiştir. %56.5'inin Evre III'de olduğu ve %30.4'ünün 2. kür için geldiği saptanmıştır.

Fiziksel semptomlardan en fazla puan ortalaması yorgunluk (2.15 ± 0.81) ve ağrıda (2.02 ± 0.99) saptanmıştır. Psikolojik semptomlara ait en yüksek ortalama ise somatizasyon (11.45 ± 4.60) ve anksiyetede (5.84 ± 2.38) saptanmıştır.

Fiziksel semptomlarla yaş, medeni durum, eğitim seviyesi, tanıyı bilme durumu ve hastalık türü arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

VI

Hastaların yaş, gelir, hastalık türü, evresi, tanı zamanı ile psikolojik belirtiler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, kür sayısı, tanıyı bilme durumu ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur

Hastaların en fazla duygu odaklı başa çıkma tarzlarından olan boyun eğici yaklaşım (11.73 ± 2.60) ve kendine güvensiz yaklaşım (9.21 ± 3.60) kullandıkları saptanmıştır.

Fiziksel semptomlardan olan sekresyon artışı ile kendine güvenli yaklaşım ($r=0.317$, $p<0.05$), bulantı ile boyun eğici yaklaşım arasında ($r=0.307$, $p<0.05$), boğaz yanması ile kendine güvenli yaklaşım ($r=0.339$, $p<0.05$) ve boyun eğici yaklaşım ($r=-0.318$, $p<0.05$) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Obsesif kompulsif bozukluk ile problem odaklı baş etme yöntemlerinden olan kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım arasındaki ilişki pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ($r=0.307$, $p<0.05$, $r=0.381$, $p<0.01$) bulunmuştur. Kişiler arası duyarlılık ile problem odaklı baş etme yöntemleri arasındaki ilişki pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

VII

SUMMARY

Symptom Distresses and Coping Strategies in Patients Receiving Chemotherapy with Lung Cancer

This study was planned and carried out descriptively with the aim of determining the relationship between coping with strategies and symptoms, and physical and psychologic symptoms the patients receiving chemotherapy with lung cancer experienced. The study was carried on 46 patients receiving chemotherapy and diagnosed with Lung Cancer in Thorax Diseases Clinic, and Out-patient Chemotherapy Unit, and Medical Oncology Clinic of Atatürk University Suleyman Demirel Medical Center between dates March the first 2005 and 30th May 2005.

In the collection of the data, questionnaire form prepared by investigator in the direction of the literature, and Ways of Coping Inventory prepared by Folkman and Lazarus, and Brief Symptom Inventory developed by Derogatis were used.

In the evaluation of the data, Cruskall Wallis Analysis, t Test in independent groups, Mann-Whitney U test and correlation analysis were used.

It was found 58.7 % of the patient's had non small cell lung cancer. It was detected that 56.5 % of the patients were in stage III, 30.4 % of them came for the second cure.

Of physical symptoms score averages belonging to fatigue (2.15 ± 0.81) and pain (2.02 ± 0.99) were obtained as the highest. The highest average as to psychologic symptoms were detected in somatization (11.45 ± 4.60) and anxiety (5.84 ± 2.38).

The distinction between physical symptoms and age, marital status, education level, knowing the diagnose, type of the disease was statistically significant ($p < 0.05$).

The distinction between psychologic symptoms and time of diagnosis, stage of the disease, type of the disease, income and age of the patients was found statistically

VIII

insignificant ($p>0.05$). The relationship between psychologic symptoms and the situation of knowing the diagnosis, the number of cure, the level of education, marital status, gender was found statistically significant.

Subservient approach, one of the most emotional focused coping with strategies of the patients, and inconfidential approaches were used by the patients.

There was statistically significant correlation between from physical symptoms ($r=0.03$, $p<0.059$, the increase of secretion and self confidential approach ($r=0.317$, $p<0.05$), nausea and subservient approach ($r=0.307$, $p<0.05$), soaring throat and self confidential approach and subservient approach ($r=0.318$, $p<0.05$). There was positively significant relationship between obsessive compulsive disorder and self confidential and optimistic approach, with problem focused coping methods. There was positively significant relationship between interpersonal sensitivity and problem focused coping with methods ($p<0.05$).

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Primer akciğer kanseri gelişmiş ülkelerde en sık görülen (1. sıklık) ve ölümcül seyreden kanser türüdür.¹ Dünya genelinde 2001 yılında yaklaşık olarak 1.200.000 yeni akciğer kanseri olgusu rapor edilmiştir.² Akciğer kanseri, tüm kanserlerin %12-16'sını oluştururken, kansere bağlı ölümlerin %17,8-28'i akciğer kanseri nedeniyledir. Bu istatistiksel veriler göz önünde tutulduğunda akciğer kanseri hem dünyada hem de ülkemizde kansere bağlı ölümlerde birinci sırada yer almaktadır.³

Akciğer kanseri insidansının en yüksek olduğu ülkeler, Kuzey Amerika ve Kuzey Avrupa'daki gelişmiş ülkelerdir.⁴ Bu ülkelerdeki akciğer kanserli olguların cins dağılımına bakıldığında erkek olguların sayısı 94.000, kadınların ise 77.600'dür.¹ Genel insidans yılda %0.5 hızda artmaktadır.⁴ Gelişmiş ülkelerde önceleri kanserden ölümlerin %34'ünden akciğer kanserleri sorumlu iken, günümüzde %28'inden sorumludur. Bu azalmaların nedeni gelişmiş ülkelerde akciğer kanseri gelişiminde tek sorumlu gösterilen sigaranın içiminde, tüketiminde belirgin azalmalar ve içeriğinde yapılan değişikliklerdir. Gelişmekte olan ülkelerde ise hem erkeklerde hem de kadınlarda tüm kanser ölümleri içinde önemli yerini korumakta ve belirgin olarak artmaktadır.¹

Kanserin ülkemizde yıllık insidansı hakkında kesin bilgi olmamakla birlikte, TC Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi tarafından 1992 yılında başlatılan ‘‘Kanser Kayıt ve İnsidans Projesi’’ (KKİP) verilerini göz önünde tutarak yapılan çalışmada ülkemizde tahmini kanser insidansı 100.000’de 100-150 dolaylarındadır. Bu da her yıl 70.000-100.000 kadar yeni olgu anlamına gelmektedir.³ TC Sağlık Bakanlığı 2000 istatistiklerine göre; akciğer kanseri, Türkiye’de kadınlarda en çok görülen on kanser arasında 692 vaka sayısı ile , %5.15’le ve %02.07 insidans ile 6. sırada yer almaktadır.

Erkeklerde en çok görülen on kanser arasında ise 19.982 vaka sayısı ve %058.18 insidans ile birinci sırada yer almaktadır.⁵ İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Kanserle Savaş Şube Müdürlüğü'nün Erzurum ili Ocak-Ağustos 2003 istatistiklerinde trakea, bronş ve akciğer kanserleri insidansı %15 olarak bildirilmektedir.⁶

Pek çok akciğer kanserli olgu tüm tedavi seçeneklerine rağmen ne yazık ki kısa süre yaşamaktadırlar. Bu nedenle de semptomların giderilmesi çok önemlidir. Klinik çalışmalardan alınan veriler göstermiştir ki, akciğer kanserli olgular en çok ağrı (%86), nefes darlığı (%70) ve iştahsızlıktan (%68) yakınmaktadırlar. Hastalıkla ilgili semptomlara ek olarak psikolojik stres, yorgunluk, halsizlik ve tedavinin yan etkileri yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.⁷ Bu nedenle kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin hastalık ve tedavinin neden olduğu semptomları, mümkünse bu semptomların önlenmesi için gerekli önlemleri ve ortaya çıkan semptomlar ile baş etme yöntemlerini iyi bilmesi gerekir.⁸

Baş etme; gerçeğin kabulü ve mümkün olan en az acı ile en iyi kaliteli yaşamı sürdürebilmeye dönük tam psikolojik ve davranışsal çabalaradır.⁹ Lazarus ve Folkman başa çıkmanın dinamik bir süreç olduğunu ve kişi ile çevresi arasındaki stresli etkileşimler sırasında değiştiğini belirtmişlerdir. Başa çıkmanın iki temel etkisinden söz edilmektedir. Bunlar; stresli duyguları düzenlemek ve rahatsızlığa neden olan çevre ile rahatsız olan kişinin ilişkisini değiştirmektir.¹⁰ En yaygın olan varsayım problem odaklı davranışların, duygusal odaklı davranışlardan daha etkili olduğudur.¹¹

Hastalar hastalıkları süresince ailelerinin ve sağlık personelinin, kendilerini anlayacakları ve gereksinimlerini karşılayacakları konusunda güvence duymak isterler. Hemşireler hastayı destekleyen çeşitli iletişim becerilerini başlatabilecekleri gibi ailenin de başlatmasını sağlayabilirler.¹² Aktif ve katılımcı anlayışla yaklaşan ve hastalıkla ilgili

bilgi alan ve duygularını paylaşan hastalar durumlarıyla daha iyi baş edebilmektedir. Ancak bilgi uygun kaynaklardan sağlandığı ve kaygı, korku, öfke gibi olumsuz duygular arttırılmadan empati yapabilen bireylerle paylaşıldığı sürece baş etmede yardımcı olabilir. Hemşire başačıkma da zorlanan bir hastayı, ya da sıkıntı yaşama yönünden risk altında olan hasta ve ailesini fark ettiğinde değerlendirmeli ve tedavi için uygun bir danışmana ya da terapist e sevk etmelidir.¹² Bunun için de hastaların yaşadıkları fiziksel ve psikolojik sıkıntıları ve bunlar üzerinde etkili olabilecek faktörleri belirleyen çalışmalara gereksinim vardır.

Bu çalışmanın amacı; kemoterapi alan akciğer kanserli hastaların yaşadıkları fiziksel ve psikolojik semptomlar ile kullandıkları stresle başačıkma tarzları arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Tanım

Alt solunum yolları (trakea, bronş, bronşiyoller) veya akciğer parankiminden gelişen tümörler için genellikle akciğer kanserleri deyimi kullanılır.¹ Başka bir tanımlamayla; bronkojenik kanserler de denilen akciğer kanserleri, trakeobronşiyal ağaç epitelinden köken alan malign neoplazmalardır.¹³ Akciğer kanseri ilk olarak 1410 yılında Saksonya’da Schbeerge maden ocaklarında çalışan işçiler arasında görülmüş ve tarif edilmiştir. Ancak otopsi raporlarına dayanan ilk akciğer kanseri olguları 1851 yılında ABD’de bildirilmiştir.¹⁴

2.2.Patoloji

Yeni görüşlere göre tüm akciğer kanserleri tek bir (kök hücre) hücreden oluşmakta, gen düzeyindeki değişikliklerle farklı tipler birbirine dönüşmektedir.¹ Patolojik olarak akciğer kanserleri 4 ana gruba ayrılır:^{1,14-18}

- Skuamöz hücreli karsinom
- Adenokarsinom
- Büyük hücreli karsinom
- Küçük hücreli karsinom

Çizelge 1. Akciğer kanserinin histolojik tipleri

Histolojik hücre tipi	Akciğer kanserlerinin yüzdesi	Hücre katlanma zamanı (gün)
Küçük hücreli	20-25	30
Küçük hücreli dışı		
Skvamöz hücre	30-35	100
Adenokarsinoma	33	180
Büyük hücreli karsinoma	10-15	100

Hücre tipi hem tedavi ile hem de prognoz ile çok ilişkilidir. Küçük hücreli karsinomlar diğer gruplar ile karşılaştırıldığında belirgin olarak farklı davrandıkları için, klinisyenler akciğer kanserlerini küçük hücreli ve küçük hücreli olmayan akciğer kanserleri olarak iki grupta sınıflandırmaktadırlar.^{1,14,15,19-21} Skvamöz hücreli karsinom, adenokarsinom ve büyük hücreli karsinom küçük hücreli olmayan akciğer kanserlerini oluşturur.^{15,18,20,22} Akciğer kanserlerinin yaklaşık %75-85'i bu gruptadır.^{18,22} Tüm akciğer kanserlerinin %20-25 kadarı küçük hücreli akciğer kanseridir (Çizelge 1).¹⁸ Skvamöz hücreli karsinom, adenokarsinom, büyük hücreli karsinom ve küçük hücreli karsinom akciğer kanserlerin %95'ini oluşturur.^{1,7}

2.3.Etiyoloji

2.3.1.Sigara: Sigara ile akciğer kanseri arasındaki ilişki 1950 ve 1960'lı yıllarda yapılan epidemiyolojik çalışmalarla ortaya konulmuştur.³ Akciğer kanseri vakalarının %90 sebebi sigara içimidir.²³ Gelişmiş ülkelerde akciğer kanserinden ölümlerin erkeklerde %92-94'ünün, kadınlarda ise %78-80'inin sigaraya bağlı olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda akciğer kanserli kadınların %17'sinin, erkeklerin ise %94'ünün sigara içtikleri bildirilmiştir.¹

Sigara içme ile akciğer kanseri arasındaki ilişki, dört etmenle bağlantılıdır.²⁴

a.Sigaranın günlük miktarı: Günlük sigara dozu ile akciğer kanseri risk artışı arasında doğrudan ve sıklıkla doğrusal ilişki bulunmaktadır. Sigara içme, akciğer kanseri riskini, içmeyenlere göre 10 kat arttırabilmekte; günde iki paket ya da üstünde sigara içenlerde bu artış 20-25 kata çıkabilmektedir.²⁴

b.Sigara içme süresi: Akciğer hasarı, sürekli sigara içme ile ilerlediğinden, akciğer kanserinin tiryakilik süresiyle yakın ilişkisi vardır. Ergenlik çağında sigaraya başlayıp erişkin yaşlarda sürdürenler, bu kanser açısından en riskli grubu oluşturmaktadırlar.²⁴

c.Tütün kullanış biçimi: Sigara, pipo ya da puroya göre çok daha fazla akciğer kanseri riski oluşturmaktadır.²⁴

d.Sigara çeşidi: Filtresiz sigaraların filtreliyle göre daha kanserojen olduğu da, yakın zamanda yapılan bir araştırmada ortaya konmuştur.²⁴

Histolojik tipler incelendiğinde, sigara içmeyenlerde adenokanserler akciğer kanserlerinin önemli bir kısmını oluştururken, sigara içenlerde yassı hücreli ve küçük hücreli akciğer kanserleri ön plana çıkmaktadır.^{1,13} Sigara içen erkeklere göre sigara içen kadınların küçük hücreli akciğer kanserine yakalanma riskleri daha fazladır. Erkeklerde risk 11.4-37.5 kat artarken, kadınlarda 37.6-86 kat artmaktadır. Sigara tüm

akciğer kanser tipleri için belirgin risk faktörüdür, ancak sigara ile en güçlü ilişki kadında görülen küçük hücreli akciğer kanseridir. Kesin olarak kanıtlanmamış olmakla birlikte kadınlık hormonu olan östrojenin akciğer kanserinin tipi ve bazı özelliklerini etkileyebileceği ve cinsiyetler arasında akciğer kanseri farklılıklarından sorumlu olabileceği düşünülmektedir.¹⁹

Pasif olarak sigara içenlerde de akciğer kanseri gelişme riski artmaktadır. Her yıl ABD’de 500-5000 akciğer kanseri ölümünden pasif içim sorumludur. Çocuklarda, sigara içmeyen ev halkında risk 1.41-1.87 arasındadır.¹ Sigara içimi kesildikten sonra risk hızla düşer, 1-5 yıldır içmeyi kesenlerde risk yarıya iner. Bu düşüş 2-15yıl progresif olarak devam etmekte ve bu süreden sonra ömür boyu sigara içmeyenlerinkine denk hale gelmektedir.¹³

2.3.2.Alkol: Alkol kullanımının doğrudan akciğer kanseri ile ilişkisi bilinmemektedir. Akciğer kanserli hastalarda alkol kullanım oranı diğer popülasyona oranla daha yüksektir, bu alkol kullananların genel de sigara da içmeleri ile açıklanabilir.³

2.3.3.Meslek: Kansere yol açan nedenlerden birisi olan mesleki maruziyet, tüm kanser ölümlerinin %5’inden sorumludur.³ Radyoaktif maddelerle ilgili işlerde çalışanlarda, kromat işçilerinde, nikel endüstrisinde çalışanlarda, asbest ile ilgili alanlarda çalışanlarda, demir cevheri ocaklarında çalışanlarda akciğer kanseri görülme sıklığı daha fazladır. Tarım ilaçlarında bulunan arsenik bileşiklerinin solunum yoluyla alınması akciğer kanseri gelişiminde bir etken olduğu ortaya konmuştur.¹⁴

Başlıca mesleki karsinojenler şunlardır:¹

- Asbest

- Arsenik
- Aluminyum
- Bis-klorometil eter (BKME)
- Krom
- Hidrokarbonlar (polisiklik aromatik hidrokarbonlar= PAH)
- Mustard gazı
- Nikel
- Radyasyon
- Radon
- Vinil klorid

2.3.4.Çevre kirliliği: Hava kirliliğinin kanser gelişme riskindeki önemi tartışmalıdır. Bununla birlikte yoğun çevre kirliliği akciğer kanseri mortalite istatistiklerine yansımaktadır. Nitekim kentlerde kırsal kesimlerde oturanlara göre akciğer kanseri gelişimi 1.26-2.33 kat daha fazladır.¹

2.3.5.Akciğer hastalıkları: Diffüz pulmoner fibrozisi olan hastalarda akciğer kanseri geliştiği bildirilmiştir.¹ Pulmoner fibrozisi olan olgularda akciğer kanseri riskinin 14 kez arttığı bildirilmektedir.^{3,13} Yine fibrozisle giden skleroderma ve sarkoidozis gibi hastalıklarda da akciğer kanseri riskinin arttığı değişik çalışmalarda bildirilmiştir.¹³ Çalışmalarda akciğer kanserinin sarkoidozlu hastalarda 3 kat fazla geliştiği, tüberkülozlu hastalarda üst loblarda kanserin de birlikte bulunabildiği, bronşiyolo-alveoler tip kanserlerin konjenital kistik akciğer hastalığı ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir.¹ Akciğer kanseri riskini arttıran başka bir akciğer hastalığı

da KOAH'dır.^{3,13,25} Riskteki artış, fibrozis ya da KOAH sonucu oluşan yapısal bozukluklar nedeni ile karsinogenlerin klirensinin azalmasına bağlanmaktadır.^{3,13}

2.3.6.Genetik faktörler: Anne babadan birinin akciğer kanserli olduğu bireylerde akciğer kanseri riski daha yüksektir.^{3,13} Tüm bu araştırmalar sonucunda, akciğer kanseri için ailesel yatkınlık olabileceği söylenebilir.^{3,13-15} Ailede akciğer kanseri olgusu bulunan kişilerde akciğer kanseri gelişimi riskinin 2-4 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir.¹⁴

2.3.7.Diyet: Birçok epidemiyolojik çalışmada diyetle sebze alımının akciğer ve diğer kanser risklerini orta derecede düşürdüğü gösterilmiştir. Takip eden araştırmalarda β - karotenin (retinol veya A vitamini içeren retinoidlerin prekürsörü) akciğer kanseri riski düşüklüğü ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür.¹ Karotenoid alımının ve serum karoten seviyelerinin, yassı hücreli ve küçük hücreli akciğer kanserlerinde, diğer histolojik tiplere oranla daha koruyucu olduğu gösterilmiştir.¹³

İlk kez 1975'de A vitamininin akciğer kanserini engellediği bildirilmiştir.¹³ A vitamini eksikliği solunum sistemi epitelinde skuamöz metaplaziye neden olmaktadır. A vitamininden fakir diyetle beslenenlerde, A vitamininden zengin beslenenlere göre akciğer kanseri riski 4.6 kat daha fazla bulunmuştur. C vitamini ve selenyum eksikliği, siyah çay, kolesterol de sorumlu tutulmuştur.¹ Selenyum, vitamin C ve E'nin antikanserojen etkilerinin olup olmadığı hakkında birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen sonuçlar birbiriyle uyumlu değildir.^{3,13} Sigara içen erkeklerde 5-8 yıl süre ile E vitamini ve β - karoten verilmesi insidanda azalmaya neden olmamaktadır.¹ Kadınlarda diyet-akciğer kanseri ilişkisinin erkelere göre daha zayıf olduğu bildirilmektedir.¹³

2.4. Belirti ve Bulgular

Akciğer kanserlerinin yaklaşık %5'i asemptomatik olup, rutin radyolojik incelemeler sırasında fark edilirler.^{13,17} %95'inde ise tümöre bağlı semptomlar vardır. Ancak bu semptomlar her zaman akciğer kanseri için spesifik değildir.¹⁷ Hastalarda halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı ve ateş gibi nonspesifik semptomlar olabilir.¹

Akciğer kanserinde hematojen, lenfojen ya da intraalveoler metastaz olabilir. Hematojen olarak çoğunlukla santral sinir sistemi, kemikler, karaciğer ve adrenal bezlere metastaz izlenir.¹³ En çok küçük hücreli akciğer kanserinde metastaz vardır. Tümör embolisi sonucu pulmoner emboli gelişebilir. Lenfatik yayılım özellikle evrelendirme açısından önemlidir. Alveoller arası yayılım daha ziyade bronkoalveoler kanserde izlenir.¹³

Akciğer kanserlerinde semptomlar 3 nedenle ortaya çıkar:¹³

- 1) Tümörün lokal büyümesi
- 2) Toraks içi ya da dışı metastaz
- 3) Paraneoplastik sendromlar

Akciğer kanserleri santral veya periferik yerleşimli olmalarına ve hücre tipine göre farklı semptomlara neden olurlar.^{1,26}

1.Primer Tümöre Bağlı Belirtiler

a.Santral Yerleşimli Tümörler: Santral tümörler sıklıkla küçük hücreli veya skuamöz hücreli hücre tipindedir.¹ Belirtileri kuru öksürük (% 70), hemoptizi (% 40), dispne (% 40), wheezing veya stridor (% 20), göğüs ağrısı (% 50) ve ateştir.¹

b.Periferik Yerleşimli Tümörler: Periferik tümörler adenokarsinom veya büyük hücreli tiptedir. Belirtileri arasında öksürük ,dispne ve göğüs ağrısı vardır.¹

2. Toraks İçi Ekstrapulmoner Yayılımlara Bağlı Belirtiler

a.Sinir Tutulumuna Ait Belirtiler: Servikal sempatik sinir tutulumunda; horner sendromu, 8. Servikal, 1. Torakal sinir tutulumunda; ulnar ağrı ve vazomotor bulgular, N.frenikus felcinde; diafragma paralizisi, dispne ve öksürük, N.rekürrens felcinde ise ses kısıklığı (% 20) görülür.¹

b.Kardiyovasküler Sisteme Ait Belirtiler: Vena cava superior sendromu (% 5), pulmoner stenoz, pulmoner sufl (üfürüm), pulmoner emboli, aritmi, sinüs taşikardisi, atrial fibrilasyon, tamponad (perikard), kalp yetmezliğidir (myokard).¹

c.Plevraya Ait Belirti: Plörezidir.

d.Mediastene Ait Belirtiler: Özefagusta; disfaji (% 2), bronkoplevral fistül ve aspirasyon, lenfatik obstrüksiyonda; plörezi (seröz), duktus torasikusta; plörezi (şilöz), akciğer lenfatiklerine yayılımda; hipoksi ve dispne, trakeada; wheezing ve stridor görülür.¹

3. Toraks Dışı Sistemik Metastazlarla İlgili Belirtiler: Lenfadenopatiler, başağrısı, sarılık, iştahsızlık, sağ hipokondrium ağrısı, kemik ağrıları ve cilt-ciltaltı nodülleri¹

4. Sistemik Belirtiler: Anoreksi, kilo kaybı (% 70) ve paraneoplastik sendromlar.

Paraneoplastik sendromlar (PS): Bir tümör veya tümörün metastazları ile doğrudan ilgili olmayan, fakat patogenezi açısından tümörün varlığına bağlı olan ve dolayısıyla tümörün çıkarılmasından sonra gerileyebilen belirtilerdir.¹ Akciğer tümörlerinin bir kısmında tümör hücrelerinin salgıladığı hormon ve hormona benzer aktif maddelerin sekresyonu söz konusudur. Akciğer kanserleri içinde PS ile en yakın ilişkili olan küçük hücreli akciğer kanserleridir.¹ Paraneoplastik sendromlar şunlardır:^{1,13,27} Endokrin sendromlar (%2), nörolojik sendromlar (%1), hematolojik sendromlar (%1-8),

dermatolojik sendromlar (%1), iskelet sistemine ait sendromlar ve bunların dışında diğer sendromlar (>%1).

