



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**KEMOTERAPİ ALAN HASTALARDA
KONSTİPASYON SIKLIĞI VE YAŞAM
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Zeynep PEHLİVAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Prof. Dr. Nesrin NURAL

TRABZON-2021



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**KEMOTERAPİ ALAN HASTALARDA
KONSTİPASYON SIKLIĞI VE YAŞAM
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Zeynep PEHLİVAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Prof. Dr. Nesrin NURAL

TRABZON-2021

ONAY

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Zeynep PEHLİVAN'ın hazırladığı “Kemoterapi Alan Hastalarda Konstipasyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi” başlıklı çalışma Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 10/06/2021

Prof. Dr. Ersan KALAY

—

—

Prof. Dr. Ersan KALAY

—

—

Prof. Dr. Ersan KALAY

—

—

Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne/...../20..... tarihinde teslim edilen bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../20..... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ersan KALAY
Enstitü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

10/06/2021

Zeynep PEHLİVAN

İthaf

Yüksek lisans tezimi, lisansüstü eğitimim sürecinde desteğini ve sevgisini her zaman hissettiğim Saygıdeğer hocam Prof. Dr. Nesrin NURAL'a ve bu günlere gelmemde çok büyük emeği olan, beni özenle büyüten, desteğini ve sevgisini hiçbir zaman esirgemeyen anneme, babama ve kardeşime ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sürecinde bilimsel bilgi ve birikimleri ile bana rehberlik eden, sabır ve özveri ile desteğini ve sevgisini esirgemeyen Saygıdeğer danışmanım KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkanı, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Nesrin NURAL'a,

Lisansüstü eğitimim sürecinde bilimsel bilgi ve deneyimleri ile bana katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Sevilay HİNTİSTAN'a ve Prof. Dr. Dilek ÇİLİNGİR'e,

Yüksek lisans eğitimim sürecinde İç Hastalıkları Hemşireliği uygulama stajında tanıştığım, o günden beri benden bilimsel bilgi ve deneyimlerini eksik etmeyen, sabır ve özveri ile desteğini ve sevgisini her zaman hissettiğim, birlikte çalışmaktan onur ve gurur duyduğum çok değerli ve Saygıdeğer hocam Dr. Öğr. Üyesi. Seçil GÜLHAN GÜNER'e,

Çalışmanın yürütülmesine izin veren Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'ne

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve veri toplama aşamasında sabır gösteren tüm hastalarım,

İyi ve kötü günümde her zaman yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen, bu günlere gelmemde çok büyük emekleri olan, hakkını asla ödeyemeyeceğim canım annem ve babama, kardeşime,

Her zaman yanımda olarak desteğini esirgemeyen sevgili arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Zeynep PEHLİVAN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY	
BEYAN	
İthaf	
TEŞEKKÜR	
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kanser	4
2.1.1. Kanser Epidemiyolojisi	4
2.1.2. Kanser Etiyolojisi	4
2.1.3. Kanser Fizyopatolojisi	5
2.1.4. Kanser Tedavi Yöntemleri	5
2.1.4.1. Radyoterapi	6
2.1.4.2. Cerrahi Tedavi	6
2.1.4.3. İmmünoterapi	6
2.2. Kemoterapi	7
2.2.1. Kemoterapi Türleri	7
2.2.1.1. Küratif Kemoterapi	7
2.2.1.2. Palyatif Kemoterapi	7
2.2.1.3. Adjuvan Kemoterapi	7
2.2.1.4. Neoadjuvan Kemoterapi	8
2.2.2. Kemoterapi İlaçlarının Etki Mekanizması	8
2.2.3. Kemoterapötik Ajanlar ve Etkileri	9
2.2.3.1. Alkilleyici Ajanlar	9
2.2.3.2. Antimetabolitler	10

2.2.3.3. Vinka Alkaloidleri	10
2.2.3.4. Topoisomerase I İnhibitörleri	11
2.2.3.5. Sitotoksik (Antitümör) Antibiyotikler	11
2.2.4. Kemoterapinin Yan Etkileri	11
2.2.4.1. Kemoterapinin Fiziksel Yan Etkileri	12
2.2.4.2. Kemoterapinin Psikolojik Yan Etkileri	17
2.3. Konstipasyon	19
2.3.1. Konstipasyonun Tanımı	19
2.3.1.1. Akut Konstipasyon	19
2.3.1.2. Kronik Konstipasyon	19
2.3.2. Konstipasyonun Tanılanması	19
2.3.3. Konstipasyonun Fiziopatolojisi	20
2.3.4. Konstipasyona Neden Olan Faktörler	21
2.3.4.1. Primer Faktörler	21
2.3.4.2. Sekonder Faktörler	22
2.3.5. Kanser Hastalarında Konstipasyon Nedenleri	22
2.3.6. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Konstipasyon Prevalansı	23
2.3.7. Kemoterapötik Ajanların Konstipasyon Üzerine Etkisi	24
2.3.8. Konstipasyonun Kemoterapi Alan Hastalar Üzerindeki Fiziksel ve Psikolojik Etkileri	25
2.3.9. Konstipasyon Tedavisi	26
2.3.9.1. Konstipasyon Tedavisinde Nonfarmakolojik Yöntemler	27
2.3.9.2. Konstipasyon Tedavisinde Farmakolojik Yöntemler	27
2.3.10. Kemoterapi Alan Hastalarda Konstipasyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü	28
2.4. Yaşam Kalitesi	31
2.4.1. Tanımı ve Önemi	31
2.4.2. Kanserın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi	32
2.4.3. Konstipasyonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi	34
2.4.4. Konstipasyon, Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik	35
3. GEREÇ ve YÖNTEM	36
3.1. Araştırmanın Tipi	36
3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	36
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	36

3.4. Veri Toplama Araçları	37
3.4.1. Hasta Bilgi Formu	37
3.4.2. Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performans Ölçeği	37
3.4.3. Bristol Dışkı Kıvamı Skalası	37
3.4.4. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ)	38
3.4.5. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ)	38
3.5. Veri Toplama Yöntemi	38
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	39
3.7. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı	39
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	39
3.9. Araştırma Planı	40
4. BULGULAR	41
5. TARTIŞMA	68
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	79
7. KAYNAKLAR	81
EKLER	97
Ek 1. Hasta Bilgi Formu	98
Ek 2. Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performans Ölçeği	100
Ek 3. Bristol Dışkı Kıvamı Skalası	101
Ek 4. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ)	102
Ek 5. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ)	104
Ek 6. Etik Kurul Onayı	106
Ek 7. Kurum izni	109
Ek 8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	110
ÖZGEÇMİŞ	111

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Roma III konstipasyon kriterleri	20
Tablo 2. Konstipasyona neden olan sekonder faktörler	22
Tablo 3. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=252)	41
Tablo 4. Hastaların tanı ve tedaviye ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=252)	42
Tablo 5. Hastaların kemoterapi öncesinde ve sonrasında defekasyon alışkanlığının dağılımı (n=252)	43
Tablo 6. Hastaların konstipasyona ilişkin bazı değişkenlerin dağılımı	43
Tablo 7. Hastaların tuvalet alışkanlığını etkileyebilecek faktörler (n=252)	45
Tablo 8. Bristol Dışkı Kıvamı Skalası'na göre dışkı kıvamı dağılımları (n=252)	45
Tablo 9. Hastaların KCÖ-KYKÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları (n=252)	46
Tablo 10. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre KCÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ve dağılımı (n=252)	47
Tablo 11. Hastaların tanı ve tedaviye ilişkin özelliklerine göre KCÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ve dağılımı (n=252)	50
Tablo 12. Hastaların tuvalet alışkanlığını etkileyebilecek bazı değişkenlere göre KCÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ve dağılımı (n=252)	54
Tablo 13. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre KYKÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ve dağılımı (n=252)	56
Tablo 14. Hastaların tanı ve tedaviye ilişkin özelliklerine göre KYKÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ve dağılımı (n=252)	58
Tablo 15. Hastaların tuvalet alışkanlığını etkileyebilecek bazı değişkenlere göre KYKÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ve dağılımı (n=252)	63
Tablo 16. KCÖ ile KYKÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki ilişki	66

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1. Hastalık ve yaşam kalitesi arasındaki etkileşimi gösteren DSÖ modeli	33
Şekil 2. Araştırma planı	40
Şekil 3. Bristol Dışkı Kıvamı Skalası'na göre dışkı kıvamı dağılımları	46



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

BKİ	Beden kitle indeksi
DNA	Deoksiribonükleik asit
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DT	Dışkı tıkanıklığı
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
GİS	Gastrointestinal sistem
KBT	Kalınbağırsak tembelliği
KT	Kemoterapi
KCÖ	Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KYKÖ	Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği
LSD	Least Significant Difference
M	Mitoz
Max	Maximum
Min	Minimum
Ort.	Ortalama
RNA	Ribonükleik asid
S	Sentez
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
WHO	World Health Organization

Semboller

F	Tek Yönlü Varyans Analizi
KW	Kruskal Wallis Varyans Analizi
MASCC	Multinational Association for Supportive Care in Cancer
p	Pearson Korelasyon Analizi
r	Spearman Korelasyon Analizi
SS	Standart Sapma
t	İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi
U	Mann Whitney U testi
$\bar{x}$	Ortalama

ÖZET

Kemoterapi Alan Hastalarda Konstipasyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Bu çalışma, ayaktan kemoterapi alan hastaların konstipasyon sıklığını ve konstipasyonun yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapıldı. Araştırmanın örneklemini Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ayaktan kemoterapi ünitesinde Ocak 2021-Mart 2021 tarihleri arasında kemoterapi alan 252 hasta oluşturdu. Veriler “Hasta Bilgi Formu”, “Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performans Ölçeği”, “Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ)”, “Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ)” ve “Bristol Dışkı Kıvamı Skalası” kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik, minimum ve maksimum değerler, Bağımsız Gruplarda t testi, Varyans Analizi (ANOVA), Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi, Pearson Korelasyon Analizi ve Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı.

Çalışmaya alınan hastalarda konstipasyon ciddiye puanı orta düzeyde (30.48 ± 13.87) ve konstipasyon sıklığı %31.7 oranında belirlendi. Hastaların, konstipasyona bağlı yaşam kalitesinin orta düzeyde (71.79 ± 18.74) olumsuz etkilendiği saptandı. Cinsiyet, Beden Kitle İndeksi (BKİ), eğitim düzeyi, analjezik, antiemetik ve antiülser ilaç kullanımı, hemoroid hastalığı, ECOG Performans Skoru, iştah durumu ve fiziksel aktivite yapma durumu ile KCÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.05$). Cinsiyet, eğitim düzeyi, ECOG Performans Skoru, analjezik, antiemetik ve antiülser ilaç kullanımı, hipertansiyon ve hemoroid hastalığı, kullanılan tuvalet türü ve iştah durumu ile KYKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p < 0.05$).

Sonuç olarak, ayaktan kemoterapi alan kanser hastalarında konstipasyon üçte bir oranında görülmektedir. Hastalarda konstipasyon ciddiyeti orta düzeydedir ve yaşam kalitesini orta düzeyde olumsuz etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta, Kanser, Kemoterapi, Konstipasyon, Yaşam kalitesi

ABSTRACT

Prevalence of Constipation in Patients Undergoing Chemotherapy and the Effect of Constipation on Quality of Life

This study, was conducted with descriptive and cross-sectional design to determine the frequency of constipation in patients undergoing chemotherapy and the effect of constipation on quality of life. The sample of the study consisted of 252 patients undergoing chemotherapy between January 2021-March 2021 in an ambulatory chemotherapy unit of Recep Tayyip Erdoğan University Training and Research Hospital. The data were collected through face-to-face interview technique using the “Patient Information Form”, “Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Scale”, “Constipation Severity Scale (CSS)”, “Constipation Quality of Life Scale (CQLS)”, and “Bristol Stool Chart”. The data were analyzed using percentage, minimum and maximum values, independent samples t test, analysis of variance (ANOVA), Mann Whitney U test, Kruskal Wallis analysis of variance, Pearson’s Correlation Analysis, and Spearman’s Correlation Analysis.

Constipation severity score of the patients included in the study was moderate (30.48 ± 13.87) and frequency of constipation was 31.7%. It was determined that constipation-associated quality of life of the patients was negatively affected at moderate level (71.79 ± 18.74). There was a statistically significant difference between gender, Body Mass Index (BMI), educational level, the use of analgesics, anti-emetics and antiulcer mediations, hemorrhoid disease, ECOG performance score, appetite and state of doing physical activity, and CSS mean scores ($p < 0.05$). There was a statistically significant difference between gender, educational level, ECOG performance score, the use of analgesics, anti-emetics and antiulcer mediations, hypertension and hemorrhoid disease, type of toilet used and appetite and the CQLS mean scores ($p < 0.05$).

Consequently, constipation was observed in one third of cancer patients undergoing ambulatory chemotherapy. The constipation severity of the patients was at moderate level and their quality of life was negatively affected at a moderate level.

Keywords: Cancer, Chemotherapy, Constipation, Patients, Quality of life

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kanser, vücudun herhangi bir yerinde bir veya birden fazla doku ya da organda meydana gelen kontrolsüz hücre büyümesi olarak tanımlanan bir hastalıktır (1). Kanserlin tedavi yöntemlerindeki yeniliklere ve iyileşmelere rağmen, kanser dünyada ve ülkemizde ölüm nedenleri arasında halen ikinci sırada yer almaktadır (2, 3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2020 verilerine göre dünyada 10 milyon kişinin ölüm nedeni kanserdir (4). Ayrıca 2020’li yıllardan itibaren de kanserlin ölüm nedenleri arasında ilk sıraya yerleşmesi öngörülmektedir (2). Dünyada, erkeklerde ilk sıralarda görülen kanser türleri arasında akciğer, prostat, kolorektal kanserler gelirken, kadınlarda meme, kolorektal ve akciğer kanserler gelmektedir (4).

Günümüzde uygulanan kanser tedavilerinin asıl amacı, kanserli hücre ve dokuyu tamamen ortadan kaldırmak ve vücuda olan olumsuz etkisini en aza indirmektir. Ancak bunun mümkün olmadığı durumlarda hastalığın metastazını önlemek, sağ kalım oranını ve hastanın yaşam kalitesini artırmak amaçlanmaktadır. Kanser tedavisinde en sık kullanılan tedavi yöntemleri; kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi ve immünoterapidir. Ayrıca son yıllarda kanser tedavisinde, kemik iliği transplantasyonu, hedefe yönelik tedavi, hormonal tedavi ve gen tedavisi de kullanılmaktadır (5, 6).

Antineoplastik ilaçlar ile yapılan kemoterapi, sitotoksik etkisi nedeniyle kanser hücrelerinin büyüüp çoğalmasını, vücudun diğer bölgelerine yayılımını önlemektedir. Sitotoksik ilaçlar bu etkisini, aynı zamanda vücuttaki hızlı proliferasyon olan diğer normal hücrelere de (saç-kıl folikülü, kemik iliği vb.) zarar vererek göstermektedir (6, 7). Kemoterapi sırasında görülen yan etkilerin görülme sıklığı ve şiddeti uygulanan ilacın cinsine, sıklığına, uygulama dozuna, veriliş yoluna, hastanın yaşına ve komorbidite durumuna göre farklılık göstermektedir (6, 8, 9). Bu yan etkiler arasında yaygın olarak ağrı, bulantı ve kusma, saç dökülmesi, yorgunluk, mukozit, diyare, konstipasyon gibi fiziksel, uyku bozuklukları, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik semptomlar yer almaktadır (1, 10-13).

Hastaların günlük yaşam aktivitelerini ve diğer semptomların gelişmesini de olumsuz etkileyen konstipasyon, haftada üç kezden daha az, sert, kuru ve zor dışkılama olarak tanımlanmaktadır (14, 15). Kanser hastalarında konstipasyonun en önemli nedenlerinden biri kemoterapi tedavisiyle birlikte kullanılan vinka alkaloidleri ve antimetabolitler gibi kimyasal ajanlardır (16). Literatürde, kemoterapötik ajanlara bağlı

gelişen konstipasyonun altta yatan mekanizması ile ilgili sınırlı sayıda yayın bulunması nedeniyle netlik kazanamamıştır. Fakat mevcut çalışmalarda, kemoterapötik ajanların bağırsakta bulunan enterik sinir sisteminde yer alan sinir uçları üzerinde oluşturduğu olumsuz etkiden kaynaklandığı belirtilmektedir. Sıklıkla konstipasyona neden olan ilaçlar arasında; vincristin, vinblastin, oksaliplatin, sisplatin ve thalidomide yer almaktadır (8). Kemoterapötik ajanlar, enterik sinir sistemi ve gastrointestinal sistem (GİS) disfonksiyonuna neden olarak bağırsakta emilim ve boşaltım hissini oluşturacak kasılma ve gevşeme hareketlerini inhibe ederek konstipasyona neden olmaktadır. Fare ve sıçanlarda yapılan çalışmalarda, oksaliplatin ve sisplatin gibi kemoterapötik ajanların kolon kasılmalarında inhibisyona, GİS'ten geçişin uzamasına ve enterik nöron kaybına neden olduğu saptanmıştır (16). Yapılan bir çalışmada, vincristin, vinblastine gibi vinka alkaloidleri alan kanser hastalarında %33 oranında konstipasyon görüldüğü bildirilmiştir (6). Yapılan farklı bir çalışmada ise, kemoterapi alan kanser hastalarında konstipasyon prevalansı %50.3 saptanmıştır (17).

Konstipasyon hastalarda karın ağrısı, gaz, karında şişkinlik ve rektal ağrı gibi fiziksel, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik semptomlara neden olmaktadır. Konstipasyon önlenemediğinde ve tedavi edilmediğinde tedavi sırasında görülen diğer semptomların kötüleşmesine, hastanın kemoterapisinin kesilmesine, hastanede kalış süresinin uzamasına ve dolayısıyla yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (6, 17-19). Kemoterapi alan kanser hastalarının yaşam kalitesinin hem hastalığa hem de tedaviye bağlı gelişen semptomlardan olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (20).

Konstipasyon, hastalar tarafından sıklıkla dile getirilmeyen ve hemşireler tarafından da sıklıkla ihmal edilebilen, bu nedenle de önlem, tedavi ve bakımı ihmale uğrayabilen bir semptomdur. Fakat konstipasyon tahmin edilebilir ve önlenebilir bir semptomdur. Bu doğrultuda hastanın primer bakımından sorumlu hemşireler, konstipasyon yönetimi ve tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Konstipasyonun erken tanı ve tedavisinin, uygun hemşirelik bakımının hastanın yaşam kalitesini artırmada önemli bir adımdır. Konstipasyonun önlenmesi ile kemoterapinin devamlılığı ve etkinliğinin korunması, hastanede kalış süresinin azalması ve dolayısıyla yaşam kalitesinin artması beklenmektedir (12, 22).

Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında, genellikle kemoterapinin yan etkileri kümülatif olarak ele alınarak incelenmiştir (6, 10, 18). Bu gerekçeden hareketle çalışma, kemoterapi alan hastalarda konstipasyon prevalansını, hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin konstipasyon ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini spesifik olarak belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapıldı.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

Kanser, vücutta bulunan herhangi bir hücredeki Deoksiribonükleik asit (DNA) yapısında değişiklik meydana gelmesi sonucunda, hücrenin normal büyüme ve çoğalma özelliğini kaybederek anormal eşlenmesi, kontrolsüz büyümesi ve çoğalması ile karakterize bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Kanser, dünyada ve ülkemizde mortalite ve morbidite oranı yüksek olan önemli bir hastalıktır (21, 22).

2.1.1. Kanser Epidemiyolojisi

Geliştirilen ve iyileştirilen tedavi yöntemlerine rağmen, dünyada ve ülkemizde ölüm nedenleri arasında kanser halen kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır (23). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2020 yılında dünyada 10 milyon, Türkiye’de ise 126 bin ölümün kansere bağlı olduğu bildirilmiştir. Dünyada, 2020 yılında her iki cinsiyette en sık görülen beş kanser türü; meme, prostat, akciğer, kolorektal ve uterus kanseridir. Türkiye’de ise her iki cinsiyette en sık görülen beş kanser türü; akciğer, meme, kolorektal, prostat ve tiroid kanseridir. Türkiye’de erkeklerde en sık görülen beş kanser türü arasında; trakea-bronş-akciğer, prostat, kolorektal, mesane ve mide kanseri gelirken, kadınlarda meme, tiroid, kolorektal, trakea-bronş-akciğer ve uterus kanseri gelmektedir. Dünyada erkeklerde en sık görülen üç kanser türü sıralaması ülkemizle benzerlik göstermekte olup, dördüncü sırada ülkemizden farklı olarak mide ve beşinci sırada karaciğer kanseri yer almaktadır. Kadınlarda ise dünyada en sık meme, kolorektal, akciğer, uterus ve tiroid kanseri görülmektedir (4).

2.1.2. Kanser Etiyolojisi

Kanser oluşumuna zemin hazırlayan birden çok risk faktörü bulunmaktadır. Kansere neden olabilen risk faktörleri (24):

- Tütün-sigara kullanımı,
- Alkol kullanımı,
- Obezite,
- Yaş,
- Sağlıksız ve düzensiz beslenme,
- Aşırı tuz tüketimi,
- Bazı virüs, parazit ve bakteriyel enfeksiyonlar,

- Ultraviyole ve radyasyona maruz kalma,
- Kimyasal maddeler,
- Mesleki maruziyet,
- Endüstriyel kuruluşlardır.

Kansere neden olan etiyolojik faktörler incelendiğinde kanserlerin üçte birinin tütün ve alkol kullanımı, sedanter yaşam ve sağlıklı beslenme gibi dört ana risk faktörüne bağlı olarak geliştiği bilinmektedir (3).

2.1.3. Kanser Fizyopatolojisi

Vücudumuzda bulunan hücrelerin normal büyüme ve gelişmesini sağlayan yapılar genlerdir. Dolayısıyla kanser, genler ile doğrudan ilişkili olan bir hastalıktır. Deoksiribonükleik asit (DNA), genlerin yapısında meydana gelen hasarı ne kadar düzeltmeye çalışsa da bu her durumda mümkün olmaz ve hücrenin işlevsel yapısı bozularak kanserleşme süreci başlar (3).

Kanser hücresinin oluşum süreci olarak bilinen karsinogenez, üç evrede gerçekleşmektedir. Başlangıç evresi olarak bilinen ilk evrede, risk faktörüne maruz kalan önce genlerde, daha sonra hücre DNA'sında genetik mutasyonlar görülmeye başlanır. Fakat bu evrede kanser oluşumu yeterli değildir. İkinci evre olan ilerleme evresinde ilk evrede oluşan kanser hücresi, hızlı bölünüp çoğalmaya neden olabilecek ajanlarla birleşir. Gelişme evresinde ise son olarak başlangıç ve ilerleme evresinde mutasyona uğrayan ve art arda bölünüp çoğalan hücreler kanser hücresini yani tümörü oluşturur. Karsinogenez sonucunda kanser hücresi çok hızlı çoğalabilen ve büyüyen vücudun diğer doku veya organlarına metastaz yapabilen karakteristik özelliğe sahip olur (2).

2.1.4. Kanser Tedavi Yöntemleri

Günümüzde sürekli değişen ve geliştirilen tedavi yöntemlerine rağmen radyoterapi, kemoterapi ve cerrahi tedavi en sık kullanılan kanser tedavi yöntemlerindendir. Aynı zamanda immünoterapi, hormon tedavisi, hedefe yönelik tedavi ve gen tedavileri gibi biyolojik ajanlar ile yapılan tedaviler, bu tedavi yöntemlerine ek olarak birlikte veya tek başına uygulanabilmektedir (3).

2.1.4.1. Radyoterapi

Radyoterapi, kanserli hücrelerin iyonizan ışınlar kullanılarak yok edilmesi ile yapılan kanser tedavi yöntemidir. Bu tedavi yöntemi vücudun belli bir bölgesine uygulanabilirken aynı zamanda tüm vücuda da uygulanabilmektedir (3). Kanser hastalarının yaklaşık %50-60'ının hastalık sürecinde radyoterapiye ihtiyaç duydukları bilinmektedir. Fakat radyoterapi kanserli hücreleri yok ederken aynı zamanda normal sağlıklı hücrelere de zarar vermektedir. Normal hücrelere verilen bu zararı minimum düzeye indirmek için yeni radyoterapi çeşitleri geliştirilmektedir. Radyoterapi, kanserli hücrelerde hücre hasarı oluşturarak hücrelerin ölümüne neden olmaktadır. Hücre ölümünün gerçekleşmediği durumlarda ise hücre tamiri ve iyileşme sağlayarak hücrenin normal işlevini sürdürmesine devam etmektedir (3, 25).

2.1.4.2. Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavi, kanserli hücreden tanı koymak için biyopsi alınması gereken durumda ve metastaz yapmayan kanserlerin eksizyonunda sıklıkla kullanılan kanser tedavi yöntemidir. Bu tedavi yöntemi tek başına kullanılabildiği gibi diğer tedavi yöntemlerine ek olarak da kullanılabilmektedir. Cerrahi tedavi kanser kitlesinin cinsine, büyüklüğüne, yayılımına göre kemoterapi ve radyoterapiden önce veya sonra uygulanabilmektedir (3).