2.5. Tanı Yöntemleri

Akciğer kanserlerinde kesin tanı sitopatolojik ve histopatolojik tetkiklerle konulmakla birlikte, tanıya giden yolun başında, klinik yaklaşım (anamnez, fizik muayene, laboratuvar) ve radyolojik değerlendirmeler bulunur.²⁷

Akciğer kanserlerinde tanı ve evreleme amacıyla yapılabilecek birçok girişimsel (invaziv) ve girişimsel olmayan (noninvaziv) tanı yöntemi vardır. Bunlar içinde radyolojik tetkikler noninvaziv oluşları ve etkinlikleri yönünden ilk tercih edilen yöntemlerdir.¹

2.5.1. Girişimsel Olmayan Tanı Yöntemleri^{1,13,27}

- Radyoloji
- Balgam Sitolojisi
- Laboratuvar Bulguları
- Tümör Belirleyicileri
- Nükleer ve Genetik Çalışmalar

2.5.2. Girişimsel Tanı Yöntemleri^{1,13,27}

- Bronkoskopi
- Torasentez, Torakoskopi, VATC (Video Aracılı Torakoskopik Cerrahi)
- Mediastinoskopi, Mediastinotomi
- Transtorasik (Perkütan) İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi(TTİİAB)
- Torakotomi
- Lenf Bezi ve Organ Biyopsileri
- Plevra Sıvısı Aspirasyonu

2.6. Tedavi

Son 10 yıl içinde akciğer kanserlerinin tedavisinde önemli gelişmeler olmuştur.^{1,28} Evreleme ile erken ve geç kalmış olguları birbirinden daha iyi ayırma imkanı ortaya çıkmış ve inoperabl olarak kabul edilen bir çok olguya cerrahi şansı verilmiştir.^{1,28}

Akciğer kanserlerinde en büyük problem erken tanı problemidir. Asemptomatik dönemde teşhis edilmiş hastaların tedavileri hem kolay, hem de 5 yıllık sağ kalım şansları % 60'ların üzerinde bulunmaktadır. Akciğer kanserlerinde tedavi yöntemi kanserin histolojik tipi, evresi ve hastaların performans durumlarına göre biçimlendirilmektedir.^{1,28}

Tedavinin sınıflandırılması şu şekildedir:^{1,3,7,13,27-29}

- a. Cerrahi Tedavi
- b. Radyoterapi
- c. Kemoterapi
- d. Fotodinamik Tedavi
- e. İmmünoterapi

2.6.1.Kemoterapi

Kanser ilaçları değişik mekanizmalarla kanserli hücreleri etkiler.³ Bu etki, sıklıkla hücre ölümüne yol açmaktadır (sitotoksikite), daha seyrek olarak hücreyi öldürmeksizin büyümesini engellemektir (sitostatik etki). En az görülen etki ise, kanserli hücrede diferansiasyonun (farklılaşmanın) başlatılmasıdır.³

2.6.1.1.Kemoterapi İlaçlarının Sınıflandırılması^{3,7}

a)Alkilleyici ajanlar ve benzerleri: Nitrojen mustard siklofosamid, ifosfamid, klorambusil gb.

b)Platin kompleksleri: Sisplatin (CDDP) ve karboplatin

c)Antimetabolitler: Metotreksat, fluorourasil, sitozin arabinozid

d)Topoizomeraz inhibitörleri: Etoposid (Vepesid, VP-16), irinotekan

e)Antibiyotikler: Antrasiklinler: Doksorubisin (adriamisin), daunorubisin, idarubisin, epirubisin, mitoksantron. Antrasiklin dışındakiler: Mitomisin, bileomisin, aktinomisin D

f)Tübülün inhibitörleri (antimikrotübül ajanlar): Vinka alkaloidleri: Vinkristin, vinblastin, vinorelbin. Taksanlar: Paklitaksel (taxol), dosetaksel (taxotere)

2.6.1.2.Uygulama Yolları

a.Oral Yol: Küçük bir ajan için GİS'ten emilim yeterlidir ve bunlar oral yoldan uygulanabilir.³

b. İntravenöz yol (İ.V): En çok kullanılan yoldur.³

c.İntratekal yol: Leptomeningeal tutulumda tedavi ve SSS profilaksisinde kullanılır.³

d.İntrakaviter yol: Periton, plevra, perikard ve mesane gibi boşlukların içine iğne ya da özel kateterler aracılığıyla kanser ilaçlarının uygulanmasıdır.³

e.İntraarteriyel yol: Bu uygulamada amaç, tümörü besleyen arter içine antineoplastik ilaçların verilmesi ile daha yüksek konsantrasyonda ilaç düzeyi sağlayarak, terapötik etkinliğin artırılmasıdır.³

Kemoterapi uygulamak için hastaların performans durumları Karnofsky'ye göre %60 ve daha fazla olmalıdır.¹ İki kür kemoterapi sonunda tümörde küçülme olmuyorsa tedavi kesilmelidir. Kemoterapi 70 yaş ve üstünde ve ileri derecede kilo kaybı olan, performans durumu %20-40 olan hastalarda verilmemelidir.¹ Tedavi uygulanacak hastalarda renal veya kardiyak sorunların bulunmamasına dikkat edilmelidir.^{1,29}

2.6.1.5. Kemoradyoterapi

Radyoterapi (RT), Evre III inoperabl KHDAK'li hastalar için uzun yıllar standart bir tedavi rejimi olarak kabul edilmiştir.⁷ Yalnızca RT ile ortalama sağkalım süresi 8-10 ay, 2 yıllık sağkalım %10-20, 5 yıllık sağkalım ise %3-8 gibi düşük oranlardadır. Böylesi yaygın hastalıkta elde edilebilen düşük sağkalım oranları, araştırmacıları yeni tedavi modelleri uygulamaya yöneltmektedir. Bu yeni tedavi rejimleri RT ile kombine kemoterapi (KT), preoperatif RT ve/veya KT'yi takiben cerrahi girişimleri ve RT'deki fraksiyonasyon değişikliklerini kapsamaktadır.⁷

Kemoradyoterapi uygulamaları 3 ana başlık altında toplanmaktadır:⁷

a) Ardışık (sequential) b) Eş zamanlı (concurrent) c) Dönüşümlü (alternated)

2.6.1.6.Kemoterapinin Yan Etkileri

Kanser ilaçlarının oluşturduğu sitotoksosite, kanser hücresi için selektif değildir; hastanın pek çok normal hücresinde daha az oranda da olsa, toksisite görülür.³ Kemoterapiye ilişkin yaşanan bu sınırlamaların temelinde, kanser hücresinin biyokimyasal yapısının normal hücrelere benzemesi yer alır. Yan etkiler akut, kronik ya da kalıcı olabilir.³

A.Hematolojik Toksisite

Hematolojik toksisite kemik iliği baskılanması (mielosüpresyon) başta olmak üzere, kanser kemoterapisinin ortaya çıkardığı tüm hematolojik komplikasyonları içerir. Kemik iliği baskılanması olarak üç durum tanımlanmıştır.³

a.Nötropeni (granülositopeni): İlki ve en sık karşılaşılanıdır.³ Nötropeni derecesine bağlı olarak, hastalarda enfeksiyon riskini artırır. Özellikle ciddi nötropeni durumlarında, febril nötropeni olarak adlandırılan, yaşamı tehdit eden ve erken dönemde uygun şekilde tedavi edilmezse ölümcül olan, bakteriyemi ve sepsisle giden

enfeksiyonlar çok sık olarak görülür.³ Kemoterapi nedenli nötropeni tipik olarak kemoterapi uygulamasını takip eden 3-7 gün sonra ortaya çıkar.³⁰

b.Trombositopeni: Kemik iliği baskılanmasına ilişkin ikinci durumdur ve nötropeniden daha az görülür.³ Trombositopeni tipik olarak kemoterapi ilaçlarının uygulanmasını takip eden 6-10 gün sonra ortaya çıkar.³⁰ Bu durumda kanamalar önce ciltte purpurik döküntüler şeklindeyken, trombositopeni derinleştikçe dişeti kanamaları, epistaksis ya da GİS'ten kanama gibi mukoza kanamaları ve seyrek de olsa SSS kanamaları gibi ölümcül olabilecek klinik durumlar görülebilir.³ Platelet değerleri 20.000-50.000; 10.000-20.000 ve 10.000 hücre/ μ l'ın altına düşebilir. Hayati derecede tehlikeli kanama frekansı yaklaşık %5-6 'dan %10 ve %20-40'a kadar yükselir.³⁰

c.Anemi: Kemoterapi tedavisi gören hastaların %60'ından fazlasında anemi gelişir.³⁰ Kemoterapiye bağlı anemi eritrositlerin yaşam süresinin uzun olması nedeniyle genellikle geç dönemde görülür.³ Anemili hastalar; yorgunluk, bitkinlik, nefes darlığı ve aktivitelere karşı azalmış tolerans gibi istenmeyen semptomlar yaşayabilirler. Anemi diğer medikal problemlere neden olabilir. Örneğin; anemi kalbin daha fazla çalışmasını gerektirir ve bu kalbe ek stres daha önce kalp hastalığı olan hastalarda kalp krizine neden olabilir.³⁰

B.Gastrointestinal Toksisite

a.Bulantı-kusma: Bulantı-kusma kemoterapi ve radyoterapinin sık görülen yan etkileridir.³⁰ Kemoterapi sebepli bulantı-kusma akut (ilk 24 saat içinde), gecikmiş (24 saatten sonra kusma) ve/veya ilerlemiş olabilir.³⁰

b.İştahsızlık: İştahsızlık tedavi edilmezse kilo kaybına neden olabilir.³⁰ Tat değişiklikleri kemoterapi ilaçlarının ağız dokusunda yayılmasıyla ağızdaki hücrelerin zarar görmesiyle oluşur. Mesela tatlı yiyecekler kadar tatlı olmayan acı ve ekşi gıdalar

daha güçlü tat verirler. Ağızda metalik bir tat veya artan ekşi ve acı tat alma hissi yaygındır. Ayrıca tatlı gıdalara karşı daha az duyarlılık olabilir. Bu değişikliklerin ne kadar süreceği herkes için farklıdır ve tedaviye bağlıdır. Bununla birlikte tat değişiklikleri genelde tedaviden sonra 2-3 ay içinde düzelir.³⁰

c.Kilo değişiklikleri: Kanser tedavisi alan hastalar genelde kilo kaybederken bazıları kilo alırlar. Kemoterapi, hormon tedavisi ve steroid tedavisi kilo almaya götürebilir.³⁰

d.Mukozit: Mukozit, ağızdan anal bölgeye dek uzanan epiteli ilgilendirir.³ Mukozitin semptomları genelde kemoterapi tedavisini takiben 3-10 gün sonra ortaya çıkar.³⁰ Klinik görünüm sıklıkla stomatit ve diyare, daha seyrek olarak özofajit ve gastrittir.³ Stomatit, hastanın beslenmesini bozar ya da başta candida olmak üzere fırsatçı infeksiyonları kolaylaştırabilir. Bu sorunlar hastada morbidite artışı ve yaşam kalitesinde bozulmaya yol açabilir.³

e.Diyare: Kemoterapi, spesifik olarak GİS'ten sıvı absorpsiyonunu azaltır ve atıklardaki sıvı-elektrolit atılımını artırır.³⁰ Genellikle hafif derecede görülen diyare için, diyet hakkında hasta eğitimi yeterli olabilir ve toksisite kendisini sınırlar.³ İshal aşırı olduğunda hiponatremi ve hipokalemi durumları olarak bilinen sodyum ve potasyum elektrolitlerinin tehlikeli derecede düşük seviyelere gerilemesine neden olabilir.³⁰

f.Kabızlık: Kabızlık, periferik nöropatinin otonom sinir sisteminde en sık görülen belirtisidir.³ Kemoterapi ilaçları peristaltislerde hem artışa hem de azalmaya neden olabilir. Azalan intestinal aktiviteler konstipasyona neden olur.³⁰ Çok seyrek olarak paralitik ileus kliniğine yol açabilir.³

g.Karaciğer toksisitesi: Genellikle az görülen bir yan etkidir. Karaciğer toksisitesi hafif derecede enzim yükselmesi, bazen fibrozis ve siroz, kimi kez ise kolestaz şeklinde görülebilir.³

C.Cilt Toksisitesi

a.Enjeksiyon Bölgesi Reaksiyonu: Enjeksiyon bölgesi reaksiyonunun iki türü vardır.Biri “**flare reaksiyon**” olarak da adlandırılan ve iritan ilaçların neden olduğu lokal alerjik reaksiyondur. Diğeri ise daha şiddetlidir ve enjeksiyon bölgesindeki kan damarlarından az miktar kemoterapinin sızması olan ‘**ekstravazasyon**’ tarafından ortaya çıkar.³⁰ Bazı kanser ilaçlarının uygulanması sırasında ekstravazasyon olursa, cilt nekrozu gelişebilir. Cilt lezyonları ekstravazasyon derecesine göre, lokal eritemden nekroza dek değişebilir.³ Enjeksiyon bölgesi reaksiyonları semptomları hemen veya ilacın uygulanmasından 6-12 saat sonra gecikerek ortaya çıkabilir.³⁰

b.Alopesi: En sık karşılaşılan cilt toksisitesidir. Hastada dış görünüşü değiştirerek bazı ruhsal sorunlara yol açabilir.³ Kemoterapi, kanser hücreleri gibi sık bölünen hücrelere zarar verir. Saç folikülü gibi bazı hücreler de hızla bölünür. Saç dökülmesi tipik olarak ilk tedaviden 2 ya da 3 hafta sonra başlar.³⁰ Baştaki saçlara ek olarak kirpik, kaş, yüz kılları, bacak kılları da dökülür. Dökülen saç miktarı, alınan kemoterapi ilacının tipine bağlıdır. Saç, tipik olarak tedavi bitiminden 2-3 hafta sonra tekrar çıkmaya başlar. Saç, tedaviden önce olduğundan daha farklı çıkabilir. Örneğin; renk ve şekli farklı olabilir(kıvrıkcık, düz).³⁰

c.Diğer Cilt Toksisiteleri: Cilt pigmentasyonu, tırnak değişiklikleri, güneş ışığına karşı aşırı duyarlılık ve yara iyileşmesinde gecikme gibi yan etkiler genellikle klinik sorun oluşturmayacak derecede görülür.³

D.Pulmoner Toksisite

Kemoterapi ve radyoterapinin her ikisi de akciğer toksisitesine neden olabilir. Radyasyon ve kemoterapinin hücrelere zarar vermesi serbest radikaller oluşturarak

olur.³⁰ Akciğer toksisitesi çoğu hastada pnömoni şeklinde akut, pulmoner fibrozis şeklinde kronik solunum bozukluğu gözlenebilir.³

E.Kardiyak Toksisite

Akut kardiyak toksisite genellikle seyrek görülen, dozdan bağımsız, aritmilerle giden ve hafif derecede olan bir kliniğe sahiptir. Bunun sonucunda, uygulamadan uzun süre sonra ortaya çıkabilen konjestif kalp yetmezliğidir.³

F.Nefrotoksisite

Sisplatin, böbrek glomerüler filtrasyon hızında kalıcı bozulmaya yol açabilir.³ Ancak, sisplatin toksisitesine bağlı renal tübüler fonksiyonlar genellikle düzelir. Nefrotoksisitenin derecesi ilacın uygulanma şekli ile yakın olarak ilişkilidir. İlaça bağlı hipokalemi, hipokalsemi, hipomagnezemi bazen hiponatremi tanımlanmıştır.³

Kemoterapi, böbreklerin yapısına veya kan damarlarına zarar vererek renal işlev bozukluğuna neden olur. Böbrek hasarı, üredeki protein atımının artmış olmasının sonucu olabilir. Üredeki protein kalıcı böbrek hasarının veya yetmezliğinin işareti olabilir.³⁰ Kronik diyaliz hastasında uygulama için sakınca yoktur ancak, ilaç diyalizata geçmez.³

a. Hemorajik Sistit: İfösfamid ve yüksek doz siklofosfamid için dozu sınırlayan yan etki hemorajik sistittir. İlacın aktif metaboliti olan akrolein, üriner epitelde spesifik toksisite oluşturur.³

G.Nörotoksisite

Kanser ilaçlarına bağlı nörotoksisite üç şekilde gözlenebilir.

a)Periferik nöropati: Periferik nöropati sinyalleri ekstremiteler ve SSS arasında iletilen sinirlerdeki zarardır. Uyuşma ve karıncalanmaya ek olarak, güçsüzlük, kollarda,

ellerde, bacalarda ağrı, parestezi gibi anormal hislerdir. Vücutta periferik nöropatinin en çok etkilendiği bölge parmaklar ve ayak parmaklarıdır.^{3,30}

b)Santral nöropati: Değişik derecede olan bu nörotoksisite konfüzyon, hallüsinasyonlar, konvülsiyon, koma çok seyrek olarak da ölüm şeklinde görülebilir.³

c)İntratekal ilaç uygulamalarında görülen nörotoksisite: İntratekal metotreksat ve sitozin arabinozid uygulamalarında görülen nörolojik yan etkiler akut, subakut ve gecikmiş nörotoksisite şeklinde tanımlanabilir.³

H. Hipersensitivite Reaksiyonları

Taksanlar için hastaların yaklaşık %40'ında ciltte ‘flushing’, hipotansiyon, bronkospazm ve bradikardi, ayrıca ürtiker, anjioödem şeklinde görülen hipersensitivite reaksiyonları önemli bir yan etkidir. Bu reaksiyonların yaklaşık yarısı, ilacın verilmesinden ilk 3-5 dakikasında ortaya çıkar. Anafilaksi gibi ciddi alerjik reaksiyonlar sadece %2 olguda gözlenebilir.³

I. Gonadal disfonksiyon

Alkilleyiciler başta olmak üzere pek çok kanser ilacının kullanımında gonadal disfonksiyon görülür. Bu yan etki erkek hastalarda; impotans ve ereksiyon bozuklukları, libido kaybı, jinekomasti, kadınlarda; oligo-amenore ve menopozal sendrom şeklinde görülebilir. Her iki cinste infertilite gelişebilir ancak, gençlerde gonadal fonksiyonların geri dönme olasılığı yüksektir. Ayrıca, gebeliğin ilk üç ayında kanser ilaçlarının uygulanması intrauterin ölümler ve doğum anomalilerine yol açar.³

2.6.1.7.Geç Yan Etkiler

Belirli tedaviler, geç komplikasyonlar olarak da adlandırılan, tedavi tamamlandığında düzelmeyen durumlar olan uzun süreli yan etkilere neden olabilir.

a.Kardiyak toksisite: Kemoterapiyle birlikte oluşan kardiyak komplikasyonların bir çoğu tedavi sırasında veya tamamlanmasından çok kısa bir süre sonra ortaya çıkar.³⁰

b.Gelişim problemleri: Kemoterapi ve kranial radyasyon, gelişim hormonu ve tiroid hormonu gibi önemli hormonları normal seviyelerinin altına düşürür.³⁰

c.Menopoz: Kemoterapi erken menopoza götüren overyan yetmezliğine neden olabilir. Overyan yetmezliği geçici veya kalıcı olabilir.³⁰

d.Sekonder malignensiler: Sekonder kanserler tedaviden aylar veya yıllar sonra ortaya çıkabilir ve ilk kanser tedavisinin bir sonucu veya yan etkisidir.³⁰ Pek çok antineoplastik ajan akut miyeloblastik lösemi (latent periyot 3 yıldan az), non-hodgkin lenfoma (latent periyot 4-5 yıl) ve solid tümörler (latent periyot 10 yıldan uzun) gibi ikinci malignitelere yol açabilir.³

e.Sterilite: Kanserli hastalarda kemoterapinin testise zarar vermesi steriliteye sebep olur. Ne yazık ki kemoterapi, kemik iliğindeki kan hücreleri, saç folikülündeki hücreler ve testislerdeki sperm üreten hücreler gibi hızla gelişen normal hücreleri de etkiler.³⁰

2.7.Akciğer Kanserinde Psikolojik Tepkiler

Akciğer kanseri ölümcül bir hastalık olduğu kadar, kronik bir hastalıktır ve bu nedenle, ciddi tıbbi sorunların yanında, psikososyal sorunlar da sık ve önemlidir. Kanser hastalarında, diğer organik hastalıklarda görülenden daha yüksek oranda ruhsal sorunlar gözlenmektedir.³¹

Ölümcül bir hastalıkla karşılaşan kişide gelişen ruhsal tepkiler uyum sağlama ve başa çıkma amaçlıdır. Ancak, bu aşamada uyuma yönelik tepkiler yanında uyuma yaramayan davranışlar da ortaya çıkabilir.⁴⁹ Bireylerin kansere adaptasyonunda; tanı, tedavi, tedavi sonrası, hastalığın ilerlediği ve artık terminal dönemin yaşandığı durumlarda gözlenen psikolojik tepkiler çizelge 2’de verilmiştir.^{27,31,32}

Çizelge 2. Kanserde Psikolojik Tepkiler

Klinik aşamalar	Uyuma yönelik tepki	Uyum dışı tepki
Tanı Öncesi	Kanser olasılığı ile ilgili kaygılı bekleyiş	Aşırı gerginlik Kanser tanısı konmadan hastalık belirtileri geliştirme Kanser olasılığının inkarı ve tedavide gecikme
Tanı	Şok, inanamama,kısmi inkar,öfke, kızgınlık, isyan,kaygı, depresif mizaçlı uyum	Kesin inkar ve tedaviyi reddetme Ağır depresyonla tedaviyi reddetme
Tedavi Cerrahi tedavi	Cerrahi girişimin geciktirilmesi Cerrahi dışı tedaviler Vücut imajı değişikliğine bağlı kayıp tepkisi	Ameliyat sonrası reaktif depresyon Vücut imajı değişiklikleri ve uzamış elem reaksiyonu
Radyoterapi	Işın tedavisinin yan etkilerinden korkma Terk edilme korkusu	Psikoz benzeri deliryum ve hallüsinasyonlar

Çizelge 2'nin devamı

Klinik aşamalar	Uyuma yönelik tepki	Uyum dışı tepki
Kemoterapi	Kemoterapi yan etkilerinden korkma Anksiyete Hafif depresyon Beden imajı değişikliklerinden korkma Duygusal izolasyon Altruistik duygular(organlarını bağışlama)	Organik beyin sendromları Deliryum Psikoz
Tedavi sonrası	Normal baş etme düzeneklerine ve hastalık- tedavi sınırları içinde yaşama dönüş Nüks korkusu	Şok olma İnanama Kısmi inkar Kaygı Kızgınlık Depresif duygu durumu
Nüks ya da metastaz	Yeni bilgi araştırma ve çeşitli tedavi olasılıklarına dönük arayış ve konsültasyonlar	Major depresyon
Terminal- Palyatif Dönem	Terk edilme korkusu Ağrı, bilinmezlik korkusu Varoluşçu endişeler Yaşamın sorgulanması Yas duygusu Bazen kabulleniş	Major depresyon Akut delirium

Tanı; beklenen ve normal emosyonel davranışlarda büyük değişiklik yapan kriz periyotu yaratır. Kanser krizine normal tepkiler ve zaman aralığı aşağıdaki çizelge 3’de belirtilmiştir.³³

Çizelge 3. Kanser Krizine Normal Tepkiler

Faz	Semptomlar	Zaman aralığı
Faz I: Başlangıç cevabı	İnanmama,inkar veya umutsuzluk	Genellikle 1 haftadan daha az
Faz II: Disfori	Anksiyete, depresif ruh hali, anorexi, uykusuzluk, zayıf konsantrasyon,fonksiyonlarda yetersizlik	Genellikle 1-2 hafta fakat değişebilir
Faz III: Adaptasyon	Bilgi değişikliklerini kabul eder ve tercihlerini paylaşmaya başlar Günlük aktivitelerini sürdürür ve iyimserlik için sebep arar	genellikle 2 haftaya kadar fakat adaptasyon aylarca sürebilir; başarılı ya da başarısız olabilir

Kanser kaynaklı strese yanıtı, yani uyum çabalarını kişiye (yaş, cinsiyet, eğitim, kişilik yapısı ve baş edebilme gücünün düzeyi, hastalık öncesi uyum gücü, dini inancı, evlilik çocuk gibi geleceğe yönelik planları konusunda ortaya çıkan tehdidin düzeyi), çevreye (yaygın inanışlar, sosyo-ekonomik statü ve sosyal destek kaynakları) ve hastalığa ait (tümörün yerleşim yeri, evresi, özellikle ağrı gibi semptomlar, prognoz, gerekli tedavi ve sıklığı, vücut fonksiyonlarını değiştirmesi ve sağlık ekibinin psikolojik yaklaşımı) özellikler belirler.^{7,33}

Hastanın uyumunu etkileyen çeşitli faktörlerin etkileme şekli Çizelge 4’de özetlenmiştir.³¹

Çizelge 4. Kanserli Hastanın Uyumunu Etkileyen Faktörler

Hastalığa ait özellikler	Primer organ, evre, prognoz ve tedavi olumlu ve olumsuz yönde etkiler.
Hastanın önceki tıbbi sorunlara ilişkin deneyimi ve uyum yetisi	Olumlu ve olumsuz yönde de etkiler
Gelecek planlarının tehdit derecesi	Gençlerde olumsuz tepki
Çevre destek sistemleri (aile)	Olumlu etkiler
Hastalığa ilişkin sosyal ve kültürel tutum	Olumlu ve olumsuz yönde de etkiler
Hastanın kişilik özellikleri	Olumlu ve olumsuz yönde de etkiler

Uyumu kolaylaştırmak için³⁴

- Günlük yaşamın sürdürülmesi için destek
- Yaşamdaki sosyal işlevselliğin (iş, öğrenim vb) hastalığa bağlı aksamasını

önlemeye çalışmak

- Hastalığa karşı doğal duygusal tepkileri düzenlemek
- Umutsuzluk, değersizlik, suçluluk düşüncelerinin denetimi

2.8.Başaçıkma

Başaçıkma kavramı, insanların yaşamlarını devam ettirirken karşılaştıkları güçlüklerle mücadele etme biçimleri ve/veya yolları olarak açıklanabilir.¹⁰

Başaçıkma, insanın spesifik içsel ve dışsal isteklerini kontrol etmek için, bilişsel ve davranışsal çabalarda bulunarak hayatı tehdit eden durumlarda eylemlerine kararlı bir şekilde değer biçtiği dinamik ve değişken bir süreçtir. Bu süreç başarılı ya da başarısız olarak hem mücadele talepleri hem de mücadele tarzlarını içerir. İnsan inanmadığı zaman veya mücadele edemeyeceği zaman değişen yaşam koşullarının istekleri yüzünden stres artar. Kişi isteklerine değer biçer, onlara karşılık vermeye çalışır ve de onların hayatları için anlamını anlamaya çalışır. Amaç, stresi kontrol altına almak ve strese neden olan istekleri azaltmak ve değiştirmektir.³⁵

2.8.1.Başaçıkma Tarzları:

2 tip başaçıkma tarzı vardır.¹⁰

- Problem odaklı başaçıkma
- Duygu odaklı başaçıkma

2.8.1.1.Problem Odaklı Başaçıkma: Tanımak, analiz etmek ve stres olaylarının sebebini araştırmak, bireysel beklentileri değiştirmek, problemi yaratan olayları planlı bir biçimde ortadan kaldırmak veya problemleri çözmek, amaç edinmek, yardım

aramak, otokontrolü arttırmak için yeni teknikleri iyi bilmek, sorumluluğunu kabul etmek, sorun üzerinde olumlu olarak durmak etrafında toplanır.^{10,36} Problem odaklı baş etme, tehdit edici olayı ortadan kaldırmak veya onun etkisini azaltmak biçiminde problem çözme ve işlem yolları üzerinde odaklaşma gibi stresli durumun unsurlarını doğrudan değiştirmeye yönelik etkinlikleri içerir.¹⁰ Birey, problem odaklı stratejiyi kullandığı zaman durumu kontrol etmek için, içinde bulunduğu duruma ve hastalığa neden olan şeyleri etkilemeye çalışacağına inanır.³⁵

2.8.1.2.Duygu Odaklı Başaçıkma: Başarılı biçimde düşünmekten kaçındığımız tehdit geçici bir süreyle de olsa bizi bunaltmaz.¹⁰ İnkâr ve sorundan uzak durma kişiye daha sakin bir biçimde soruna yaklaşma fırsatı verdiği için psikolojik stresi kontrol etmede güçlü tekniklerdir. Bu başlık altında, kaçma-kaçınma, inkâr, sorundan uzak durma, haz almacı kaçınmacılık, sosyal destek arama, yüzleştirici başaçıkma, kuruntulu düşünme, zihinsel anlamda sorunla meşgul olmama gibi eğilimlerdir.¹⁰ Duygusal odaklı baş etme stratejisi; doğrudan bir problemin çözümüne yöneltilmemiştir, kişilerin duygularını düşünerek ve de yaparak süreçlendirmesini ifade eder.³⁵

Folkman ve Lazarus, genelde problem odaklı başaçıkmanın değişebilir olarak değerlendirilen durumlarda, duygu odaklı başaçıkmanın ise durumların değişemez olarak değerlendirilmesi halinde daha sıklıkla kullanıldığını belirtmişlerdir.¹⁰

Baş etme stratejileri; baş etme yöntemlerini, hedefe ulaşma yollarını ve hastalığa meydan okumayı öngörür.³⁷ Kanslerle mücadele hastalığın derecesine göre, farklı zamanlarda, farklı stratejiler uygulanarak yapılan aylarca hatta yıllarca sürebilen yöntemleri gerektirir.³⁷ Aşağıda; yeni teşhis edilmiş, medikal tedavi gören ve terminal dönem kanserlerini içeren tüm hastalar için geçerli baş etme yöntemleri vardır.³⁷

1. Hastalığınızın gerçeğiyle yüzleşme

2. Umudu koruma ve iyimserlik
3. Orantı ve denge
4. Duygularınızı açığa vurma
5. Destek alma bilincine varma
6. Katılımcı bir tavır belirleme
7. Olumlu anlam bulma
8. Tinsellik, inanç, dua
9. Kendine olan saygıyı sürdürmek
10. Ölümlülükle yüzleşmek

Hemşirelik Girişimleri

Hemşire baş etmede hastaya üç temel yönde yardımcı olabilir:⁸

- Bireyin karşı koyma yeteneğini güçlendirme
- Etken olan stresörün yoğunluğunu azaltma
- İkincil stres kaynaklarını sınırlama

Bunun için, hemşirelik girişimlerinde hastanın kullandığı olumlu veya olumsuz baş etme yöntemleri tartışılır.³⁸ Sağlıklı ve uygun baş etme yöntemleri kullanmasına yardımcı olunur.³⁸ Kanser ortaya çıkması bir çok hastada, kendi yaşamları üzerinde kontrollerini kaybetme duygusu yaşamalarına neden olur.¹² Bu kontrolün yeniden sağlanması hastaya baş etme gücü verebilir ve bu nedenle de psikososyal desteğin önemli bir hedefidir.¹² Aktif dinleme, bilgi verme ve problem çözmede yardımcı olma hemşirenin destekleyici rolünün içinde yer alır.¹²

Kanserde psikolojik tedavi girişimleri danışmanlık, eğitim veya psikoterapötik yollarla kanserde baş etme davranışını geliştirmek için uygulanan sistematik çabalardır.⁹ Amaç, morali, kendine güveni ve baş etme yetisini arttırırken, sıkıntıyı ve ruhsal

sorunları azaltmaktır.⁹ Bireyin hastalıkla savaşıırken kontrol duygusunu geliştirmek ve karşılaştığı sorunları çözmede pratik çözümler gösterebilmek, kızgınlık, öfke, suçluluk gibi duygu ve tepkilerin serbestçe ifade edilmesini ve hastalıkla ilgili düşüncelerin anlatılmasını cesaretlendirmek, psikolojik ve sosyal uyumu sağlayarak yaşam kalitesini arttırmak, hasta ile aile ve sosyal etkileşim alanları arasındaki etkileşimi güçlendirmek amaçları arasında sayılabilir.⁹

Klinikte hemşirelerin semptomları ilk aşamada değerlendirmeleri ve problemin hafifletilmesi için alacakları erken müdahale önlemleri hastanın bakımında olumlu sonuçlar vermektedir.³⁶

Hastanın sistemik değerlendirilmesi semptomların olası nedenleri için hemşireye yardımcı olur. Hastanın çeşitli vücut sistemlerinin işlevsel değerlendirilmesi herhangi bir problemin erken aşamada fark edilip düzeltilmesini sağlar.³⁶

Hastanın taburculuk planının uygulanması hasta ve yakınlarına basit bilgiler verilmesini, hastanın evine döndüğünde yaşayabileceği bazı semptomları ve bunlarla başa çıkma yollarının öğretilmesini içerir. Hastanın evinde kendi kendine bakabilme gücünün artırılması psikolojik semptomlara da yol açabilecek fiziksel semptomları azaltır.³⁶

3.MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, kemoterapi alan akciğer kanserli hastaların yaşadıkları fiziksel ve psikolojik semptomları ve kullandıkları başağıkma tarzları ile semptomlar arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla ilişkisel, tanımlayıcı olarak planlanmış ve yapılmıştır.³⁹

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Yakutiye ve Aziziye Araştırma Hastanesi Medikal Onkoloji Kliniği, Ayaktan Kemoterapi Ünitesi ve Göğüs Hastalıkları Kliniği'nde 01.03.2005-30.05.2005 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3.Evren ve Örneklem

Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'nde, Medikal Onkoloji Kliniği'nde ve Göğüs Hastalıkları Kliniği'nde 01.03.2005-30.05.2005 tarihleri arasında ayaktan ya da yatarak ikinci ve daha ileri kür kemoterapi tedavisi alan, en az 18 yaşında olan, aynı anda başka bir tedavi almayan, bilinç durumu açık olan ve psikiyatrik bozukluk hikayesi olmayan, araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini olasılıksız örneklem yöntemiyle rastlantısal olarak seçilen 49 hasta oluşturmuştur.³⁹ Aynı anda radyoterapi alan 2 hasta ve işitme sorunu olup okuma-yazma bilmeyen 1 hasta araştırma kapsamı dışında tutulmuştur ve araştırma toplam 46 hastayla yürütülmüştür.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler üç form aracılığıyla toplanmıştır.

- Anket formu
- Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği
- Kısa Semptom Envanteri (KSE)

3.4.1. Anket Formu

Araştırmacı tarafından literatür^{1,3,13,36} doğrultusunda hazırlanan iki bölümden oluşan anket formunun ilk bölümü; hastaya ait tanıtıcı özellikleri ve hastalığı ile ilgili bilgileri içermektedir. Bu formda; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyine ilişkin sorular bulunmaktadır. Hastalığa ait özellikleri tanımlayan bölümde; tanıyı bilme durumu, tanı zamanı, hastalığın türü, evresi ve kaçınıcı kür için gelindiği sorgulanmıştır. Formun ikinci bölümünde ise literatür ışığında hazırlanan hastaların yaşadıkları fiziksel semptomları ve şiddetini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. Şiddeti belirlemeye yönelik sorular 0=Yok, 1=Hafif, 2=Orta, 3=Şiddetli olarak sınıflanmıştır.

3.4.2. Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği

Folkman ve Lazarus'un ‘‘Başıkma Yolları Envanteri’’(Ways of Coping Inventory), stresle başıkma konusunun incelendiği araştırmalarda sıklıkla kullanılan, duruma yönelik, 66 maddelik, 4'lü likert tipi bir ölçektir.⁴⁰ Bu ölçek, ülkemizde daha önce Siva tarafından 1988 yılında kullanılmış ve kültüre özgü maddeler eklenerek 74 maddelik bir ölçek haline getirilmiştir.⁴⁰

74 maddelik Stresle Başıkma Yolları Envanteri'nin Şahin ve Durak tarafından yapılan kısaltma çalışması sonucunda, ölçek 30 maddeye indirilmiştir.⁴⁰ Söz konusu bu araştırmada, zihinsel engelli ve sağlıklı çocuk annelerinin stresle başıkma tarzlarını

değerlendirmek amacıyla Stresle Başaçıkma Yolları Envanterinin kısaltılmış Türkçe formu diğer adıyla Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği kullanılmıştır.⁴⁰

Bu ölçeğin, probleme yönelik etkili yollar ile duygulara yönelik etkisiz yollar olarak isimlendirilebilecek iki boyutu vardır. Bu iki boyut “kendine güvenli”, “iyimser”, “kendine güvensiz”, “boyun eğici yaklaşımlar” ve “sosyal desteğe başvurma” adı verilen 5 faktörde yansımaktadır. Toplam 30 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan bu ölçekte sosyal desteğe başvurma'nın hesaplanmasında 1. ve 9. maddeler ters puanlanarak hesaplanmaktadır. Her faktöre ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmakta, toplam puan ise hesaplanmamaktadır.⁴⁰ Aşağıda her bir alt faktöre ait olan maddeler verilmiştir.⁴⁰

Kendine Güvenli Yaklaşım: 8,10,14,16,20,23,26. maddeler

İyimser Yaklaşım: 2,4,6,12,18. maddeler

Kendine Güvensiz Yaklaşım: 3,7,11,19,22,25,27,28. maddeler

Boyun Eğici Yaklaşım: 5,13,15,17,21,24. maddeler

Sosyal Destek Arama: 1,9,29,30. maddeler

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin ülkemiz için geçerlik ve güvenirlik çalışması H.Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmıştır.⁴⁰ 3 ayrı çalışmadan elde edilen güvenirlik çalışması sonucu elde edilen alt ölçeklerinin, Cronbach Alpha iç tutarlık güvenirlik katsayıları aşağıda çizelge 5'de verilmektedir:

Çizelge 5.Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği Altölçeklerinin Üç Ayrı Çalışmadan Elde Edilen Güvenirlilik Katsayıları

Altölçekler	1. Çalışma N=545	2. Çalışma N=408	3. Çalışma N=232
İyimser Yaklaşım	.68	.66	.49
Kendine Güvenli Yaklaşım	.80	.77	.62
Kendine Güvensiz Yaklaşım	.73	.64	.68
Boyun eğici Yaklaşım	.70	.72	.47
Sosyal Desteğe Başvurma	.47	.45	-

Bu çalışmada Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği'nin 5 alt ölçeği için elde edilen Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.50 olarak hesaplanmıştır.