2.1.4.3. İmmünoterapi

Kanser hastalarında uygulanan cerrahi tedavi ve radyoterapi, kanser hücrelerini büyük oranda öldürme yeteneğine sahip olsa da bazen kanserli hücre kalıntıları ve metastaz oluşma riski bulunmaktadır. Bu nedenle kemoterapi, bu tedavilere ek olarak veya tedavi sonrası uygulanmaktadır. Fakat kemoterapinin kanser hücrelerinin yanında normal hücreler üzerindeki öldürücü etkisi nedeniyle günümüzde immünoterapi gibi vücuda yan etkisi az olan tedavi yöntemlerine yönelik araştırmalar artmıştır (26).

İmmünoterapi, kişinin kendi bağışıklık sistemi hücrelerini kullanarak kanser hücrelerinin yok edilmesini sağlayan kanser tedavi yöntemidir. Bazı kanser türlerinde tek başına etkili olurken, bazılarında ise kombine olarak kullanıldığında etkinliğinin arttığı bilinmektedir. İmmünoterapide temel amaç, kanser hücreleri tarafından baskılanmış olan immün sistem ajanlarını yeniden aktive ederek kanser hücreleriyle savaşabilir ve onları yok edebilir hale getirmektir (27).

2.2. Kemoterapi

Kemoterapi, kemoterapötik ajanlarla yapılan ve sitotoksik etkisi sayesinde kanser hücrelerini öldürerek onları etkisiz hale getiren tedavi yöntemidir. Kemoterapinin amacı, kanserli dokuyu iyileştirmek, iyileşmenin mümkün olmadığı durumlarda yaşam kalitesini artırmak ve mortaliteyi azaltmaktır (28). Kanser tedavisinde kullanılan cerrahi tedavi ve radyoterapi vücutta lokal etkiye sahipken, kemoterapi sistemik bir etkiye sahiptir. Bu nedenle kemoterapi uzak metastazları dahi tedavi ederek sağ kalım oranlarını önemli ölçüde artırmaktadır (29).

2.2.1. Kemoterapi Türleri

Kemoterapi tek başına kullanılabildiği gibi cerrahi tedavi, radyoterapi ve diğer tedavi yöntemlerine ek tedavi yöntemi olarak da kullanılmaktadır (29).

2.2.1.1. Küratif Kemoterapi

Küratif kemoterapi, kanser hücreleri üzerinde direkt öldürücü etkiye sahip kemoterapötik ajanların tek başına ya da kombine şekilde kullanılmasıdır. Bu tedavide amaç; kanserde tam iyileşme sağlamaktır. Prostat ve akut lösemiler gibi bazı kanser türlerinde küratif kemoterapi yüksek oranda iyileşme sağlamaktadır (30).

2.2.1.2. Palyatif Kemoterapi

Palyatif kemoterapi, hastalığı ilerleyen ve metastaz yapan, küratif tedavi şansının düşük olduğu kanser hastalarında kullanılmaktadır. Palyatif tedavi genel olarak destek tedavi olarak da adlandırılmaktadır. İlerlemiş kanser hastalarında lokal etki gösteren radyoterapi ve cerrahi tedavinin etkinliği tartışılmaktadır. Fakat uygulanan palyatif kemoterapinin hastaların sağ kalım oranlarını artırdığı ve yaşam kalitesini yükselttiği belirlenmiştir (31, 32).

2.2.1.3. Adjuvan Kemoterapi

Cerrahi tedavi ve radyoterapiden sonra, vücutta kalan kanser hücrelerinin tedavisi için kullanılmaktadır. Bazı kanser türlerinde, cerrahi tedaviden sonra uygulanan adjuvan kemoterapinin hastaların sağ kalım oranlarını artırdığı ve metastaz riskini azalttığı bilinmektedir. Adjuvan kemoterapi, meme kanserinin tedavisinde rutin olarak kullanılmaktadır. Adjuvan kemoterapinin etkinliği kanser türüne, kanserin evresine ve hastanın kişisel özelliklerine göre değişmektedir (29, 30, 33).

2.2.1.4. Neoadjuvan Kemoterapi

Kemoterapinin, cerrahi tedavi ve radyoterapiden önce uygulandığı tedavi yöntemidir. Neoadjuvan tedavi, tümörün küçültülerek organ veya ekstremitelere koruyucu cerrahi tedaviye yardımcı olduğu, mikro metastazları tedavi ettiği bilinmektedir. Bu tedavi yöntemi meme kanseri, özefagus kanseri ve osteosarkomların tedavisinde yaygın kullanılmaktadır (29, 30).

2.2.2. Kemoterapi İlaçlarının Etki Mekanizması

Kemoterapide temel amaç; sağlıklı hücrelere zarar vermeden, kanserli hücrelerin büyüyüp çoğalmasını önlemek ve kanser hücrelerini yok etmektir. Kanserli yapıda bulunan hücreler normal yapıdaki sağlıklı hücrelere göre daha hızlı bölünüp çoğalabilme özelliğine sahiptir. Bu nedenle kemoterapi tedavisi hızlı bölünebilen kanser hücrelerinin DNA ve Ribonükleik Asit (RNA) sentezini ve işlevini etkileyerek etki göstermektedir. Kemoterapi sırasında hangi ilacın kullanılacağı, kanser hücrelerinin hücre siklusunun aktivitelerine göre belirlenmektedir (29, 34).

Hücre siklusu 5 aşamada gerçekleşmektedir (29, 35, 36).

G0 (Dinlenme) Evresi: Bu evre son farklılaşması ve bölünmesi duran hücrelerin dinlenme evresidir. Bu evrede hücreler bölünmez ve yıllarca bu evrede kalabilir. Bazı kanser hücrelerinin yıllar sonra yeniden görülmeye başlamasında G0 evresi etkilidir. Hücre yeniden bölüneceği zaman döngüye G1 evresinden devam eder. Çoğalmayan (dinlenen) hücreler kemoterapiye daha dayanıklıdır. Bu nedenle bu evrede kemoterapötik ilaçların etkisi çok azdır.

G1 Evresi: Bölünerek oluşan hücrelerin S (sentez) evresine hazırlandığı bölümdür. Bu evrede DNA eşlenmesi olmaz fakat RNA ve protein sentezi yapılarak DNA replikasyonuna hazırlık yapılır. Bu evrede hücreler hızlı bölünüp çoğaldığı için kemoterapötik ajanlar oldukça etkilidir.

S (Sentez) Evresi: Bu evrede özellikle DNA eşlenir ve RNA eşlenmesi, protein sentezi devam eder. Oluşan DNA sentezini önlemeye yönelik ilaçlar bu evrede kullanılabilir.

G2 Evresi: Mitoz evresine geçmek için hazırlanan hücre DNA replikasyonu yapmaz, RNA ve protein sentezine devam eder. Bu evrede kemoterapötik ilaçlar etkilidir.

M (Mitoz) Evresi: Mitoz evresinde hücreler hızlı bölünüp çoğalabilmektedir. Bu evre sonucunda hücreler ya G1 evresine geçerek bölünmelerine devam etmekte ya da G0 evresinde günlerce, aylarca hatta yıllarca çoğalmadan kalabilmektedir. Kanser hücreleri genellikle G0 evresine geçmeden G1 evresine geçerek hızlıca bölünüp çoğalabilmektedir. Bu evrede kanser hücreleri kemoterapötik ilaçlara karşı duyarlıdır.

Kemoterapi sırasında, kanser hücrelerinin hücre siklus özelliklerinin bilinmesi kullanılacak kemoterapötik ajan hakkında ipucu vermektedir. Kanser hücrelerinin en hızlı proliferasyon olduğu dönemde kemoterapötik ajanların etkisi oldukça fazladır.

2.2.3. Kemoterapötik Ajanlar ve Etkileri

Antikanser veya antineoplastik ilaçlar olarak da adlandırılan kemoterapötik ajanlar, sitotoksik etkisi sayesinde hücre siklusunun tamamında veya belli bir evresinde kanser hücrelerinin büyüme ve çoğalmasının inhibisyonuna ve hücre nekrozuna neden olmaktadır. Bu ilaçlar, kanser hücresi üzerindeki etkisine göre spesifik ve spesifik olmayan şekilde ikiye ayrılmaktadır. Spesifik ilaçların etkinliği hücre döngüsünün her evresi için değişkenlik göstermektedir. Hücre döngüsünün bir fazında kullanılan ajanın diğer fazlara göre etkinliği daha fazla görülmektedir. Örneğin; S evresinde kullanılan antimetabolit ajanların veya G2-M evresinde kullanılan vinka alkaloidlerinin uzun süreli kullanımında hücre ölümü etkinliği oldukça fazladır. Diğer taraftan spesifik olmayan ilaçlar, hücre döngüsünün her fazında öldürücü özelliğe sahiptir. Bu ilaçlarda hücre ölümü etkinliği uzun süreli uygulamadan ziyade toplam doza bağlıdır. Örneğin; G1, G2 ve S fazlarında kullanılan alkilleyici ajanların hücre üzerinde öldürücü etkisi fazladır. Dolayısıyla, kemoterapötik ilaçların hücre siklusu evrelerine göre farklı etkiler göstermeleri sonucu bazı tedavi protokollerinde ilaçlar kombine şekilde kullanılmaktadır. Etki mekanizmaları dikkate alındığında kemoterapötik ajanlar beş grupta incelenmektedir (29, 37, 38).

2.2.3.1. Alkilleyici Ajanlar

Alkilleyici ajanlar, günümüzde birçok kanser türünün tedavisinde kullanılmaktadır. Aynı zamanda kanser tedavisinde en sık kullanılan ilaç sınıfında yer almaktadır. Alkilleyici ajanlar, hücre siklusunun özellikle G1, G2 ve M evresinde olmak üzere tüm fazlarında hücre öldürücü etkiye sahiptir. Bu ajanların yapısında bulunan alkil grubu, DNA ile kovalent bağlar oluşturarak DNA'da hasar oluşturur ve hücre ölümüne neden olur. Başlıca alkilleyici ajanlar; mustargen, siklofosfamid, ifosfamid, busulfan, semustine, dakarbaz, temozolamiddir. Buna ilaveten DNA üzerindeki benzer etkilerinden dolayı “alkilleyici

benzeri” olarak da adlandırılan platin bazlı ilaçlara sisplatin, karboplatin ve oksaliplatin örnek verilebilir. Platin grubu ilaçlar, jinekolojik kanserlerde sıklıkla kullanılmaktadır. Özellikle cisplatin serviks kanseri tedavisinde, karboplatin over kanseri tedavisinde radyoterapi ile birlikte kullanılmaktadır (29, 37-39).

Bu ajanların kullanımı sırasında genellikle, kemik iliği supresyonuna bağlı olarak anemi, nötropeni ve trombositopeni, bulantı-kusma, diyare, nefrotoksisite, ototoksisite, alopesi, yorgunluk, infertilite ve sekonder malignite riskinde artış görülebilmektedir (13, 37, 40, 41).

2.2.3.2. Antimetabolitler

Antimetabolit ajanlar, hücre siklusunun S evresinde spesifiktir. Bu ajanlar, S evresinde nükleotid dizilimini inhibe ederek DNA replikasyonunu önler. Sıklıkla kullanılan antimetabolit ilaçlar arasında; 5-fluorourasil, methotrexate, gemsitabin, mercaptopurine ve fludarabin yer almaktadır. Antimetabolit ajanlar meme, yumurtalık, mesane, baş ve boyun kanserlerinde sıklıkla kullanılmaktadır. Özellikle antimetabolit 5-fluorourasil ile alkileyici ajan siklofosfamid meme kanserinin adjuvan tedavisinde yaygın olarak kullanılan kombine tedavi yöntemidir. Antimetabolit ajanlar; sıklıkla anemi, nötropeni, trombositopeni, bulantı-kusma, mukozit, diyare, pulmoner toksisite, hepatotoksisite, nörotoksisite ve nefrotoksisite gibi yan etkilere neden olmaktadır (37, 40, 42).

2.2.3.3. Vinka Alkaloidleri

Vinka alkaloidleri, hücre döngüsünün M fazına spesifiktir. Özellikle metafazda gerçekleşen kromozomların ayrılmasını engelleyerek, kanserli hücrelerin büyüme ve çoğalmasını önler ve onları öldürür. Vinka alkaloidleri genellikle diğer kemoterapötik ajanlarla kombine olarak kullanılmaktadır. Sık kullanılan vinka alkaloidleri; vinblastine, vinorelbine, vincristine, vindesine, paclitaxel ve docetaxel’dir. Bu ilaçlar sıklıkla testiküler karsinom, lösemi, hodgkin ve nonhodgkin lenfomalarda, ileri evre akciğer kanserinde, rabdomiyosarkom, nöroblastoma, osteosarkom ve meme kanserinde kullanılmaktadır. Vinka alkaloidlerine bağlı sık görülen yan etkiler arasında konstipasyon, anemi, nötropeni, trombositopeni, bulantı-kusma, alopesi ve periferik nöropati yer almaktadır (37, 40, 43, 44).

2.2.3.4. Topoisomerase I İnhibitörleri

Topoisomerase enzimleri, DNA ile ilgili her reaksiyona girerek DNA yapısında değişikliklere neden olur. Bu enzimler reaksiyon sırasında geçici olarak DNA'ya bağlanarak kovalent bağlar oluşturur. Bunun sonucunda DNA iplikçiklerinden biri ayrılarak DNA kırığı içine girer ve farklı DNA yapısını oluşturur. Kanser tedavisinde kullanılan bu ajanlar ise Topoisomerase I enzimini inhibe ederek DNA çift sarmalının çözülmesini önleyerek DNA yapısını korur. Sık kullanılan Topoisomerase I inhibitörleri; etoposid, teniposid, irinotecan, topotecan'dır. Bu ajanlar lösemi, lenfoma, sarkomlar, nöroblastoma, germ hücreli maligniteler ve küçük hücreli akciğer kanseri tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu ajanların kullanımı nedeniyle hastalarda sıklıkla; miyelosupresyona bağlı anemi, nötropeni ve trombositopeni görülmektedir (45).

2.2.3.5. Sitotoksik (Antitümör) Antibiyotikler

Sitotoksik antibiyotikler, DNA sentezini inhibe ederek DNA replikasyonunu önler. Bu ilaç grubu hücre siklusunun herhangi bir evresine özgü değildir. Klinikte yaygın olarak kullanılan antitümör antibiyotikler; actinomycin-D, mitomycin-D, daunorubicin, doxorubicin (adriamycin) ve bleomycindir. Bu ilaçlar sıklıkla meme kanseri, lösemi, lenfoma, nöroblastoma, sarkomlar ve over kanserinde kullanılmaktadır. Hastada görülen yaygın semptomlar arasında; miyelosupresyona bağlı anemi, trombositopeni ve nötropeni, bulantı-kusma, alopesi, kardiyak, pulmoner ve nefrotoksisite yer almaktadır. Kardiyak toksisitede doxorubisin, pulmoner toksisitede bleomycin ve nefrotoksistide adriamisinin etkisi büyüktür (29, 40, 42, 44).

2.2.4. Kemoterapinin Yan Etkileri

Kanser tedavisinde kullanılan kemoterapi, vücutta sistemik etkiye sahiptir. Bu nedenle tedavide kullanılan kemoterapötik ajanlar hızlı proliferen olan kanser hücreleri üzerine sitotoksik etki gösterirken, aynı zamanda kemik iliği, saç folikülü ve sindirim sistemi gibi diğer hızlı çoğalan sağlıklı hücreler üzerinde de etki göstermektedir. Sağlıklı hücreler üzerindeki bu etki kişide fiziksel, psikolojik ve sosyal pek çok yan etkiye neden olmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir. Kemoterapi alan kanser hastalarında yaygın görülen semptomlar; yorgunluk, iştahsızlık, alopesi, oral mukozit, bulantı kusma, diyare, konstipasyon, ağrı, anemi, nötropeni ve trombositopenidir. Kanser hastaları çoğunlukla birden fazla semptomu bir arada yaşamaktadır. Bu nedenle tek semptomun tedavisi genelde hastanın yaşam kalitesini artırmada başarılı olmamaktadır. Hastalık sürecinde

yaşanan semptomlar, hastanın uyum mekanizmalarını bozarak tedavinin kesilmesine ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (15, 46-48).

2.2.4.1. Kemoterapinin Fiziksel Yan Etkileri

Yorgunluk-Halsizlik

Kanser hastalarında yaygın görülen bir semptom olan yorgunluk, kemoterapi ve radyoterapi sonrası beklenen fakat geçici olan bir semptomdur (46). Yorgunluk, hastalarda hem kanser hastalığı ve neden olduğu semptomlara bağlı olarak hem de kemoterapinin yan etkileri nedeniyle görülmektedir. Aynı zamanda yorgunluk, hastalık ve tedavi süreci, ağrı, ruhsal sorunlar, uyku problemleri, anemi, çevresel ve sosyal faktörler nedeniyle de gelişebilmektedir. Bu semptom, kanser hastalarında tedavi ve hastalık sürecine uyumu zorlaştırarak kemoterapi dozunun azaltılmasına veya tedavinin kesilmesine neden olmaktadır (49). Yapılan bir çalışmada, kanser hastalarının %33'ünün kemoterapi aldıktan sonra iki haftaya kadar yorgunluk yaşadıkları bulunmuştur (50). Görülen bu yorgunluğun şiddeti kemoterapi dozuna, süresine, sıklığına ve kanserin evresine göre değişmektedir (50, 51).

Yorgunluğun geleneksel tedavisi, tolere edebileceği düzeyde fiziksel aktivite, hemoglobin düzeyinin artırılması ve psikoterapidir. Genel tedavi yaklaşımlarının yanı sıra integratif tedavi yöntemlerinin etkinliği de yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. Yapılan farklı çalışmalarda, kemoterapi alan kanser hastalarına uygulanan progresif gevşeme egzersizlerinin yorgunluk şiddetini azaltan nonfarmakolojik tedavi yöntemi olduğu bulunmuştur (50, 52).

Bulantı-Kusma

Bulantı-kusma, kemoterapiden sonra hastaların sıklıkla yaşadığı yaygın semptomlardan biridir. Kanser hastalarında bulantı kusmaya neden olabilen kemoterapötik ajanlar; sisplatin, actinomycin-D ve nitrojen mustarddır (37). Bulantı-kusma, yaşamı tehdit edici komplikasyon olmasa da tedavi sürecinde yaşam kalitesini düşüren, tedaviye uyumu güçleştiren ve hastaların en çok korktuğu semptomlar arasında üst sıralarda yer alan bir semptomdur. Geliştirilen antiemetik ilaçlara rağmen kanser hastalarında kemoterapiye bağlı bulantı-kusma prevalansının %38-80 arasında değiştiği bildirilmiştir (53, 54). Üç farklı ülkede yapılan bir çalışmada, kemoterapi alan kanser hastalarının bulantı-kusma

prevalansının %34-50 arasında olduğu ve bu semptom nedeniyle hastaneye başvurma ve antiemetik kullanımının arttığı, hastanede kalış süresinin uzadığı belirtilmiştir (55).

Kontrol altına alınmayan bulantı-kusma hastada iştahsızlık, kilo kaybı, sıvı elektrolit dengesizliği, dehidratasyon, konstipasyon, ilaç emiliminde ve atılımında azalma, psikososyal sorunlar, tedaviyi reddetme ve uyumsuzluk gibi durumlara yol açabilmektedir. Bu semptomlar, hastanın yaşam kalitesini azaltarak tedavinin etkinliğini azaltmaktadır. Bulantı kusmanın tedavisinde antiemetik ilaçlar veya integratif tıp uygulamaları kullanılmaktadır. Literatürde, bitkisel tedaviler, terapötik masaj, müzik tedavisi, akupunktur, akupresür, hipnoz ve progresif gevşeme egzersizlerinin kemoterapiye bağlı bulantı kusma sıklığını, şiddetini ve hastaların antiemetik kullanma ihtiyacını azalttığı bildirilmiştir (53).

İştahsızlık

Kanser hastalarında iştahsızlık, uygulanan ilaçlar, ağrı, halsizlik, enfeksiyonlar, kemoterapiye bağlı gelişen bulantı-kusma, tad değişikliği ve sindirim sistemi irritasyonu gibi nedenlere bağlı olarak gelişebilmektedir. İştahsızlık, beslenme bozukluğuna, sıvı elektrolit dengesizliklerine ve malnütrisyona neden olabilmektedir. Bunun sonucunda beslenme yetersizliği hastanın genel durumunu olumsuz etkileyerek komplikasyon sayısını ve kemoterapi yan etkilerini artırır ve yaşam kalitesini düşürebilmektedir (37). Yapılan bir çalışmada, kemoterapi alan kanser hastalarının %46'sında iştahsızlık görüldüğü ve %58'inin kilo kaybı yaşadığı bulunmuştur (56).

Alopesi (Saç Dökülmesi)

Kemoterapi alan kanser hastalarının sıklıkla yaşadığı semptomlardan biri olan alopesi, yaşamı tehdit eden bir semptom olmasa da kişiyi fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden olumsuz etkilemektedir. Kanser hastalarında saçlar genelde kemoterapi tedavisinden iki hafta sonra dökülmeye ve tedavi bitiminden sekiz hafta sonra tekrar çıkmaya başlar (37, 57).

Pek çok kemoterapötik ajan alopesiye neden olmaktadır. Fakat özellikle antimetabolitler (daunorubicin, doxorubicin), alkilleyici ajanlar (siklofosfamid) ve vinka alkaloidleri (vinblastin, vincristin, paklitaksel) şiddetli alopesiye neden olduğu bilinen ilaçlardır. Alopesinin derecesi uygulanan kemoterapötik ajanın dozuna, sıklığına ve kombine tedavi olup olmama durumuna göre değişkenlik gösterebilmektedir. Bazı

kombine kemoterapötik ajanların alopesi şiddetini artırdığı bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada, kemoterapi alan kanser hastalarının %70.9 oranında gözle görülebilir saç kaybı yaşadığı bulunmuştur (58).

Kemoterapinin diğer semptomlarının tedavisinde ilerleme sağlanırken, alopesi tedavisi zor bir durum olmuştur. Buna rağmen 1960'lı yıllardan beri saç kaybını önlemek için stratejiler geliştirilmektedir. Bunlar; folik asit, E ve D vitamini kullanımı, özel saç bakımı, kafa derisine turnike ve soğuk uygulama yapmaktır (58). Alopesi kişide anksiyete, depresyon, düşük beden imajı ve tedaviyi reddetme gibi durumları meydana getirebilmektedir. Bu nedenle hastalık sürecinde alopesi ile baş etme ve yönetme oldukça önemlidir (57, 58).

Oral Mukozit

Ağız mukozası epitel hücreleri hızlı bölünüp çoğalabilen hücreler olduğu için kemoterapinin sistemik ve radyoterapinin lokal etkisinden kolayca zarar görebilmektedir. Kemoterapinin yaygın semptomlarından biri olan oral mukozit, kemoterapötik ilaçların ağız mukoza epitelinde enflamatuvar değişiklikler oluşturması sonucu genelde tedaviden sonra beş gün-iki hafta içinde gelişir. Bu değişiklikler, hastada ağız mukoza ülserasyonları, kanamalar, disfaji, beslenme düzeninde değişiklik, malabsorbsiyon, ağız kuruluğu ve stomatite neden olabilmektedir (37, 59-61).

Deoksiribonükleik Asit (DNA) siklusu üzerine etki eden kemoterapötik ajanlar daha yaygın oral mukozit gelişimine neden olmaktadır. Bu ajanlar; antimetabolit ilaçlar (5-fluorourasil-methotrexate) ve antitümör antibiyotikler (etoposid, doxorubisin, bleomycin) dir (60). Bu ilaçların %40-60 oranında mukozite neden olduğu bildirilmiştir. Uygulanan ilacın dozu, süresi ve kombine tedavi olma durumuna göre oral mukozitin ciddiyeti değişmektedir (62). Meme kanser tanılı hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, ilk kemoterapi kürünü alan hastalarda mukozit insidansı %20 iken, aynı ilaç ve dozu ikinci kür aldıktan sonra oran %70'e yükselmiştir (61). Farklı bir çalışmada, sitotoksik kemoterapi uygulanan hastalarda mukozit sıklığının %40-70 arasında değiştiği, kemoterapi ile birlikte kombine radyoterapi uygulanan hastalarda ise mukozit sıklığı ve şiddetinin arttığı bulunmuştur (62).

Kanser hastalarında görülen oral mukozit, hastaların tedaviyi reddetmesine, tedavi dozunun azaltılmasına ve tedavinin kesilmesine dolayısıyla tedavi sürecinin olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir. Aynı zamanda oral mukozite bağlı gelişen diğer

semptomlar hastanın yaşam kalitesini düşürebilmektedir. Bu nedenle oral mukozitin önlenmesi, kontrolü ve yönetimi oldukça önemlidir. Günümüzde oral mukoziti önleme ve kontrol etmeye yönelik tedavi seçenekleri geliştirilmeye devam etmektedir. Genel olarak oral mukoziti önlemede hasta eğitimi, tedaviden önce diş eti problemlerinin giderilmesi, ağız hijyeninin sağlanması ve tedavi sırasında ağız bakımı, yeterli ve dengeli beslenme oldukça önemlidir. Aynı zamanda kriyoterapi (buz parçaları uygulaması), düşük doz lazer tedavisi, antibiyotik, antiseptik ve antimikrobiyal ilaçlar ve bitkisel ürünlerinde (bal, aloevera, papatya, arı sütü, kefir, zerdeçal vb.) oral mukozit tedavisinde etkili olduğu bilinmektedir (59, 63, 64).