3.4.3.Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Çeşitli psikolojik belirtileri taramak amacıyla kullanılan Kısa Semptom Envanteri L.R.Derogatis tarafından geliştirilmiştir.⁴¹ Özgün adı Brief Symptom Inventory (BSI) olan “Kısa Semptom Envanteri”, SCL-90-R ile yapılan çalışmalar sonucunda ortaya çıkan, SCL-90-R'nin kısa formudur.⁵⁹ SCL-90-R'nin 9 faktörüne dağılmış olan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek yükü almış toplam 53 madde seçilmiş ve 5-10 dakikada uygulanabilen, benzer yapıda kısa bir ölçek elde edilmiştir.⁴¹ KSE 0-4 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir.⁵⁹ Her madde için “Hiç yok”, “Biraz var”, “Orta

derecede var”, “Epey var” ve “Çok fazla var” seçeneklerinden birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir.⁵⁹ Puan ranjı 212’dir.⁴¹ Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin semptomlarının sıklığını gösterir. Aynen SCL-90-R’de olduğu gibi 9 alt ölçek, ek maddeler ve 3 global indeksten oluşur.⁴¹

Alt ölçekler ve global indekslerin içeriği aşağıda verilmektedir.⁴¹

Somatizasyon (S): 2,7,23,29,30,33 ve 37.maddeler

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB): 5,15,26,27,32 ve 36. maddeler

Kişilerarası duyarlılık (KD): 20,21,22 ve 42. maddeler

Depresyon (D): 9,16,17,18,35 ve 50. maddeler

Anksiyete bozukluğu (AB): 1,12,19,38,45 ve 49. maddeler

Hostilite (H): 6,13,40,41 ve 46. maddeler

Fobik anksiyete (FA): 8,28,31,43 ve 47. maddeler

Paranoid düşünceler (PD): 4,10,24,48 ve 51. maddeler

Psikotizizm (P): 3,14,34,44 ve 53. maddeler

Ek maddeler (EM): 11,25,39 ve 52. maddeler

Somatizasyon(Soma): Somatizasyon bozukluğu, yineleyici ve çok sayıda bedensel yakınmalarla karakterizedir.⁴² Yakınmaların saptanabilen ya da belirgin bir organik nedeni yoktur.⁴² Somatizasyon bozukluğu olan bireylerin birkaç sistemi birden tutan çok sayıda, belirsiz ve şaşırtıcı bedensel belirtileri vardır.⁴² Hastalarda konversiyon bozukluğu belirtilerinin tümü görülebilir.⁴² Belirtiler şunlardır: konversiyon belirtileri, menstrüal ve psikoseksüel belirtiler, gastrointestinal belirtiler, ağrı, kardiyopulmoner belirtiler.⁴² Bu boyut çeşitli bedensel işlevlere ilişkin zorlanmayı (göğüs ve kalp bölgesindeki ağrılar), baş ağrısı, sıızı, ağrı, rahatsızlık ve anksiyetenin ekuanları belirten 7 maddeden oluşmaktadır.⁴¹

Obsesif-Kompulsif (Obsessive-Compulsive-O-C): Bu boyut kişilerde yaşanan egoya yabancı (ego-alien) ve arzu edilmeyen sürekli impulslar ve hareketler üzerinde odaklaşan 6 maddeden oluşmaktadır.⁴¹

Kişilerarası Duyarlılık(Interpersonal sensitivity-INT): 4 maddeden oluşan bu ölçek, kişinin kendini diğerleriyle karşılaştırdığında, kişisel yetersizlik ve küçüklük duygularına kapılarak kişilerarası ilişkilerinde kendini küçük görmesi, rahatsızlık hissetmesi ve olumsuz beklentiler taşıması durumu üzerinde odaklaşır.⁴¹

Depresyon (Depression –DEP): Depresyon, kişide kalıtsal, çevresel ya da hormonal bozukluklar sonrasında gelişen çökkünlük durumudur.⁴³ Depresif davranış ise tutku ve amaç şeklinde can sıkıntısı ve çok sayıda fiziksel şikayettir.⁴³ Bireyde bu duruma daha sonra yorgunluk, iştah kaybı, uyku alışkanlığında bozulma ve libido kaybı eklenir.⁴³ Depresyondaki kişi ağlamaklı, neşesiz, bitkin, omuzları çökkün bir görünümündedir.⁴³ Bireyin hoşlanarak yaptığı etkinliklerde azalma hayattan soğuma vardır. Kendiliğinden yapılan doğal hareketler azalır. Depresyondaki bireyde yoksunluk, eksiklik düşünceleri, kendini yeterli görmeme, gerçeküstü boyutta kendini suçlama, ümitsizlik, ölüm ve intihar düşüncelerinin yinelenerek akla gelmesi görülür.⁴³ Bu boyut; yaşam ilgisinin geri çekilmesi, motivasyon eksikliği ve vital enerjinin kaybı gibi semptomları içeren 6 maddeden oluşmaktadır. Ümitsizlik duyguları, intihar düşünceleri ve diğer bilişsel ve somatik belirtiler üzerinde odaklaşan bir boyuttur.⁴¹

Anksiyete (Anxiety-ANX): Sullivan anksiyeteyi, herhangi birinin güvenliğine karşı olan gerçek ya da hayali tehditler sonucu oluşan bir gerginlik deneyimi olarak kabul eder.⁴² Websters sözlüğüne göre anksiyete; olması yakın olan ya da umulan bir tersliğin yarattığı acı veren bir huzursuzluktur.⁴² Herhangi bilinmeyen ani bir tehlike karşısında uyanıklık oluşur. Bu uyanıklık hali anksiyeteye, anksiyete korkuya, korku ise paniğe

neden olur.⁴² Anksiyetenin çok artması halinde panik ortaya çıkar, iletişim ve işlev yapmada beceriksizlik görülür.⁴² Dispne, boğulma, tıkanma hissi, baş dönmesi, gerçek dışı duygular, titreme ve atak sırasında ölüm korkusu gibi belirtiler görülür.⁴² Bu boyut, klinik anksiyete tanımının içerdiği hiç dinlenememe, sinirlilik ve gerginlik gibi semptom ve davranışlar üzerine odaklanan 6 maddeden oluşan bir boyuttur.⁴¹

Öfke-Düşmanlık (Hostility-HOS): 5 maddeden oluşmaktadır. Öfkenin olumsuz duygu durumunun özellikleri olan düşünce, duygu ve hareketler üzerinde odaklaşır.⁴¹

Fobik Anksiyete (Phobic-Anxiety- PHOB): Belirli bir insana, yere, objeye veya duruma karşı ısrarlı bir korku tepkisi olarak tanımlanmaktadır. 5 maddeden oluşmaktadır.⁴¹

Paranoid Düşünce (Paranoid Ideation-PAR): Bozulmuş bir düşünce biçimi olarak paranoid davranış üzerinde odaklanan 5 maddeden oluşmaktadır. Yanıltıcı düşünceler, düşmanlık, şüphe, büyüklük gibi durumlara odaklaşır.⁴¹

Psikotizm (Psychosis-PSY): İnsan yaşantısının sürekli bir boyutu olarak “yapı”yı ortaya koymak için geliştirilmiştir. 5 maddeden oluşmaktadır. İç kapanmayı, izole olmayı, şizoid hayat stilini belirten maddeler içerir.⁴¹

Bunların yanında 4 maddeden oluşan uyku, iştah bozuklukları ve suçluluk duyguları ile ilgili belirtileri içeren bir “Ek Skala-SUPPL” bulunmaktadır.⁴¹

Rahatsızlık ciddiyeti indeksi: Alt ölçeklerin toplamının 53’e bölünmesi yoluyla elde edilir.⁴¹

Belirti toplamı indeksi: Pozitif tüm değerlerin 1 olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır.⁴¹

Semptom rahatsızlık indeksi: Alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir.⁴¹

Kısa Semptom Envanteri'nin, ülkemiz için geçerlik ve güvenirlik çalışması H.Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılmıştır.⁴¹ Üç ayrı çalışmada ölçeğin toplam puanından elde edilen Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları 0.96 ve 0.95, alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise 0.55 ile 0.86 arasında değişmektedir.⁴¹

Bu çalışmada, Kısa Semptom Envanteri'nin 9 alt ölçeği için elde edilen Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.79 olarak hesaplanmıştır.

3.5.Verilerin Toplanması

Veriler Medikal Onkoloji Kliniği'nde yatarak tedavi gören hastalardan, Göğüs Hastalıları Kliniği'nde yatarak ya da ayaktan tedavi gören hastalardan ve Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'ne başvuran akciğer kanserli hastalardan toplanmıştır. Veriler hastalar tedavi için geldiği esnada veya tedavi sırasında toplanmıştır. Hastalara kliniğe başvuru anında klinik hemşiresinin araştırmacıya telefonla bildirmesiyle ulaşılmıştır.

Okuma yazma bilen hastalar soruları kendileri doldururken, okuma yazma bilmeyenlerin soruları ise araştırmacı tarafından yüzyüze görüşülerek doldurulmuştur. Hastalığa ait bilgiler hasta dosyasından alınmıştır. Anket uygulaması yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

3.6.Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Akciğer kanserli hastalara ait tanıtıcı özellikler ve hastalıkları ile ilgili bilgiler araştırmanın bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır. Bunlar; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir, tanı bilme durumu, tanı zamanı, hastalığın türü, evresi ve kür sayısı ile ilişkili sorulardır.

Bağımlı değişkenler: Akciğer kanserli hastaların tedavi süresince fiziksel semptomlarını belirlemek için kullanılan anket formu puanı, psikolojik belirtileri taramak için kullanılan Kısa Semptom Envanteri (KSE) puanı ve stresle baş etme tarzlarını belirlemek için kullanılan Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği puanı bağımlı değişkenleri oluşturmuştur.

3.7.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS (Statistical Package for Social Science 11.0) istatistik program paketi ile değerlendirilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde aşağıdaki testler kullanılmıştır:

- Hastaların tanıtıcı özellikleri ve hastalığa ait bilgilerin değerlendirilmesi için yüzdelik oranlar
- Hastaların tanıtıcı özelliklerinden yaş, eğitim durumu ve hastalığa ait bilgilerden tanı zamanı ve kür sayısı ile stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları ve kısa semptom envanteri alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla **Kruskal Wallis Varyans Analizi**,
- Hastaların tanıtıcı özelliklerinden cinsiyet, gelir ve hastalığa ait bilgilerden tanı bilme durumu, hastalık türü ve evresi ile ölçekler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla **bağımsız gruplarda t testi**,
- Hastaların tanıtıcı özelliklerinden olan medeni durum ile fiziksel semptomları ve kısa semptom envanteri alt ölçekleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla **Mann-Whitney U testi**,

- Hastaların fiziksel semptomları ve kısa semptom envanteri alt ölçekleri ile stresle başa çıkma tarzları alt boyutları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla **korelasyon analizi** kullanılmıştır.
- Fiziksel semptomlar, kısa semptom envanteri ve stresle başa çıkma tarzları ölçeğinden alınan puanların dağılımlarında ortalama, minimum-maksimum değerler ile standart sapmalardan yararlanılmıştır.

3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma Aziziye ve Yakutiye Araştırma Hastanesi'nde kemoterapinin yapıldığı yerler olan Ayaktan Kemoterapi Ünitesi, Medikal Onkoloji Kliniği ve Göğüs Hastalıkları Kliniği'nde 01.03.2005-30.05.2005 tarihleri arasında ayaktan ya da yatarak kemoterapi tedavisi alan, ve kemoterapi yan etkilerinin ortaya çıkabilmesi için ikinci kür ve daha ileri kür kemoterapi tedavisi alan, aynı anda başka bir tedavi almayan, bilinç ve biliş durumu açık olan ve psikiyatrik bozukluk hikayesi olmayan hastalar alınmıştır. Araştırmanın örnekleminin oluşturulmasında olasılıksız örneklem yöntemi kullanılmıştır. Araştırma sonuçları sadece bu gruba genellenebilir.

3.9.Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın amacını belirten bilgi formu ilgili kuruma gönderilmiş ve yazılı izin alınmıştır.(Ek IV)

Araştırmada insan olgusunun kullanımı bireylerin bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden ‘‘bilgilendirilmiş onam’’ ilkesi, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek ‘‘gizlilik ve gizliliğin korunması’’ ilkesi, araştırmaya katılan hastalara, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları, bilgi vermeyi reddetme ve

araştırma konusunda bilgilendirilmeye hakları oldukları belirtilmiş ve araştırmaya katılmada ‘‘gönüllülük’’ ilkesi yerine getirilmiştir.³⁹

4.BULGULAR

Kemoterapi alan akciğer kanserli hastalarda gerçekleştirilen bu çalışmanın bulguları 11 tablo halinde sunulmuştur. Araştırmacının hazırladığı anket formu ile deneklere ait tanıtıcı özellikler ve hastalığa ait bilgiler, Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri'nden elde edilen bulgular gösterilmiştir.

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
Yaş		
30-49	11	23.9
50-59	17	37.0
60-↑	18	39.1
Cinsiyet		
Kadın	14	30.4
Erkek	32	69.6
Medeni Durum		
Evli	42	91.3
Bekar	4	8.7
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	11	23.9
Okur-yazar	4	8.7
İlkokul	26	56.5
Ortaokul/Lise	5	10.9
Gelirin gideri karşılama durumu		
Karşılamıyor	16	34.8
Karşılıyor	30	65.2
Toplam	46	100.0

Araştırma kapsamındaki akciğer kanserli hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo1'de verilmiştir. Buna göre; hastaların %23.9'u 30-49 yaş grubunda, %37.0'ı 50-59 yaş grubunda, %39.1'i ise 60 ve üzeri yaş grubundadır. Ortalama yaş 55.82 ± 11.46

olarak bulunmuştur. Cinsiyet incelendiğinde hastaların %30.4'ünün kadın, %69.6'sının erkek olduğu, %91.3'ünün evli, %8.7'sinin bekar olduğu tespit edilmiştir.

Eğitim durumlarına bakıldığında hastaların %23.9'unun okur-yazar olmadığı, %8.7'sinin okur-yazar olduğu, %56.5'inin ilkokul mezunu olduğu, %10.9'unun ise ortaokul-lise mezunu olduğu belirlenmiştir.

Gelir düzeyi incelendiğinde hastaların %34.8'inin gelirinin giderini karşılamadığı, %65.2'sinin ise gelirinin giderini karşıladığı tespit edilmiştir. Hastaların hepsinin sağlık güvencesi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Hastaların Hastalığa Ait Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
Tanıyı Bilme		
Biliyor	11	23.9
Bilmiyor	35	76.1
Tanının Konma Zamanı		
<6 Ay	26	56.5
7-12 Ay	11	23.9
13-18 Ay	4	8.7
19-↑	5	10.9
Hastalığın Türü		
Küçük Hücreli Akciğer Kanseri	19	41.3
Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri	27	58.7
Hastalığın Evresi		
III	26	56.5
IV	20	43.5
Kür Sayısı		
2	14	30.4
3	13	28.3
4	6	13.0
5	5	10.9
6-↑	8	17.4
Toplam	46	100.0

Tablo 2’de hastaların hastalığa ait özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Hastaların %23.9’unun tanılarını bildiği, %76.1’inin tanılarını bilmediği, %56.5’inin tanısının 6 ay ve daha kısa süre önce konulduğu, %23.9’unun tanısının 7-12 ay önce konulduğu, %8.7’sinin tanısının 13-18 ay önce konulduğu, %10.9’unun ise tanısının 19 ay ve daha uzun süre önce konulduğu belirlenmiştir.

Hastalığın türüne bakıldığında hastaların %41.3’ünün küçük hücreli akciğer kanseri olduğu, %58.7’sinin ise küçük hücreli dışı akciğer kanseri olduğu bulunmuştur. Hastaların %56.5’inin Evre III’de olduğu, %43.5’inin de Evre IV’de olduğu tespit edilmiştir. Araştırma kapsamına alındıkları gün %30.4’ünün 2. kür için geldiği, %28.3’ünün 3. kür için geldiği, %13.0’ının 4. kür için geldiği, %10.9’unun 5. kür için geldiği, %17.4’ünün ise 6. ve daha fazla kür için geldiği belirlenmiştir.

Tablo 3. Hastaların Fiziksel Semptomlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı

Şikayetler	Alınan Alt ve Üst Değerler	X±SS
Ağrı	0-3	2.02 ± 0.99
Solunum Güçlüğü	0-3	1.15±1.11
Sekresyon Artışı	0-3	1.36±1.10
Bulantı	0-3	1.71±1.04
Kusma	0-3	1.34±1.15
İştahsızlık	0-3	1.76±0.99
Yutma Güçlüğü	0-3	0.52±0.78
Konstipasyon	0-3	0.89±1.01
Diyare	0-3	0.39±0.80
Yorgunluk	0-3	2.15±0.81
Saç Kaybı	0-3	1.76±1.31
Uykusuzluk	0-3.	1.50±1.14
Öksürük	0-3	1.32±1.03
Boğaz Yanması	0-3	0.34±0.64
Kaşıntı / döküntü	0-3	0.76±0.99
Kilo kaybı	0-3	1.67±0.99
Uyuşma / karıncalanma	0-3	1.17±0.99
Diğerleri*	0-2	0.36±0.77
Toplam	8-41	22.39±7.55

*(ağızda ekşime, ağızda yara, ağızda kuruluk, boğaz kuruması, hemoptizi, kilo alma, burun kanaması, midede yanma, dilde yanma)

Tablo 3’de hastaların fiziksel semptomlarının puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Fiziksel semptomların puan ortalamaları: yorgunluk 2.15±0.81, ağrı 2.02±0.99, iştahsızlık 1.76±0.99, saç kaybı 1.76±1.31 ve bulantı 1.71±1.04 ortalamaları

ile en fazla yaşanan semptomlardır. Bunları takiben kilo kaybı 1.67 ± 0.99 , uykusuzluk 1.50 ± 1.14 , sekresyon artışı 1.36 ± 1.10 , kusma 1.34 ± 1.15 , öksürük 1.32 ± 1.03 , uyuşma / karıncalanma 1.17 ± 0.99 ve solunum güçlüğü 1.15 ± 1.11 olarak bulunmuştur. Konstipasyon 0.89 ± 1.01 , kaşıntı / döküntü 0.76 ± 0.99 , yutma güçlüğü 0.52 ± 0.78 , diyare 0.39 ± 0.80 ve boğaz yanması 0.34 ± 0.64 ortalamaları ile daha az görülen fiziksel semptomlardır. Diğerlerinin puan ortalaması ise 0.36 ± 0.77 olarak bulunmuştur. Hastaların fiziksel semptomlarının toplam puan ortalaması 22.39 ± 7.55 olarak bulunmuştur.

Tablo 4. Hastaların Kısa Semptom Envanteri'nin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Ölçekler	Alınan Alt ve Üst Değerler	X±SS
Somatizasyon	3-21	11.45±4.60
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	0-19	5.36±3.77
Kişilerarası Duyarlılık	0-7	2.56±1.70
Depresyon	0-11	5.21±2.58
Anksiyete	0-10	5.84±2.38
Hostilite	0-11	4.08±2.94
Fobik Anksiyete	0-7	2.32±1.92
Paranoid Düşünce	0-11	2.15±2.17
Psikoz	0-7	1.67±1.86
Ek Maddeler	1-12	6.04±2.74

Tablo 4’de hastaların kısa semptom envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı verilmektedir. Buna göre; alt ölçeklerin puan ortalamaları somatizasyon 11.45 ± 4.60 , anksiyete 5.84 ± 2.38 , obsesif kompulsif bozukluk 5.36 ± 3.77 ve depresyon 5.21 ± 2.58 ortalamalar ile en sıklıkta olanlardır. Bunları takiben, hostilite 4.08 ± 2.94 , kişilerarası duyarlılık 2.56 ± 1.70 , fobik anksiyete 2.32 ± 1.92 , paranoid düşünce 2.15 ± 2.17 ve psikoz 1.67 ± 1.86 olarak bulunmuştur. Ek maddelerin puan ortalamasının ise 6.04 ± 2.74 olduğu saptanmıştır.

Tablo 5. Hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Ölçekler	Alınan Alt ve Üst Değerler	X±SS
Kendine Güvenli Yaklaşım	2-18	9.15 ± 4.15
İyimser Yaklaşım	2-12	7.21 ± 2.33
Kendine Güvensiz Yaklaşım	3-19	9.21 ± 3.60
Boyun Eğici Yaklaşım	6-17	11.73 ± 2.60
Sosyal Destek Arama	0-12	6.60 ± 2.92

Tablo 5’de görüldüğü gibi hastaların stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamasında en yüksek değer 11.73 ± 2.60 ile boyun eğici yaklaşımda tespit edilmiştir. Kendine güvensiz yaklaşımın puan ortalaması 9.21 ± 3.60 , kendine güvenli yaklaşımın puan ortalaması 9.15 ± 4.15 ve iyimser yaklaşım için puan ortalaması 7.21 ± 2.33 olarak bulunmuştur. Sosyal destek arama 6.60 ± 2.92 ortalama ile en düşük puan ortalaması olarak belirlenmiştir.