Ağrı

Kanser hastalarında yaygın görülen ve yaşam kalitesini düşüren bir semptom olan ağrı, kanserin kendisi ve/veya uygulanan tedavi yöntemi ile ilişkili olabilmektedir. Literatürde, ağrının en yaygın olarak kanserin kendisinden kaynaklandığı bildirilmiştir. Kanser hastalarında ağrı prevalansının %20-50 arasında ve terminal dönem-metastatik kanser hastalarında ise %60-90 arasında değiştiği bilinmektedir (65). Yapılan farklı bir çalışmada, ağrı prevalansının baş boyun kanser türüne sahip hastalarda en yüksek olduğu, yine aynı çalışmada tüm kanser türlerinin yarısından fazlasında hastalığın herhangi bir döneminde ağrıyı deneyimledikleri bildirilmiştir (66).

Ağrı, kanser hastalarında ruhsal bozukluklara, anksiyete, depresyon, yaşam kalitesinin azalmasına ve hastanede kalış süresinin uzamasına neden olabilmektedir. Bu nedenle ağrı tedavisi ve yönetimi kanser hastalarında önemli bir yere sahiptir. Ağrı tedavisi farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle yapılmaktadır. Opioidler, kanser ağrılarında sıkça kullanılan analjezik türüdür (67, 68).

Nötropeni

Nötropeni, kemoterapötik ajanların immünsupresif etkisi nedeniyle nötrofil sayısının $500/\text{mm}^3$ altına düşmesidir. Nötropeni, alkilleyici ajanlar (sisplatin, karboplatin), topoisomerase I inhibitörleri (etoposid), antimetabolitler (gemsitabin) ve antitümör antibiyotiklerin (doxorubicin, daunorubisin) kullanımına bağlı olarak tedaviden bir hafta sonra gelişebilmektedir (37). Nötropenik hastalarda yaygın görülen semptom ateştir. Tedavi edilmeyen nötropenik hastaların sepsisle kaybedilme oranı %70 bulunmuştur. Bu nedenle febril nötropenisi olan hastalarda, hastaların genel durumuna ve nötropeni derecesine göre antibiyotik tedavisi başlanması gerekmektedir.

Günümüzde, kemoterapi uygulanacak hastalara profilaktik olarak büyüme faktörü uygulandığından febril nötropeni insidansının azaldığı saptanmıştır (40, 42, 69).

Anemi

Anemi, kemoterapinin mielosupresif etkisinden dolayı, hemoglobin ve eritrosit değerinin normalin altına (Hemoglobin: erkeklerde; 13g/dl, kadınlarda; 12g/dl, Eritrosit; 3.50-5.50 milyon/mm³) düşmesi olarak tanımlanmaktadır ve genellikle tedaviden üç ay sonra gelişmektedir. Anemi gelişmesine neden olan ilaçlar; antimetabolitler, alkilleyici ajanlar, topoisomerase I inhibitörleri ve antitümör antibiyotiklerdir (37).

Anemi, kanser türlerine göre görülme sıklığı değişmekle birlikte lenfoma ve lösemi gibi hematolojik kanser türlerinde yaygınlığı daha fazladır. Aynı zamanda kemoterapi alan kanser hastalarında anemi görülme sıklığı artmaktadır. Anemi, hastaların yaşam kalitesini düşürmekte ve mortalite oranlarını artırmaktadır. Bu nedenle tedavi edilmesi zorunlu bir semptomdur. Anemi, genellikle kan transfüzyonları, demir ve B12 preparatları, eritropoetin uyarıcı ajanlarla tedavi edilmektedir (70).

Trombositopeni

Kemoterapi alan kanser hastalarında yaygın görülen trombositopeni, kanda trombosit değerinin 150.000/mm³ altına düşmesidir. Kemoterapötik ajanların mielosupresif etkisine bağlı olarak tedaviden 8-12 gün sonra gelişebilmektedir. Kemoterapiye bağlı trombositopeni insidansı kullanılan kemoterapötik ajana göre değişebilmektedir. Özellikle alkilleyici ajanlar (sisplatin, karboplatin), antitümör antibiyotikler (gemsitabin), topoisomerase I inhibitörleri (etoposid) ve antimetabolit ajanlar trombositopeniden sorumludur (37). Yapılan bir çalışmada, cisplatin-karboplatin kullanılan hastalarda trombositopeni insidansı %57, karboplatin-gemsitabin kullanılan hastalarda %29, sisplatin-etoposid kullanılan hastalarda %18 bulunmuştur (71).

Trombositopeni hastalarda kemoterapi dozunun azaltılmasına veya kesilmesine, anksiyete ve korku oluşmasına neden olur. Tedavisinde genellikle trombosit transfüzyonu kullanılmaktadır (72, 73).

Diyare

Kemoterapötik ajanların sindirim sistemi üzerindeki sitotoksik etkisi nedeniyle gelişen diyare, kanser hastalarında yaygın görülen semptomdur. Diyare çoğunlukla floropirimidinler ve irinotekan gibi ajanlarla ilişkili olsa da sisplatin, metotreksat,

doxorubisin, paklitaksel ve dosetaksel gibi diğer kemoterapötik ilaçlara bağlı olarak da gelişebilmektedir. Literatürde 5-fluorourasil, irinotekan ve floropirimidin alan hastalarda diyare insidansının %50-80 arasında değiştiği bildirilmiştir (74).

Diyare, hastaların kemoterapi dozunun azaltılmasına veya kesilmesine, hastane yatış süresinin uzamasına, beslenme yetersizliklerine, sıvı elektrolit dengesizliklerine, yaşam kalitesinin azalmasına ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizliğe neden olabilmektedir (75).

Konstipasyon

Konstipasyon, kemoterapiye bağlı gelişen yaygın semptomlar arasındadır. Konstipasyona neden olan kemoterapötik ajanlar sisplatin, oxaliplatin, gemsitabin, thalidomide, vincristin ve vinblastindir. Bu ajanlar, bağırsak içeriğinin gastrointestinal sistemden geçiş süresini kısaltarak konstipasyon oluşumuna zemin hazırlar (16). Aynı zamanda kemoterapi alan kanser hastalarında konstipasyon sıklığı ve şiddeti kullanılan ilacın dozuna ve kullanma periyodlarına göre değişkenlik göstermektedir (76). Yapılan farklı çalışmalarda kemoterapi alan kanser hastalarında konstipasyon prevalansı %19.5-41 arasında değiştiği belirlenmiştir (77-79).

Konstipasyon, kanser hastalarında karın ağrısı, gaz, şişkinlik, rektal ağrı ve kanama gibi fiziksel, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik semptomlara neden olabilmektedir. Dolayısıyla tedavi edilmeyen konstipasyon bağırsak perforasyonu, bağırsak tıkanıklığı ve kronik konstipasyon gibi yaşamı tehdit eden komplikasyonlara neden olarak hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Bu nedenle konstipasyonun önlenmesi ve tedavisi oldukça önemlidir. Kanser hastalarında önemli etkiler oluşturan konstipasyon farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle tedavi edilmektedir (16).

2.2.4.2. Kemoterapinin Psikolojik Yan Etkileri

Anksiyete

Kanser hastaları, kanser teşhisi ve kemoterapinin yan etkileri ile ilgili duyuşsal alanda anksiyete, suçluluk duygusu ve düşük benlik saygısı yaşarlar. Özellikle yeni tanı almış kanser hastalarında tedavinin belirsizliği ve hastalığın ilerlemesi hastalarda stres oluşturur. Yapılan bir çalışmada, kemoterapi öncesi anksiyete düzeyinin kemoterapi sonrası anksiyete düzeyine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, yaklaşan kemoterapinin anksiyete eğilimini artırdığını doğrulamaktadır (80). Uzun süren ve pek çok

yan etkisi olan kemoterapi kişinin aile, iş ve sosyal hayatında rol kaybına, umutsuzluğa, çaresizliğe, sosyal izolasyona ve yorgunluğa yol açmaktadır. Dolayısıyla bu olumsuz durumlar anksiyeteye neden olmaktadır. Literatürde, yorgunluk ile anksiyete arasında güçlü bir bağ olduğu bulunmuştur. Her iki semptom birbirini doğrudan etkilemektedir. Anksiyete, kemoterapi veya diğer semptomların sıklığının ve şiddetin artmasına neden olabilmektedir. Literatürde, anksiyetenin kemoterapi öncesi ve sonrası görülen bulantı-kusma insidansında rol oynadığı bildirilmiştir (80).

Kanser hastalarında anksiyete tedaviye uyumsuzluğun en önemli nedenidir ve hastaların tedaviyi reddetmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle, hastaların yorgunluk ve anksiyete düzeylerini azaltmaya yönelik uygulamalar, tedaviye uyumu artırarak yaşam kalitesinin yükseltilmesinde büyük öneme sahiptir. Tamamlayıcı tedaviler, palyatif ve destekleyici tedaviler kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete yönetiminde uygulanan tedavi yöntemleridir. Literatür incelendiğinde; müzik terapi, eğitim, derin soluk alıp verme egzersizleri ve masaj uygulamasının kemoterapi alan kanser hastalarının anksiyete düzeylerini azalttığı ve yaşam kalitesini artırdığı bulunmuştur (81-84).

Depresyon

Kanser tanı ve tedavisinin hastaların ruhsal durumunda derin etkileri olduğu bilinmektedir. Kanser tanısı alan bireylerde görülen psikolojik semptomlar, uygulanan kemoterapi ve yan etkilerinin görülmesiyle daha da şiddetlenmektedir. Bu durumlara bağlı gelişen depresyon, hastaların hastanede kalış süresinin uzamasına, görülen diğer semptomların kötüleşmesine, tedaviye uyumun azalmasına, tedavi etkinliğinin azalmasına ve en önemlisi intihar riskine neden olmaktadır. Bu nedenle kanser hastalarında görülen depresyonun zamanında belirlenmesi ve tedavi edilmesi önemlidir (85).

Depresyon tedavisi genellikle antidepresan ilaçlar veya tamamlayıcı tedavi yöntemleriyle yapılmaktadır. Fakat antidepresan ilaçların var olan yan etkilerinin fazlalığı nedeniyle tamamlayıcı tedavilerin kullanımı ve depresyona etkisini ortaya koyan çalışmalar üzerinde durulmaktadır. Yapılan bir çalışmada, meme kanser tanılı hastaların %12.50 oranında orta şiddetli depresyon yaşadıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada, orta şiddetli depresyon bulunan hastaların %26'sının antidepresif tedavi aldığı buna rağmen depresyon semptomlarının devam ettiği bildirilmiştir (86). Bu sonuçlara bakıldığında integratif tedavi uygulamalarının kemoterapi alan kanser hastalarında depresyon semptomunu yönetmede önemli yere sahip olduğu bilinmelidir.

2.3. Konstipasyon

2.3.1. Konstipasyonun Tanımı

Konstipasyonun kesin bir tanımı olmamakla birlikte, genellikle haftada üçten daha az, sert, zor ve ağrılı dışkılama olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda konstipasyon, gaitanın bağırsak yüzeyinde geçiş süresinin kısalması sonucu gelişmektedir. Hastalar konstipasyonu hekimlerden farklı şekilde tanımlayabilmektedir. Yapılan bir çalışmada, konstipasyonu hastaların %52'si ıkınma, %44'sert dışkı, %32'si seyrek dışkı ve %20'si batında rahatsızlık olarak tanımlamıştır. Konstipasyon bir hastalık değil, semptom olarak kabul edilmektedir (14, 87-89).

Konstipasyon akut ve kronik olmak üzere iki sınıfta incelenmektedir (89).

2.3.1.1. Akut Konstipasyon

Akut konstipasyon stres, seyahat, lifli besin tüketimin azalması ve günlük yaşam aktivitelerinde değişiklik sonucu ara sıra veya geçici olarak gelişmektedir. Aynı zamanda ilaç tedavileri (opioid), hareketsizlik, kolonda darlık veya kansere bağlı olarak da akut konstipasyon görülebilmektedir. Genellikle kendiliğinden düzelir. Ancak bazı durumlarda laksatif veya lavman kullanımı, lifli-posalı besin tüketimi ve diyet değişiklikleri uygulanabilmektedir (90).

2.3.1.2. Kronik Konstipasyon

Kronik konstipasyon; primer (fonksiyonel) ve sekonder olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Primer konstipasyon normal geçişli konstipasyon, yavaş geçişli konstipasyon ve dışkılama bozuklukları olmak üzere üç grupta incelenmektedir. Sekonder konstipasyon ise tıbbi durumlara veya ilaç kullanımına bağlı gelişmektedir (89).

2.3.2. Konstipasyonun Tanılanması

Konstipasyonun tanı, teşhis ve yönetimini standartlaştırmak amacıyla Roma I, Roma II, Roma III ve Roma IV kriterleri geliştirilmiştir. İlk olarak tanıdan üç ay öncesinde görülmesi gereken dört semptomu (haftada üçten az dışkılama, dışkı sırasında zorlama, sertleşmiş dışkı varlığı ve eksik dışkılama hissi) tanılamak için Roma I kriterleri geliştirilmiştir. Daha sonra Roma I kriterlerine ek olarak bağırsakta tıkanıklık hissi, dışkılamamanın kesilmesi ve dışkılamamanın sağlanması için elle manevra uygulaması kriterlerinin eklendiği Roma II kriterleri oluşturulmuştur. Son olarak semptomların tanıdan

altı ay önce ortaya çıktığı ve kriterlerin son üç ayda devam ettiğini tanımlayan Roma III ve IV kriterleri geliştirilmiştir. Fakat son dönemlerde konstipasyon tanılamasında sıklıkla Roma III kriterleri kullanılmaktadır. Aynı zamanda Roma III kriterlerine ilaveten Task Force Kriterleri ve Bristol Dışkı Kıvamı Skalası’da kullanılmaktadır (14, 88, 91, 92). Roma III konstipasyon kriterleri Tablo 1’de sunulmuştur (14).

Tablo 1. Roma III konstipasyon kriterleri

1. Konstipasyonun tanısı için aşağıdakilerden iki ya da daha fazlası mutlaka olmalıdır
a. Defekasyonların en az %25’inde zorlanma
b. Defekasyonların en az %25’inde topak topak ya da sert dışkılama
c. Defekasyonların en az %25’inde yetersiz boşaltım hissi
d. Defekasyonların en az %25’inde anorektal obstriksiyon/blokaj hissi
e. Defekasyonların en az %25’ini kolaylaştırmak üzere elle müdahale (ör: parmakla boşaltım, pelvik zemine destek)
f. Haftada üçten az defekasyon
2. Laksatifler kullanılmadığı zaman gevşek dışkının nadir görülmesi
3. İrritabl bağırsak sendromu için yetersiz kriter bulunması

2.3.3. Konstipasyonun Fiziopatolojisi

Bağırsakların normal dışkılama işlevi, bağırsak peristaltizmi, bağırsak içeriğinin mukozal taşınması ve dışkılama reflekslerinin koordinasyonu sonucu gerçekleşmektedir. Fakat etiyolojik risk faktörlerine maruz kalan bağırsaklar bu normal işlevini kaybetmektedir (88).

Konstipasyonun fiziopatolojisi çok yönlüdür. Fakat konstipasyon sıklıkla bağırsak peristaltizmi, bağırsak salgıları, pelvik taban kasları ve enterik sinir sistemi disfonksiyonuna bağlı olarak gelişebilmektedir (16). Yetersiz lif-sıvı tüketimi ve hareketsiz yaşam gibi birincil risk faktörlerine bağlı olarak gelişen primer konstipasyon, normal geçişli konstipasyon, yavaş geçişli konstipasyon ve dışkılama bozuklukları olmak üzere üç kategoride incelenmektedir. Normal geçişli konstipasyon, en yaygın görülen konstipasyon şeklidir ve bu konstipasyon türünde dışkı kolondan normal hızda geçer. Ancak hastanın dışkılama sırasında yaşadığı zorluk ve sert dışkılama kişinin kendini konstipe hissetmesine neden olur. Bu konstipasyon tipinde genellikle hastalarda karında şişlik ve ağrı semptomları mevcuttur. Bu semptomlar, kişinin kendini konstipe hissetmesine ve

psikososyal sıkıntılara yol açar. Dışkılama bozukluklarına bağlı gelişen konstipasyon, dışkıyı boşaltmak için kullanılan anal sfinkter ve pelvik taban kaslarının disfonksiyonuna bağlı olarak gelişmektedir. Aynı zamanda rektal neoplazm, anal stenoz, rektosel, crohn hastalığı ve enterosel gibi bağırsak geçişini engelleyen mekanik nedenler ve disinerjik dışkılama, pelvik çıkışında tıkanıklık, spastik pelvik taban gibi fonksiyonel nedenler dışkılamayı bozarak konstipasyona neden olmaktadır. Yavaş geçişli konstipasyon, kolonda dışkı geçişinin kısaldığı durumlarda gelişir. Bu konstipasyon türü, özellikle kadınlarda görülen konstipasyonun ana nedeni olarak görülmektedir. Yavaş geçişli konstipasyonun gelişmesinde genellikle travma, tümör, felç, multiple skleroz gibi akut veya kronik sinir hasarı rol oynamaktadır. Sinir hasarı kolonda peristaltik hareketin azalmasına, dışkının bağırsaktan geçiş süresinin kısılmasına ve buna bağlı olarak dışkının sert ve küçük hale gelmesine neden olur. Küçük dışkı, kolonda rektoanal refleksi uyarmak için yeterli basınca sahip değildir ve bunun sonucunda konstipasyon gelişmektedir. Yapılan farklı çalışmalarda, kronik konstipasyonun en yaygın görülen türü sırasıyla normal geçişli konstipasyon, dışkılama bozukluğu ve yavaş geçişli konstipasyon olduğu saptanmıştır (16, 93, 94).

Sekonder konstipasyon ikincil risk faktörleri olarak adlandırılan opioidler, kemoterapötik ajanlar, sistemik hastalıklar, kolonda dışkı geçişini engelleyen kolon kanseri ve divertiküler darlık gibi patolojiler sonucunda ortaya çıkar (88).

2.3.4. Konstipasyona Neden Olan Faktörler

Konstipasyona neden olan faktörler primer ve sekonder olmak üzere iki sınıfta incelenmektedir (89).

2.3.4.1. Primer Faktörler

- İmmobilite-sedanter yaşam,
- Laksatiflerin aşırı kullanımı,
- Düşük lifli-posalı diyet,
- Stres,
- Gebelik,
- Günlük rutinde değişiklik,
- Kolondan yavaş geçiş,
- Yetersiz sıvı alımı,

- Primer kolorektal disfonksiyon,
- Dissinerjik dışkılama,
- Enterosel, rektosel'dir (89, 91, 93, 94).

2.3.4.2. Sekonder Faktörler

Konstipasyona neden olan sekonder faktörler Tablo 2’de sunulmuştur (89-95).

Tablo 2. Konstipasyona neden olan sekonder faktörler

İlaçlar	Endokrin ve metabolik bozukluklar	Nörolojik ve psikolojik bozukluklar
Analjezikler (opioidler, non steroid al antiienflamatuvar ilaçlar)	Hipotiroidizm	Parkinson hastalığı
Kemoterapötik ajanlar (vinka alkaloidleri, oksaliplatin, thalidomide)	Diabetes mellitus	Otonom nöropati
Antihipertansif ilaçlar (diüretikler, kalsiyum kanal blokerler, beta blokerler)	Hiperparatroidizm	Amiloidoz
Antikonvulsan ilaçlar	Hipokalemi	Santral Sinir Sistemi lezyonu
Antidepresan ilaçlar (trisiklin antidepresanlar)	Hiperkalsemi	Anoreksia
Antiparkinson ilaçlar	Hipomagnezemi	Omurilik yaralanması
Antikolinerjik ilaçlar (antihistaminikler)		Multiple skleroz
Antipsikotikler		Depresyon
Demir ve kalsiyum takviyeleri		Anksiyete

2.3.5. Kanser Hastalarında Konstipasyon Nedenleri

Kanser hastalarında konstipasyon doğrudan kanser hastalığı veya uygulanan tedavi ile ilişkilidir. Ama esasen kanser hastalarında konstipasyonun beş yaygın nedeni bilinmektedir. Bunlar;

- Bağırsak geçişini engelleyen veya otonom sinir sistemini etkileyen tümörün kendisi,
- Dehidratasyon, bulantı-kusma, hareket azlığı, bağırsak alışkanlığında değişiklik, omurilik harabiyeti gibi hastalığın etkileri,
- Aşırı ve düzensiz laksatif kullanımı,

- Kemoterapi tedavisinde kullanılan vinka alkaloidleri, thalidomide gibi kemoterapötik ajanlar,
- Kanser hastalarında yaygın görülen semptomların tedavisinde kullanılan ilaçlar (ağrı semptomunun tedavisinde kullanılan opioid analjezikler, depresyon tedavisinde kullanılan trisiklik antidepresanlar, bulantı-kusma tedavisinde kullanılan antiemetikler) dır (96).

Aynı zamanda kanser hastalarında yaygın görülen konstipasyon nedenleri birincil, ikincil ve iyatrojenik olmak üzere üç sınıfta incelenmektedir. Birincil nedenler, fiziksel inaktivite, düşük lifli diyet ve yetersiz sıvı tüketimine bağlı olarak gelişmektedir. İkincil nedenler ise bağırsak geçişini engelleyen tümör ve bağırsak obstrüksiyonu, hipokalemi ve hiperkalsemi gibi metabolik nedenler, kemoterapiye bağlı gelişen stomatit ve bulantı kusma nedeniyle beslenme düzeninde değişiklik ve vücuttan fazla sıvı kaybı, anemi ve yorgunluğa bağlı fiziksel aktivite yetersizliğidir. İyatrojenik nedenler, tedavide kullanılan ilaçlar (opioidler, antiemetik ilaçlar...vb.) ve uygulanan diğer tedavi yöntemlerini (kemoterapi, radyoterapi) içermektedir. Kanser hastalarında görülen konstipasyon, genellikle iyatrojenik nedenlere bağlı olarak gelişmektedir. Kanser hastalarında ağrı tedavisinde yaygın kullanılan ilaçlar opioid analjeziklerdir. Opioidler, bağırsakta sinir sistemi reseptörlerine bağlanarak kolonda bağırsak içeriğinin ilerlemesi için gerekli itici kasılmaların uyarılmasını inhibe eder. Aynı zamanda opioidler, gaitanın bağırsak mukozasından geçişini kısaltarak, gaitadaki sıvı miktarını, bağırsak peristaltizmini ve dışkılama dürtüsünü azaltır ve konstipasyon gelişimine neden olur (96-98).

2.3.6. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Konstipasyon Prevalansı

Kemoterapiye bağlı konstipasyon prevalansını, kanser ve kemoterapiye bağlı gelişen semptomların tedavisinde kullanılan opioidler, antiemetikler ve antidepresan ilaçların konstipasyon yapıcı etkisi nedeniyle belirlemek zordur. Fakat vincristin, vinblastin, oksaliplatin, sisplatin ve thalidomide gibi kemoterapötik ajanların konstipasyona neden olduğunu kanıtlayan çalışmalar vardır. Kemoterapiye bağlı görülen konstipasyonun %80-90'ından bu ajanlar sorumludur (8). Yapılan bir çalışmada, konstipasyonun thalidomide kullanımına bağlı görülen yaygın semptomlar arasında yer aldığı ve konstipasyon prevalansının %80-90 oranında hafif, %5 oranında ciddi derecede olduğu saptanmıştır (99). Aynı zamanda kullanılan kemoterapötik ajanın dozu semptom şiddetinin belirlenmesinde önemlidir. Yapılan farklı bir çalışmada, 200mg/gün thalidomide

kullanılan hastada konstipasyon prevalansı %30 saptanırken, maksimum doz kullanımında oran %60 bulunmuştur (76). Literatür incelendiğinde, kemoterapi alan kanser hastalarında konstipasyon prevalansı %16-90 saptanmıştır (56, 78, 79, 100, 101). Aynı zamanda genel olarak ilerlemiş kanser hastalarında konstipasyon prevalansı %50-87 arasında değiştiği belirlenmiştir (100).

Kanser hastalarında konstipasyon, kemoterapötik ajanlardan ziyade kemoterapi semptomlarının tedavisinde kullanılan opioid ve antiemetik ilaçların etkisine bağlı olarak geliştiği görülmektedir (102). Literatürde, vincristin, vinblastin, oksaliplatin, sisplatin ve thalidomide gibi kemoterapötiklerin konstipasyon üzerindeki etkisini ortaya koyan çalışmaların sınırlı olduğu bildirilmektedir (8, 102). Dolayısıyla literatür azlığı dikkate alındığında, kemoterapi alan hastalarda konstipasyon prevalansının doğru tahmin edilmesi zordur. Bu nedenle kemoterapötik ajanlara bağlı gelişen konstipasyonun prevalansını ortaya koyan daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

2.3.7. Kemoterapötik Ajanların Konstipasyon Üzerine Etkisi

Gastrointestinal sistem (GİS), uzunlamasına kas, seröz, submukoza, dairesel kas, miyenterik plexus, submukozal plexus ve mukozal epitel gibi birçok fonksiyonel yapılardan oluşan karmaşık bir sistemdir. Bu fonksiyonel yapılar, bağırsaklarda aynı anda kasılıp gevşemeyi sağlayarak emilim ve boşaltım hissini oluştururlar. Bağırsakta ritmik kasılmaları oluşturan düz kas hücreleri, otonom sinir sisteminin bileşeni ve bağırsakların yönetim merkezi olan, aynı zamanda GİS nöronlarını içeren enterik sinir sisteminden etkilenir. Enterik sinir sistemi, gastrointestinal sistemdeki düz kasları uyararak veya inhibe ederek bağırsak hareketliliğini düzenler. Enterik sinir sistemi aynı zamanda bağırsak içeriğinde ağrı, dolgunluk ve rahatsızlık hissini merkezi sinir sistemine ileten afferent motor ve duyuşal nöronlar içerir (8).

Kemoterapiye bağlı konstipasyonun altta yatan mekanizması ile ilgili sınırlı sayıda yayın bulunması nedeniyle netlik kazanamamıştır. Fakat mevcut çalışmalarda konstipasyonun, kemoterapötik ajanların bağırsaktaki enterik sinir sisteminde yer alan sinir uçları üzerinde oluşturduğu etkiden kaynaklandığı bilinmektedir. Vincristin, vinblastin, oksaliplatin, sisplatin ve thalidomide sıklıkla konstipasyona neden olan kemoterapötik ilaçlardır (8). Kemoterapötik ajanlar, enterik sinir sistemi ve GİS disfonksiyonuna neden olarak bağırsakta emilim ve boşaltım hissini oluşturacak kasılma ve gevşeme hareketlerini inhibe eder. Oksaliplatin, periferik duyu ve enterik sinir sistemine hasar vermektedir. Bu

nedenle oksaliplatine bağılı görülen yaygın semptomlardan biri konstipasyondur. Fare ve sıçanlarda yapılan çalışmalarda, oksaliplatin ve cisplatin gibi ajanların kolon kasılmalarında inhibisyona, GİS'ten geçişin uzamasına ve enterik nöron kaybına neden olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla kolondan artan geçiş süresi bağırsak içeriğinin bağırsak duvarıyla daha fazla temasına neden olur ve sıvı emilimi artarak konstipasyon gelişimine zemin hazırlar (16). Yapılan farklı bir çalışmada, cisplatin uygulamasının distal kolondaki miyenterik nöron sayısını önemli ölçüde azalttığı, oksaliplatin ise miyenterik pleksusta %25, ileum ve kolonun submukozal pleksusunda %21 oranında nöron kaybına neden olduğu saptanmıştır. Hem oksaliplatin hem cisplatin tedavisinden sonra ise nöron sayısının daha düşük olduğu bulunmuştur (8). Dolayısıyla azalan nöron sayısına bağılı olarak, bağırsaktaki düz kas hücrelerinin inaktivasyonu nedeniyle konstipasyon görülme sıklığı artmaktadır. Vinka alkaloidleri, nöropatik etki ve bağırsak geçiş süresinin uzaması gibi thalidomid ve cisplatin ile benzer etkiler göstererek konstipasyona neden olurlar (99, 102).

2.3.8. Konstipasyonun Kemoterapi Alan Hastalar Üzerindeki Fiziksel ve Psikolojik Etkileri

Konstipasyon, kemoterapi alan kanser hastalarında fiziksel ve psikolojik birçok semptoma neden olmaktadır. Görülen semptomlar hastadan hastaya değişmekle birlikte, sıklığı ve şiddeti uygulanan ilacın dozu, süresi ve sıklığı ile doğrudan ilişkilidir (22).

Konstipasyona bağılı hastada zorlanma, abdominal ağrı ve rahatsızlık, şişkinlik, gaz, rektal ağrı, dışkılama sayısında azalma ve eksik dışkılama gibi fiziksel semptomlar görülebilmektedir. Konstipasyon önemsenmediğinde ve tedavi edilmediğinde, bu semptomlara ek olarak bulantı kusma, psikolojik bozukluklar, bağırsak obstrüksiyonu ve perforasyonları gibi semptomlara veya komplikasyonlara neden olabilmektedir. Gaita inkontinansı, gastrointestinal obstrüksiyon ve perforasyon, hemoroid, anal fissür, rektal kanama, idrar retansiyonu veya idrar yolu enfeksiyonu, rektal prolapsus konstipasyonun lokal komplikasyonlarıdır. Halsizlik, konfüzyon, baş ağrısı ise sistemik komplikasyonlarıdır. Aynı zamanda konstipasyon hastalarda ağız kokusu, erken doyma hissi, reflü gibi semptomlara da yol açabilmektedir (22).

Kemoterapi alan kanser hastalarında görülen konstipasyon ve konstipasyonla ilişkili semptomlar, tedavi dozunun azaltılmasına veya kesilmesine, hastanın tedaviyi reddetmesine, kanser nükslerinin oluşumuna neden olabilmektedir. Aynı zamanda hastanede kalış süresinin uzamasına, ilaç maruziyetinin artmasına, yaşam kalitesinin

azalmasına, hastalık ve tedavi sürecine uyumun bozulmasına yol açabilmektedir (16, 22, 103). Yapılan bir çalışmada, konstipasyon yaşayan hastaların beraberinde abdominal rahatsızlık, dışkılama sırasında zorlanma ve sert dışkılama, şişkinlik, azalmış bağırsak hareketleri ve eksik dışkılama hissi gibi semptomları sıklıkla yaşadıkları saptanmıştır (104).

Konstipasyon, kanser hastalarında fiziksel semptomların yanında anksiyete, depresyon gibi psikolojik semptomlara da yol açabilmektedir. Dolayısıyla hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme, beslenme ve sosyal iletişimlerini de olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini azaltmaktadır. Aynı zamanda konstipasyona bağlı gelişen fiziksel ve psikolojik semptomlar, kanser hastalarında hastalığın kendisine veya tedaviye bağlı görülen diğer semptomların kötüleşmesine neden olabilmektedir (22). Yapılan bir çalışmada, kanser hastalarında gelişen konstipasyonun hastaların duygusal ve bilişsel durumlarında bozulmaya neden olduğu, hastaların gelişen konstipasyonu hastalığının kötüye gittiği şeklinde yorumlayarak tedaviye ve hastalık sürecine olan inancının azaldığı, konstipasyonun verdiği fiziksel sıkıntının hastada psikolojik semptomlara da yol açtığı bulunmuştur. Ortaya çıkan bu durumlar hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini artırmaktadır (105).

Konstipasyonun hasta üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle konstipasyonun önlenmesi ve tedavisi oldukça önemlidir. Konstipasyonun gelişimini önlemek veya tedavi etmek için uygulanan girişimler konstipasyon prevalansını azaltarak, diğer semptomların kötüleşmesini önlemekte ve yaşam kalitesini artırmaktadır (106).

2.3.9. Konstipasyon Tedavisi

Konstipasyon tedavisi farmakolojik ve nonfarmakolojik olarak yapılmaktadır. Tedavinin ilk aşamasında ilaç dışı tedaviler denenmelidir. Konstipasyonda birinci basamak tedavi nonfarmakolojik yöntemlerdir. Özellikle defekasyon eğitimi, diyet-sıvı alımının önemi ve fiziksel egzersiz gibi yaşam tarzı değişiklikleri birinci basamak tedavinin temelini oluşturmaktadır. Konstipasyon yaşayan hastalar, genellikle sağlık kuruluşuna başvurmadan önce kendilerini birinci basamak tedavi yöntemleri ile tedavi etmeye çalışmaktadırlar (107, 108). Yapılan bir çalışmada, hematolojik kanser tanılı hastaların %50'sinin konstipasyonu gidermek için lifli besinler yediği, %43.7'sinin günde iki litre sıvı tükettiği, %37.5'inin ise gün içinde hareketli olmaya çalıştığı bulunmuştur (79).

2.3.9.1. Konstipasyon Tedavisinde Nonfarmakolojik Yöntemler

Konstipasyon tedavisinde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler şunlardır (107, 108):

- Kolon hareketlerini artırıcı besin ve sıvı tüketimi,
- Lifli ve posalı besin tüketimi (buğday ürünleri, narenciye, kuru üzüm, fındık, şeftali, kiraz...vb.),
- Günde en az iki litre sıvı tüketimi,
- Düzenli defekasyon eğitimi,
- Fiziksel egzersiz yapılmasıdır.

Düzenli sıvı alımı ve lifli besin tüketimi birçok konstipasyon şikayeti olan hastada bağırsak alışkanlıklarını düzenlediği bilinmektedir. Diyetle alınan lifli-posalı besinler gaitanın miktarını artırarak bağırsaklardan geçiş süresini hızlandırır ve dışkılamayı kolaylaştırır. Sıvı ve lifli besin tüketimi aynı zamanda gastrointestinal refleksleri uyarak dışkı atılımına yardımcı olmaktadır. Sedanter yaşam, konstipasyon gelişim riskini üç kat artırmaktadır. Bu nedenle birinci basamak konstipasyon tedavisinde fiziksel egzersiz önemli bir yere sahiptir (46, 107, 108).

Konstipasyon tedavisinde kullanılan farmakolojik yöntemlerin yan etkilerinin fazla olması nedeniyle günümüzde tamamlayıcı tıp uygulamalarının konstipasyon tedavisinde kullanımı giderek artmaktadır. Literatür incelendiğinde; abdominal masaj, progresif gevşeme egzersizleri, refleksoloji ve akupresür uygulamasının konstipasyon tedavisinde yaygın kullanıldığı görülmektedir. Yapılan bir çalışmada, konstipasyonu olan hastalara uygulanan akupresör uygulamasının konstipasyon semptomlarını hafiflettiği, bağırsak fonksiyonlarında iyileşme sağladığı bulunmuştur (22).

2.3.9.2. Konstipasyon Tedavisinde Farmakolojik Yöntemler

Genellikle yaşam tarzı değişikliklerine yönelik verilen hasta eğitimi, konstipasyonun gelişiminin önlenmesinde veya giderilmesinde etkili olabilmektedir. Ancak bazı durumlarda yaşam tarzı değişiklikleri, konstipasyon tedavisinde başarısız olmakta ve farmakolojik yöntemlere ihtiyaç duyulmaktadır. Konstipasyon tedavisinde yaygın kullanılan ilaçlar; toplu laksatifler, ozmotik laksatifler, stimüle (uyarıcı) laksatifler ve gaita yumuşatıcılardır (109, 110).

Toplu Laksatifler (Kitle Oluşturanlar)

Kitle oluşturan laksatif ilaç örnekleri; psilyum, polikarbofil ve metil selülozdur. Bu ilaçlar kolonda suyun geri emilimini artırarak suyu tutar ve dışkı kitlesinin hacmini artırır. Kitle oluşturan laksatiflerin amacı; en az yan etki ile dışkı sıklığını artırmaktır. Bu laksatifler, tek başına ya da lifli-posalı besin veya su ile birlikte kullanımı önerilmektedir. Opioid analjeziklerle kullanımı önerilmemektedir. Çünkü opioid analjeziklerin bağırsak peristaltizmini inhibe edici etkisi, artan dışkı kitlesinin bağırsakta tıkanıklık oluşturmaya neden olabilmektedir (107, 111).

Ozmotik Laksatifler

Ozmotik laksatif ilaç örnekleri; laktuloz, sorbitol, polietilen glikol, magnezyum hidroksit ve gliserindir. Bu grup laksatifler, bağırsakların sıvı tutulumunu ve bağırsak salgılarını artıracak yüksek tuz içeriğine sahiptir. Artan geri emilim ve bağırsak sekresyonu dışkı sıklığını artırarak konstipasyonu gidermektedir (107, 111).

Stimülan Laksatifler (Uyarıcı Laksatifler)

Bu laksatif grubuna örnek ilaçlar; bisakodil, senna ve sodyum pikosulfattır. Bu laksatifler enterik sinir sistemine etki ederek kolon hareketlerini stimüle etmektedir. Aynı zamanda gastrointestinal sistemden su ve elektrolit absorpsiyonunu azaltarak kolonun kasılan hareketleriyle dışkı atılımını sağlamaktadır. Olası yan etkileri karın ağrısı ve kramplardır (107, 111, 112).

Dışkı Yumuşatıcılar

Bu laksatif grubuna örnek ilaçlar; dokusat sodyum ve kalsiyum sülfosüksinatıdır. Bu ilaçlar dışkıyı yağlayıp yumuşatarak ve aynı zamanda dışkının yüzey gerilimini azaltarak sıvının dışkı içerisine daha kolay girmesini sağlamaktadır. Dolayısıyla hacmi artan dışkının bağırsaklardan atılımı kolaylaşmaktadır. Diğer grup laksatiflere göre yan etkileri daha düşük olsa da konstipasyon tedavisinde etkileri daha azdır (107, 111).

2.3.10. Kemoterapi Alan Hastalarda Konstipasyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Kanser hastalarının primer bakımından sorumlu hemşireler, konstipasyon yönetimi ve tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Kemoterapi alan hastalarda görülen konstipasyonun tedavisinde hemşirelik yönetimi şu aşamaları kapsamalıdır (22, 108, 113):

- Hemşireler kanser hastalarında görülen konstipasyonun nedenini (opioidler, kemoterapötik ajanlar, antiemetikler...vb.) belirlemeli, altta yatan risk faktörlerine yönelik hemşirelik bakımı planlamalıdır.
- Hastaların günlük bağırsak alışkanlığı değerlendirmelidir.
- Hasta ve ailesine lifli-posalı besin (buğday ürünleri, kayısı, narenciye, kuru üzüm, fındık, şeftali, kiraz...vb.) tüketimi hakkında eğitim verilmelidir. Yüksek lif içeren besinler ve bunların konstipasyon üzerine etkisi açıklanmalıdır.
- Lifli besin tüketiminden sonra karında şişkinlik ve ağrı semptomlarının olabileceği, hastaların endişe etmemesi gerektiği hastaya açıklanmalıdır.
- Gastrokolik refleksi uyarması nedeniyle özellikle sabahları ılık su ve yağlı gıda tüketimi hakkında bilgi verilmelidir.
- Abdominal kas tonusünü artırmak için fiziksel aktivite, abdominal masaj ve yürüyüş konusunda hasta desteklenmelidir. Kanser hastalarında genellikle kemoterapiye veya diğer semptomlara bağlı olarak yorgunluk görülebilir. Bu nedenle hastalar tolere edebileceği düzeyde fiziksel aktivite yapması konusunda bilgilendirilmelidir.
- Herhangi bir komplikasyonu yoksa (kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği...vb.) tolere edebileceği düzeyde (günde ortalama iki litre) sıvı alımı teşvik edilmelidir.
- Hastalara düzenli bağırsak alışkanlığı kazandırılmalıdır. Her gün aynı saatte özellikle yemekten yarım saat sonra defekasyon yapması veya yapmaya çalışması, ayrıca karın içi basıncı artırdığı ve defekasyonu kolaylaştırdığı için alaturka tuvalet kullanılması gerektiği açıklanmalıdır. Defekasyon için beş dakikadan fazla zorlamamaları tavsiye edilmelidir.
- Defekasyon hissi geldiğinde asla ertelememesi gerektiği anlatılmalıdır.
- Konstipasyon semptomunun şiddetini artıracak metabolik ve endokrin hastalıkların takibi için tam kan sayımı ve kan elektrolit takibi yapılmalıdır.
- Opioid analjezik alan hastaların mümkünse farklı etken maddeli analjezik kullanımı için hekimle iş birliği içinde olunmalı, mümkün olmadığı takdirde hekim önerisiyle profilaktik olarak laksatif tedavi uygulanmalıdır.
- Nötropenik ve trombositopenik hastalarda fitil, lavman ve rektal supozituar kullanımından kaçınılmalıdır.

- Aşırı çay, kahve ve alkol tüketiminden kaçınılması gerektiği anlatılmalıdır.
- Kullanılan laksatiflerin yan etkileri konusunda hasta bilgilendirilmelidir.
- Hastalar acil durumlar konusunda bilgilendirilmelidir ve kendisinde fark ettiği anormal durumlarda sağlık personeli bilgilendirmesi söylenmelidir (38 derecenin üzerinde ateş, şiddetli abdominal ağrı, şişkinlik, distansiyon, spinal kord basısı, baş dönmesi, konvülsiyon, koyu renkli idrar yapma...vb.)

Kanser hastalarında yaygın görülen ve hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen konstipasyonun yönetimi ve tedavisi için kanıta dayalı klinik uygulama kılavuzları geliştirilmiştir. Bu kılavuzların amacı, konstipasyonu olan hastalara bakım veren sağlık profesyonellerine konstipasyonun önlenmesi, tanı ve tedavisi için en iyi karar verme sürecini sağlamaktır (114).

Çok Uluslu Kanserde Destekleyici Bakım Birliği [MASCC (Multinational Association for Supportive Care in Cancer)] tarafından kanser hastalarında konstipasyon yönetimi konusunda kanıta dayalı öneriler geliştirilmiştir. Bu önerilerde şunlar yer almaktadır (115):

- Kanser tanılı tüm hastaların konstipasyon açısından düzenli olarak değerlendirilmesi önerilmektedir (kanıt düzeyi V).
- Konstipasyon yönetiminin bireyselleştirilmesi ve bireye özgü tedavi uygulanması önerilmektedir (kanıt düzeyi V).
- Hastaların defekasyon isteği geldiğinde ertelememesi, mahremiyetinin sağlanması ve desteklenmesi, mümkün olduğunca alaturka tuvalet kullanımının sağlanması önerilmektedir (kanıt düzeyi V).
- Hastalarda lif alımının, sıvı tüketiminin ve fiziksel aktivitenin artırılması gibi yaşam tarzı değişikliklerinin sağlanması önerilmektedir (kanıt düzeyi V).
- Sekonder konstipasyona neden olan risk faktörlerinin belirlenmesi, tedavi edilmesi ya da ortadan kaldırılması önerilmektedir (kanıt düzeyi V).
- Laksatif ilaçların kullanılması önerilmektedir (kanıt düzeyi I).
- Sekonder konstipasyonu olan hastalarda laksatif kullanımının birinci basamak tedavi yöntemi olarak uygulanması önerilmektedir (kanıt düzeyi V).
- Kanser hastalarında opioide bağlı konstipasyon tedavisinde periferik etkili opioid reseptör antagonistlerin kullanılması önerilmektedir (kanıt düzeyi I).

- Kanser hastalarında opioide bağılı konstipasyon tedavisi periferik etkili opioid reseptör antagonistlere yanıt vermiyorsa, hastanın yeniden değerlendirilmesi ve geleneksel laksatif kullanımına geçilmesi önerilmektedir (kanıt düzeyi V).
- Opioid analjezik reçete edilen kanser hastalarına rutin olarak beraberinde laksatif veya periferik etkili mu-opioid reseptör antagonist ilaçların eklenmesi önerilmektedir (kanıt düzeyi IV).
- Sadece diğer müdahalelere yanıt vermeyen, rektumda veya inen kolonda dışkı olan hastalarda lavman ve süpozituar uygulanması önerilmektedir (kanıt düzeyi V).
- Kanser hastalarında geleneksel ilaçlar, tamamlayıcı tedaviler (akupunktur, abdominal masaj vb.) ve diğer farmakolojik yöntemlerin sadece dirençli konstipasyonu olan hastalarda uygulanması önerilmektedir (kanıt düzeyi V).
- Konstipasyonu olan hastalar müdahalelerin etkinliği, klinik durumdaki değişiklikleri belirlemek için düzenli aralıklarla yeniden değerlendirilmesi önerilmektedir (kanıt düzeyi V).
- Tüm müdahalelere rağmen konstipasyonu devam eden hastaların ileri tanı ve tedavisi için uzmana sevk edilmesi önerilmektedir (kanıt düzeyi V).

2.4. Yaşam Kalitesi

2.4.1. Tanımı ve Önemi

Yaşam kalitesi kavramının tarihçesi çok eski zamanlara dayanmaktadır. Birden çok tanımı olmakla birlikte, DSÖ yaşam kalitesini, “bireyin içinde bulunduğu kültür ve değer sistemi çerçevesinde kendi amaçlarına, beklentilerine, hayat standartlarına ve çıkarlarına göre kendi yaşamını algılaması” olarak tanımlamaktadır. Aynı zamanda yaşam kalitesi, kişinin bireysel iyilik halini tanımladığı durumdur. Dünya Sağlık Örgütü 1946 yılında sağlığı “yalnızca hastalığın olmayışı değil fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımladıktan sonra yaşam kalitesi kavramının önemi artmıştır. Yaşam kalitesi kavramı Tıp literatüründe ilk defa Long’un 1960 yılında yayınlanan “On the Quantity and Quality of Life” başlıklı makalesinde görülmüştür. Bu tarihten itibaren sağlık alanında “yaşam kalitesi” ile ilgili çok sayıda çalışma literatüre girmiştir (116, 117).

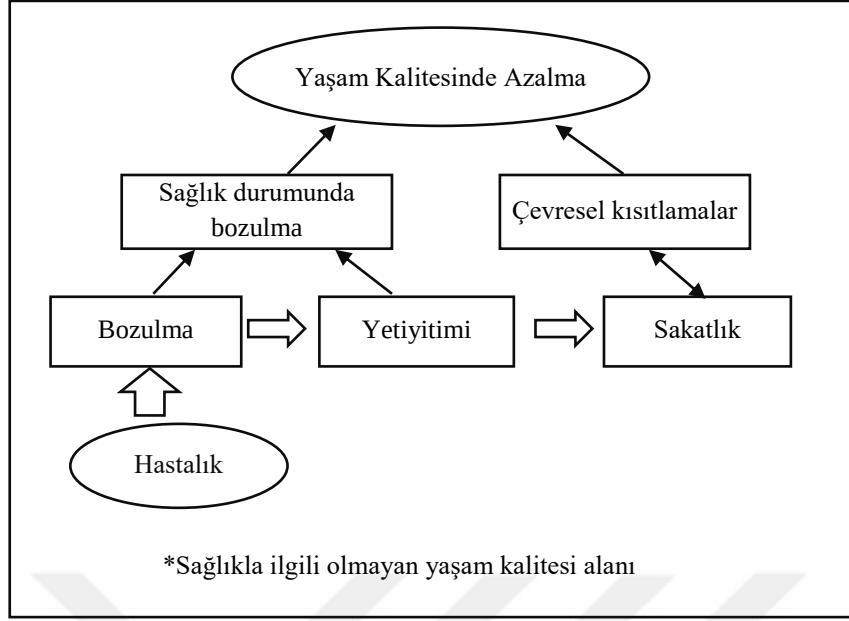
Yaşam kalitesinin alt bileşeni olan sağlıkta yaşam kalitesi ise, “bireyde hastalığa veya tedaviye bağılı gelişen durumların hasta üzerindeki etkilerinin hasta gözünden değerlendirilmesi” olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle sağlıkta yaşam kalitesi kavramı

sağlık personelinin fizyolojik değerlendirmelerinden ziyade hastanın hastalık ve tedaviye ilişkin yaşadığı algı ve düşüncelerini kapsamaktadır. Dolayısıyla sağıkta yaşam kalitesi kavramı çerçevesinde, bireyin içinde bulunduğu hastalık durumuna verdiği tepkiler, hastalığın bireyin sosyal, mesleki ve aile yaşantısı üzerindeki etkileri, bireyin beklentileri ve hayat doyumu, bireysel iyilik hali gibi birçok faktör değerlendirilmektedir (117, 118).

Yaşam kalitesi kavramı “kişinin kendi yaşamı hakkında bireysel algısı” şeklinde subjektif olarak tanımlansa da aynı zamanda objektif göstergeleri de içermektedir. Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, sosyoekonomik durum, sağık ve hastalık durumu iken, kişinin sahip olduğu bu imkanlardan aldığı doyum subjektif göstergelerdir. Objektif ve subjektif göstergeler bireyin hayatını doğrudan veya dolaylı olarak etkilemekte, yaşam kalitesinin yüksek veya düşük düzeyde olmasını belirlemektedir (116, 118).

2.4.2. Kanserin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Çoğu filozofa göre yaşamın temel amacı, maksimum düzeyde ve yaşamın izin verdiği ölçüde en iyi durumda olmaktır. Dolayısıyla en iyi durumda olan kişi en yüksek yaşam kalitesine sahip olur. Ancak sağığın bozulduğu hastalık durumunda kişinin yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Hastalık ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen DSÖ modeline göre, hastalık durumunda kişide bozulma (fizyolojik, psikolojik ve anatomik yapılarda anormallik), yeti yitimi (günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede kısıtlılık ya da yetersizlik) ve sakatlık meydana gelmektedir. Bu üç faktör sonucunda kişi başkasına bağımlı hale gelerek yaşam kalitesi bozulmaktadır (118). Hastalık ve yaşam kalitesi arasındaki etkileşimi gösteren DSÖ modeli Şekil 1’de sunulmuştur (118).



Şekil 1. Hastalık ve yaşam kalitesi arasındaki etkileşimi gösteren DSÖ modeli

Kanser ağır seyreden, tedavi süresinin uzun ve yan etkilerinin fazla olması nedeniyle bireyin yaşamını fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden olumsuz etkileyen zorlu ve karmaşık bir süreç olarak kabul edilmektedir. Kanser hastalarında kanserin kendisi veya tedavisine bağlı görülen yorgunluk, konstipasyon, bulantı-kusma, ağrı, enfeksiyonlar, diyare, alopesi, stomatit vb. semptomlar bireyin hastanede kalış süresinin uzamasına neden olarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Aynı zamanda kanser tanısının korkutucu etkisi, gelecek kaygısı, yaşanan semptomların beraberinde gelişen psikolojik semptomlar, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma, sosyal izolasyon ve rol performansında azalma hastaların iyilik halini ve yaşam kalitesini düşürmektedir. Kanser hastalarında düşük yaşam kalitesi, tedaviye ve hastalığa uyumla, fiziksel ve psikolojik sağlıkla doğrudan ilişkilidir. Literatürde kanser hastalarının yaşam kalitesinin artmasıyla hastalığa ve tedaviye uyumun aynı zamanda tedaviye yanıtın olumlu etkilendiği bildirilmiştir (117, 119).