Tablo 6. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Fiziksel Semptomlardan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Ağrı X±SD	Solunum Güçlüğü X±SD	Sekresyon Artışı X±SD	Bulantı X±SD	Kusma X±SD	İştahsızlık X±SD	Yutma Güçlüğü X±SD	Konstipasyon X±SD	Diyare X±SD	Yorgunluk X±SD
(n=46)										
Yaş										
30-49	2.00±1.09	1.09±1.22	1.27±1.19	2.18±0.75	1.90±0.70	2.18±0.98	0.18±0.60	1.00±1.00	0.45±0.68	2.00±1.00
50-59	1.52±0.94	0.88±0.78	1.47±1.17	1.76±1.03	1.35±1.22	1.47±0.94	0.52±0.79	0.52±0.79	0.41±0.87	1.94±0.65
60-↑	2.50±0.78	1.44±1.29	1.33±1.02	1.38±1.14	1.00±1.23	1.77±1.00	0.72±0.82	1.16±1.15	0.33±0.84	2.44±0.78
	KW=8.92 df=2	KW=1.50 df=2	KW=0.23 df=2	KW=3.65 df=2	KW=4.52 df=2	KW=3.80 df=2	KW=4.42 df=2	KW=3.19 df=2	KW=0.98 df=2	KW=4.48 df=2
Anlamlılık	p<0.01	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Cinsiyet										
Kadın	2.00±0.87	1.14±1.02	0.92±1.20	1.78±0.80	1.50±0.94	2.07±0.73	0.57±0.85	1.14±0.94	0.28±0.61	2.42±0.64
Erkek	2.03±1.06	1.15±1.16	1.56±1.01	1.68±1.14	1.28±1.25	1.62±1.07	0.50±0.76	0.78±1.03	0.43±0.87	2.03±0.86
	t=-0.096 df= 44	t=-0.037 df= 44	t=-1.841 df= 44	t=0.290 df= 44	t=0.585 df= 44	t=1.419 df= 44	t=0.282 df= 44	t=1.114 df= 44	t=-0.586 df= 44	t=1.543 df= 44
Anlamlılık	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Medeni durum										
Evli	1.97±1.02	1.11±1.10	1.40±1.08	1.73±1.08	1.38±1.18	1.73±1.01	0.45±0.73	0.80±1.01	0.40±0.82	2.09±0.82
Bekar	2.50±0.57	1.50±1.29	1.00±1.41	1.50±0.57	1.00±0.81	2.00±0.81	1.25±0.95	1.75±0.50	0.25±0.50	2.75±0.50
MWU	62.000	68.000	65.500	70.000	70.000	72.500	42.000	40.000	82.500	46.000
Anlamlılık	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p<0.05	p<0.05	p>0.05	p>0.05

Tablo 6'nın devamı

Tanıtıcı Özellikler (n=46)	Saç kaybı X±SD	Uykusuzluk X±SD	Öksürük X±SD	Boğaz yanması X±SD	Kaşıntı / döküntü X±SD	Kilo kaybı X±SD	Uyuşma / Karıncalanma X±SD	Diğerleri X±SD	Toplam X±SD
Yaş									
30-49	2.36±1.12	1.18±1.07	1.18±0.87	0.18±0.40	1.18±1.16	1.90±0.70	1.00±0.89	0.54±0.93	23.90±5.16
50-59	1.64±1.36	1.29±1.04	1.23±1.09	0.17±0.39	0.52±0.79	1.29±0.91	1.29±1.10	0.47±0.87	19.94±6.68
60-↑	1.50±1.33	1.88±1.23	1.50±1.09	0.61±0.84	0.72±1.01	1.88±1.13	1.16±0.98	0.16±0.51	23.77±9.16
Anlamlılık	KW=3.86 df=2 p>0.05	KW=3.72 df=2 p>0.05	KW=0.81 df=2 p>0.05	KW=4.25 df=2 p>0.05	KW=2.65 df=2 p>0.05	KW=4.06 df=2 p>0.05	KW=0.60 df=2 p>0.05	KW=1.64 df=2 p>0.05	KW=2.70 df=2 p>0.05
Cinsiyet									
Kadın	1.85±1.29	1.42±1.01	1.28±1.06	0.35±0.49	0.92±1.14	1.57±0.85	1.00±0.78	0.42±0.85	22.71±5.55
Erkek	1.71±1.34	1.53±1.21	1.34±1.03	0.34±0.70	0.68±0.93	1.71±1.05	1.25±1.07	0.34±0.74	22.25±8.36
Anlamlılık	t=0.324 df= 44 p>0.05	t=0.276 df= 44 p>0.05	t=-0.173 df= 44 p>0.05	t=0.065 df= 44 p>0.05	t=0.754 df= 44 p>0.05	t=-0.460 df= 44 p>0.05	t=-0.780 df= 44 p>0.05	t=0.340 df= 44 p>0.05	t=0.190 df= 44 p>0.05
Medeni durum									
Evli	1.83±1.34	1.45±1.17	1.28±1.06	0.30±0.64	0.71±0.94	1.71±0.99	1.19±1.01	0.35±0.75	22.14±7.70
Bekar	1.00±0.81	2.00±0.81	1.75±0.50	0.75±0.50	1.25±1.50	1.25±0.95	1.00±0.81	0.50±1.00	25.00±5.88
MWU	52.500	62.500	57.500	44.000	68.000	62.000	76.000	78.500	62.500
Anlamlılık	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p<0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05

Tablo 6'nın devamı

Tanıttıcı Özellikler (n=46)	Ağrı X±SD	Solunum Güçlüğü X±SD	Sekresyon Artışı X±SD	Bulantı X±SD	Kusma X±SD	İştahsızlık X±SD	Yutma Güçlüğü X±SD	Konstipasyon X±SD	Diyare X±SD	Yorgunluk X±SD
Eğitim Durumu										
Okur-yazar değil	1.90±0.83	1.63±1.20	1.00±1.26	1.72±1.00	1.63±1.12	2.00±0.77	0.54±0.68	0.81±0.98	0.45±0.93	2.36±0.67
Okur-yazar	2.25±0.95	1.75±0.95	1.50±1.29	1.25±1.25	0.25±0.50	1.75±0.95	0.50±0.57	0.50±1.00	0.50±1.00	1.75±0.95
İlkokul	2.15±1.04	0.73±0.91	1.42±1.06	1.73±1.07	1.46±1.17	1.88±1.03	0.38±0.75	1.03±1.07	0.42±0.80	2.19±0.74
Ortaokul/Lise	1.40±1.14	1.80±1.30	1.80±0.83	2.00±1.00	1.00±1.22	0.60±0.54	1.20±1.09	0.60±0.89	0.00±0.00	1.80±1.30
Anlamlılık	KW=2.99 df=3 p>0.05	KW=8.36 df=3 p<0.05	KW=2.30 df=3 p>0.05	KW=1.11 df=3 p>0.05	KW=5.03 df=3 p>0.05	KW=7.62 df=3 p<0.05	KW=5.14 df=3 p>0.05	KW=1.53 df=3 p>0.05	KW=1.69 df=3 p>0.05	KW=1.94 df=3 p>0.05
Gelir										
Gideri karşılamıyor	1.93±0.99	1.06±1.06	1.18±1.16	1.50±1.03	1.25±1.18	1.62±0.88	0.31±0.47	0.81±1.04	0.50±0.73	2.12±0.80
Gideri karşılıyor	2.06±1.01	1.20±1.15	1.46±1.07	1.83±1.05	1.40±1.16	1.83±1.05	0.63±0.88	0.93±1.01	0.33±0.84	2.16±0.83
Anlamlılık	t=-0.413 df= 44 p >0.05	t=-0.395 df= 44 p >0.05	t=-0.815 df= 44 p >0.05	t=-1.029 df= 44 p >0.05	t=-0.414 df= 44 p >0.05	t=-0.674 df= 44 p >0.05	t=-1.338 df= 44 p >0.05	t=-0.380 df= 44 p >0.05	t=0.667 df= 44 p >0.05	t=-0.163 df= 44 p >0.05

Tablo 6'nın devamı

Tanıtıcı Özellikler (n=46)	Saç kaybı X±SD	Uykusuzluk X±SD	Öksürük X±SD	Boğaz yanması X±SD	Kaşıntı / döküntü X±SD	Kilo kaybı X±SD	Uyuşma / Karıncalanma X±SD	Diğerleri X±SD	Toplam X±SD
Eğitim Durumu									
Okur-yazar Değil	1.54±1.36	1.72±1.00	1.90±1.13	0.45±0.68	0.72±0.90	1.72±0.90	1.27±1.00	0.18±0.60	23.81±8.85
Okur-yazar	0.50±1.00	2.00±1.41	1.75±0.95	0.00±0.00	1.00±1.41	2.00±0.00	0.50±0.57	0.00±0.00	20.50±5.68
İlkokul	2.07±1.23	1.46±1.20	1.03±0.99	0.30±0.67	0.88±1.03	1.69±1.08	1.38±0.98	0.50±0.86	22.84±7.56
Ortaokul/Lise	1.60±1.51	0.80±0.83	1.20±0.44	0.60±0.54	0.00±0.00	1.20±1.09	0.40±0.89	0.40±0.89	18.40±5.85
Anlamlılık	KW=5.96 df=3 p>0.05	KW=3.11 df=3 p>0.05	KW=6.15 df=3 p>0.05	KW=4.26 df=3 p>0.05	KW=4.33 df=3 p>0.05	KW=1.29 df=3 p>0.05	KW=6.26 df=3 p>0.05	KW=2.50 df=3 p>0.05	KW=2.11 df=3 p>0.05
Gelir									
Gideri karşılamıyor	2.12±1.08	1.37±1.40	1.00±0.96	0.31±0.60	0.93±1.12	1.68±0.79	1.18±0.83	0.37±0.80	21.56±6.97
Gideri karşılıyor	1.56±1.40	1.56±1.00	1.50±1.04	0.36±0.66	0.66±0.92	1.66±1.09	1.16±1.08	0.36±0.76	22.83±7.93
Anlamlılık	t=1.380 df= 44 p >0.05	t=-0.534 df= 44 p >0.05	t=-1.588 df= 44 p >0.05	t=-0.271 df= 44 p >0.05	t=0.879 df= 44 p >0.05	t=0.067 df= 44 p >0.05	t=0.067 df= 44 p >0.05	t=0.035 df= 44 p >0.05	t=-0.539 df= 44 p >0.05

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre fiziksel semptomlardan aldıkları puan ortalamalarının dağılımı Tablo 6’da gösterilmiştir. Buna göre yaş gruplarına göre ağrıdan alınan puan ortalamaları incelendiğinde 60 ve üzeri yaş grubunda puan ortalaması diğer gruplara göre yüksek olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<0.01$), diğer fiziksel semptomlarla yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız tespit edilmiştir ($p>0.05$). Bununla beraber solunum güçlüğü, yutma güçlüğü, konstipasyon, yorgunluk, uykusuzluk, öksürük, boğaz yanması, ve kaşıntı / döküntü gibi şikayetlere ait puan ortalamaları 60 ve üzeri yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur.

Cinsiyete göre fiziksel semptomlardan aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında bayanların bulantı, kusma, iştahsızlık, yutma güçlüğü, konstipasyon, yorgunluk, saç kaybı, boğaz yanması, kaşıntı/ döküntü, diğerleri ve toplama ait puan ortalamaları erkeklere göre yüksek bulunmakla birlikte her iki cins arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Medeni duruma göre fiziksel semptomlardan alınan puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde evli olmayanların ağrı, solunum güçlüğü, iştahsızlık, yutma güçlüğü, konstipasyon, yorgunluk, uykusuzluk, öksürük, boğaz yanması, kaşıntı / döküntü, diğerleri ve toplam puan ortalamaları diğer gruba göre daha yüksek olmakla beraber, gruplar arası fark sadece yutma güçlüğü, konstipasyon ve boğaz yanmasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Eğitim ile fiziksel semptomlardan solunum güçlüğü, iştahsızlık dışında diğer fiziksel semptomlarda gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Fiziksel semptomlara ait genel puan ortalaması ve iştahsızlık puan ortalaması okur-yazar olmayan hastalarda diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Solunum

güçlüğü puan ortalaması ise ortaokul/lise mezunlarında diğer gruplara göre yüksek tespit edilmiştir ($p<0.05$). Fiziksel semptomlara ait en az toplam puan ortalamasının ise ortaokul/lise mezunlarına ait olduğu saptanmıştır.

Gelir durumuna göre fiziksel semptomlardan alınan puan ortalamaları incelenecek olursa gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız olmakla beraber geliri giderini karşılayanlarda ağrı, solunum güçlüğü, sekresyon artışı, bulantı, kusma, iştahsızlık, yutma güçlüğü, konstipasyon, yorgunluk, uykusuzluk, öksürük, boğaz yanması ve genel toplam puan ortalaması yüksek bulunmuştur.

Tablo 7’de hastaların hastalığa ait özelliklerine göre fiziksel semptomlardan aldıkları puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Buna göre tanıyı bilme durumu ile fiziksel semptomlardan alınan puan ortalamaları incelendiğinde tanıyı bilmeyenlerin, bilenlere göre konstipasyon, saç kaybı ve kilo kaybına ait puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ve aralarındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir ($p<0.05$). Diğer fiziksel semptomlara ait puan ortalamaları ile tanı bilme durumu incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Tanıyı bilmeyen hastaların fiziksel semptomlara ait toplam puan ortalaması (22.45 ± 8.22) diğer gruba göre daha yüksek bulunmuştur.

Tanı zamanına göre fiziksel semptomlardan alınan puan ortalamasına bakıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) bulunmakla beraber tanı zamanı 19 ay ve üzeri olan grupta, genel fiziksel semptom toplamı puan ortalaması (26.60 ± 10.83) diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur.

Hastalık türü ile fiziksel semptomlardan alınan puan ortalamaları incelendiğinde küçük hücreli olmayan hastalık tipinde kaşıntı/döküntü puan ortalaması yüksek bulunmuş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edilirken

($p<0.05$), diğer semptomlara ait puan ortalamaları ile hastalık türü incelendiğinde gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Bununla birlikte ağrı, sekresyon artışı, kusma, iştahsızlık, konstipasyon, diyare, yorgunluk, kilo kaybı, diğerleri ve toplam puan ortalaması küçük hücreli olmayan hastalık grubunda daha yüksek bulunmuştur.

Hastalığın evresi ile fiziksel semptomlara ait puan ortalamalarına bakıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmakla beraber ($p>0.05$), hastalığın IV. evresindeki hastalara ait genel toplam puan ortalaması (23.80 ± 7.77) ve genel olarak diğer fiziksel semptomlara (ağrı, sekresyon artışı, bulantı, kusma, iştahsızlık, konstipasyon, saç kaybı, öksürük, boğaz yanması, kaşıntı/döküntü, uyuşma/karıncaalanma) ait puan ortalamaları III. evredeki hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.

Kür sayısı ile fiziksel semptomlardan alınan puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) bulunmakla birlikte 2. kürde fiziksel semptomlardan bulantı, kusma, iştahsızlık, saç kaybı, boğaz yanması ve uyuşma/karıncaalanmada en düşük ortalamalar tespit edilmiştir.

Tablo 7. Hastaların Hastalığa Ait Özelliklerine Göre Fiziksel Semptomlardan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Tanıttıcı Özellikler (n=46)	Ağrı X±SD	Solunum Güçlüğü X±SD	Sekresyon Artışı X±SD	Bulantı X±SD	Kusma X±SD	İştahsızlık X±SD	Yutma Güçlüğü X±SD	Konstipasyon X±SD	Diyare X±SD	Yorgunluk X±SD
Tanı bilme										
Biliyor	1.90±0.94	1.18±0.98	1.45±0.93	1.90±1.13	1.72±1.19	1.63±1.12	0.36±0.67	0.36±0.80	0.72±1.10	2.36±0.80
Bilmiyor	2.05±1.02	1.14±1.16	1.34±1.16	1.65±1.02	1.22±1.13	1.80±0.96	0.57±0.81	1.05±1.02	0.28±0.66	2.08±0.81
Anlamlılık	t =-0.425 df= 44 p >0.05	t =0.100 df= 44 p >0.05	t =0.290 df= 44 p >0.05	t =0.692 df= 44 p >0.05	t =1.253 df= 44 p >0.05	t =-0.473 df= 44 p >0.05	t =-0.766 df= 44 p >0.05	t =-2.043 df= 44 p <0.05	t =1.621 df= 44 p >0.05	t =0.985 df= 44 p >0.05
Tanı zamanı										
< 6 Ay	2.07±0.97	1.03±1.14	1.23±1.06	1.46±1.02	1.19±1.09	1.92±0.93	0.57±0.85	1.00±1.05	0.46±0.85	2.15±0.88
7-12 Ay	2.00±1.26	1.27±1.10	1.63±1.20	1.81±1.16	1.36±1.28	1.54±1.12	0.27±0.64	0.81±0.98	0.45±0.93	2.18±0.75
13-18 Ay	1.75±0.95	1.25±1.25	1.00±0.81	2.75±0.50	1.50±1.73	1.25±1.25	1.00±0.81	0.50±1.00	0.00±0.00	2.25±0.95
19- ↑	2.00±0.70	1.40±1.14	1.80±1.30	2.00±0.70	2.00±0.70	1.80±0.83	0.40±0.54	0.80±1.09	0.20±0.44	2.00±0.70
Anlamlılık	KW=0.63 df=3 p>0.05	KW=0.94 df=3 p>0.05	KW=2.14 df=3 p>0.05	KW=6.16 df=3 p>0.05	KW=2.14 df=3 p>0.05	KW=2.19 df=3 p>0.05	KW=3.67 df=3 p>0.05	KW=1.03 df=3 p>0.05	KW=1.53 df=3 p>0.05	KW=0.38 df=3 p>0.05

Tablo 7'nin devamı

Tanıttıcı Özellikler (n=46)	Saç kaybı X±SD	Uykusuzluk X±SD	Öksürük X±SD	Boğaz yanması X±SD	Kaşıntı / Döküntü X±SD	Kilo kaybı X±SD	Uyuşma/ karıncalanma X±SD	Diğerleri X±SD	Toplam X±SD
Tanı bilme									
Biliyor	2.72±0.46	1.09±1.37	1.09±0.94	0.18±0.40	0.63±0.67	1.18±1.07	1.09±1.13	0.54±0.93	22.18±5.21
Bilmiyor	1.45±1.35	1.62±1.05	1.40±1.06	0.40±0.69	0.80±1.07	1.82±0.92	1.20±0.96	0.31±0.71	22.45±8.22
Anlamlılık	t=3.026 df= 44 p<0.01	t=-1.366 df= 44 p>0.05	t=-0.862 df= 44 p>0.05	t=-0.986 df= 44 p>0.05	t=-0.473 df= 44 p>0.05	t=-1.948 df= 44 p<0.05	t=-0.314 df= 44 p>0.05	t=0.866 df= 44 p>0.05	t=-0.104 df= 44 p>0.05
Tanı zamanı									
< 6 Ay	1.50±1.27	1.57±1.13	1.38±0.98	0.26±0.45	0.84±1.08	1.76±0.95	1.07±1.01	0.26±0.66	21.96±6.41
7-12 Ay	1.90±1.37	1.54±1.21	1.09±1.13	0.27±0.46	0.36±0.67	1.54±0.93	1.63±0.67	0.36±0.80	22.18±8.07
13-18 Ay	1.50±1.73	1.25±1.25	1.00±0.81	1.00±1.41	0.50±1.00	1.00±1.41	0.50±1.00	0.50±1.00	20.50±10.21
19- ↑	3.00±0.00	1.20±1.30	1.80±1.30	0.40±0.89	1.40±0.89	2.00±1.00	1.20±1.30	0.80±1.09	26.60±10.83
Anlamlılık	KW=6.58 df=3 p>0.05	KW=0.63 df=3 p>0.05	KW=2.03 df=3 p>0.05	KW=1.54 df=3 p>0.05	KW=5.00 df=3 p>0.05	KW=2.34 df=3 p>0.05	KW=4.71 df=3 p>0.05	KW=1.83 df=3 p>0.05	KW=1.01 df=3 p>0.05

Tablo 7'nin devamı

Tamamcı Özellikler (n=46)	Ağrı X±SD	Solunum Güçlüğü X±SD	Sekresyon Artışı X±SD	Bulantı X±SD	Kusma X±SD	İştahsızlık X±SD	Yutma Güçlüğü X±SD	Konstipasyon X±SD	Diyare X±SD	Yorgunluk X±SD
Hastalık türü										
Küçük hücreli	1.73±1.19	1.26±1.04	1.31±1.15	1.73±0.87	1.15±1.16	1.68±1.10	0.63±0.76	0.78±0.91	0.15±0.37	2.10±0.93
Küçük hücreli dışı	2.22±0.80	1.07±1.17	1.40±1.08	1.70±1.17	1.48±1.15	1.81±0.92	0.44±0.80	0.96±1.09	0.55±0.97	2.18±0.73
Anlamlılık	t=-1.652 df=44 p>0.05	t=0.562 df= 44 p>0.05	t=-0.275 df= 44 p>0.05	t=0.105 df= 44 p>0.05	t=-0.931 df= 44 p>0.05	t=-0.435 df= 44 p>0.05	t=0.796 df= 44 p>0.05	t=-0.566 df= 44 p>0.05	t=-1.689 df= 44 p>0.05	t=-0.324 df= 44 p>0.05
Evre										
III	1.88±1.10	1.23±1.10	1.34±0.97	1.69±1.19	1.30±1.28	1.53±0.98	0.53±0.81	0.76±1.06	0.50±0.94	2.23±0.81
IV	2.20±0.83	1.05±1.14	1.40±1.27	1.75±0.85	1.40±0.99	2.05±0.94	0.50±0.76	1.05±0.94	0.25±0.55	2.05±0.82
Anlamlılık	t=-1.062 df= 44 p>0.05	t=0.541 df= 44 p>0.05	t=-0.162 df= 44 p>0.05	t=-0.183 df= 44 p>0.05	t=-0.265 df= 44 p>0.05	t=-1.773 df= 44 p>0.05	t=0.164 df= 44 p>0.05	t=-0.928 df= 44 p>0.05	t=1.049 df= 44 p>0.05	t=0.741 df= 44 p>0.05
Kür										
2	2.07±0.82	1.42±1.08	1.50±1.09	1.50±1.22	1.00±1.17	1.42±0.85	0.64±0.84	0.92±0.99	0.28±0.61	2.07±0.82
3	1.84±1.14	1.07±1.03	1.00±1.15	1.92±1.11	1.69±1.25	1.76±1.09	0.38±0.76	0.53±1.05	0.30±0.63	2.07±0.86
4	2.16±1.16	1.33±1.50	1.50±1.22	1.83±0.75	1.50±1.04	2.16±0.75	0.83±0.98	1.33±1.03	0.83±1.32	2.83±0.40
5	1.40±1.14	0.40±0.54	1.20±1.30	1.80±0.44	1.40±0.89	2.20±1.09	0.20±0.44	0.60±0.89	0.00±0.00	1.40±0.54
6-↑	2.50±0.75	1.12±1.24	1.75±0.88	1.62±1.18	1.25±1.28	1.75±1.16	0.50±0.75	1.25±1.03	0.62±1.06	2.37±0.74
Anlamlılık	KW=4.10 df=4 p>0.05	KW=3.20 df=4 p>0.05	KW=2.97 df=4 p>0.05	KW=1.02 df=4 p>0.05	KW=2.66 df=4 p>0.05	KW=3.51 df=4 p>0.05	KW=2.79 df=4 p>0.05	KW=4.48 df=4 p>0.05	KW=2.99 df=4 p>0.05	KW=10.07 df=4 p>0.05