Kanserin kendisi veya kanser kemoterapisine bağlı görülen ağrı ve yorgunluğun, hastaların yaşamının hemen hemen her alanında olumsuz etkiye sahip olduğu, anksiyete, depresyon ve duygusal sıkıntıya yol açarak iyilik halinin bozulduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda bu semptomlar, kişinin aile, sosyal ve mesleki rollerini kısıtlayarak yaşam kalitesini azalttığı saptanmıştır (117). Meme kanser tanıları hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların kanser hastalığına bağlı yaşam kalitesinin düşük olduğu ve yaş,

meslek, eğitim düzeyi, aylık gelir ve aile tipinin yaşam kalitesini etkileyen faktörler olduğu saptanmıştır (120).

2.4.3. Konstipasyonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Kemoterapi alan kanser hastalarında yaygın görülen konstipasyon, hayatı tehdit edici bir semptom olmasa da bireyi fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden olumsuz etkileyen önemli bir sorundur. Hastayı fiziksel ve psikolojik yönden etkileyen bu semptomun yaşam kalitesi üzerine de olumsuz etkisi kaçınılmazdır (121).

Konstipasyona ilişkin görülen abdominal ağrı, rahatsızlık hissi, gaz, şişkinlik, sert dışkı ve rektal ağrı gibi sekonder semptomların ve tedavi edilmediği takdirde görülen bağırsak perforasyonları, bulantı, kusma, bağırsak obstrüksiyonu, anal fissür, rektal prolapsus, rektal kanama, hemoroid gibi komplikasyonların bireyin yaşamında olumsuz izler bıraktığı bilinmektedir. Aynı zamanda konstipasyon, fiziksel semptomların ve komplikasyonların yanı sıra anksiyete, depresyon ve uyku bozuklukları gibi psikolojik semptomlara da neden olabilmektedir. Konstipasyona bağlı gelişen bu semptomların tamamı kanser hastalarında ilaç maruziyetini, günlük yaşam aktivitelerini, beslenmesini, hastanede kalış süresini ve sosyal hayatını olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini düşürmektedir. Buna ilaveten kemoterapi alan kanser hastalarında konstipasyon ve gelişen sekonder semptomların tedavi dozunun azaltılmasına veya kesilmesine, hastanın tedaviyi reddetmesine ve dolayısıyla kanser nüksüne ve metastaz oluşumuna neden olabilmektedir. Gelişen bu durumlar kemoterapi alan kanser hastalarının yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz etki oluşturmaktadır (22). Kolorektal kanser tanımlı hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomların yaşam kalitelerini önemli ölçüde azalttığı saptanmıştır (122). Yapılan farklı bir çalışmada, konstipasyon sırasında yaşanan şişkinlik, ıkınma ve sert dışkılama gibi durumların hastaların %52'sinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir (104). Yaşlı hastalar üzerinde yapılan farklı bir çalışmada ise, konstipasyonun bireylerde fiziksel, ruhsal ve sosyal birçok soruna neden olarak yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir (123).

Kemoterapi alan kanser hastalarında görülen konstipasyonun fiziksel ve psikolojik alandaki olumsuz etkileri nedeniyle bu semptomun önlenmesi, erken tanı ve tedavisi ile uygun hemşirelik bakımının verilmesi yaşam kalitesinin artırılmasında büyük role sahiptir (106).

2.4.4. Konstipasyon, Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik

Konstipasyona ilişkin hemşirelik bakımının temel amacı; konstipasyon oluşumunu önlemek, geliştiğinde ise mevcut semptomları ve konstipasyon şiddetini azaltarak hastaların rahatlığını sağlamak ve yaşam kalitesini yükseltmektir (124). Bu amaçla, kanser hastalarının primer bakımından sorumlu hemşirelerin konstipasyon yönetiminde ve yaşam kalitelerinin artırılmasında önemli bir rolü vardır (22).

Kemoterapi alan kanser hastalarının konstipasyon yönetiminde, hemşireler öncelikle konstipasyona neden olan risk faktörlerini belirleyerek hastaları fiziksel olarak değerlendirmelidir. Olası komplikasyon oluşumunu önlemek için, öncelikle nonfarmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamalı, hasta ve ailesine eğitim planlamalıdır. Konstipasyon, fiziksel aktivite ve beslenme gibi yaşam tarzı değişiklikleri ile kontrol altına alınabilir veya tedavi edilebilir bir semptomdur. Fakat tedavi edilmeyen durumlarda farmakolojik tedavi yöntemleri uygulamak zorunluluğu oluşur (107, 108).

Kanser hastalarında uygun hemşirelik bakımı ve uygulamaları ile konstipasyon sıklığının azalması ve buna bağlı yaşam kalitelerinin artması beklenmektedir. Yapılan bir çalışmada, yaşam kaliteleri yüksek olan kanser hastalarının daha iyi prognoza ve daha uzun sağ kalıma sahip olduğu belirlenmiştir (125).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ayaktan kemoterapi ünitesinde Ocak 2021-Mart 2021 tarihleri arasında tedavi alan 252 hasta ile yapıldı. Araştırmanın yapıldığı kemoterapi ünitesinin mesai saatleri 08.00-16.00 arası olup günlük 39 hasta kapasitesine sahiptir. Üniteye bir uzman hekim, beş hemşire, bir sekreter ve bir temizlik görevlisi çalışmaktadır. Hastalar üniteye gününbirlik kemoterapi tedavilerini almaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ayaktan kemoterapi ünitesine bir önceki yılda başvuran hasta sayısı referans alınarak belirlendi. Bu doğrultuda araştırmanın evrenini Ocak 2019-Ocak 2020 tarihleri arasında ayaktan kemoterapi alan 727 yeni vaka oluşturdu. Araştırmanın örneklem büyüklüğü OpenEpi programında %95 güven aralığında ve güç analizi %80 olacak şekilde istatistiksel analiz yapılarak 252 hasta olarak belirlendi (126).

Araştırmaya Kabul Edilme Ölçütleri

- Ayaktan kemoterapi alan,
- İlk kez intravenöz kemoterapi protokolü uygulanan,
- En az üçüncü kür kemoterapi alan,
- 18 yaş ve üzeri olan,
- Sözlü iletişim kurabilen,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireyler araştırma kapsamına alındı.

Araştırmaya Kabul Edilmeme Ölçütleri

- Yatarak kemoterapi alan,
- Daha önce intravenöz kemoterapi protokolü uygulanan,
- Daha önce herhangi bir gastrointestinal sistem operasyonu geçiren,
- Bir ve ikinci kür kemoterapi kürünü alan hastalar araştırma kapsamına alınmadı.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında aşağıdaki veri toplama araçları kullanıldı.

- Hasta Bilgi Formu (Ek 1),
- Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performans Ölçeği (Ek 2),
- Bristol Dışkı Kıvamı Skalası (Ek 3),
- Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) (Ek 4) ve
- Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ) (Ek 5) dir.

3.4.1. Hasta Bilgi Formu

Literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form 5 bölümden ve toplam 29 sorudan oluşmaktadır. Form sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, sigara kullanım durumu...vb.) ile ilgili 8 soru, kanserin tanı ve tedavi özellikleri (kansere türü, metastaz durumu, kür sayısı...vb.) ile ilgili 10 soru, kemoterapi öncesi ve sonrası defekasyon alışkanlığı ile ilgili 4 soru (kemoterapi almadan önce günlük defekasyon sıklığı, haftalık defekasyon sıklığı...vb.), konstipasyona ilişkin bazı değişkenler ile ilgili 3 soru (kemoterapi sonrası konstipasyon yaşama süresi, konstipasyonu gidermeye yönelik uygulamalar...vb.) ve hastaların tuvalet alışkanlığını etkileyebilecek faktörler (kullanılan tuvalet türü, günlük sıvı tüketim miktarı...vb.) ile ilgili 4 sorudan oluşmaktadır (127-129).

3.4.2. Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performans Ölçeği

Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) baş harflerinden oluşan ve WHO veya Zubrod performans skoru olarak da bilinen bu ölçek 1960 yılında geliştirilmiştir. Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performans Ölçeği'nde "0" normal sağlık durumunu "5" ise ölümü ifade eder. Düşük puanlar genel durumun iyiliğini ifade ederken, yüksek puanlar kötü prognozu göstermektedir (130).

3.4.3. Bristol Dışkı Kıvamı Skalası

Lewis ve Heaton tarafından 1990 yılında Bristol Üniversitesi'nde geliştirilmiştir ve skalada gaitanın şekli yedi farklı grupta sınıflandırılmıştır. Bristol Dışkı Kıvamı Skalası'nda yedi farklı gaita tipi üzerinden gaitanın bağırsaktan geçiş süresinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bristol Dışkı Kıvamı Skalası'na göre 1 ve 2 puan "sert dışkı-konstipasyon", 3, 4 ve 5 puan "normal dışkı", 6 ve 7 puan ise "yumuşak-sulu dışkı (diyare)" olarak tanımlanmaktadır (131).

3.4.4. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ)

Bu ölçek Varma ve arkadaşları tarafından 2008 yılında geliştirilmiştir. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği bireylerin dışkılama sıklığını, yoğunluğunu, dışkılama sırasında yaşadığı zorluğu ve konstipasyon semptomlarını belirlemeye yönelik geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçek 16 sorudan oluşmaktadır. Ölçek, “Dışkı Tıkanıklığı (DT)”, “Kalın Bağırsak Tembelliği (KBT)” ve “Ağrı” olmak üzere toplam üç alt boyuttan oluşmaktadır. Dışkı Tıkanıklığı alt boyutundan elde edilen puan 0-28, KBT alt boyutundan elde edilen puan 0-29, ağrı alt boyutundan elde edilen puan ise 0-16 arasındadır. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği’nden elde edilen toplam puan en düşük 0, en yüksek 73’tür. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe semptom belirtilerinin de ciddi olduğunu ortaya koymaktadır (132). Ölçeğin Türkiye’deki geçerlilik güvenilirlik çalışması Kaya ve Turan tarafından 2011 yılında metodolojik türde iki aşamalı olarak yapılmıştır. Ölçek güvenilirliği için yapılan bu çalışmada ilk aşamanın test tekrar yöntemi ile elde edilen genel Cronbach alfa katsayısı 0.92 olarak bulunurken, ikinci aşamanın genel Cronbach alfa katsayısı 0.93 bulunmuştur. Elde edilen bulgulara göre KCÖ’nün geçerlilik ve güvenilirliği yeterli bulunmuştur (133).

3.4.5. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ)

Bu ölçek Marquis ve arkadaşları tarafından 2005 yılında geliştirilmiştir. Ölçek “endişe/kaygı”, “fiziksel rahatsızlık”, “psikososyal rahatsızlık” ve “memnuniyet” olmak üzere toplam dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bu ölçek, endişe/kaygı alt boyutu ile ilgili 11 madde, fiziksel rahatsızlık alt boyutu ile ilgili dört madde, psikososyal rahatsızlık alt boyutu ile ilgili sekiz madde ve memnuniyet alt boyutu ile ilgili beş madde olmak üzere toplam 28 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçekten elde edilecek en yüksek puan 140, en düşük puan 28’dir. Ölçek puanı yükseldikçe yaşam kalitesi düşmektedir (134). Ölçeğin Türkiye’deki geçerlilik güvenilirlik çalışması Dedeli ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır. Ölçeğin test-tekrar test yöntemi ile elde edilen genel Cronbach alfa katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur. Elde edilen verilere göre Dedeli ve arkadaşları KYKÖ’nün geçerli ve güvenilir şekilde kullanılabileceğini tespit etmiştir (135).

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Veriler, araştırmacı tarafından hastaların kemoterapi aldıkları sırada ve uygun oldukları bir zamanda yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Ayaktan kemoterapi ünitesi Ocak 2021-Mart 2021 tarihleri arasında haftanın beş günü 09.00-13.00 saat

aralığında ziyaret edildi. Verilerin toplanması her bir hasta için yaklaşık 20 dakika sürdü. Hastaların tanı ve tedaviye ilişkin özellikleri (tanı, tanı yılı, kemoterapi rejimi...vb.) ile ilgili bilgilere hasta dosyasından ulaşıldı.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sınırlılıklarından biri, konstipasyon semptomu yalnızca bir kez değerlendirilmiş ve devam eden süreçte takip edilmemiştir. Bir diğer sınırlılık ise hastaların birden fazla semptomu aynı anda yaşaması, algılama şekli ve bu semptoma yüklediği anlam vermiş olduğu yanıtları etkilemiş olabilir. Buna ilaveten, hastalar dışkılamayla ilgili soruları kültürel olarak mahrem kabul etmiş olabilir. Dolayısıyla hastaların verdiği yanıtlar kültürel ve bireysel özelliklerden etkilenmiş olabilir.

3.7. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Bu araştırmaya başlayabilmek için Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 11.01.2021 tarihinde etik kurul izni (Sayı: 24237859-42) (Ek 6), Rize İl Sağlık Müdürlüğü'nden 30.09.2020 tarihinde (Sayı: 64247179-799) kurum izni (Ek 7) alındı. Aynı zamanda KCÖ'nün kullanımı için gerekli izin Türkiye'de geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapan Prof. Dr. Nurten KAYA'dan, KYKÖ'nün kullanımı için gerekli izin Türkiye'de geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapan Dr. Öğr. Üyesi Özden DEDELİ ÇAYDAM'dan alındı.

Araştırmaya başlamadan önce çalışmanın amacı hastalara açıklandı ve soruları cevaplandı. Hastalara yapılan açıklamalardan sonra bilgilendirilmiş gönüllü olur formu dolduran hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar kesinlikle çalışmaya katılmaya zorlanmadı. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan yazılı ve sözlü onamları alındı (Ek 8). Araştırmada hastaların isimleri kesinlikle kullanılmadı. Araştırmanın veri tabanına hiçbir şekilde yanlış veri girilmedi.

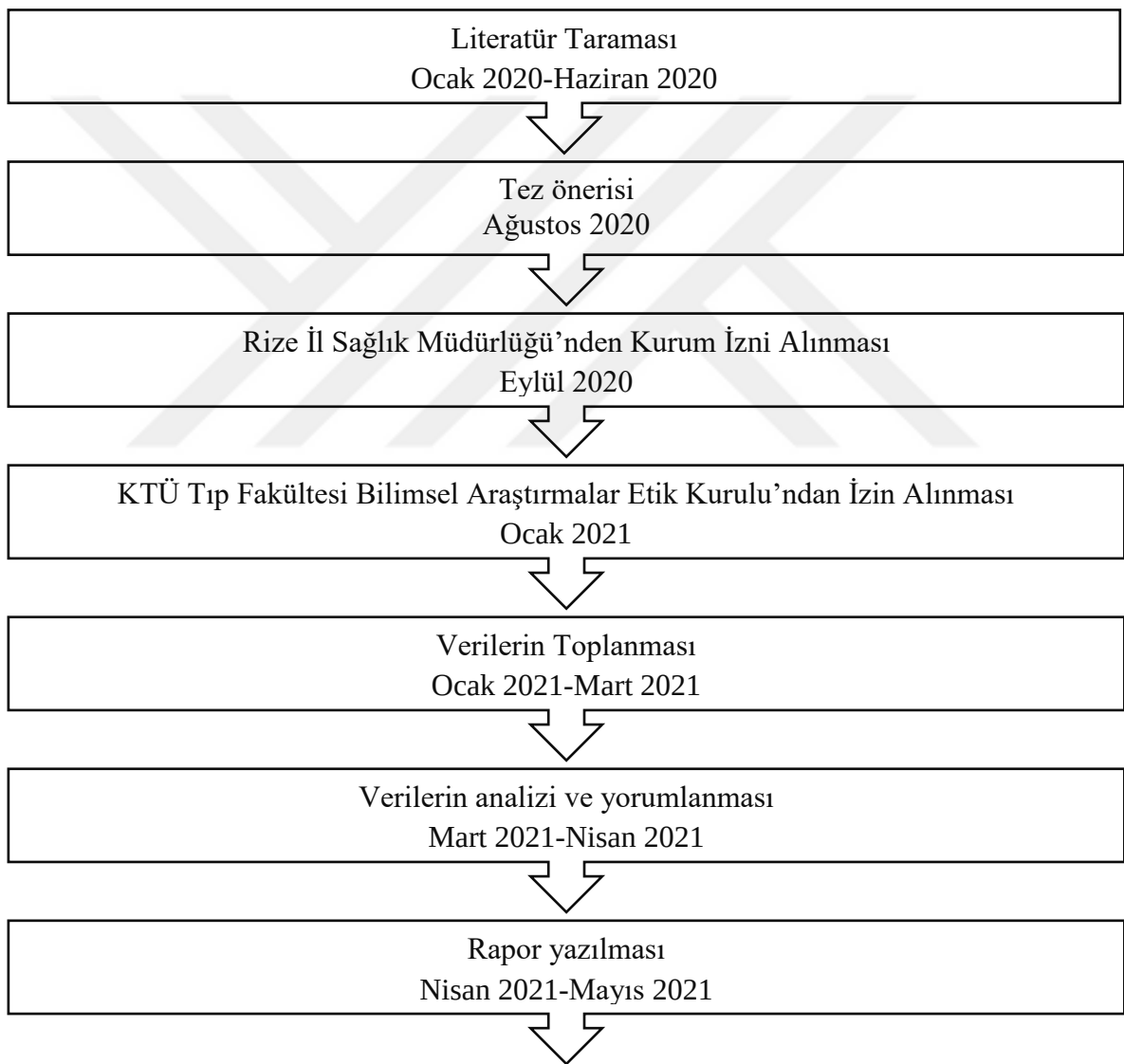
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 22 paket programı ile analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde sayılar, yüzdelik dağılımlar, minimum ve maksimum değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra normal dağılan ölçümlerde ikili grupların karşılaştırılmasında Bağımsız gruplarda t testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında Varyans Analizi-ANOVA (İleri analiz olarak; varyansların homojen olduğu durumlarda Least Significant Difference (LSD),

homojen olmadığı durumlarda Dunnet C), normal dağılmayan ölçümlerde Mann Whitney U analizi ve Kruskall Wallis testleri, iki ölçek arasındaki ilişkisel çıkarımlarda Pearson Korelasyon Analizi ve Spearman Korelasyon Analizi, ölçek maddelerinin iç tutarlılığını belirlemek amacıyla Cronbach alfa katsayısı hesaplaması, verilerin normallik dağılımını hesaplamak için Kurtosis ve Skewness kat sayıları hesaplaması kullanıldı.

3.9. Araştırma Planı

Araştırma planı Şekil 2’de yer almaktadır.



Şekil 2. Araştırma planı

4. BULGULAR

Bu bölümde hastaların sosyodemografik özelliklerine, KCÖ ve KYKÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile bu puan ortalamaların bazı değişkenlerle karşılaştırılmasından elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 3. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=252)

Özellikler	n	%
Yaş (61.62±11.17)		
40 yaş ve altı	10	4.0
41-59 yaş	88	34.9
60 yaş ve üzeri	154	61.1
Cinsiyet		
Kadın	140	55.6
Erkek	112	44.4
Beden Kitle İndeksi (29.76±5.82)		
Zayıf/Normal*	60	23.8
Kilolu	74	29.4
Obez	109	43.3
Morbid obez	9	3.6
Medeni Durum		
Evli	234	92.9
Bekâr	18	7.1
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil	34	13.5
Okuryazar	16	6.3
İlkokul	135	53.6
Ortaokul	16	6.3
Lise	33	13.1
Üniversite	18	7.2
Yaşadığı yer		
Köy	35	13.9
İlçe	108	42.8
İl	109	43.3
Sigara Kullanma Durumu		
Bırakmış	124	49.2
Hayır	117	46.4
Evet	11	4.4

*Zayıf ve normal sütunları birleştirilmiştir.

Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 3’de sunulmuştur. Elde edilen verilere göre; hastaların %61.1’i 60 yaş ve üzerinde olup, ortalama yaş 61.62±11.17’dir. Hastaların %55.6’sı kadındır ve %43.3’ü Beden Kitle İndeksi (BKİ)’ne göre obezdir. Ortalama BKİ 29.76±5.82’dir. Hastaların %92.9’u evli, %53.6’sı ilkokul mezunu, %43.3’ü il merkezinde yaşamaktadır ve %49.2’si sigarayı bırakmıştır.

Tablo 4. Hastaların tanı ve tedaviye ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=252)

Özellikler	n	%
Tanı		
Meme kanseri	68	27.0
Akciğer kanseri	58	23.0
Gastrointestinal sistem kanseri	51	20.2
Diğer*	45	17.9
Jinekolojik sistem kanseri	30	11.9
Tanı yılı		
1 yıldan daha az	158	62.7
1-3 yıl	54	21.4
3 yıldan daha fazla	40	15.9
Metastaz durumu		
Evet	202	80.2
Hayır	50	19.8
KT** kür sayısı		
3.kür	87	34.5
4.kür	36	14.3
5.kür ve üzeri	129	51.2
KT rejimi		
Platin bazlı KT	104	41.3
Taksan bazlı KT	51	20.2
Antrasiklin bazlı KT	39	15.5
Fluorourasil bazlı KT	35	13.9
Diğer***	23	9.1
KT alma sıklığı		
Haftada bir kez	66	26.2
İki haftada bir kez	76	30.2
Üç haftada bir kez ve üzeri	110	43.6
KT dışında kullanılan ilaçlar****		
Antiülser	179	71.0
Antiemetik	149	59.1
Diğer*****	127	50.4
Analjezik	125	49.6
Antidepresan	32	12.7
Opioid analjezik	8	3.2
Komorbid hastalık durumu****		
Hipertansiyon	89	35.3
Hemoroid	56	22.2
Diyabet	55	21.8
Diğer*****	49	19.4
Hipotiroidi	48	19.0
ECOG***** Performans Skoru		
0	28	11.1
1	128	50.8
2	71	28.2
3	23	9.1
4	2	0.8

*Beyin kanseri, lenfoma, mesane kanseri, malign melanom, renal kanser, testis kanseri, prostat kanseri, Skuamoz hücreli karsinom. **Kemoterapi. ***Pemetrexed, Siklofosfamid, İrinotekan, İfosfamid, ****Sorulara birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır. *****Antidiyabetik, Antihipertansif, Antikoagulan. *****Koroner Arter Hastalığı, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Hepatit, Osteoporoz. *****Eastern Cooperative Oncology Group.

Hastaların tanı ve tedaviye ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4’de sunulmuştur. Elde edilen verilere göre; araştırmaya alınan hastaların %27’si meme kanseri, %62.7’si bir yıldan daha az süredir tanı almış ve %80.2’sinde metastaz vardır. Hastaların %51.2’si beş kez ve üzeri kür almış, %41.3’ünün kemoterapi (KT) rejimi Platin bazlı KT’dır ve %43.6’sı üç haftada bir kez ve üzerinde kür almıştır. Hastaların %71’i KT dışında antiülser ilaç tedavisi kullanmaktadır, %35.3’ünde hipertansiyon bulunmaktadır ve %50.8’inin ECOG performans skoru 1’dir.

Tablo 5. Hastaların kemoterapi öncesinde ve sonrasında defekasyon alışkanlığının dağılımı (n=252)

KT*	Öncesi		Sonrası	
	n	%	n	%
Defekasyon sıklığı				
Günlük defekasyon sıklığı				
Hiç	37	14.6	167	66.3
1 kez	203	80.6	75	29.7
2 kez ve daha fazla	12	4.8	10	4.0
Haftalık defekasyon sıklığı				
2 kez ve daha az	13	5.2	96	38.1
3 kez	21	8.3	73	29.0
4 kez ve üzeri	218	86.5	83	32.9

*Kemoterapi

Hastaların kemoterapi öncesinde ve sonrasında defekasyon alışkanlığının dağılımı Tablo 5’de sunulmuştur. Hastaların %80.6’sı KT öncesi günde bir kez defekasyon yaparken, %66.3’ü KT sonrası günde hiç defekasyon yapmamıştır ve hastaların %86.5’inin haftalık defekasyon sıklığı KT öncesi dört kez ve üzerinde iken KT sonrası %38.1’i iki kez ve daha az olmuştur.

Tablo 6. Hastaların konstipasyona ilişkin bazı değişkenlerin dağılımı

KT**den sonra konstipasyon yaşama süresi		
Yaşamadı	79	31.3
1 hafta sonra	168	66.7
2 hafta sonra	5	2.0
Konstipasyonun günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu		
Hiç	91	36.1
Hafif	58	23.0
Çok	103	40.9
Konstipasyonu önlemeye yönelik uygulamalar**		
Kayısı, incir, elma vb. lifli besin tüketimi	110	43.7
Sıvı tüketimi	107	42.5
İlaç kullanımı (laksatif vb.)	84	33.3
Bitkisel ilaç kullanımı	40	15.9
Yürüyüş	32	12.7
Diğer***	13	5.2

*Kemoterapi. ** Sorulara birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır. ***Masaj uygulaması, zeytinyağı içme, sıcak suya oturma banyosu.