Tablo 7'nin devamı

Tanıttıcı Özellikler (n=46)	Saç kaybı X±SD	Uykusuzluk X±SD	Öksürük X±SD	Boğaz yanması X±SD	Kaşıntı / döküntü X±SD	Kilo kaybı X±SD	Uyuşma/ karıncalanma X±SD	Diğerleri X±SD	Toplam X±SD
Hastalık türü									
Küçük hücreli	1.84±1.21	1.63±1.21	1.42±1.01	0.42±0.76	0.42±0.90	1.63±0.95	1.31±1.00	0.31±0.74	21.68±8.34
Küçük hücreli dışı	1.70±1.40	1.40±1.11	1.25±1.05	0.29±0.54	1.00±1.00	1.70±1.03	1.07±0.99	0.40±0.79	22.88±7.07
Anlamlılık	t=0.347 df= 44 p>0.05	t=0.647 df=44 p>0.05	t=0.518 df= 44 p>0.05	t=0.647 df= 44 p>0.05	t=-2.012 df= 44 p<0.05	t=-0.241 df= 44 p>0.05	t=0.808 df= 44 p>0.05	t=-0.393 df= 44 p>0.05	t=-0.528 df= 44 p>0.05
Evre									
III	1.46±1.36	1.50±1.20	1.15±1.08	0.23±0.42	0.57±0.80	1.76±0.90	1.07±1.01	0.38±0.80	21.30±7.35
IV	2.15±1.18	1.50±1.10	1.55±0.94	0.50±0.82	1.00±1.16	1.55±1.09	1.30±0.97	0.35±0.74	23.80±7.77
Anlamlılık	t=-1.797 df= 44 p>0.05	t=0.000 df= 44 p>0.05	t=-1.298 df= 44 p>0.05	t=-1.431 df= 44 p>0.05	t=-1.450 df= 44 p>0.05	t=0.741 df= 44 p>0.05	t=-0.750 df= 44 p>0.05	t=0.149 df= 44 p>0.05	t=-1.112 df= 44 p>0.05
Kür									
2	1.14±1.46	1.57±1.15	1.42±1.08	0.14±0.53	0.78±0.97	1.85±0.94	0.92±0.82	0.35±0.74	21.35±7.56
3	1.61±1.12	1.53±1.26	1.00±0.91	0.30±0.48	0.84±1.14	1.46±0.96	1.07±1.11	0.30±0.75	20.92±5.70
4	2.50±1.22	1.16±1.16	1.16±1.16	0.33±0.51	0.66±0.81	2.50±0.54	1.50±1.04	0.66±1.03	26.83±8.32
5	1.80±1.30	1.40±0.89	2.00±1.00	0.40±0.54	0.60±0.89	1.00±1.22	1.40±1.34	0.00±0.00	19.40±9.55
6-↑	2.50±1.06	1.62±1.30	1.37±1.06	0.75±1.03	0.75±1.16	1.50±0.92	1.37±0.91	0.50±0.92	25.12±8.09
Anlamlılık	KW=7.80 df=4 p>0.05	KW=0.75 df=4 p>0.05	KW=3.61 df=4 p>0.05	KW=4.91 df=4 p>0.05	KW=0.20 df=4 p>0.05	KW=8.20 df=4 p>0.05	KW=2.21 df=4 p>0.05	KW=2.26 df=4 p>0.05	KW=4.89 df=4 p>0.05

Tablo 8'in devamı

Tanıttıcı Özellikler (n=46)	Somatizasyon X±SD	OKB X±SD	Kişilerarası duyarlılık X±SD	Depresyon X±SD	Anksiyete X±SD	Hostilite X±SD	Fobik anksiyete X±SD	Paranoid düşünce X±SD	Psikoz X±SD	Ek maddeler X±SD
Eğitim Durumu										
Okur-yazar değil	12.36±3.58	6.81±5.49	1.90±1.04	5.72±2.37	5.63±2.11	3.90±2.98	2.81±1.60	2.27±1.19	1.90±2.25	6.63±2.06
Okur-yazar	12.00±6.48	6.75±2.36	4.00±2.16	5.25±1.50	8.00±1.41	5.25±0.50	2.50±1.73	3.75±3.09	2.50±2.38	7.00±1.15
İlkokul	11.30±4.49	5.11±3.07	2.76±1.86	5.38±2.78	6.03±2.30	4.15±2.89	2.30±2.11	2.07±2.36	1.42±1.77	6.19±3.05
Ortaokul/Lise	9.80±6.49	2.40±1.51	1.80±0.83	3.20±2.16	3.60±2.60	3.20±4.49	1.20±1.64	1.00±1.73	1.80±1.09	3.20±1.64
	KW=1.44 df=3 p>0.05	KW=7.45 df=3 p<0.05	KW=5.69 df=3 p>0.05	KW=3.46 df=3 p>0.05	KW=7.07 df=3 p>0.05	KW=4.51 df=3 p>0.05	KW=3.12 df=3 p>0.05	KW=6.00 df=3 p>0.05	KW=2.08 df=3 p>0.05	KW=6.87 df=3 p>0.05
Gelir										
Gideri karşılamıyor	11.06±4.18	5.75±4.13	2.62±1.89	5.93±2.74	6.06±2.29	4.31±2.60	2.62±1.99	2.50±1.96	1.87±2.15	6.37±2.33
Gideri karşılıyor	11.66±4.86	5.16±3.62	2.53±1.63	4.83±2.45	5.73±2.46	3.96±3.14	2.16±1.89	1.96±2.28	1.56±1.71	5.86±2.96
	t=-0.420 df= 44 p >0.05	t=0.495 df= 44 p >0.05	t=0.171 df= 44 p >0.05	t=1.396 df= 44 p >0.05	t=0.442 df= 44 p >0.05	t=0.376 df= 44 p >0.05	t=0.767 df= 44 p >0.05	t=0.791 df= 44 p >0.05	t=0.530 df= 44 p >0.05	t=0.593 df= 44 p >0.05

Tablo 8’de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre kısa semptom envanteri alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Yaş gruplarına bakıldığında 60 ve üstü yaş grubunda somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve psikoz alt ölçeklerinde en yüksek ortalamalar saptanmıştır. Depresyon ve anksiyete alt ölçeklerinde en yüksek ortalamalar 30-49 yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir. Yaş gruplarına göre ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Cinsiyete göre hastaların kısa semptom envanteri alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarına baktığımızda kadınların erkeklere göre somatizasyon, depresyon, anksiyete, fobik anksiyete, psikoz ve ek maddeler alt ölçekleri puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Cinsiyete göre alt ölçeklerden alınan puan ortalamalarında sadece depresyon alt ölçeğinde ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer alt ölçeklerde ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Bekar hastaların somatizasyon, depresyon, paranoid düşünce ve psikoz alt ölçeklerinde puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Ortalamalar arasındaki fark sadece somatizasyon ve depresyon alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) iken diğer alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamsız olarak bulunmuştur ($p>0.05$). (Tablo 8).

Eğitim durumu incelendiğinde ortaokul/lise mezunu olanlarda psikoz dışındaki alt ölçeklerde (somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, ek maddeler) puan ortalamaları en düşük bulunmuştur. Ortalamalar arasındaki fark obsesif kompulsif

bozuklukta istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Okur-yazar olmayanlarda ise somatizasyon, depresyon ve fobik anksiyetede en yüksek ortalamalar tespit edilmiştir. Ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 8).

Tanıttıcı özelliklerden gelire bakıldığında geliri giderini karşılamayanlarda somatizasyon dışındaki alt ölçeklerde (obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikoz, ek maddeler) daha yüksek ortalamalar saptanmıştır. Gruplar arasındaki ortalama farkı bütün alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 9. Hastaların Hastalığa Ait Özelliklere Göre Kısa Semptom Envanteri'nin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler (n=46)	Somatizasyon X±SD	OKB X±SD	Kişilerarası duyarlılık X±SD	Depresyon X±SD	Anksiyete X±SD	Hostilite X±SD	Fobik anksiyete X±SD	Paranoid düşünce X±SD	Psikoz X±SD	Ek maddeler X±SD
Tanı bilme										
Biliyor	10.81±4.23	3.36±1.56	2.27±1.61	3.63±2.06	5.18±1.94	3.54±2.50	2.54±1.63	1.36±1.20	1.36±1.43	5.45±3.20
Bilmiyor	11.65±4.75	6.00±4.05	2.65±1.74	5.71±2.55	6.05±2.49	4.25±3.08	2.25±2.01	2.40±2.35	1.77±1.98	6.22±2.61
	t =-0.523 df= 44 p >0.05	t =-2.096 df= 44 p <0.05	t =-0.647 df= 44 p >0.05	t =-2.456 df= 44 p <0.01	t =-1.063 df= 44 p >0.05	t =-0.696 df= 44 p >0.05	t =0.430 df= 44 p >0.05	t =-1.396 df= 44 p >0.05	t =-0.629 df= 44 p >0.05	t =-0.812 df= 44 p >0.05
Tanı zamanı										
< 6 Ay	11.03±4.82	5.00±3.34	2.34±1.54	5.57±2.56	5.84±2.36	3.69±2.22	2.00±2.07	2.07±1.32	1.42±1.41	5.92±2.44
7-12 Ay	12.36±4.17	5.36±2.57	2.72±2.14	4.90±3.20	5.63±2.80	3.72±2.83	2.63±1.43	2.45±2.69	2.09±2.50	6.90±3.20
13-18 Ay	11.50±6.95	5.75±5.56	3.25±1.89	5.75±2.06	5.50±2.08	7.25±4.34	4.00±2.00	3.00±5.35	3.50±2.38	3.50±3.10
19- ↑	11.60±3.04	7.00±6.78	2.80±1.64	3.60±0.54	6.60±2.30	4.40±4.56	2.00±1.58	1.20±0.44	0.60±0.89	6.80±2.28
	KW=0.55 df=3 p>0.05	KW=0.72 df=3 p>0.05	KW=1.14 df=3 p>0.05	KW=3.38 df=3 p>0.05	KW=0.90 df=3 p>0.05	KW=2.70 df=3 p>0.05	KW=5.17 df=3 p>0.05	KW=2.21 df=3 p>0.05	KW=6.18 df=3 p>0.05	KW=5.31 df=3 p>0.05

Tablo 9'un devamı

Tanıtcı Özellikler (n=46)	Somatizasyon X±SD	OKB X±SD	Kişilerarası duyarlılık X±SD	Depresyon X±SD	Anksiyete X±SD	Hostilite X±SD	Fobik anksiyete X±SD	Paranoid düşünce X±SD	Psikoz X±SD	Ek maddeler X±SD
Hastalık türü										
Küçük hücreli	11.31±4.58	5.36±3.89	2.63±2.03	5.31±2.94	5.84±2.65	4.21±3.53	2.26±2.02	2.47±2.98	2.00±2.42	6.00±2.42
Küçük hücreli dışı	11.55±4.70	5.37±3.76	2.51±1.47	5.14±2.34	5.85±2.23	4.00±2.51	2.37±1.88	1.92±1.35	1.44±1.33	6.07±2.99
Anlamlılık	t=-0.172 df=44 p>0.05	t=-0.002 df= 44 p>0.05	t=0.219 df= 44 p>0.05	t=0.215 df= 44 p>0.05	t=-0.013 df= 44 p>0.05	t=0.236 df= 44 p>0.05	t=-0.184 df= 44 p>0.05	t=0.840 df= 44 p>0.05	t=0.996 df= 44 p>0.05	t=-0.089 df= 44 p>0.05
Evre										
III	11.11±4.52	4.50±2.53	2.42±1.65	4.96±2.66	5.42±2.46	4.00±2.92	2.46±1.88	1.84±1.61	1.50±1.55	6.00±3.13
IV	11.90±4.77	6.50±4.78	2.75±1.80	5.55±2.50	6.40±2.21	4.20±3.03	2.15±2.00	2.55±2.72	1.90±2.22	6.10±2.22
Anlamlılık	t=-0.569 df= 44 p>0.05	t=-1.828 df= 44 p>0.05	t=-0.639 df= 44 p>0.05	t=-0.763 df= 44 p>0.05	t=-1.392 df= 44 p>0.05	t=-0.226 df= 44 p>0.05	t=0.541 df= 44 p>0.05	t=-1.093 df= 44 p>0.05	t=-0.718 df= 44 p>0.05	t=-0.121 df= 44 p>0.05
Kür										
2	10.42±4.46	6.21±4.49	2.85±1.91	5.50±3.20	6.85±2.14	5.71±3.17	1.57±1.22	2.21±2.04	1.71±1.72	6.71±2.49
3	11.38±4.31	3.46±1.66	1.92±1.70	5.38±2.93	4.61±2.39	3.30±2.09	2.15±1.95	1.53±1.19	1.46±1.56	5.38±2.50
4	13.50±3.72	5.33±2.25	2.50±1.37	4.83±1.60	6.50±2.51	2.16±1.72	3.83±1.32	1.66±1.36	2.83±2.48	7.50±1.97
5	7.20±4.14	6.60±5.94	3.20±1.78	4.40±1.14	7.00±2.12	3.20±2.04	1.20±1.30	2.40±1.94	0.20±0.44	4.80±2.77
6-↑	14.50±4.27	6.25±3.91	2.75±1.58	5.25±2.37	4.87±1.95	4.50±3.81	3.50±2.56	3.25±3.77	2.00±2.26	5.62±3.77
Anlamlılık	KW=8.61 df =4 p>0.05	KW=5.30 df =4 p>0.05	KW=3.57 df =4 p>0.05	KW=1.48 df =4 p>0.05	KW=8.94 df =4 p>0.06	KW=7.22 df =4 p>0.05	KW=10.57 df =4 p<0.05	KW=1.22 df =4 p>0.05	KW=7.16 df =4 p>0.05	KW=5.13 df =4 p>0.05

Tablo 9’da hastaların hastalıklarına ait puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tabloyu incelediğimizde tanılarını bilen hastalarda kişilerarası duyarlılık dışındaki alt ölçeklerde tanılarını bilmeyenlere göre daha düşük ortalamalar saptanmıştır. Tanı bilme durumuna göre kısa semptom envanteri alt ölçeklerinden alınan puan ortalamalarında obsesif kompulsif bozukluk ve depresyon alt ölçeklerinde fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Diğer alt ölçeklerde ortalamalar arasında fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Tanı zamanı 6 ay ve daha kısa olanlarda somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, hostilite alt ölçeklerinde en düşük ortalamalar saptanmıştır. Ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Tanı zamanı 19 ay ve daha uzun süre olanlarda obsesif kompulsif bozuklukta, anksiyetede ve ek maddelerde en yüksek ortalamalar saptanmıştır. Depresyon ortalaması en fazla 13-18 ay grubunda bulunmuştur. Tanı zamanına göre alt ölçeklerden alınan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Hastalık türü incelendiğinde küçük hücreli hastalıkta kişilerarası duyarlılık, depresyon, hostilite, psikoz alt ölçeklerinde puan ortalamaları daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Hastalık türüne göre kısa semptom envanteri alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Hastalığa ait bilgilerden evreye baktığımızda Evre IV’deki hastalarda fobik anksiyete dışındaki alt ölçeklerde (somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostilite, paranoid düşünce, psikoz, ek maddeler) daha yüksek ortalamalar saptanmıştır. Evreye göre alt ölçeklerden alınan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Kür sayısı 2 olanlarda depresyon, hostilite alt ölçeklerinde en yüksek ortalamalar bulunmuştur. Ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). 6. kür ve daha fazla sayıda kür alanlarda ise somatizasyon ve paranoid düşünce alt ölçeklerinde daha yüksek ortalamalar saptanmıştır. Ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). 4. kürde olanlarda fobik anksiyete, psikoz ve ek maddelerde daha yüksek puan ortalamaları saptanmıştır. Ortalamalar arasındaki fark fobik anksiyetede istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Kür sayısına göre obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık ve anksiyete alt boyutlarında ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 10’da hastaların fiziksel semptomları ile stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiyi gösteren değerler verilmiştir. Buna göre fiziksel semptomlardan sekresyon artışı ile problem odaklı başa çıkma tarzları (kendine güvenli yaklaşım) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Bulantı ile duygusal odaklı başa çıkma tarzları (boyun eğici yaklaşım) arasında, konstipasyon ile problem odaklı başa çıkma tarzları (iyimser yaklaşım) arasında, boğaz yanması ile hem problem odaklı (kendine güvenli yaklaşım) hem de duygusal odaklı başa çıkma tarzları (boyun eğici yaklaşım) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer fiziksel semptomlarla stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 10. Hastaların Fiziksel Semptomları ve Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Fiziksel Semptomlar	Kendine güvenli yaklaşım	İyimser yaklaşım	Kendine güvensiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	Sosyal destek arama
Ağrı	r =-0.028	r =-0.078	r =-0.057	r =0.173	r =0.003
Solunum güçlüğü	r =0.091	r =0.004	r =0.047	r =0.091	r =-0.159
Sekresyon artışı	r =0.317*	r =0.235	r =-0.272	r =0.058	r =0.087
Bulantı	r =0.031	r =0.107	r =0.064	r =0.307*	r =0.043
Kusma	r =-0.067	r =0.078	r =0.109	r =0.230	r =0.041
İştahsızlık	r =0.009	r =0.004	r =-0.122	r =0.104	r =0.036
Yutma güçlüğü	r =0.057	r =0.204	r =-0.151	r =-0.085	r =0.004
Konstipasyon	r =0.230	r =0.310*	r =0.055	r =0.098	r =0.150
Diyare	r =0.075	r =0.155	r =0.100	r =0.199	r =-0.132
Yorgunluk	r =0.000	r =-0.018	r =-0.027	r =0.145	r =0.137
Saç kaybı	r =0.043	r =-0.185	r =0.249	r =-0.044	r =-0.209
Uykusuzluk	r =0.002	r =-0.025	r =-0.123	r =0.089	r =-0.159
Öksürük	r =-0.048	r =0.071	r =-0.043	r =0.016	r =0.073
Boğaz yanması	r =0.339*	r =0.275	r =0.246	r =-0.318*	r =-0.092
Kaşıntı/döküntü	r =0.122	r =0.224	r =-0.084	r =0.079	r =0.021
Kilo kaybı	r =0.190	r =0.108	r =-0.123	r =0.121	r =-0.137
Uyuşma/karıncaalanma	r =0.117	r =0.050	r =0.088	r =-0.051	r =0.169
Diğerleri**	r =-0.068	r =0.136	r =0.036	r =0.019	r =0.025

*p<0.05

** (ağızda ekşime, ağızda yara, ağızda kuruluk, boğaz kuruması, hemoptizi, kilo alma, burun kanaması, midede yanma, dilde yanma)

Tablo 11. Hastaların Kısa Semptom Envanteri'nin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarıyla Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Alt ölçekler	Kendine güvenli yaklaşım	İyimser yaklaşım	Kendine güvensiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	Sosyal destek arama
Somatizasyon	r =0.026	r =0.026	r =0.051	r =0.101	r =-0.186
OKB	r =0.307*	r =0.381**	r =0.218	r =-0.259	r =0.034
Kişilerarası Duyarlılık	r =0.291*	r =0.364*	r =0.145	r =-0.106	r =0.294*
Depresyon	r =-0.210	r =-0.188	r =-0.027	r =0.009	r =-0.009
Anksiyete	r =-0.094	r =-0.058	r =0.200	r =-0.075	r =0.189
Hostilite	r =0.271	r =0.159	r =0.277	r =-0.075	r =0.200
Fobik Anksiyete	r =0.197	r =0.108	r =0.220	r =-0.085	r =-0.024
Paranoid düşünce	r =0.214	r =0.033	r =-0.061	r =-0.268	r =-0.099
Psikoz	r =0.273	r =0.093	r =-0.049	r =-0.151	r =-0.036
Ek maddeler	r =0.155	r =0.165	r =0.207	r =0.145	r =0.024

*p<0.05

**p<0.01

Hastaların kısa semptom envanteri alt ölçekleriyle stresle başa çıkma tarzları alt boyutları arasındaki ilişki tablo 11'de verilmiştir. Buna göre kısa semptom envanteri alt ölçeklerinden olan obsesif kompulsif bozuklukla problem odaklı başa çıkma tarzları (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki tespit edilmiştir (sırasıyla $p < 0.05$, $p < 0.01$). Yine kişilerarası duyarlılık ile problem odaklı başa çıkma tarzları (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım) arasında da istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$).

5.TARTIŞMA

Akciğer kanserli hastaların hastalıkla ilgili yaşadıkları fiziksel ve psikolojik semptomlar ve tedavinin yan etkileri, yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir.⁷ Kanser gibi ölümcül bir hastalıkla karşılaşan kişi başa çıkma ve uyum amaçlı ruhsal tepkiler geliştirir.³¹ Hemşirelik girişimlerinde hastanın kullandığı olumlu veya olumsuz baş etme yöntemleri tartışılmalı ve hastanın etkili (problem odaklı) baş etme yöntemleri kullanmasına yardımcı olunmalıdır.^{10,38} Bu noktadan hareketle kemoterapi alan akciğer kanserli hastaların yaşadıkları fiziksel ve psikolojik semptomlarla, kullandıkları başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular konu ile ilgili literatürle tartışılmıştır.

Fiziksel semptomlar orta şiddette olmakla beraber toplam puan ortalaması 22.39 ± 7.55 olarak saptanmıştır ve hastaların fiziksel semptomlardan en fazla yorgunluk (2.15 ± 0.81), ağrı (2.02 ± 0.99), saç kaybı (1.76 ± 1.31), iştahsızlık (1.76 ± 0.99) ve bulantı (1.71 ± 1.04) yaşadıkları tespit edilmiştir (Tablo 3). Akçay'ın⁴⁴ kemoterapi alan meme kanserli hastalarda yaptığı çalışmada en çok görülen yan etkilerin yorgunluk saç dökülmesi ve bulantı-kusma olduğu tespit edilmiştir. Hollen ve arkadaşlarının⁴⁵ akciğer kanserli hastalarda yaptığı çalışma sonucunda ise en fazla yorgunluk, öksürük ve ağrının yaşandığı tespit edilmiştir. Oh'un⁴⁶ akciğer kanserli hastalarda yaptığı çalışmada ise kemoterapi alan hastaların en fazla olarak iştahsızlık, görünümde değişme, yorgunluk ve öksürük yaşadıkları tespit edilmiştir.