Hastaların konstipasyona ilişkin bazı değişkenlerin dağılımı Tablo 6’da sunulmuştur. Elde edilen verilere göre; hastaların %66.7’si KT’den bir hafta sonra konstipasyon yaşamaktadır, %40.9’unun günlük yaşam aktiviteleri konstipasyondan çok etkilenmektedir ve %43.7’si konstipasyonu önlemek için kayısı, incir, elma vb. lifli besinler tüketmektedir.

Tablo 7. Hastaların tuvalet alışkanlığını etkileyebilecek faktörler (n=252)

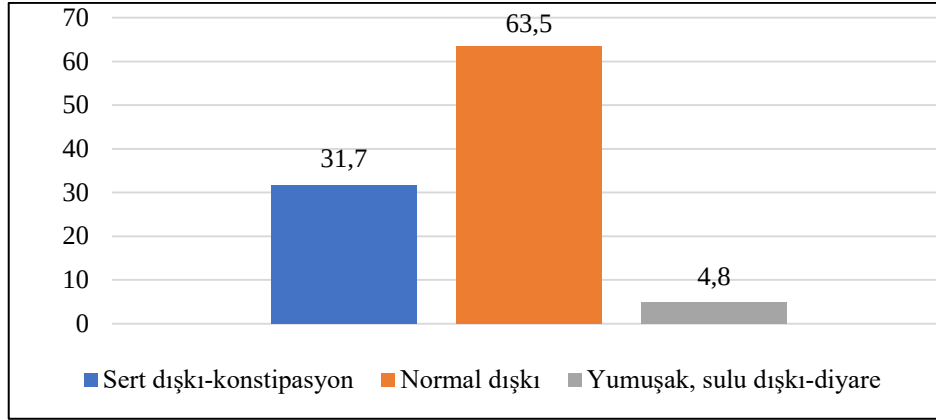
Faktörler	n	%
Tuvaletin türü		
Alafranga tuvalet	145	57.5
Alaturka tuvalet	107	42.5
İştah durumu		
Kötü	25	9.9
Orta	51	20.2
İyi	121	48.0
Çok iyi	55	21.9
Günlük sıvı tüketim miktarı (mililitre)*		
500'den az	23	9.2
500-1000	54	21.4
1000 ve üzeri	175	69.4
Fiziksel aktivite yapma durumu**		
Hiçbir zaman	105	41.7
Bazen	106	42.1
Sık sık/her zaman***	41	16.2

*Bardak hesabı ile hesaplanmıştır ve bir bardak 200 mililitre kabul edilmiştir. **Her gün günde 30 dakika yürüyüş her zaman olarak kabul edilmiştir, üç günde bir günde 30 dakika yürüyüş sık sık olarak kabul edilmiştir, haftada bir kez günde 30 dakika yürüyüş bazen olarak kabul edilmiştir. ***Sık sık ve her zaman sütunları birleştirilmiştir.

Hastaların tuvalet alışkanlığını etkileyebilecek faktörlerin dağılımı Tablo 7’de sunulmuştur. Elde edilen verilere göre; hastaların %57.5’i alafranga tuvalet kullanmaktadır, %48’inin iştah durumu iyi düzeydedir, %69.4’ü günde 1000 ml ve üzerinde sıvı tüketmektedir ve %42.1’i fiziksel aktiviteyi bazen yapmaktadır.

Tablo 8. Bristol Dışkı Kıvamı Skalası’na göre dışkı kıvamı dağılımları (n=252)

Bristol Dışkı Kıvamı Skalası (3.20±1.37)	n	%
1 ve 2 puan (sert dışkı-konstipasyon)	80	31.7
3, 4 ve 5 puan (normal dışkı)	160	63.5
6 ve 7 puan (yumuşak, sulu dışkı-diyare)	12	4.8
Toplam	252	100.0



Şekil 3. Bristol Dışkı Kıvamı Skalası'na göre dışkı kıvamı dağılımları (%)

Bristol Dışkı Kıvamı Skalası'na göre dışkı kıvamı dağılımları Tablo 8'de ve Şekil 3'te sunulmuştur. Bristol Dışkı Kıvamı Skalası'na göre hastaların %31,7'si sert dışkı-konstipasyon, %63,5'i normal dışkı ve %4,8'i yumuşak-sulu dışkıya sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 9. Hastaların KCÖ-KYKÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları (n=252)

Ölçek ve alt boyutlar	Ort.±SS	Min-Max
Dışkı Tıkanıklığı	15.94±6.58	6-28
Kalın Bağırsak Tembelliği	13.17±6.17	3-26
Ağrı	1.42±2.76	0-14
KCÖ* toplam puanı	30.48±13.87	9-64
Fiziksel Rahatsızlık	10.02±4.00	4-20
Psikososyal Rahatsızlık	16.68±5.13	8-37
Kaygı/Endişe	27.57±10.65	11-55
Memnuniyet	17.67±2.43	9-25
KYKÖ** toplam puanı	71.79±18.74	28-126

*Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği. **Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği.

KCÖ-KYKÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları Tablo 9'da sunulmuştur. Hastalar DT alt boyutundan 15.94±6.58, KBT alt boyutundan 13.17±6.17, ağrı alt boyutundan 1.42±2.76 puan almışlardır ve toplam KCÖ puan ortalamaları 30.48±13.87'dir. Hastalar fiziksel rahatsızlık alt boyutundan 10.02±4.00, psikososyal rahatsızlık alt boyutundan 16.68±5.13, kaygı/endişe alt boyutundan 27.57±10.65, memnuniyet alt boyutundan 17.67±2.43 almışlardır ve toplam KYKÖ puan ortalamaları 71.79±18.74'dür.

Tablo 10. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre KCÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ve dağılımı (n=252)

			DT	KBT	Ağrı	KCÖ
n (%)			$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Yaş	40 yaş ve altı	10(4.0)	12.50±6.06	10.50±6.13	1.10±1.91	24.10±12.75
	41-59 yaş	88(34.9)	15.75±7.06	13.23±6.69	1.94±3.34	30.82±15.37
	60 yaş ve üzeri	154(61.1)	16.27±6.30	13.31±5.85	1.15±2.38	30.70±13.01
	İstatistiksel analiz/p		F=1.607/p=0.203	F=0.978/p=0.378	KW=6.119/p= 0.047	F=1.104/p=0.333
Cinsiyet	Kadın	140(55.6)	16.97±6.47	13.96±6.33	1.60±2.85	32.51±13.92
	Erkek	112(44.4)	14.65±6.52	12.17±5.84	1.21±2.63	27.94±13.45
	İstatistiksel analiz/p		t=2.818/p= 0.005	t=2.315/p= 0.021	U=7085.500/p=0.107	t=2.633/p= 0.009
Beden kitle indeksi	Zayıf/Normal*	60(23.8)	14.90±6.78	12.77±6.24	1.20±2.85	28.88±14.52
	Kilolu	74(29.4)	14.70±6.68	12.03±6.24	0.97±2.01	27.66±13.47
	Obez	109(43.3)	17.36±6.21	14.13±5.94	1.90±3.14	33.28±13.39
	Morbid obez	9(3.6)	15.89±6.55	13.56±7.00	0.89±1.76	30.33±14.40
	İstatistiksel analiz/p		F=3.135/p= 0.026	F=1.840/p=0.140	KW=4.679/p=0.197	F=2.828/p= 0.039
Medeni durum	Evli	234(92.9)	15.99±6.55	13.17±6.18	1.41±2.74	30.52±13.82
	Bekar	18(7.1)	15.33±7.10	13.17±6.20	1.56±3.03	30.00±15.03
	İstatistiksel analiz/p		t=0.405/p=0.685	t=0.000/p=1.000	U=2045.500/p=0.803	t=0.152/p=0.879
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	34(13.5)	18.79±6.32	15.44±6.56	1.65±3.15	35.88±14.38
	Okuryazar	16(6.3)	14.25±6.10	11.56±6.21	1.75±2.72	27.56±13.56
	İlkokul	135(53.6)	16.90±6.54	13.92±6.18	1.60±2.98	32.33±13.88
	Ortaokul	16(6.3)	12.94±7.20	11.25±7.00	1.00±2.19	25.19±15.53
	Lise	33(13.1)	12.97±5.21	10.21±4.31	0.70±1.47	23.88±9.47
	Üniversite	18(7.2)	13.00±5.83	11.78±5.01	1.11±2.47	25.78±12.28
	İstatistiksel analiz/p		F=5.187/p= 0.000	F=3.742/p= 0.003	KW=3.159/p=0.676	F=4.292/p= 0.001
Yaşanılan yer	Köy	35(13.9)	16.29±6.49	13.60±6.50	0.86±1.75	30.74±13.48
	İlçe	108(42.8)	16.32±6.46	13.29±6.11	1.50±2.94	31.09±13.99
	İl	109(43.3)	15.45±6.75	12.91±6.16	1.53±2.83	29.79±13.98
	İstatistiksel analiz/p		F=0.533/p=0.588	F=0.201/p=0.818	KW=0.871/p=0.647	F=0.245/p=0.783
Sigara kullanma durumu	Evet	11(4.4)	15.09±4.55	12.64±3.59	1.27±2.65	29.36±9.45
	Hayır	117(46.4)	17.11±6.13	14.03±6.09	1.70±2.76	32.73±13.36
	Bırakmış	124(49.2)	14.91±6.99	12.40±6.35	1.18±2.76	28.46±14.43
	İstatistiksel analiz/p		F=3.528/p= 0.031	F=2.144/p=0.119	KW=6.078/p= 0.048	F=2.928/p=0.055

*Zayıf ve normal sütunları birleştirilmiştir.

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre KCÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ve dağılımı Tablo 10'da sunulmuştur.

Elde edilen sonuçlara göre; cinsiyet, BKİ, eğitim düzeyi ve sigara kullanma durumuna göre DT alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0.05**). Kadınların DT alt boyut puan ortalamaları (16.97±6.47) daha yüksektir. BKİ ve eğitim düzeyi için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); farkın obez sınıfından kaynaklandığı ve obez sınıfındakilerin puan ortalamalarının (17.36±6.21) zayıf/normal (14.90±6.78) ve kilolu sınıfındakilerden (14.70±6.68) yüksek olduğu, okuryazar olmayanların puanlarının (18.79±6.32), okuryazar (14.25±6.10), ortaokul (16.90±6.54), lise (12.97±5.21) ve üniversite mezunlarından (13.00±5.83) yüksek olduğu ve farkın okuryazar olmayanlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Sigara kullanma durumu için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); farkın sigarayı bırakanlardan kaynaklandığı ve sigarayı bırakanların DT alt boyut puan ortalamalarının (14.91±6.99) kullanmayanlardan (17.11±6.13) düşük olduğu belirlenmiştir.

Hastaların, yaş, medeni durum ve yaşanılan yere göre DT alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (**p>0.05**).

Elde edilen sonuçlara göre; cinsiyet ve eğitim düzeyine göre KBT alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0.05**). Kadınların KBT alt boyut puan ortalamaları (13.96±6.33) daha yüksektir. Eğitim düzeyi için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); farkın okuryazar olmayanlardan kaynaklandığı ve okuryazar olmayanların KBT alt boyut puan ortalamalarının (15.44±6.56), okuryazar (11.56±6.21), ortaokul (11.25±7.00), lise (10.21±4.31) ve üniversite (11.78±5.01) mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların yaş, BKİ, medeni durum, yaşanılan yer ve sigara kullanma durumuna göre KBT alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (**p>0.05**).

Hastaların yaş ve sigara kullanma durumu göre ağrı alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0.05**). Yaş ve sigara kullanma durumu için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); farkın 41-59 yaş arası sınıftan kaynaklandığı ve 41-59 yaş aralığında olanların puan ortalamalarının (1.94±3.34) 40 yaş ve altında olanlardan (1.10±1.91) yüksek olduğu, sigara kullananların

puan ortalamalarının (1.27 ± 2.65) kullanmayanlardan (1.70 ± 2.76) düşük olduğu ve farkın sigara kullananlardan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastaların cinsiyet, BKİ, medeni durum, eğitim düzeyi ve yaşanılan yere göre ağrı alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Hastaların cinsiyet, BKİ ve eğitim düzeyine göre toplam KCÖ puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Kadınların toplam KCÖ puan ortalamaları (32.51 ± 13.92) daha yüksektir. BKİ için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); farkın obez sınıfından kaynaklandığı ve obez sınıftakilerin KCÖ puan ortalamalarının (33.28 ± 13.39) zayıf/normal (28.88 ± 14.52) ve kilolu (27.66 ± 13.47) sınıftakilerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); farkın okuryazar olmayanlardan kaynaklandığı ve okuryazar olmayanların puan ortalamalarının (35.88 ± 14.38), okuryazar (27.56 ± 13.56), ortaokul (25.19 ± 15.53), lise (23.88 ± 9.47) ve üniversite (25.78 ± 12.28) mezunlarının puanlarından yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların yaş, medeni durum, yaşanılan yer ve sigara kullanma durumuna göre toplam KCÖ puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Tablo 11. Hastaların tanı ve tedaviye ilişkin özelliklerine göre KCÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ve dağılımı (n=252)

		n (%)	DT	KBT	Ağrı	KCÖ
			$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Tanı	Meme	68(27.0)	15.97±6.69	12.91±6.63	1.94±3.07	30.82±14.73
	Akciğer	58(23.0)	16.33±6.92	13.71±6.45	1.24±2.89	31.10±14.39
	GİS kanserleri	51(20.2)	14.06±6.38	12.08±6.03	1.18±2.57	27.27±13.63
	Jinekolojik kanserler	30(11.9)	17.73±6.01	14.70±5.27	1.13±2.00	33.57±12.07
	Diğer*	45(17.9)	16.33±6.34	13.07±5.77	1.36±2.72	30.73±13.16
	İstatistiksel analiz/p		F=1.708/p=0.149	F=1.004/p=0.406	KW=7.360/p=0.118	F=1.097/p=0.359
Tanı yılı	1 yıldan daha az	158(62.7)	16.06±6.35	13.27±5.99	1.34±2.47	30.66±13.20
	1-3 yıl	54(21.4)	16.28±6.55	13.37±5.92	1.61±3.53	31.26±14.28
	3 yıldan daha fazla	40(15.9)	15.03±7.55	12.48±7.20	1.50±2.71	28.73±16.01
	İstatistiksel analiz/p		F=0.481/p=0.619	F=0.302/p=0.739	KW=0.710/p=0.701	F=0.416/p=0.660
Metastaz durumu	Evet	202(80.2)	16.27±6.65	13.46±6.18	1.38±2.71	31.05±13.94
	Hayır	50(19.8)	14.60±6.18	12.00±6.02	1.60±2.96	28.16±13.49
	İstatistiksel analiz/p		t=1.614/p=0.108	t=1.498/p=0.136	U=4591.500/p=0.223	t=1.323/p=0.187
KT** kür sayısı	3. kür	87(34.5)	17.07±6.15	13.94±6.12	1.28±2.65	32.28±13.23
	4. kür	36(14.3)	16.69±6.62	14.14±5.95	1.94±3.37	32.78±14.49
	5. kür ve üzeri	129(51.2)	14.97±6.75	12.37±6.20	1.38±2.64	28.63±13.97
	İstatistiksel analiz/p		F=2.966/p=0.053	F=2.227/p=0.110	KW=0.612/p=0.736	F=2.398/p=0.093
KT rejimi	Fluorourasil bazlı KT	35(13.9)	14.57±6.56	12.51±6.07	1.37±2.62	28.20±13.42
	Antrasiklin bazlı KT	39(15.5)	15.44±6.56	12.38±6.09	1.15±1.98	28.97±13.09
	Taksan bazlı KT	51(20.2)	16.00±6.37	13.12±6.43	1.86±3.18	30.90±14.52
	Platin bazlı KT	104(41.3)	16.16±6.81	13.40±6.39	1.41±2.92	30.96±14.55
	Diğer***	23(9.1)	17.74±6.05	14.52±4.88	1.04±2.40	33.39±11.35
	İstatistiksel analiz/p		F=0.895/p=0.468	F=0.567/p=0.686	KW=2.866/p=0.581	F=0.644/p=0.632
KT alma sıklığı	Haftada bir kez	66(26.2)	16.21±6.57	13.44±6.20	0.89±2.12	30.53±13.48
	İki haftada bir kez	76(30.2)	15.99±6.45	13.43±5.92	1.47±2.61	30.76±13.31
	Üç haftada bir ve üzeri	110(43.6)	15.75±6.73	12.82±6.35	1.71±3.14	30.25±14.59
	İstatistiksel analiz/p		F=0.106/p=0.900	F=0.310/p=0.734	KW=4.067/p=0.131	F=0.031/p=0.970
Analjezik kullanımı	Evet	125(49.6)	17.10±6.24	14.42±5.94	1.80±3.18	33.33±13.70
	Hayır	127(50.4)	14.80±6.73	11.94±6.16	1.06±2.22	27.68±13.52
	İstatistiksel analiz/p		t=2.822/p=0.005	t=3.250/p=0.001	U=7176.500/p=0.107	t=3.296/p=0.001

Tablo 11. (Devam)

Opioid analjezik kullanımı	Evet	8(3.2)	15.75±5.26	13.38±5.93	1.13±3.18	30.25±12.04
	Hayır	244(96.8)	15.95±6.63	13.16±6.19	1.43±2.75	30.49±13.95
	İstatistiksel analiz/p		t=-0.083/p=0.934	t=0.097/p=0.923	U=825.500/p=0.363	t=-0.048/p=0.962
Antiemetik kullanımı	Evet	149(59.1)	16.77±6.80	13.97±6.51	1.66±2.77	32.34±14.50
	Hayır	103(40.9)	14.74±6.08	12.01±5.47	1.08±2.71	27.79±12.50
	İstatistiksel analiz/p		t=2.485/p= 0.014	t=2.582/p= 0.010	U=6667.000/p= 0.030	t=2.662/p= 0.008
Antiülser kullanımı	Evet	179(71.0)	17.06±6.31	14.10±5.97	1.73±3.02	32.82±13.61
	Hayır	73(29.0)	13.19±6.45	10.89±6.09	0.67±1.75	24.75±12.91
	İstatistiksel analiz/p		t=4.385/p= 0.000	t=3.842/p= 0.000	U=5290.000/p= 0.004	t=4.330/p= 0.000
Antidepresan kullanımı	Evet	32(12.7)	16.00±6.78	13.31±6.24	1.81±3.36	31.09±15.36
	Hayır	220(87.3)	15.93±6.57	13.15±6.17	1.37±2.66	30.39±13.68
	İstatistiksel analiz/p		t=0.055/p=0.956	t=0.143/p=0.887	U=3334.000/p=0.554	t=0.267/p=0.789
Diyabet hastalığı	Evet	55(21.8)	15.80±6.20	12.62±5.64	12.62±5.64	30.02±13.55
	Hayır	197(78.2)	15.98±6.70	13.32±6.31	13.32±6.31	30.61±13.99
	İstatistiksel analiz/p		t=-0.179/p=0.858	t=-0.745/p=0.457	U=5272.000/p=0.709	t=-0.279/p=0.781
Hipertansiyon hastalığı	Evet	89(35.3)	16.93±6.32	13.71±5.89	1.55±2.88	32.19±13.54
	Hayır	163(64.7)	15.40±6.68	12.87±6.31	1.36±2.69	29.55±14.01
	İstatistiksel analiz/p		t=1.776/p=0.077	t=1.029/p=0.304	U=7239.000/p=0.097	t=1.450/p=0.148
Hemoroid hastalığı	Evet	56(22.2)	18.75±5.34	15.39±5.36	2.91±3.32	37.09±11.73
	Hayır	196(77.8)	15.14±6.69	12.53±6.25	1.00±2.42	28.59±13.89
	İstatistiksel analiz/p		t=4.207/p= 0.000	t=3.391/p= 0.001	U=3313.000/p= 0.000	t=4.580/p= 0.000
Hipotiroidi hastalığı	Evet	48(19.0)	16.69±6.45	13.85±5.61	1.81±2.83	32.29±13.08
	Hayır	204(81)	15.76±6.62	13.00±6.29	1.33±2.74	30.05±14.05
	İstatistiksel analiz/p		t=0.874/p=0.383	t=0.874/p=0.392	U=4260.000/p=0.086	t=1.005/p=0.316
ECOG**** Performans Skoru	0	28(11.1)	12.61±5.77	9.89±5.20	1.82±3.39	24.32±12.91
	1	128(50.8)	14.74±6.46	12.12±5.74	1.24±2.48	28.02±13.28
	2	71(28.2)	18.48±6.28	15.52±6.28	1.59±2.82	35.55±13.50
	3 ve 4*****	25(9.9)	18.60±5.71	15.52±6.14	1.44±3.22	35.56±13.48
	İstatistiksel analiz/p		F=9.579/p= 0.000	F=9.380/p= 0.000	KW=0.561/p=0.755	F=8.084/p= 0.000

*Beyin kanseri, lenfoma, mesane kanseri, malign melanom, renal kanser, testis kanseri, prostat kanseri, Skuamoz hücreli karsinom. **Kemoterapi, ***Pemetrexed, Siklofosamid, İrinotekan, İfosamid. ****Eastern Cooperative Oncology Group. *****4. grupta 2 kişi yer almaktadır.

Hastaların tanı ve tedaviye ilişkin özelliklerine göre KCÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ve dağılımı Tablo 11’de sunulmuştur.

Hastaların analjezik, antiemetik ve antiülser ilaç kullanma durumu, hemoroid hastalığı ve ECOG performans skoruna göre DT ve KBT alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0.05**). Analjezik, antiemetik ve antiülser kullananların sırasıyla DT alt boyut (17.10±6.24; 16.77±6.80; 17.06±6.31) ve KBT alt boyut puan ortalamaları (14.42±5.94; 13.97±6.51; 14.10±5.97) daha yüksektir. Aynı zamanda hemoroid hastalığı olanların DT ve KBT puan ortalamaları (18.75±5.34; 15.39±5.36) daha yüksek saptanmıştır. ECOG skoruna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); farkın skoru 0 olanlardan kaynaklandığı, skoru 0 olanların DT ve KBT puan ortalamalarının (12.61±5.77; 9.89±5.20), 2 (18.48±6.28; 15.52±6.28), 3 ve 4 (18.60±5.71; 15.52±6.14) olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Hastaların tanı, tanı yılı, metastaz durumu, KT kür sayısı, KT rejimi, KT alma sıklığı, opioid analjezik ve antidepresan kullanma durumu, diyabet, hipertansiyon ve hipotiroidi hastalığı durumuna göre DT ve KBT alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (**p>0.05**).

Hastaların antiemetik, antiülser ilaç kullanma durumu ve hemoroid hastalığına göre ağrı alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0.05**). Antiemetik ve antiülser ilaç kullananların ağrı alt boyut puan ortalamaları (1.66±2.77; 1.73±3.02) daha yüksektir. Aynı zamanda hemoroid hastalığı olanların ağrı alt boyut puan ortalamaları (2.91±3.32) daha yüksektir.

Hastaların tanı, tanı yılı, metastaz durumu, KT kür sayısı, KT rejimi, KT alma sıklığı, analjezik, opioid analjezik ve antidepresan ilaç kullanma durumu, diyabet hastalığı, hipertansiyon hastalığı, hipotiroidi hastalığı bulunma durumuna ve ECOG performans skoruna göre ağrı alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (**p>0.05**).

Hastaların analjezik, antiemetik ve antiülser ilaç kullanma durumu, hemoroid hastalığı ve ECOG performans skoruna göre toplam KCÖ puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0.05**). Analjezik (33.33±13.70), antiemetik (32.34±14.50) ve antiülser (32.82±13.61) ilaç kullananların KCÖ toplam puan ortalamaları daha yüksektir. Hemoroid hastalığı olanların puan ortalamaları (37.09±11.73) daha yüksektir.

ECOG skoruna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); farkın skoru 0 olanlardan kaynaklandığı ve skoru 0 olanların toplam KCÖ puan ortalamalarının (24.32±12.91), skoru 2 (35.55±13.50), 3 ve 4 (35.56±13.48) olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Hastaların tanı, tanı yılı, metastaz durumu, KT kür sayısı, KT rejimi, KT alma sıklığı, antidepresan ve opioid analjezik ilaç kullanma durumu, diyabet hastalığı, hipertansiyon hastalığı ve hipotiroidi hastalığı durumuna göre KCÖ toplam puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (**p>0.05**).



Tablo 12. Hastaların tuvalet alışkanlığını etkileyebilecek bazı değişkenlere göre KCÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ve dağılımı (n=252)

		n (%)	DT	KBT	Ağrı	KCÖ
			$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Kullanılan tuvalet türü	Alaturka tuvalet	107(42.5)	15.35±6.52	12.79±6.42	1.36±2.87	29.49±14.02
	Alafranga tuvalet	145(57.5)	16.38±6.61	13.44±5.98	1.48±2.67	31.21±13.76
	İstatistiksel analiz/p		t=-1.233/p=0.219	t=-0.823/p=0.412	U=7496.500/p=0.576	t=-0.977/p=0.329
İştah durumu	Kötü	25(9.9)	18.64±5.69	16.04±5.79	1.40±2.81	35.96±12.42
	Orta	51(20.2)	17.73±6.43	15.08±5.65	1.59±2.74	34.39±13.10
	İyi	121(48.0)	15.57±6.55	12.59±6.08	1.26±2.56	29.41±13.77
	Çok iyi	55(21.9)	13.87±6.50	11.36±6.23	1.65±3.19	26.71±14.17
	İstatistiksel analiz/p		F=4.797/p= 0.003	F=5.664/p= 0.001	KW=0.367/p=0.947	F=4.418/p= 0.005
Günlük sıvı tüketimi	500'den az	23(9.2)	17.52±5.77	15.00±5.39	1.09±2.52	33.70±11.79
	500-1000	54(21.4)	16.50±6.81	14.30±6.20	2.00±3.45	32.61±14.44
	1000 ve üzeri	175(69.4)	15.56±6.60	12.58±6.19	1.29±2.53	29.40±13.88
	İstatistiksel analiz/p		F=1.153/p=0.317	F=2.759/p=0.065	KW =1.562/p=0.212	F=1.796/p=0.168
Fiziksel aktivite yapma durumu	Hiçbir zaman	105(41.7)	16.74±6.23	14.09±6.04	1.57±2.99	32.39±13.75
	Bazen	106(42.1)	16.02±6.73	13.09±6.12	1.48±2.79	30.58±13.95
	Sık sık/her zaman*	41(16.2)	13.68±6.71	11.00±6.22	0.90±1.91	25.34±12.98
	İstatistiksel analiz/p		F=3.257/p= 0.040	F=3.785/p= 0.024	KW=1.019/p=0.601	F=3.898/p= 0.022

*Sık sık ve her zaman sütunları birleştirilmiştir.