Ağrı ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde 60 ve üzeri yaş grubundaki hastaların puan ortalaması diğer gruplara göre yüksek bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p < 0.01$), diğer fiziksel semptomlarla yaş grupları arasındaki

fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 6). Oh'un⁴⁶ akciğer kanserli hastalarda gerçekleştirdiği çalışmada da yaşla fiziksel semptomlar arasında bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır.

Cinsiyetle fiziksel semptomlar arasındaki ilişki incelendiğinde bayanların bulantı, kusma, iştahsızlık, yutma güçlüğü, konstipasyon, yorgunluk, saç kaybı, boğaz yanması, kaşıntı/döküntü, diğerleri ve toplama ait puan ortalamaları erkeklere göre yüksek bulunmakla birlikte her iki cins arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 6). Krech ve arkadaşlarının⁴⁷ akciğer kanserli hastalarda yaptığı çalışma sonucunda cinsiyetle fiziksel semptomlar arasında bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte Oh'un⁴⁶ ve Degner⁴⁸ ve arkadaşlarının akciğer kanserli hastalarda yaptığı çalışma sonucunda da bayanların fiziksel semptomları daha şiddetli yaşadıkları bulunmuştur.

Medeni durum ile fiziksel semptomlar arasındaki ilişki incelenecek olursa bekarların ağrı, solunum güçlüğü, iştahsızlık, yutma güçlüğü, konstipasyon, yorgunluk, uykusuzluk, öksürük, boğaz yanması, kaşıntı/döküntü, diğerleri ve toplam puan ortalamaları evli gruba göre daha yüksek olmakla beraber, gruplar arası fark sadece yutma güçlüğü, konstipasyon ve boğaz yanmasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 6). Literatürde evli olmayanların aile desteğinden yoksun kaldıkları bildirilmiştir⁴⁹. Evli olmayanların fiziksel semptomları daha fazla yaşamalarının aile desteklerinin yetersiz olmasından dolayı semptom kontrolü konusunda yetersiz kalmalarından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir.

Eğitim ile fiziksel semptomlardan solunum güçlüğü, iştahsızlık dışında diğer fiziksel şikayetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Fiziksel semptomlara ait genel puan ortalaması ($23.81\pm 8.85, p>0.05$) ve iştahsızlık puan

ortalaması (2.00 ± 0.07 , $p < 0.05$) okur-yazar olmayan hastalarda diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Solunum güçlüğü puan ortalaması ise ortaokul/lise mezunlarında diğer gruplara göre yüksek tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Fiziksel semptomlara ait en az toplam puan ortalamasının ise ortaokul/lise mezunlarına ait olduğu saptanmıştır (18.40 ± 5.85) (Tablo 6). Bu sonucun eğitim seviyesi yüksek olan hastaların fiziksel semptomlara yönelik yapılacak girişimlere ait bilgiye ulaşmalarının diğer gruplara göre daha iyi olmasıyla ve daha bilinçli semptom kontrolü ile ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Geliri giderini karşılayan hastaların fiziksel semptomlara ait toplam puan ortalaması geliri giderini karşılamayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (22.83 ± 7.93) (Tablo 6). Sarna'nın⁵⁰ akciğer kanserli hastalarda yaptığı çalışmada düşük gelir seviyesinde olanların daha fazla fiziksel semptom yaşadığı tespit edilmiştir. Bu araştırmada gelir durumunun fiziksel semptomların algılanması üzerinde bir etkisinin olmadığı sonucu araştırmaya katılan geliri giderini karşılamayan hasta sayısının az olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir.

Tanıyı bilme durumu ile fiziksel semptomlardan alınan puan ortalamaları incelendiğinde tanıyı bilmeyenlerin, bilenlere göre konstipasyon, saç kaybı ve kilo kaybına ait puan ortalaması yüksek bulunmuş olup, aralarındaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Tanıyı bilme durumu ile diğer fiziksel semptomlara ait puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$). Tanıyı bilmeyen hastaların fiziksel semptomlara ait toplam puan ortalaması diğer gruba göre daha yüksek bulunmuştur (22.45 ± 8.22) (Tablo 7). Literatürde tanı hakkında bilgilendirme yapılmasının önemi vurgulanmakta ve

hastaların tanılarını bilmelerinin hastanın tedavi ve hastalığa uyumunu kolaylaştırdığı belirtilmektedir.⁵¹

Tanı zamanı ile fiziksel semptomlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız tespit edilmekle birlikte ($p>0.05$), tanı zamanı 19 ay ve üzeri olan grupta, genel fiziksel semptom toplamı puan ortalaması (26.60 ± 10.83) ve fiziksel semptomlara (solunum güçlüğü, sekresyon artışı,kusma, saç kaybı, öksürük, kaşıntı/döküntü, kilo kaybı ve diğerleri) ait puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 7). Oh⁴⁶ ve Degner⁴⁸ ve arkadaşlarının akciğer kanserli hastalarda yaptıklarda çalışmalarda da hastalığın daha ileriki dönemlerinde fiziksel semptomların daha fazla yaşandığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada tanı süresi uzun olan hastaların fiziksel semptomları daha fazla yaşama nedeninin hastalığın ileri aşamalarında olmalarından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir.

Hastalık türü ile fiziksel semptomlar arasındaki ilişki incelendiğinde küçük hücreli olmayan hastalık tipinde kaşıntı/döküntü puan ortalaması yüksek bulunmuş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edilirken ($p<0.05$) diğer semptomlar ile aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 7). Bu araştırmadan elde edilen hastalığın türü ile fiziksel semptomlar arasında fark olmadığı sonucu yapılan bir çok araştırma sonucuyla uyumlu bulunmuştur.^{46,52} . Bununla birlikte Cooley ve arkadaşlarının⁵³ akciğer kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada hastalık türü ile fiziksek semptomlar arasında fark olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada hastalık türü ile sadece kaşıntı/döküntü arasında fark bulunmuştur.

Hastalığın evresi ile fiziksel semptomlara ait puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 7). Bununla birlikte hastalığın IV. evresindeki hastalara ait toplam puan ortalaması (23.80 ± 7.77) ve genel olarak diğer

fiziksel semptomlara (ağrı, sekresyon artışı, bulantı, kusma, iştahsızlık, saç kaybı, öksürük, boğaz yanması, kaşıntı/döküntü ve uyuşma/karıncaalanma) ait puan ortalamaları III. evredeki hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmadan elde edilen ileri evredeki hastaların fiziksel semptomları daha fazla yaşadıkları sonucu Oh⁴⁶ ve Sarna'nın⁵⁰ akciğer kanserli hastalarda yaptıkları çalışma sonucuyla uyumlu bulunmuştur.

Kür sayısı ile fiziksel semptomlara ait puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Bununla birlikte 2. kürde fiziksel semptomlardan bulantı, kusma, iştahsızlık, saç kaybı, boğaz yanması ve uyuşma/karıncaalanmada en düşük ortalamalar saptanmıştır (Tablo 7). Literatürde kemoterapinin neden olduğu bazı yan etkilerin zaman geçtikçe ortaya çıkabileceği ve yan etkilerin görülmesinde bireysel farklılıklar olduğu belirtilmektedir.³⁰ Bu çalışmadan elde edilen tedavinin ilk dönemlerinde bazı fiziksel semptomlar daha az yaşandığı sonucu literatürle uyumlu bulunmuştur.

Yaş gruplarına göre hastaların kısa semptom envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımlarına bakıldığında 60 ve üzeri yaş grubundaki hastalar somatizasyon (12.66 ± 5.12), obsesif kompulsif bozukluk (6.33 ± 4.65), kişilerarası duyarlılık (2.83 ± 1.82), hostilite (4.55 ± 3.36), fobik anksiyete (2.66 ± 2.05), paranoid düşünce (2.72 ± 2.63) ve psikoz (2.11 ± 2.19) alt ölçeklerinden en yüksek puan ortalamasına sahip oldukları ancak, diğer yaş gruplarıyla aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 8). Depresyon ve anksiyeteye ait en yüksek puan ortalaması ise 30-49 yaş grubundaki hastalara ait olduğu tespit edilmiştir. Puca ve arkadaşlarının⁵⁴ yapmış oldukları çalışma sonucunda da yaşla psikolojik semptomlar arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Literatürde orta yaş

grubunun, hastalığın kurulu yaşam ve rollere kızgınlık verici bir müdahale ve çocuklarını büyütme, iş kurma gibi görevlerini tamamlayamamalarına neden olarak algıladıkları, ileri yaş grubunun ise kazandıklarını zevk alarak değerlendirememelerine bağlı üzüntü yaşadıkları belirtilmektedir.¹¹ Bu araştırma sonucundaki bulguların literatür bilgileriyle uyumlu olduğu görülmüştür.

Cinsiyete göre kısa semptom envanteri alt ölçeklerinden alınan puan ortalamalarından sadece depresyona ait puan ortalaması kadınlarda daha yüksek bulunmuş olup, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Kuo ve arkadaşlarının³⁶ küçük hücreli dışı akciğer kanserli hastalarda yaptıkları çalışma sonucunda, Yıldız ve Akyol'un⁵⁵ somatizasyon bozukluğu ve konversiyon bozukluğu olan hastalarda yaptıkları çalışma sonucunda, Carlson ve arkadaşlarının⁵⁶ ve Ateşçi ve arkadaşlarının⁵⁷ kanserli hastalarda yaptıkları çalışma sonuçlarında da kadınlarda erkeklere oranla daha çok psikolojik semptomların özellikle de depresyonun yaşandığı tespit edilmiştir.

Medeni durum ile kısa semptom envanteri alt ölçeklerinden alınan puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında bekar hastaların somatizasyon ve depresyon alt ölçeklerinden alınan puan ortalamasının daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 8). Kaplan ve arkadaşlarının⁵⁸ yapmış oldukları çalışma sonucunda da boşanmış ve bekar hastaların anksiyeteyi, evli çiftlerin ise depresyonu daha fazla yaşadıklarını saptamışlardır. Literatürde de dul ve bekarlarda psikolojik sorunların sıklığının evlilere göre daha sık olmasının nedeninin aile desteğinden yoksun kalınmasıyla ilgili olduğu savunulmaktadır.⁴⁹

Eğitim durumu ile kısa semptom envanteri alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları incelendiğinde okur-yazar olmayanlarda obsesif kompulsif bozukluk alt

ölçeğine ait puan ortalamasının en yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Yine okur-yazar olan ve okur-yazar olmayan grupların kısa semptom envanteri alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları diğer gruplara oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 8). Sonucun bu şekilde olmasında eğitimi düşük olan bireylerin etkili başa çıkma tarzları geliştirememeleri, maddi olanakların ve sosyal durumlarının daha yetersiz olmasından kaynaklanan olumsuz yaşam koşullarından etkilenmiş olabileceği düşünülebilir.

Geliri giderini karşılamayan hastaların kısa semptom envanteri alt ölçek puan ortalamaları diğer gruba göre yüksek bulunmuştur (Tablo 8). Carlson ve arkadaşlarının⁵⁶ kanser hastalarında yaptıkları çalışmada da gelir seviyesi düşük hastaların psikolojik belirtileri daha fazla yaşadıkları bulunmuştur. Chaturvedi⁵⁹ ve Krishnasamy⁶⁰ hastaların gelir seviyesindeki düşüklüğün kanserle mücadeleyi engellediğini ve bunun da bireylerde olumsuz reaksiyonlara sebep olduğunu belirtmişlerdir.

Tanıyı bilen hastaların kısa semptom envanteri alt ölçeklerine ait puan ortalamalarının bilmeyenlere göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 9). Ersoy'un⁶¹ çalışma sonucunda da tanıyı bilen hastalarda depresyon puanları anlamlı derecede düşük saptanmıştır. Bu çalışma sonucunda da bu yönde bulgular elde edilmiştir. Bu sonuç, tanıdaki belirsizliğin ortadan kalkması, bireylerin profesyonel boyutta bilgilendirilmesi ve oluşabilecek reaksiyonlara karşı daha bilinçli baş etme girişimlerinde bulunmalarıyla açıklanabilir. Literatürde de belirsizlik algısının duygusal boyutta sağlığı olumsuz olarak etkilediği ve belirsizliğin stres, psikososyal uyum sorunları, negatif duygu durumlarıyla doğrudan ilişkili olduğu, ümit, baş etme becerisi ve yaşam kalitesiyle de ters ilişkili olduğu belirtilmektedir.⁶²

Tanı zamanı ile kısa semptom envanteri alt ölçek puan ortalamasına bakıldığında 6 ay ve daha aşağısı olan grupla 7-12 ay arasındaki hastaların puan ortalamalarının genel olarak düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 9). Greer⁶³ de kanserli hastaların ilk 1 yıl kadar inkarı kullandıklarını ve bunun da anksiyete başta olmak üzere bir çok psikolojik olayların azalmasında rol oynadığını savunmuştur. Bu araştırmadan elde edilen sonuç Greer'in⁶³ sonucunu desteklemektedir. Tanı zamanı 19 ay ve daha yukarısı olan hastalarda anksiyete puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Ateşçi ve arkadaşlarının⁵⁷ kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada da hastalık süresi uzadıkça anksiyetenin arttığı saptanmıştır.

Hastalık türü ile kısa semptom envanteri alt ölçek puan ortalamaları birbirine çok yakın bulunmuştur. Çalışmadan bu şekilde sonuç elde edilmesi hastalığın yol açtığı fiziksel semptomların benzer olmasının aynı zamanda psikolojik semptomların da benzerliğine yol açmış olabileceğini düşündürmüştür.

Hastalık evresi IV olan hastaların kısa semptom envanterine ait alt ölçek puan ortalamaları evre III'deki hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Kim ve arkadaşlarının⁶⁴ kanserli hastalarda yaptıkları çalışma sonucu, Kuo ve arkadaşlarının³⁶ küçük hücreli olmayan akciğer kanserli hastalarda yaptıkları çalışmalarının sonucunda da ileri evrelerdeki hastaların daha fazla psikolojik belirti yaşadıkları tespit edilmiş olup bu araştırmanın sonucuyla uyumlu bulunmuştur.

Kür sayısı ile kısa semptom envanterinin alt ölçek puan ortalamaları arasında sadece depresyona ait puan ortalamasının 2. kürle 6 ve daha fazla sayıdaki kürde olan hastalarda 3.4. ve 5. kürdeki hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Başlangıç kürlerinde tedaviyle ilgili belirsizliğin, ilerleyen dönemlerde de tedaviyle sonuca ulaşamayacağı düşüncesi sonucu bu yönde etkilemiş olabilir.

Hastaların stresle başaçıkma tarzları  l e inin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarında en yüksek değer 11.73 ± 2.60 ile boyun e ici yaklaşımda tespit edilmiştir. Kendine güvensiz yaklaşımın puan ortalaması 9.21 ± 3.60 , kendine güvenli yaklaşımın puan ortalaması 9.15 ± 4.15 ve iyimser yaklaşım için puan ortalaması 7.21 ± 2.33 olarak bulunmuştur (Tablo 5). Folkman ve Lazarus, genelde problem odaklı başaçıkmanın de i ebilir olarak değerlendirilen durumlarda, duygusal odaklı başaçıkmanın ise durumların de i emez olarak değerlendirilmesi halinde daha sıklıkla kullanıldığını belirtmişlerdir.¹⁰ Daigle'nin⁶⁵ hemodiyaliz hastalarında yaptığı çalışmasında hastaların hem duygusal odaklı hem de problem odaklı başaçıkma tarzlarını kullanmakla beraber en fazla problem odaklı başaçıkma tarzlarından sosyal destek aramayı kullandıkları tespit edilmiştir. Kim ve arkada ları⁶⁴ kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların daha çok duygusal odaklı başaçıkma tarzlarını kullandıklarını bulmuşlardır. Çalışma grubumuzdaki hastalar ise her iki başaçıkma tarzını kullanmakla beraber yoğunlukta olarak duygusal odaklı başaçıkma tarzlarını kullandıkları tespit edilmiştir. En fazla kullandıkları başaçıkma yöntemi ise duygusal odaklı başaçıkma yöntemlerinden olan boyun e ici yaklaşımdır.

Fiziksel semptomlardan ağrı ile başaçıkma tarzları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız olmakla beraber hastaların problem odaklı başaçıkma tarzlarına başvurma oranları arttıkça ağrı düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir. Kuo ve arkada larının³⁶ çalışmasında hastaların fiziksel semptomlarla başaçıkma problem odaklı başaçıkma yöntemlerini daha fazla kullandıkları tespit edilmiştir.

Sekresyon artışı ve konstipasyon ile problem odaklı başaçıkma tarzları (sırasıyla kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. ($r=0.317$, $p<0.05$) (Tablo 10). Kuo ve arkada larının³⁶

küçük hücreli olmayan akciğer kanserli hastalarda yaptıkları çalışma sonucunda hastaların fiziksel semptomlarla başa çıkma problem odaklı başa çıkma tarzlarını kullandıkları tespit edilmiştir. Buna paralel olarak bu çalışma sonucunda da hastaların fiziksel semptomları arttıkça problem odaklı başa çıkma tarzlarını kullanma oranları da arttığı tespit edilmiştir.

Bulantı ile duygusal odaklı başa çıkma tarzlarından olan boyun eğici yaklaşım arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur ($r=0.307$, $p<0.05$) (Tablo 10). Duygusal odaklı başa çıkma yöntemlerini (boyun eğici yaklaşım) kullandıkça hastaların bulantı şikayetleri de artmıştır. Bu sonuç literatür bilgisiyle uyumlu bulunmuştur. Nitekim literatür bilgilerinde de problem odaklı davranışların duygusal odaklı davranışlardan daha etkili olduğu savunulmuştur.¹¹

Kusma ile problem odaklı baş etme yöntemleri (kendine güvenli yaklaşım) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız olmakla beraber (Tablo 10) problem odaklı başa çıkma tarzlarını kullananların daha az kusma yaşadıkları tespit edilmiş olup, literatür bilgisiyle uyumlu bulunmuştur¹⁰. Nitekim literatürde de problem odaklı başa çıkmanın duygusal odaklı başa çıkmadan daha etkili olduğu bildirilmiştir

Solunum güçlüğü ve diyare ile problem odaklı baş etme yöntemlerinden sosyal destek arama arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmakla birlikte (sırasıyla $r=-0.159$, $p>0.05$, $r=-0.132$, $p>0.05$) (Tablo 10) problem odaklı baş etme yöntemlerine (sosyal destek arama) başvuran hastaların solunum güçlüğü ve diyare şikayetlerini daha az yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Literatür bilgilerinde de problem odaklı başa çıkmanın duygusal odaklı başa çıkmadan daha etkili olduğu savunulmuştur.¹⁰

İştahsızlık ve kaşıntı/döküntü ile duygusal odaklı baş etme yöntemleri (kendine güvensiz yaklaşım) arasında,yutma güçlüğü ve uyuşma/karınalanma ile duygusal

odaklı baş etme yöntemleri (kendine güvensiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 10). Bununla birlikte duygusal odaklı başa çıkma tarzlarını kullanan hastaların iştahsızlık, kaşıntı/döküntü, yutma güçlüğü, uyuma/karınalanma şikayetlerini daha az yaşadıkları ortaya çıkmıştır. En yaygın varsayım problem odaklı davranışların baş etmede daha etkin olduğudur.¹¹ Bununla birlikte Compas hem problem odaklı hem de duygusal odaklı stratejilerin başa çıkmada önemli olduğunu, etkili başa çıkmanın esneklik ve değişme özelliğine sahip olmasının önemini vurgulamıştır.¹⁰

Boğaz yanması ile hem problem odaklı (kendine güvenli yaklaşım) hem de duygusal odaklı (boyun eğici yaklaşım) başa çıkma tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 10). Bazı araştırmalarda hem duygusal odaklı hem de problem odaklı davranışların bir kombinasyonunun özellikle de problem çözümlenemediğinde daha etkili olduğunu savunulmuştur¹¹ Yorgunluk, saç kaybı, uykusuzluk, öksürük ve kilo kaybı gibi fiziksel semptomlarla hem duygusal odaklı (kendine güvensiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım) hem de problem odaklı (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama) başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır (Tablo 10). Bununla birlikte hem problem odaklı hem de duygusal odaklı başa çıkma tarzlarına başvurma oranı arttıkça yorgunluk, saç kaybı, uykusuzluk, öksürük ve kilo kaybı gibi semptomların azaldığı saptanmıştır.

Kısa semptom envanteri alt ölçeklerinden olan obsesif kompulsif bozukluk ile problem odaklı başa çıkma tarzları (kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ilişki bulunmuştur (sırasıyla $r=0.307$, $p<0.05$, $r=0.381$, $p<0.001$) (Tablo 11). Kişilerarası duyarlılık ile problem odaklı

başaçıkma tarzları (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur (sırasıyla $r = 0.291$, $p < 0.05$, $r = 0.364$, $p < 0.05$, $r = 0.294$, $p < 0.05$) (Tablo 11). Bu iki sonuç literatür bilgileriyle uyumlu olmamakla birlikte, daha önce de belirttiğimiz gibi bazı durumlarda duygusal odaklı başaçıkmanın daha iyi sonuç verdiği de savunulmaktadır.¹⁰

Depresyon ile problem odaklı başaçıkma tarzları (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edilmekle birlikte ($p > 0.05$) (Tablo 11) problem odaklı başaçıkma tarzlarını kullanan hastaların daha az depresyon yaşadıkları tespit edilmiştir. Osowiecki ve Compas yaptıkları çalışma sonucunda da problem odaklı başaçıkma tarzlarını kullanan bireylerin daha az depresyon belirtileri gösterdiklerini tespit etmişlerdir.¹⁰ Yine Şahin ve Durak'ın⁴⁰ üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışma sonucunda problem odaklı baş etme yöntemlerini kullanan öğrencilerin depresyon ile negatif ilişki, duygusal odaklı baş etme yöntemleri ile ise pozitif ilişki tespit etmişlerdir. Bu sonuçlar araştırmanın sonuçları ile uyumlu bulunmuştur.