Hastaların tuvalet alışkanlığını etkileyebilecek bazı değişkenlere göre KCÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ve dağılımı Tablo 12’de sunulmuştur.

Hastaların iştah durumu ve fiziksel aktivite yapma durumuna göre DT ve KBT alt boyutu ve toplam KCÖ puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0.05**). İştah durumu ve fiziksel aktivite yapma durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); farkın iştah durumu iyi olanlardan kaynaklandığı ve iştah durumu iyi olanların DT ve KBT alt boyut ve KCÖ toplam puan ortalamalarının (15.57±6.55; 12.59±6.08; 29.41±13.77), kötü (18.64±5.69; 16.04±5.79; 35.96±12.42) ve orta olanlardan (17.73±6.43; 12.59±6.08; 34.39±13.10) düşük olduğu, hiçbir zaman fiziksel aktivite yapmayanların puan ortalamalarının (16.74±6.23; 14.09±6.04; 32.39±13.75), sık sık/her zaman yapanlardan (13.68±6.71; 11.00±6.22; 25.34±12.98) yüksek olduğu ve farkın hiçbir zaman fiziksel aktivite yapmayanlardan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastaların kullanılan tuvalet türü ve günlük tüketilen sıvı miktarına göre DT ve KBT alt boyut ve toplam KCÖ puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (**p>0.05**).

Hastaların kullanılan tuvalet türü, iştah durumu, günlük tüketilen sıvı miktarı ve fiziksel aktivite yapma durumuna göre ağrı alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (**p>0.05**).

Tablo 13. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre KYKÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ve dağılımı (n=252)

		n (%)	Kaygı/Endişe	Fiziksel Rahatsızlık	Psikososyal Rahatsızlık	Memnuniyet	KYKÖ
			$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Yaş	40 yaş ve altı	10(4.0)	21.30 $\pm$ 8.04	9.20 $\pm$ 4.32	15.90 $\pm$ 4.70	17.20 $\pm$ 3.46	63.60 $\pm$ 18.00
	41-59 yaş	88(34.9)	27.47 $\pm$ 11.92	9.72 $\pm$ 4.40	16.38 $\pm$ 5.11	17.74 $\pm$ 2.26	71.27 $\pm$ 20.29
	60 yaş ve üzeri	154(61.1)	28.03 $\pm$ 9.94	10.25 $\pm$ 3.74	16.90 $\pm$ 5.19	17.66 $\pm$ 2.46	72.61 $\pm$ 17.83
	İstatistiksel analiz/p		F=1.896/p=0.152	F=0.724/p=0.486	F=0.413/p=0.662	F=0.230/p=0.795	F=1.137/p=0.322
Cinsiyet	Kadın	140(55.6)	29.51 $\pm$ 10.46	10.49 $\pm$ 3.93	17.46 $\pm$ 4.92	17.83 $\pm$ 2.46	75.19 $\pm$ 17.64
	Erkek	112(44.4)	25.13 $\pm$ 10.43	9.45 $\pm$ 4.03	15.71 $\pm$ 5.25	17.47 $\pm$ 2.38	67.53 $\pm$ 19.28
	İstatistiksel analiz/p		t=3.308/p= 0.001	t=2.062/p= 0.040	t=2.726/p= 0.007	t=1.171/p=0.243	t=3.289/p= 0.001
Beden kitle indeksi	Zayıf/Normal	60(23.8)	25.62 $\pm$ 10.06	9.30 $\pm$ 4.14	16.15 $\pm$ 5.63	17.52 $\pm$ 2.37	68.17 $\pm$ 19.88
	Kilolu	74(29.4)	26.24 $\pm$ 10.69	9.80 $\pm$ 3.52	16.74 $\pm$ 4.61	17.78 $\pm$ 2.50	70.55 $\pm$ 17.38
	Obez	109(43.3)	29.57 $\pm$ 10.63	10.62 $\pm$ 4.14	16.96 $\pm$ 5.25	17.68 $\pm$ 2.42	74.63 $\pm$ 18.58
	Morbid obez	9(3.6)	27.22 $\pm$ 11.97	9.44 $\pm$ 4.75	16.22 $\pm$ 4.84	17.56 $\pm$ 2.60	71.56 $\pm$ 21.64
	İstatistiksel analiz/p		F=2.377/p=0.070	F=1.626/p=0.184	F=0.349/p=0.790	F=0.140/p=0.936	F=1.706/p=0.166
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	34(13.5)	30.97 $\pm$ 9.48	11.12 $\pm$ 3.67	18.68 $\pm$ 5.63	17.71 $\pm$ 2.13	78.47 $\pm$ 17.12
	Okuryazar	16(6.3)	28.38 $\pm$ 12.36	9.13 $\pm$ 4.79	15.81 $\pm$ 5.22	18.06 $\pm$ 2.89	70.75 $\pm$ 22.64
	İlkokul	135(53.6)	29.13 $\pm$ 9.95	10.69 $\pm$ 3.62	17.38 $\pm$ 4.60	17.81 $\pm$ 2.61	75.15 $\pm$ 16.08
	Ortaokul	16(6.3)	24.13 $\pm$ 11.79	9.00 $\pm$ 5.22	15.06 $\pm$ 5.56	17.78 $\pm$ 1.76	65.19 $\pm$ 23.14
	Lise	33(13.1)	22.21 $\pm$ 10.33	8.15 $\pm$ 3.85	14.36 $\pm$ 5.21	17.33 $\pm$ 1.83	61.30 $\pm$ 19.30
	Üniversite	18(7.2)	21.56 $\pm$ 10.64	8.11 $\pm$ 4.06	14.11 $\pm$ 5.11	16.72 $\pm$ 2.59	59.94 $\pm$ 19.24
	İstatistiksel analiz/p		F=4.782/p= 0.000	F=4.137/p= 0.001	F=4.469/p= 0.001	F=0.853/p=0.514	F=6.230/p= 0.000
Yaşanılan yer	Köy	35(13.9)	26.80 $\pm$ 10.63	9.66 $\pm$ 4.06	15.51 $\pm$ 5.42	17.69 $\pm$ 3.22	69.66 $\pm$ 20.58
	İlçe	108(42.8)	28.31 $\pm$ 10.31	10.54 $\pm$ 4.11	16.78 $\pm$ 5.24	17.62 $\pm$ 2.17	72.93 $\pm$ 17.75
	İl	109(43.3)	27.08 $\pm$ 11.04	9.63 $\pm$ 3.85	16.95 $\pm$ 4.93	17.72 $\pm$ 2.40	71.34 $\pm$ 19.18
	İstatistiksel analiz/p		F=0.461/p=0.634	F=1.562/p=0.212	F=1.078/p=0.342	F=0.047/p=0.954	F=0.454/p=0.635
Sigara kullanma durumu	Evet	11(4.4)	24.55 $\pm$ 9.93	12.36 $\pm$ 3.14	15.55 $\pm$ 4.76	17.45 $\pm$ 2.88	69.00 $\pm$ 18.48
	Hayır	117(46.4)	29.42 $\pm$ 10.29	10.27 $\pm$ 3.85	17.32 $\pm$ 4.95	17.74 $\pm$ 2.44	74.62 $\pm$ 17.40
	Bırakmış	124(49.2)	26.09 $\pm$ 10.83	9.58 $\pm$ 4.14	16.18 $\pm$ 5.30	17.62 $\pm$ 2.39	69.36 $\pm$ 19.73
	İstatistiksel analiz/p		F=3.473/p= 0.033	F=2.913/p=0.056	F=1.772/p=0.172	F=0.116/p=0.891	F=2.521/p=0.082

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre KYKÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ve dağılımı Tablo 13’de sunulmuştur.

Hastaların cinsiyet, eğitim düzeyi ve sigara kullanma durumuna göre kaygı/endişe alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0.05**). Kadınların kaygı/endişe alt boyut puan ortalamaları (29.51±10.46) daha yüksektir. Eğitim düzeyi için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); farkın okuryazar olmayanlardan kaynaklandığı ve okuryazar olmayanların kaygı/endişe alt boyut puan ortalamalarının (30.97±9.48), lise (22.21±10.33) ve üniversite (21.56±10.64) mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Sigara kullanma durumu için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); farkın sigara kullanmayanlardan kaynaklandığı ve sigara kullanmayanların kaygı/endişe alt boyut puan ortalamalarının (29.42±10.29) sigarayı bırakanlardan (26.09±10.83) yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların, yaş, BKİ ve yaşanan yere göre kaygı/endişe alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (**p>0.05**).

Hastaların cinsiyet ve eğitim düzeyine göre fiziksel ve psikososyal rahatsızlık alt boyut ve toplam KYKÖ puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0.05**). Kadınların fiziksel ve psikososyal rahatsızlık alt boyut ve toplam KYKÖ puan ortalamaları sırasıyla (10.49±3.93; 17.46±4.92; 75.19±17.64) daha yüksektir. Eğitim düzeyi için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); farkın okuryazar olmayanlardan kaynaklandığı ve okuryazar olmayanların fiziksel ve psikososyal rahatsızlık alt boyut ve toplam KYKÖ puan ortalamalarının sırasıyla (11.12±3.67; 18.68±5.63; 78.47±17.12), lise (8.15±3.85; 14.36±5.21; 61.30±19.30) ve üniversite mezunlarından (8.11±4.06; 14.11±5.11; 59.94±19.24) yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların yaş, BKİ, yaşanan yer ve sigara kullanma durumuna göre fiziksel ve psikososyal rahatsızlık alt boyut ve toplam KYKÖ puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (**p>0.05**).

Hastaların, yaş, cinsiyet, BKİ, eğitim düzeyi, yaşanan yer ve sigara kullanma durumuna göre memnuniyet alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (**p>0.05**).

Tablo 14. Hastaların tanı ve tedaviye ilişkin özelliklerine göre KYKÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ve dağılımı (n=252)

		n (%)	Kaygı/Endişe	Fiziksel Rahatsızlık	Psikososyal Rahatsızlık	Memnuniyet	KYKÖ
			$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Tanı	Meme	68(27.0)	29.01 $\pm$ 11.49	9.90 $\pm$ 4.29	17.46 $\pm$ 5.65	18.07 $\pm$ 2.49	74.44 $\pm$ 20.22
	Akciğer	58(23.0)	28.34 $\pm$ 10.43	10.45 $\pm$ 3.73	16.40 $\pm$ 5.14	17.75 $\pm$ 2.70	72.74 $\pm$ 18.81
	GİS kanserleri	51(20.2)	25.67 $\pm$ 11.92	8.88 $\pm$ 4.29	15.24 $\pm$ 5.17	17.04 $\pm$ 1.67	66.53 $\pm$ 20.48
	Jinekolojik kanserler	30(11.9)	28.83 $\pm$ 7.78	10.97 $\pm$ 3.01	17.10 $\pm$ 3.70	18.00 $\pm$ 2.74	74.47 $\pm$ 12.77
	Diğer*	45(17.9)	25.69 $\pm$ 9.52	10.33 $\pm$ 3.99	17.22 $\pm$ 4.92	17.44 $\pm$ 2.39	70.71 $\pm$ 16.99
	İstatistiksel analiz/p		F=1.259/p=0.287	F=1.721/p=0.146	F=1.634/p=0.166	F=1.599/p=0.175	F=1.587/p=0.187
Tanı yılı	1 yıldan daha az	158(62.7)	27.30 $\pm$ 10.49	9.85 $\pm$ 3.94	16.86 $\pm$ 4.87	17.65 $\pm$ 2.49	71.51 $\pm$ 17.98
	1-3 yıl	54(21.4)	26.93 $\pm$ 10.47	10.80 $\pm$ 4.20	16.48 $\pm$ 5.84	17.89 $\pm$ 2.34	72.46 $\pm$ 20.08
	3 yıldan daha fazla	40(15.9)	29.48 $\pm$ 11.55	9.68 $\pm$ 3.93	16.23 $\pm$ 5.24	17.46 $\pm$ 2.30	71.98 $\pm$ 20.25
	İstatistiksel analiz/p		F=0.787/p=0.456	F=1.314/p=0.271	F=0.294/p=0.746	F=0.372/p=0.690	F=0.054/p=0.947
Metastaz durumu	Evet	202(80.2)	28.10 $\pm$ 10.38	10.24 $\pm$ 3.94	17.05 $\pm$ 4.97	17.71 $\pm$ 2.39	72.86 $\pm$ 17.92
	Hayır	50(19.8)	25.42 $\pm$ 11.54	9.14 $\pm$ 4.16	15.18 $\pm$ 5.55	17.50 $\pm$ 2.58	67.46 $\pm$ 21.39
	İstatistiksel analiz/p		t=1.598/p=0.111	t=1.752/p=0.081	t=2.325/p= 0.021	t=0.548/p=0.584	t=1.831/p=0.068
KT** kür sayısı	3. kür	87(34.5)	28.70 $\pm$ 9.50	10.86 $\pm$ 3.54	17.37 $\pm$ 4.56	17.84 $\pm$ 2.53	74.77 $\pm$ 15.55
	4. kür	36(14.3)	26.64 $\pm$ 12.86	10.06 $\pm$ 4.83	17.19 $\pm$ 6.22	17.92 $\pm$ 2.27	71.39 $\pm$ 23.96
	5. kür ve üzeri	129(51.2)	27.06 $\pm$ 10.73	9.45 $\pm$ 3.97	16.07 $\pm$ 5.13	17.48 $\pm$ 2.40	69.88 $\pm$ 18.96
	İstatistiksel analiz/p		F=0.774/p=0.462	F=3.298/p= 0.039	F=1.886/p=0.154	F=0.773/p=0.463	F=1.786/p=0.170
KT rejimi	Fluorourasil bazlı KT	35(13.9)	26.29 $\pm$ 12.61	8.89 $\pm$ 4.43	14.86 $\pm$ 5.23	16.64 $\pm$ 1.52	66.60 $\pm$ 21.56
	Antrasiklin bazlı KT	39(15.5)	27.72 $\pm$ 10.35	9.62 $\pm$ 3.68	17.38 $\pm$ 5.10	18.13 $\pm$ 2.78	72.85 $\pm$ 17.90
	Taksan bazlı KT	51(20.2)	27.88 $\pm$ 11.56	9.69 $\pm$ 4.33	17.02 $\pm$ 5.74	18.21 $\pm$ 2.04	72.55 $\pm$ 20.80
	Platin bazlı KT	104(41.3)	27.65 $\pm$ 9.71	10.45 $\pm$ 3.88	16.56 $\pm$ 4.76	17.51 $\pm$ 2.63	72.08 $\pm$ 16.87
	Diğer***	23(9.1)	28.17 $\pm$ 10.69	11.26 $\pm$ 3.26	18.04 $\pm$ 4.89	17.98 $\pm$ 2.32	74.87 $\pm$ 19.06
	İstatistiksel analiz/p		F=0.158/p=0.959	F=1.769/p=0.136	F=1.785/p=0.132	F=2.825/p= 0.026	F=0.883/p=0.475
Analjezik kullanımı	Evet	125(49.6)	28.96 $\pm$ 10.02	11.04 $\pm$ 3.85	17.46 $\pm$ 5.08	17.94 $\pm$ 2.57	75.12 $\pm$ 17.67
	Hayır	127(50.4)	26.20 $\pm$ 11.11	9.02 $\pm$ 3.91	15.91 $\pm$ 5.09	17.40 $\pm$ 2.25	68.50 $\pm$ 19.25
	İstatistiksel analiz/p		t=2.073/p= 0.039	t=4.126/p= 0.000	t=2.407/p= 0.017	t=1.769/p=0.078	t=2.841/p= 0.005

Tablo 14. (Devam)

Opiooid analjezik kullanımı	Evet	8(3.2)	27.00±9.99	10.88±4.91	17.63±4.07	17.13±2.10	72.63±13.62
	Hayır	244(96.8)	27.59±10.69	10.00±3.98	16.65±5.17	17.69±2.44	71.76±18.91
	İstatistiksel analiz/p		t=-0.153/p=0.879	t=0.611/p=0.542	t=0.529/p=0.597	t=-0.643/p=0.521	t=0.128/p=0.898
Antiemetik kullanımı	Evet	149(59.1)	28.98±10.62	10.67±4.14	17.40±5.18	18.08±2.18	74.98±18.40
	Hayır	103(40.9)	25.52±10.41	9.09±3.60	15.63±4.90	17.08±2.64	67.17±18.35
	İstatistiksel analiz/p		t=2.560/p= 0.011	t=3.224/p= 0.001	t=2.727/p= 0.007	t=3.277/p= 0.001	t=3.318/p= 0.001
Antiülser kullanımı	Evet	179(71.0)	28.57±10.74	10.40±4.14	17.31±5.17	17.80±2.53	73.93±19.02
	Hayır	73(29.0)	25.11±10.07	9.10±3.50	15.14±4.73	17.35±2.14	66.53±17.06
	İstatistiksel analiz/p		t=2.361/p= 0.019	t=2.373/p= 0.018	t=3.095/p= 0.002	t=1.337/p=0.183	t=2.882/p= 0.004
Antidepresan kullanımı	Evet	32(12.7)	30.25±10.28	11.25±4.38	17.75±6.07	18.38±1.91	77.59±19.67
	Hayır	220(87.3)	27.18±10.67	9.85±3.92	16.52±4.98	17.57±2.48	70.94±18.50
	İstatistiksel analiz/p		t=1.529/p=0.128	t=1.865/p=0.063	t=1.265/p=0.207	t=1.770/p=0.078	t=1.886/p=0.060
Diyabet hastalığı	Evet	55(21.8)	27.36±10.33	9.91±3.79	16.53±4.76	17.53±2.14	70.96±18.09
	Hayır	197(78.2)	27.62±10.76	10.06±4.07	16.72±5.24	17.71±2.50	72.02±18.96
	İstatistiksel analiz/p		t=-0.160/p=0.873	t=-0.240/p=0.810	t=-0.247/p=0.805	t=-0.488/p=0.626	t=-0.367/p=0.714
Hipertansiyon hastalığı	Evet	89(35.3)	29.53±10.03	10.79±3.70	17.65±5.39	17.49±2.50	75.65±17.46
	Hayır	163(64.7)	26.50±10.85	9.61±4.11	16.15±4.92	17.76±2.39	69.67±19.13
	İstatistiksel analiz/p		t=2.176/p= 0.031	t=2.254/p= 0.025	t=2.24/p= 0.026	t=-0.842/p=0.400	t=2.443/p= 0.015
Hemoroid hastalığı	Evet	56(22.2)	31.14±9.81	11.18±3.83	17.84±4.67	18.34±2.72	78.29±16.50
	Hayır	196(77.8)	26.55±10.68	9.69±4.00	16.35±5.22	17.48±2.31	69.93±18.97
	İstatistiksel analiz/p		t=2.890/p= 0.004	t=2.474/p= 0.014	t=1.929/p=0.055	t=2.367/p= 0.019	t=2.989/p= 0.003
Hipotiroidi hastalığı	Evet	48(19.0)	28.10±11.15	10.08±3.92	16.98±5.33	17.66±2.22	72.79±19.65
	Hayır	204(81.0)	27.44±10.55	10.01±4.03	16.61±5.10	17.67±2.48	71.55±18.56
	İstatistiksel analiz/p		t=0.387/p=0.699	t=0.114/p=0.909	t=0.450/p=0.653	t=-0.039/p=0.969	t=0.413/p=0.680
ECOG**** Performans Skoru	0	28(11.1)	24.39±12.91	8.43±3.93	14.79±4.70	17.14±3.42	65.11±22.08
	1	128(50.8)	25.82±10.23	9.17±3.94	15.77±5.35	17.73±2.02	68.23±18.67
	2	71(28.2)	30.24±9.76	11.79±3.59	18.66±4.33	17.78±2.63	78.27±16.18
	3 ve 4*****	25(9.9)	32.48±9.60	11.16±3.5	17.80±4.85	17.60±2.48	79.04±14.76
	İstatistiksel analiz/p		F=5.524/p= 0.001	F=9.588/p= 0.000	F=6.991/p= 0.000	F=0.525/p=0.666	F=7.309/p= 0.000

*Beyin kanseri, lenfoma, mesane kanseri, malign melanom, renal kanser, testis kanseri, prostat kanseri, Skuamoz hücreli karsinom. **Kemoterapi. ***Pemetrexed, Siklofosamid, İrinotekan, İfosamid. ****Eastern Cooperative Oncology Group. *****4. grupta 2 kişi yer almaktadır.

Hastaların tanı ve tedaviye ilişkin özelliklerine göre KYKÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ve dağılımı Tablo 14’de sunulmuştur.

Hastaların, analjezik, antiemetik ve antiülser ilaç kullanma durumu, hipertansiyon hastalığı, hemoroid hastalığı ve ECOG performans skoruna göre kaygı/endişe alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0.05**). Analjezik, antiemetik ve antiülser ilaç kullananların kaygı/endişe alt boyut puan ortalamaları (28.96±10.02; 28.98±10.62; 28.57±10.74) daha yüksektir. ECOG performans skoru için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); farkın skoru 0 olanlardan kaynaklandığı ve ECOG performans skoru 0 olanların puan ortalamalarının (24.39±12.91), 2 (25.82±10.23), 3 ve 4 (32.48±9.60) olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Hipertansiyon ve hemoroid hastalığı olanların kaygı/endişe alt boyut puan ortalamaları (29.53±10.03; 31.14±9.81) daha yüksektir.

Hastaların tanı, tanı yılı, metastaz durumu, KT kür sayısı, KT rejimi, opioid analjezik ve antidepresan ilaç kullanma durumu, diyabet hastalığı ve hipotiroidi hastalığına göre kaygı/endişe alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (**p>0.05**).

Hastaların KT kür sayısı, analjezik, antiemetik ve antiülser ilaç kullanma durumu, hipertansiyon hastalığı, hemoroid hastalığı ve ECOG performans skoruna göre fiziksel rahatsızlık alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0.05**). KT kür sayısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); farkın beşinci kür ve üzeri alanlardan kaynaklandığı, beşinci kür ve üzeri alan hastaların fiziksel rahatsızlık alt boyut puan ortalamalarının (9.45±3.97), üçüncü kür (10.86±3.54) ve dördüncü kür (10.06±4.83) alanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Analjezik, antiemetik ve antiülser ilaç kullananların fiziksel rahatsızlık alt boyut puan ortalamaları (11.04±3.85; 10.67±4.14; 10.40±4.14) daha yüksektir. Hipertansiyon ve hemoroid hastalığı olanların fiziksel rahatsızlık alt boyut puan ortalamaları (10.79±3.70; 11.18±3.83) daha yüksektir. ECOG performans skoru için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); farkın skoru 0 olanlardan kaynaklandığı ve ECOG performans skoru 0 olanların fiziksel rahatsızlık alt boyut puan ortalamalarının (8.43±3.93), 2 (9.17±3.94), 3 ve 4 (11.16±3.50) olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Hastaların tanı, tanı yılı, metastaz durumu, KT rejimi, antidepresan ve opioid analjezik ilaç kullanma durumu, diyabet hastalığı ve hipotiroidi hastalığına göre fiziksel rahatsızlık alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Elde edilen sonuçlara göre; hastaların metastaz durumu, analjezik, antiemetik ve antiülser ilaç kullanma durumu, hipertansiyon hastalığı ve ECOG performans skoruna göre psikososyal rahatsızlık alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Metastazı olanların, analjezik, antiemetik ve antiülser ilaç kullananların psikososyal rahatsızlık alt boyut puan ortalamaları sırasıyla (17.05 ± 4.97 ; 17.46 ± 5.08 ; 17.40 ± 5.18 ; 17.80 ± 2.53) daha yüksektir. Hipertansiyon hastalığı olanların psikososyal rahatsızlık alt boyut puan ortalamaları (17.65 ± 5.39) daha yüksektir. ECOG performans skoru için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); farkın skoru 0 olanlardan kaynaklandığı ve ECOG performans skoru 0 olanların psikososyal rahatsızlık alt boyut puan ortalamalarının (14.79 ± 4.70), 2 (17.78 ± 2.63), 3 ve 4 (17.80 ± 4.85) olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Hastaların tanı, tanı yılı, KT kür sayısı, KT rejimi, antidepresan ve opioid analjezik ilaç kullanma durumu, diyabet hastalığı, hemoroid hastalığı ve hipotiroidi hastalığına göre psikososyal rahatsızlık alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Elde edilen sonuçlara göre; hastaların KT rejimi, antiemetik ilaç kullanma durumu ve hemoroid hastalığına göre memnuniyet alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). KT rejimine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); farkın Fluorourasil bazlı KT rejiminden kaynaklandığı ve Fluorourasil bazlı KT alanların puan ortalamalarının (16.64 ± 1.52), Antrasiklin bazlı KT (18.13 ± 2.78) ve Taksan bazlı KT (18.21 ± 2.04) alanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Antiemetik ilaç kullananların puan ortalamaları (18.08 ± 2.18) daha yüksektir. Hemoroid hastalığı olanların memnuniyet alt boyut puan ortalamaları (18.34 ± 2.72) daha yüksektir. Bu sonuca göre; hastaların hemoroid hastalığına göre memnuniyet alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Hastaların tanı, tanı yılı, metastaz durumu, KT kür sayısı, analjezik, opioid analjezik, antiülser ve antidepresan ilaç kullanma durumu, diyabet hastalığı, hipertansiyon hastalığı, hipotiroidi hastalığı ve ECOG performans skoruna göre memnuniyet alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Elde edilen sonuçlara göre; analjezik, antiemetik ve antiülser ilaç kullanma durumu, hipertansiyon hastalığı, hemoroid hastalığı ve ECOG performans skoruna göre KYKÖ toplam puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0.05**). Analjezik, antiemetik ve antiülser ilaç kullananların toplam KYKÖ puan ortalamaları (75.12±17.67; 74.98±18.40; 73.93±19.02) daha yüksektir. Hipertansiyon ve hemoroid hastalığı olanların toplam KYKÖ puan ortalamaları (75.65±17.46; 78.29±16.50) daha yüksektir. ECOG performans skoruna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); farkın skoru 0 olanlardan kaynaklandığı ve ECOG skoru 0 olanların toplam KYKÖ puan ortalamalarının (65.11±22.08), 2 (78.27±16.18), 3 ve 4 (79.04±14.76) olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Hastaların tanı, tanı yılı, metastaz durumu, KT kür sayısı, KT rejimi, antidepresan ilaç kullanma durumu, diyabet hastalığı ve hipotiroidi hastalığına göre KYKÖ toplam puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (**p>0.05**).