Anksiyete, somatizasyon, fobik anksiyete, psikoz ve paranoid düşünce ile problem odaklı başaçıkma tarzları (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmakla birlikte problem odaklı başaçıkma tarzlarını kullanma oranı arttıkça hastaların anksiyete, somatizasyon, fobik anksiyete, psikoz ve paranoid düşünce gibi psikolojik semptomları daha az yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 11). Bu sonuç hem problem odaklı başaçıkma tarzlarını kullanmanın daha etkili olduğunu savunan literatürle hem de diyaliz hastalarında yapılan bir araştırma sonucuyla da uyumlu olarak bulunmuştur.^{10,66} Hollahan ve Moos, sosyal desteğin, uygun başa çıkma stratejileri sağlayarak, psikolojik uyumda etkili bir

rol oynadığını tespit etmişlerdir. Cohen ve Wills⁶⁷ araştırmaları sonucunda da sosyal desteğin strese karşı tampon işlevi gördüğü ve psikolojik belirtileri azaltıcı yönde etkisi olduğunu bulmuşlardır.

Literatürde problem odaklı başa çıkma tarzlarının, duygusal odaklı başa çıkma tarzlarından daha etkili olduğu savunulmakla birlikte yine literatürde ciddi bir hastalık durumunda duygusal odaklı başa çıkma yöntemlerinin kullanılmasının daha iyi olabileceği de savunulmaktadır¹¹. Bununla birlikte bazı araştırmalarda her iki başa çıkma tarzlarının kombinasyonunun özellikle problem çözümlenemediğinde daha etkili olduğu da savunulmaktadır.¹¹

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Yakutiye ve Aziziye Araştırma Hastanesi Medikal Onkoloji Kliniği, Ayaktan Kemoterapi Ünitesi ve Göğüs Hastalıkları Kliniğinde kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastaların yaşadıkları fiziksel ve psikolojik semptomları ve baş etme stratejileri ile semptomlar arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılan bu araştırmanın sonunda şu sonuçlar elde edilmiştir:

Araştırma kapsamındaki hastaların yaş ortalaması 55.82 ± 11.46 olup, %69.6'sının erkek (n=32), %91.3'ünün evli (n=14), %56.5'inin ilkokul mezunu (n=26), %65.2'sinin (n=30) gelirinin giderini karşıladığı, %63.0'ının kronik başka bir hastalığının olmadığı (n=29) ve hastaların hepsinin sağlık güvencesinin olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların %76.1'inin (n=35) tanılarını bilmedikleri ve %56.5'inin (n=26) 6 ay ve daha kısa süre önce tanısının konulduğu tespit edilmiştir. Hastaların %58.7'sinin hastalık türünün (n=27) küçük hücreli dışı akciğer kanseri olduğu, %56.5'inin Evre III'de olduğu (n=26) ve %30.4'ünün 2. kür için geldiği (n=14) saptanmıştır.

Hastaların fiziksel semptomları orta şiddette yaşadıkları ve ortalama puanı 22.39 ± 7.55 olarak bulunmuştur. En fazla yorgunluk (2.15 ± 0.81) ve ağrı (2.02 ± 0.99), en az olarak da diğerleri (0.36 ± 0.77) ve boğaz yanmasında (0.34 ± 0.64) saptanmıştır. Kısa semptom envanteri alt ölçeklerine ait en yüksek ortalamalar somatizasyon (11.45 ± 4.60) ve anksiyetede (5.84 ± 2.38), en düşük ortalamalar ise paranoid düşünce (2.15 ± 2.17) ve psikozda (1.67 ± 1.86) saptanmıştır.

Hastaların duygu odaklı baş etme stratejilerini daha yoğunlukta olarak kullandıkları saptanmıştır. Hastaların cinsiyeti, gelir durumu, tanı zamanı ve hastalık türü ile fiziksel semptomlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken, yaş, medeni durum, eğitim

durumu, tanı bilme durumu ,evresi ve kür sayısı ile fiziksel semptomlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).Hastaların cinsiyeti, medeni durumu, eğitim seviyesi, tanı bilme durumu ve kür sayısı ile psikolojik belirtiler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), fakat yaş, gelir, tanı zamanı, hastalık türü ve evresi ile psikolojik belirtiler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$).

Fiziksel semptomlardan sekresyon artışı bulantı konstipasyon ve boğaz yanması, psikolojik belirtilerden de obsesif kompulsif bozukluk ve kişilerarası duyarlılık ile baş etme stratejileri arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur.

Yapılan çalışmanın sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

-Hemşirelerin etkili-etkisiz başaçıkma yöntemlerini bilmeleri ve problemi hafifletip, duygusal sıkıntıyı azaltan etkili baş etme yöntemlerinin (problem odaklı) kullanılmasını sağlamak için yol gösterici olmaları,

-Hemşire stresle başaçıkma zorlanan bir hastayı, ya da sıkıntı yaşama yönünden risk altında olan hasta ve ailesini fark ettiğinde değerlendirmesi ve tedavi için uygun bir danışmana ya da terapistle sevk etmesi,

-Bu konuda büyük evrenle, hastalar uzun dönem takip edilerek yeni araştırmaların yapılması,

Onkoloji bölümünde çalışan hemşirelerin hastalık ve tedavinin yol açtığı semptomlar ve bu semptomları önlemeye yönelik gerekli önlemler konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları için özel panel, sempozyum ve konferanslara katılımlarının sağlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Süleymanlar G. İliçin G. Biberoglu K. İç Hastalıkları Cilt 1, 2. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi, 2003:788-803.
2. Şanlı U.A. Göker E. Küçük hücreli akciğer kanserinin tedavisinde kemoterapinin yeri. Türkiye Klinikleri 2004;2(3):262-268
3. Ökten İ. Göğüs Cerrahisi 1. Baskı. Ankara: Sim Matbaacılık, 2003: 1061-1350
4. Çelik P. Risk faktörleri. Türkiye Klinikleri 2004;2(3):172-176
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2003 Verileri
6. <http://www.erzurum.saglik.gov.tr/kanser.htm#istatistik> / 15.07.2005
7. Hastürk S. Yüksel M. Akciğer Kanseri. İstanbul: Özlem Grafik Matbaacılık, 2000: 29-385.
8. Birol L. Akdemir N. Bedük T. İç Hastalıkları Hemşireliği. Ankara: Vehbi Koç Yayınları, 1995(3):96-145.
9. Onat H. Mandel N.M. Kanser Hastasına Yaklaşım Tanı, Tedavi, Takipte Sorunlar. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2002: 1-369.
10. Türküm S. Stresle Başa Çıkma ve İyimserlik. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Araştırma Fonu Yayınları, 1999: 7-113.
11. Argon G. Kronik Hastalıklarda Bakım. İzmir: İntertıp Tıbbi Yayıncılık, 2002: 37-44.
12. Platin N. Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. Ankara: Akşam Sanat Okulu Matbaası 2.Baskı, 1998:116-217.
13. Gönüllü U. Akciğer kanserleri.In Numanoğlu N, ed. Solunum Sistemi ve Hastalıkları. Ankara: Antıp A.Ş. Yayınları, 1999: 593-630.

14. Akciğer Kanseri ve Kemoterapi-Radyoterapi, / <http://www.draligus.com/oku.php?id=382&Akciğer%20kanseri%20ve%20kemoterapi%20radyoterapi>(akc /10.06.2005
15. Akciğer Kanseri,/ <http://www.gsk.com.tr/kanser/akciğer.asp>/12.05.2005
16. Yılmaz C. İç Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 1997:143-192.
17. Bayındır Ü. Akciğer kanserleri. İn Öbek A, ed. İç Hastalıkları. İstanbul: Karar Matbaası 4.Baskı, 1990:451-456.
18. Lindsey A. M. Lung Cancer. In Cancer Nursing A Comprehensive Textbook. Baird S. B. Corkle R. M.C. Granth M. eds. Philadelphia, London: W.B. Saunders Company. 1991;31: 452-463.
- 19 Akciğer Kanseri Nedir,/_[http:// www. trakya. edu.tr/ ckarlikaya/ acca/ ackanserinedir.htm](http://www.trakya.edu.tr/ckarlikaya/acca/ackanserinedir.htm) /12 06.2005
20. Akciğer Kanserleri,/ <http://www.kadirkoc.netteyim.net/akciger.htm>/ 20.05.2005
- 21.Akciğer Kanseri / [http:// www.isnet.net.tr /channels/ saglik /saglik.aspx? link =/ channels/saglik/guncel/akciger_kanseri.html](http://www.isnet.net.tr/channels/saglik/saglik.aspx?link=/channels/saglik/guncel/akciger_kanseri.html) /07.06.2005
22. What are types of lung cancer, / [http:// www.medicinenet. com/lung_cancer / page3.htm](http://www.medicinenet.com/lung_cancer/page3.htm)/15.05.2005
- 23.Akciğer Kanseri Nedir ve Kimler Risk Altındadır,/ [http:// www.gata.edu.tr / dahilibilimler /onkoloji/akciger.htm](http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/onkoloji/akciger.htm) /23.04.2005
24. Sigara ve Kanser, / [http://www.gata.edu.tr /dahilibilimler /onkoloji/ sigara_kanser.htm](http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/onkoloji/sigara_kanser.htm) /26.04.2005
- 25.Akciğer Kanseri,/ <http://www.goguscerrahisi.com/Sigara3.html> /16.06.2005
- 26.Akciğer Kanserleri:semptomlar,/ [http://www.toraks. org.tr/mesleki_gelisim _kursu.php?pid=98&sayfa=5](http://www.toraks.org.tr/mesleki_gelisim_kursu.php?pid=98&sayfa=5) /16.06.2005

27. Akkoçlu A. Öztürk C. Akciğer Kanseri. Ankara: Toraks Derneği Yayınları. Bilimsel Tıp Yayınevi, 1999;1: 17-219.
28. Akciğer Kanseri: Evrelemede Özel Durumlar,/ http://www.toraks.org.tr/mesleki_gelisim_kursu.php?pid=98&sayfa=14 /22.06.2005
29. Akciğer Kanseri,/ http://www.toraks.org.tr/mesleki_gelisim_kursu.php?pid=98&sayfa=15 /14.05.2005
30. Management or Prevention Side Effects,/ http://patient.cancerconsultants.com/supportive_care_information.aspx
31. Şenler Ç. F. Akciğer kanserinde psikososyal sorunlar ve tedavisi. Solunum 2001;2:223-225.
32. Kanserli hastalarda psikososyal sorunlar ve tedavi yaklaşımları <http://lokman.cu.edu.tr/psychiatry/egitim/abdprog/smn-2002-kanser.ppt> /10.06.2005
33. Holland J.C. Principles of Psycho-Oncology. In Decer B.C. Cancer Medicine. American Cancer Society. Lippincott, 2000: 19: 944-999.
34. Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser, /<http://lokman.cu.edu.tr/psychiatry/egitim/seminer.htm#2002> /10.06.2005
35. Kyngas H. Mikkonen R. Nousiainen M. Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer. European Journal of Cancer Care 2001;10:6-11
36. Kuo T.T. Ma F.C. Symptom distresses and coping strategies in patients with non-small cell lung cancer. Cancer Nursing 2002;25(4):309-317.
37. Coping with cancer,/ <http://www.cancersupportivecare.com/cope.html> /10.07.2005.

38. Birol L. Hemşirelik Süreci:Hemşirelik Bakımında Sistematiik Yaklaşım. 5.Baskı
İzmir: Etki Matbaacılık, 2002:231-233
39. Aksayan S.Emiroğlu N.O. Araştırma Tasarımı. İn Erefe İ,ed.Hemşirelikte
Araştırma. İlke Süreç ve Yöntemleri. İstanbul: Odak ofset, 2002:86-90
40. Şahin N.H. Durak A. Stresle Başa Çıkma Ölçeği. Türk Psikoloji Dergisi
1995;10(34):56-73
41. Savaşır I. Şahin N.H. Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan
Ölçekler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 1997;114-123.
42. Kum N. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Birmat Matbaacılık, 2000: 22-150.
43. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: İmaj A.Ş, 2004: 237-245.
44. Akçay D. Kemoterapi Alan Hastalarda Kemoterapinin Yan Etkilerine İlişkin Eğitim
ve Evde İzlemin Yaşam Kalitesine Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği A.B.D., Yüksek Lisans Tezi,Erzurum, 2005.
45. Hollen P. J. Gralla R. J. Kris M.G. Eberly S. W. Cox C. Normative data and trends
in quality of life from the lung cancer symptom scale. Support Care Cancer
1999;7:140-148.
46. Oh E. Symptom experience in korean adults with lung cancer. Journal of Pain and
Symptom Management 2004;28(2):133-138
47. Krech R. Davis J. Walsh D. et al. Symptoms of lung cancer. Palliat Med
1992;6:309-315
48. Degner L.F. Sloan J.A Symptom distress in newly dianosed ambulatory cancer
patients and as a predictor of survival in lung cancer. J.Pain Symptom Manage
1995;10(6):423-431

49. Blazer D. Mood disorders: epidemiology. In Kaplan, Sadock B.J. eds.
Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore Williams&Wilkins 6. Baskı
1995;1:1079-1089
50. Sarna L. Correlates of symptom distress in women with lung cancer. Cancer Pract.
1993;1(1):21-28
51. Centeno-Cortes C. Nunez-Olarte J.M. Questioning diagnoses disclosure in terminal
cancer patient. Palliat. Med 1994;8(1):39-44
52. Hopwood S. Stephens R.J. On behalf of the Medical Research Council Lung Cancer
Working party. Symptoms at presentation for treatment in patients with lung cancer:
implications for evaluation of palliative care. Br. J.Cancer 1995;1:633-636
53. Cooley M.E. Symptoms in adults with lung cancer: a systemic research review.
J Pain Symptom Manage 1995;10:423-431
54. Puca F.M. Antonaci F. Genco S. Savarese M.A. Piazzolla G. Prudenzeno M.P.
Psychologic factors in chronic headache. Cephalalgia 1989;9:33-51
55. Somatizasyon ve konversiyon bozuklukları, / [http://medicine.inonu.edu.tr/dergi1/](http://medicine.inonu.edu.tr/dergi1/Contents/Volume2/Issue4/Abstract/343-347.html)
Contents/ Volume2/Issue4/Abstract/343-347.html /11.07.2005
56. Carlson L.E. Angen M. Cullum J. et al. High levels untreated distress and fatigue in
cancer patients. British Journal of Cancer 2004 ;90:2297-2304.
57. Ateşci F. Ç. Oğuzhanoglu N. K. Baltalarlı B. Karadağ F. Özdel O. Karagöz N.
Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. Türk Psikiyatri
Dergisi 2003; 14 (2):145-152.
58. Kaplan C.P. Miner M.E. Relationship: importance for patients with cerebral tumors.
Brain Inj. 2000;14(3):251-259

59. Chaturvedi S.K. Shenoy A. Prasad K.M. et al. Concerns coping and quality of life in head and neck cancer patients. *Support Care in Cancer* 1996;4:186-199
60. Krishnasamy M. Social support and patient with cancer. *Journal of Advanced Nursing* 1996;23:757-762
61. Ersoy M.A. Kanser hastalarında inkar, tedavi ekibiyle ilişki, bilgilendirme, kanser tanısının söylenmesi, alternatif tedavi yöntemlerine başvurma ve depresyon ilişkisinin incelenmesi. *3P Dergisi* 2000;8:17-26
62. Öz F. Hastalık yaşantısındaki belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;12(1):61-68
63. Greer S. The management of denial in cancer patients. *Oncology* 1992;6:33-36
64. Kim H.S. Yeom H.A. Seo Y.S. Kim N.C. Yoo Y.S. Stress and coping strategies of patients with cancer. *Cancer Nursing* 2002;25(6):425-431
65. Daigle M.C. Stewart M. Support and coping of male hemodialysis dependent patients. *J. Nurs.Stud* 1997;34(6):420-428
66. Interactions among a stressor, self-efficacy, coping with stres, depression, and anxiety in maintenance hemodialysis patients / <http://www.findarticles.com /p/articles/mi-m0GDQ/is-3-29/ai-n6129957/print /20.06.2005>
67. Şahin D. Sosyal destek ve sağlık In. Okyayuz Ü.H. ed. *Sağlık Psikolojisi*. Ankara Türk Psikologlar Derneği Yayınları no:19 1.Baskı, 1999:80-106

EK I

ANKET FORMU

- 1. Adınız-Soyadınız**
- 2. Yaşınız**
- 3. Cinsiyetiniz**
a. Kadın .b. Erkek
- 4. Medeni durumunuz**
a.Evli b. Evli değil
- 5 Eğitim durumunuz**
a. Okur-yazar değil b. Okur-yazar c. İlkokul d. Ortaokul/lise
- 6. Aylık geliriniz ne kadardır ?**
a. Gelirim giderimi karşılamıyor b. Gelirim giderimi karşılıyor
- 7. Hasta tanısını biliyor mu ?**
a. Biliyor b.Bilmiyor
- 8. Hastalığın türü hangisidir ?**
a. Küçük hücreli akciğer kanseri b. Küçük hücreli dışı akciğer kanseri
- 9. Hastalığın şu anda bulunduğu evre hangisidir ?**
a. I b. II c. III d. IV
- 10. Şu anda kaçınıcı kürdesiniz?**

11. Tedavi süresine yaşadığınız fiziksel şikayetleri ve şiddetini işaretleyiniz.

SEMPTOMLAR	O(= YOK)	1(=HAFİF)	2(=ORTA)	3(=ŞİDDETLİ)
Ağrı	()	()	()	()
Solunum güçlüğü	()	()	()	()
Sekresyon artışı	()	()	()	()
Bulantı	()	()	()	()
Kusma	()	()	()	()
İştahsızlık	()	()	()	()
Yutma güçlüğü	()	()	()	()
Konstipasyon	()	()	()	()
Diyare	()	()	()	()
Yorgunluk	()	()	()	()
Saç kaybı	()	()	()	()
Uykusuzluk	()	()	()	()
Öksürük	()	()	()	()
Boğaz yanması	()	()	()	()
Kaşıntı/döküntü	()	()	()	()
Kilo kaybı	()	()	()	()
Uyuşma /karıncalanma	()	()	()	()
Diğerleri	()	()	()	()

EK II

STRESLE BAŞAÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bir Sıkıntı Olduğunda	(%0)	(%30)	(%70)	(%100)
1. Kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
2. İyimser olmaya çalışırım	()	()	()	()
3. Bir mucize olmasını beklerim	()	()	()	()
4. Olayları büyütüp üzerinde durmamaya çalışırım	()	()	()	()
5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm	()	()	()	()
6. Sakin düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	()	()	()	()
7. Kendimi kapana sıkışmış hissedirim	()	()	()	()
8. Olayların değerlendirmesini yaparak en iyi karara varmaya çalışırım	()	()	()	()
9. İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele gücünü kendimde bulurum	()	()	()	()
11. Olanları kafaya takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam	()	()	()	()
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	()	()	()	()
13. İş olacağına varır diye düşünürüm	()	()	()	()
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bulmak için uğraşırım	()	()	()	()
15. Problemin çözümü için adak adarım	()	()	()	()
	(%0)	(%30)	(%70)	(%100)

16. Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum () () () ()
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım () () () ()
18. Olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım () () () ()
19. Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım () () () ()
20. Problemleri adım adım çözmeye çalışırım () () () ()
21. Mücadeleden vazgeçerim () () () ()
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm () () () ()
23. Hakkımı savunabileceğime inanırım () () () ()
24. “Kaderim buymuş” derim () () () ()
25. Keşke daha güçlü bir insan olsaydım () () () ()
26. Bir insan olarak iyi yönde değiştiğimi olgunlaştığımı düşünürüm () () () ()
27. “Benim suçum ne” diye düşünürüm () () () ()
28. “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm, () () () ()
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım () () () ()
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır. () () () ()

EK III

KISA SEMPTOM ENVANTERİ

AÇIKLAMA: Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Daha sonra o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU aşağıdaki derecelendirmeye göre uygun olan yeri işaretleyiniz. Hiçbir maddeyi atlamamayı ve de tek bir yeri işaretlemeye özen gösterin. TEŞEKKÜRLER

0 Hiç yok	1 Biraz var	2 Orta derecede var	3. Epey var	4. Çok fazla var	
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2. Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5. Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6. Çok kolay kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7. Göğüs bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
8. Açık yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4
10. İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi	0	1	2	3	4
11. İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4

16. Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
17. Hüzünlü, kederli hissetmek	0	1	2	3	4
18. Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4
19. Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4
20. Kolayca incinebilmek, kırılmak	0	1	2	3	4
21. İnsanların sizi sevmediğine kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görmek	0	1	2	3	4
23. Mide bozukluğu, bulantı	0	1	2	3	4
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu hissi	0	1	2	3	4
25. Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğrumu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27. Karar vermede güçlük	0	1	2	3	4
28. Otobüs,tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatten korkmak	0	1	2	3	4
29. Nefes darlığı, nefessiz kalmak	0	1	2	3	4
30. Sıcak-soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya,yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32. Kafanızın “bomboş” kalması	0	1	2	3	4
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36. Konsantrasyon (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlüğü	0	1	2	3	4
37. Bedeninizin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4

39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40. Birini dövme, ona zarar verme , yaralama isteği	0	1	2	3	4
41. Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4
42. Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45. Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46. Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47. Yalnız bırakıldığında / kalındığında sinirlilik hissetmek	0	1	2	3	4
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50. Kendini değersiz görmek /değersizlik duyguları	0	1	2	3	4
51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52. Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53. Aklında bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4