Tablo 15. Hastaların tuvalet alışkanlığını etkileyebilecek bazı değişkenlere göre KYKÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ve dağılımı (n=252)

		n (%)	Kaygı/Endişe	Fiziksel Rahatsızlık	Psikososyal Rahatsızlık	Memnuniyet	KYKÖ
			$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Kullanılan tuvalet türü	Alaturka tuvalet	107(42.5)	25.95 $\pm$ 10.93	9.76 $\pm$ 4.02	16.07 $\pm$ 4.94	17.41 $\pm$ 2.51	69.08 $\pm$ 19.05
	Alafranga tuvalet	145(57.5)	28.76 $\pm$ 10.31	10.22 $\pm$ 3.99	17.12 $\pm$ 5.25	17.86 $\pm$ 2.35	73.78 $\pm$ 18.32
	İstatistiksel analiz/p		t=-2.081/p= 0.038	t=-0.909/p=0.364	t=-1.609/p=0.109	t=-1.477/p=0.141	t=-1.977/p= 0.049
İştah durumu	Kötü	25(9.9)	32.28 $\pm$ 10.39	11.24 $\pm$ 3.89	19.48 $\pm$ 4.88	17.08 $\pm$ 3.07	80.08 $\pm$ 16.87
	Orta	51(20.2)	29.84 $\pm$ 10.41	11.12 $\pm$ 4.05	18.47 $\pm$ 4.99	17.94 $\pm$ 2.49	77.10 $\pm$ 19.66
	İyi	121(48.0)	27.00 $\pm$ 9.78	9.81 $\pm$ 3.83	16.50 $\pm$ 4.93	17.91 $\pm$ 2.03	71.10 $\pm$ 17.04
	Çok iyi	55(21.8)	24.56 $\pm$ 11.88	8.93 $\pm$ 4.09	14.13 $\pm$ 4.63	17.16 $\pm$ 2.77	64.60 $\pm$ 19.77
	İstatistiksel analiz/p		F=4.130/p= 0.007	F=3.645/p= 0.013	F=10.119/p= 0.000	F=1.903/p=0.130	F=6.097/p= 0.001
Günlük sıvı tüketimi	500'den az	23(9.1)	29.87 $\pm$ 10.84	11.39 $\pm$ 4.01	15.61 $\pm$ 4.69	16.70 $\pm$ 2.53	73.57 $\pm$ 17.74
	500-1000	54(21.4)	28.52 $\pm$ 11.66	10.39 $\pm$ 4.38	16.96 $\pm$ 6.07	17.19 $\pm$ 2.75	72.61 $\pm$ 21.88
	1000 ve üzeri	175(69.4)	26.97 $\pm$ 10.30	9.73 $\pm$ 3.85	16.73 $\pm$ 4.89	17.95 $\pm$ 2.26	71.30 $\pm$ 17.90
	İstatistiksel analiz/p		F=1.027/p=0.360	F=2.053/p=0.131	F=0.589/p=0.555	F=4.166/p= 0.017	F=0.214/p=0.807
Fiziksel aktivite yapma durumu	Hiçbir zaman	105(41.7)	28.35 $\pm$ 10.95	10.71 $\pm$ 3.77	16.74 $\pm$ 5.27	17.64 $\pm$ 2.22	73.52 $\pm$ 18.23
	Bazen	106(42.1)	27.76 $\pm$ 11.07	9.87 $\pm$ 4.29	17.34 $\pm$ 5.15	17.62 $\pm$ 2.79	72.37 $\pm$ 20.26
	Sık sık/ her zaman*	41(16.2)	25.05 $\pm$ 8.37	8.66 $\pm$ 3.43	14.80 $\pm$ 4.33	17.87 $\pm$ 1.90	65.83 $\pm$ 14.75
	İstatistiksel analiz/p		F=1.455/p=0.235	F=4.132/p= 0.017	F=3.694/p= 0.026	F=0.163/p=0.849	F=2.606/p=0.076

*Sık sık ve her zaman sütunları birleştirilmiştir.

Hastaların tuvalet alışkanlığını etkileyebilecek bazı değişkenlere göre KYKÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ve dağılımı Tablo 15’de sunulmuştur.

Hastaların kullanılan tuvalet türü ve iştah durumuna göre kaygı/endişe alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0.05**). Alafranga tuvalet kullananların kaygı/endişe alt boyut puan ortalamaları (28.76±10.31) daha yüksektir. İştah durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); farkın iştahı kötü olanlardan kaynaklandığı ve iştahı kötü olanların kaygı/endişe alt boyut puan ortalamalarının (32.28±10.39), iştahı iyi (27.00±9.78) ve çok iyi (24.56±11.88) olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların günlük tüketilen sıvı miktarı ve fiziksel aktivite yapma durumuna göre kaygı/endişe alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (**p>0.05**).

Hastaların iştah durumu ve fiziksel aktivite yapma durumuna göre fiziksel rahatsızlık alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0.05**). İştah durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); farkın iştahı orta olanlardan kaynaklandığı ve iştahı orta olanların fiziksel rahatsızlık alt boyut puan ortalamalarının (11.12±4.05), iştahı iyi (9.81±3.83) ve çok iyi (8.93±4.09) olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Fiziksel aktivite yapma durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); farkın hiçbir zaman fiziksel aktivite yapmayanlardan kaynaklandığı ve hiçbir zaman fiziksel aktivite yapmayanların fiziksel rahatsızlık alt boyut puan ortalamalarının (10.71±3.77), sık sık/her zaman yapanlardan (8.66±3.43) yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların kullanılan tuvalet türü ve günlük tüketilen sıvı miktarına göre fiziksel rahatsızlık alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (**p>0.05**).

Hastaların iştah durumu ve fiziksel aktivite yapma durumuna göre psikososyal rahatsızlık alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0.05**). İştah durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); farkın iştahı kötü olanlardan kaynaklandığı ve iştahı kötü olanların psikososyal rahatsızlık alt boyut puan ortalamalarının (19.48±4.88), iyi (16.50±4.93) ve çok iyi (14.13±4.63) olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Fiziksel aktivite yapma durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); farkın hiçbir zaman fiziksel aktivite yapmayanlardan kaynaklandığı ve

hiçbir zaman fiziksel aktivite yapmayanların psikososyal rahatsızlık alt boyut puan ortalamalarının (16.74 ± 5.27), sık sık/her zaman yapanlardan (14.80 ± 4.33) yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların kullanılan tuvalet türü ve günlük tüketilen sıvı miktarına göre psikososyal rahatsızlık alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Günlük tüketilen sıvı miktarına göre memnuniyet alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); farkın günlük 1000 ml'nin üzerinde sıvı tükenlerden kaynaklandığı ve günlük 1000 ml'nin üzerinde sıvı tüketenlerin puan ortalamalarının (17.95 ± 2.26), 500-1000 ml (17.19 ± 2.75) ve 500 ml'den az (16.70 ± 2.53) tüketenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların kullanılan tuvalet türü, iştah durumu ve fiziksel aktivite yapma durumuna göre memnuniyet alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Hastaların kullanılan tuvalet türü ve iştah durumuna göre KYKÖ toplam puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Alafranga tuvalet kullananların toplam KYKÖ puan ortalamaları (73.78 ± 18.32) daha yüksektir. İştah durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); farkın iştahı çok iyi olanlardan kaynaklandığı ve iştahı çok iyi olanların KYKÖ puan ortalamalarının (64.60 ± 19.77), iştahı kötü (80.08 ± 16.87), orta (77.10 ± 19.66) ve iyi (71.10 ± 17.04) olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Hastaların günlük tüketilen sıvı miktarı, fiziksel aktivite yapma durumuna göre KYKÖ toplam puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Tablo 16. KCÖ ile KYKÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki ilişki

		DT	KBT	Ağrı	KCÖ
Kaygı/Endişe	r	0.606	0.588	0.457	0.637
	p	0.000	0.000	0.000	0.000
	n	252	252	252	252
Fiziksel Rahatsızlık	r	0.656	0.643	0.422	0.683
	p	0.000	0.000	0.000	0.000
	n	252	252	252	252
Psikososyal Rahatsızlık	r	0.526	0.486	0.317	0.529
	p	0.000	0.000	0.000	0.000
	n	252	252	252	252
Memnuniyet	r	0.148	0.144	0.110	0.160
	p	0.019	0.022	0.081	0.011
	n	252	252	252	252
KYKÖ	r	0.660	0.635	0.450	0.684
	p	0.000	0.000	0.000	0.000
	n	252	252	252	252

KCÖ ile KYKÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki ilişki ile ilgili bulgular Tablo 16’da sunulmuştur.

Hastaların kaygı/endişe alt boyut puanı ile DT, KBT alt boyut ve toplam KCÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişki vardır (**p<0.05**). Kaygı/endişe alt boyut puanı ile ağrı alt boyut puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli ilişki vardır (**p<0.05**). Kaygı/endişe alt boyut puanı arttıkça, DT, KBT, ağrı alt boyut puanları ve toplam KCÖ puanı da artmaktadır.

Fiziksel rahatsızlık alt boyut puanı ile DT, KBT alt boyut ve toplam KCÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişki vardır (**p<0.05**). Fiziksel rahatsızlık alt boyut puanı ile ağrı alt boyut puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli ilişki vardır (**p<0.05**). Fiziksel rahatsızlık alt boyut puanı arttıkça, DT, KBT, ağrı alt boyut puanları ve toplam KCÖ puanı da artmaktadır.

Psikososyal rahatsızlık alt boyut puanı ile DT alt boyut ve toplam KCÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişki vardır (**p<0.05**). Psikososyal rahatsızlık alt boyut puanı ile KBT ve ağrı alt boyut puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli ilişki vardır (**p<0.05**). Psikososyal rahatsızlık alt boyut puanı arttıkça, DT, KBT, ağrı alt boyut puanları ve toplam KCÖ puanı da artmaktadır.

Memnuniyet alt boyut puanı ile DT, KBT alt boyut ve toplam KCÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli ilişki vardır (**p<0.05**). Memnuniyet alt boyut puanı arttıkça, KBT, KBT alt boyut puanları ve toplam KCÖ puanı

da artmaktadır. Memnuniyet alt boyut puanı ile ağrı alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

KYKÖ toplam puanı ile DT, KBT alt boyut ve toplam KCÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişki vardır ($p<0.05$). KYKÖ toplam puanı ile ağrı alt boyut puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli ilişki vardır ($p<0.05$). KYKÖ toplam puanı arttıkça, DT, KBT, ağrı alt boyut puanları ve toplam KCÖ puanı da artmaktadır.



5. TARTIŞMA

Kemoterapi alan kanser hastalarında yaygın görülen semptomlardan biri olan konstipasyon, hastaların günlük yaşam aktivitelerini, hastalık ve tedavi sürecini dolayısıyla yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu doğrultuda, kemoterapi alan hastalarda konstipasyon sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Bu çalışmada, ayaktan kemoterapi tedavisi alan hastalarda %31.7 oranında konstipasyon görüldüğü ve konstipasyon ciddiyetinin orta düzeyde (30.48 ± 13.87) olduğu saptanmıştır. Ülkemizde kemoterapi alan kanser hastalarında yapılan çalışmalarda konstipasyon prevalansı %19.5-57.3 arasında değiştiği belirlenmiştir (24, 79, 136). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda ise kemoterapi alan kanser hastalarında konstipasyon prevalansı %16-70 arasında olduğu saptanmıştır (11, 56, 77, 137). Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, konstipasyonun kemoterapi alan kanser hastalarını üçte bir oranında etkileyen önemli bir semptom olduğunu göstermektedir (Tablo 8, Tablo 9).

Araştırma kapsamına alınan hastalarda, yaş ile ağrı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Çalışmada, 41-59 yaş arası hastalarda ağrı ciddiyetinin daha yüksek olmasının nedeni, diğer yaş gruplarına göre deneyimledikleri semptomları daha iyi ifade etmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Hastaların yaş ile DT, KBT alt boyut ve KCÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, farklı hasta grupları üzerinde yapılan çalışmalarda, konstipasyon görülme sıklığının yaşla birlikte özellikle 60 yaş ve üzeri bireylerde arttığı tespit edilmiştir (138, 139). Bu çalışma sonuçlarına göre, 41-59 yaş arası hastaların konstipasyona bağlı ağrı ciddiyetinin daha yüksek olduğu, fakat genel konstipasyon ciddiyet düzeyinin yaştan etkilenmediği sonucuna varılmıştır (Tablo 10).

Literatürde konstipasyon sıklığı ve ciddiyetinin cinsiyet ile değişkenlik gösterdiği, kadınlarda konstipasyonun daha yaygın görüldüğü belirlenmiştir (140). Araştırma kapsamına alınan hastaların %55.6'sının kadın olduğu ve hastaların DT, KBT alt boyut ve toplam KCÖ puan ortalamalarının daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Farklı hasta grupları üzerinde yapılan bir çalışmada, bizim çalışmamızla benzer olarak konstipasyon deneyimleyen bireylerin çoğunlukla kadınlar olduğu belirlenmiştir (141). Fakat Öztürk ve arkadaşları (2020)'nin kanser hastaları üzerinde yürüttüğü bir çalışmada, konstipasyon yaşayan hastaların büyük çoğunluğunun (%60) erkek olduğu ve bizim çalışmamızla benzer olmadığı saptanmıştır (97). Bu çalışma

sonucunda, kadın cinsiyetin bağırsak alışkanlığı ve konstipasyon ciddiyeti üzerinde etkili bir faktör olduğu görülmektedir (Tablo 10).

Araştırma kapsamına alınan hastaların BKİ ile DT alt boyut ve toplam KCÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Obez olan hastaların, DT alt boyut ve toplam KCÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada, kemoterapi alan kanser hastalarının yarıya yakınının (%45) kilolu olduğu ve buna ilişkin konstipasyon prevalansının %68 oranıyla yüksek olduğu bildirilmiştir (77). Bu çalışma sonucuna göre, hastaların BKİ'ne göre obez olma durumunun, bağırsak alışkanlığını ve konstipasyon ciddiyetini etkileyen önemli bir etken olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 10).

Evli olan hastaların, DT alt boyut ve toplam KCÖ puan ortalamalarının bekarlara göre daha yüksek olduğu fakat aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızla benzer olarak Kaboli ve arkadaşları (2010)'nın yaptığı çalışmada, medeni durumun konstipasyon gelişimi üzerine etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (142). Bu çalışmada, medeni durum ile konstipasyon arasında bir ilişki ortaya koyulmasa da bekar hastaların beslenme alışkanlıkları ve hayat düzeninin evli olanlara göre değişkenlik gösterebildiği dolayısıyla bağırsak alışkanlığı ve konstipasyon ciddiyetini etkileyebileceği düşünülebilir (Tablo 10).

Hastaların eğitim düzeyi ile DT, KBT alt boyut ve toplam KCÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Okuryazar olmayanların DT, KBT alt boyut ve toplam KCÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Suares ve Ford (2011)'un konstipasyon prevalansı ve risk faktörlerini belirleyen çalışmaları derlediği sistematik incelemede, bizim çalışmamızla benzer şekilde düşük eğitim düzeyi ve sosyoekonomik duruma sahip bireylerin konstipasyon prevalansı daha yüksek bulunmuştur (143). Çalışmamızın aksine Wald ve arkadaşları (2010) tarafından konstipe olan bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi ile konstipasyon arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (144). Bu çalışma sonuçlarına göre, düşük eğitim seviyesinin sağlık kuruluşuna ulaşmada zorluk, bilgi ve farkındalık düzeyi düşüklüğü, beslenme yetersizliği ve dengesizliğine neden olarak bağırsak alışkanlığını ve konstipasyon ciddiyetini olumsuz etkileyebileceği sonucuna varılabilir (Tablo 10).

Sigara kullanmayanların, DT ve ağrı alt boyut puan ortalamaları daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu çalışma sonuçlarına göre,

sigara kullanmayan hastaların konsipasyon yaşama durumu ve konstipasyona bağlı ağrı deneyimleme sıklığının daha yüksek olduğu sonucuna varılabilir (Tablo 10).

Hastaların tanı ve tanı yılı ile KCÖ toplam ve tüm alt boyutların puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu sonuca göre, hastaların bağırsak alışkanlığı ve konstipasyon ciddiyetinin kanserin türü ve tanı yılından etkilenmediği sonucuna varılabilir.

Bu çalışmada, metastaz durumu ile KCÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Bu çalışmadan farklı olarak kanser hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada, metastazı olan hastaların konstipe olma durumları ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (97). Bu çalışma sonuçlarına göre, kanserin metastaz durumunun bağırsak alışkanlığı ve konstipasyon ciddiyeti üzerinde etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır (Tablo 11).

Hastaların KT kür sayısı ve KT alma sıklığı ile KCÖ toplam ve tüm alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatürde çalışmamızın aksine, kemoterapi protokolünde vinkristin ve thalidomide uygulanan hastalarda konstipasyon prevalansının doz ile ilişkili olduğu ve doz miktarı arttıkça konstipasyon sıklığı ve şiddetinin arttığı belirtilmiştir (76). Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar literatür ile farklılık göstermektedir (Tablo 11).

Literatürde, en sık konstipasyona neden olan kemoterapötik ilaçlar; alkilleyici ajanlar (cisplatin, oxaliplatin), antimetabolitler (gemcitabine), vinka alkaloidleri (vincristin, vinblastin) ve immünmodulator ajanlar (thalidomide) olarak bildirilmiştir (16). Bu çalışmada, hastaların aldığı kemoterapötik ilaçlar Fluorourasil bazlı, Antrasiklin bazlı, Taksan bazlı, Platin bazlı ve diğer olmak üzere gruplandırılmıştır. Hastaların %66.7'sinin kemoterapi aldıktan bir hafta sonra konstipasyon yaşadığı fakat hastalara uygulanan KT rejimi ile KCÖ toplam ve tüm alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Bu çalışmadan farklı olarak, thalidomide, cisplatin ve vinblastin, vinblastin ve vinorelbin gibi kemoterapötik ajanların kullanıldığı tedavi protokollerinde kemoterapiye bağlı konstipasyon prevalansının yüksek (%25-90) olduğu bildirilmiştir (99, 145, 146). Bu çalışma sonuçlarına göre, uygulanan kemoterapi rejimi ile hastaların bağırsak alışkanlığı ve konstipasyon ciddiyet düzeyi değişmemekte fakat hastaların yarıdan fazlası tedaviden bir hafta sonra konstipasyon sorunu yaşamaktadır (Tablo 11).

Literatürde, kanser tanılı hastalarda kullanılan opioid analjezik, antidepresan ve antiemetik gibi ilaçların konstipasyon oluşumunda etkili olduğu bildirilmiştir (147). Bu çalışmada, antiemetik ve antiülser ilaç kullanan hastaların KCÖ toplam ve tüm alt boyutların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Kemoterapi alan hastaların antiemetik ilaç kullanma durumu, uygulanan kemoterapötik ilacın türüne göre değişmektedir. Yüksek emetojenik etkiye sahip Florourasil bazlı kemoterapinin %80 oranında, Taksan grubu kemoterapötik ilaçların %50 oranında antiemetik ilaç kullanımına neden olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda emetojenik kemoterapötik ilaç kullanımının antiemetik ilaçların kullanımını ve dolayısıyla konstipasyon gelişim riskini artırdığı bilinmektedir (148). Bu sonuçlara göre, antiemetik ilaç kullanımının bağırsak alışkanlığını etkilediği ve konstipasyon ciddiyetini artırdığı sonucuna varılabilir. Literatür incelendiğinde bizim sonucumuzu karşılaştırmak için antiülser ilaç kullanımının konstipasyon üzerine etkisini ortaya koyan çalışmalara rastlanmamıştır (Tablo 11).

Bu çalışmada, opioid analjezik ve antidepresan ilaç kullanma durumu ile KCÖ toplam ve tüm alt boyutların puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Opioid analjezikler, kanser hastalarının ağrı tedavisinde yaygın kullanılan ilaçlardır. Etkinliği çok güçlü olan bu ilaç grubu, bağırsak peristaltizmini azaltarak konstipasyona zemin hazırlamaktadır (149). Literatür incelendiğinde, bizim çalışmamızın aksine ilerlemiş kanser hastalarında opioide bağlı konstipasyon prevalansının yüksek olduğu (%25-95) tespit edilmiştir (16, 105, 150-152). Bu çalışmadan farklı olarak; antidepresan ilaç kullanan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, ilaç kullanan hastaların deneyimledikleri yedi semptomdan birinin konstipasyon olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu bildirilmiştir (153). Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, opioid analjezik ve antidepresan ilaçların konstipasyon ciddiyeti ve bağırsak alışkanlığı üzerinde etkisinin olmadığını göstermektedir (Tablo 11).

Literatürde, diyabet ve hipotirodi gibi endokrin hastalıkların konstipasyona neden olduğu bildirilmiştir (154). Aynı zamanda kronik hastalığı bulunan bireylerin konstipasyon yaşama durumunun daha yüksek olduğu da belirlenmiştir (155). Bu çalışmada, hastaların diyabet, hipertansiyon ve hipotirodi hastalığına sahip olma durumu ile KCÖ toplam ve tüm alt boyutların puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Farklı gruplar üzerinde yapılan çalışmalarda, çalışmamıza benzer olarak bireylerin kronik hastalığa sahip olma durumu ile konstipasyon yaşama durumu ve ciddiyet düzeyleri

arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (129, 156). Bu sonuçlara göre kronik hastalıklar ile konstipasyon yaşama durumu ve ciddiyeti arasında ilişki ortaya koyulmasa da, kemoterapi alan kanser hastalarının kronik hastalığa sahip olma durumunun hastalarda hastalık yükünün artması, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanma, beslenme düzeninde değişiklik ve kullanılan ilaç sayısının artmasına neden olarak konstipasyon sıklığını ve ciddiyetini olumsuz etkileyebileceği düşünülebilir (Tablo 11).

Konstipasyonun, anarektal hastalıklar arasında yaygın görülen hemoroid hastalığı oluşumu üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Konstipasyon sırasında, karın içi basıncın artması ve ıkınma ile rektal bölgedeki damar yapılarında değişiklik meydana gelmesi hemoroid oluşumuna zemin hazırlamaktadır (157). Bu çalışmada, hemoroidi olan hastaların KCÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Konstipasyon ile birlikte görülen diğer durumları belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, bizim çalışmamızla benzer olarak konstipasyon görülen bireylerde aynı zamanda hemoroidin de görüldüğü belirlenmiştir (158). Yapılan farklı bir çalışmada, hemoroid hastalığı olan bireylerin tamamına yakınının konstipasyon sorunu yaşadığı, yarıya yakınının ise bu sorunu çok sık yaşadığı belirtilmiştir (159). Bu sonuçlara göre, hastalarda hemoroid hastalığının bağırsak alışkanlığı ve konstipasyon ciddiyetini etkileyebileceği sonucuna varılabilir (Tablo 11).

ECOG Performans Skoru ile DT, KBT alt boyut ve toplam KCÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Skoru iki, üç ve dört olanların DT, KBT alt boyut ve toplam KCÖ puan ortalamaları daha yüksektir. Bu çalışma sonuçlarına göre, kemoterapi alan kanser hastalarının yatağa bağımlı olma düzeyleri arttıkça ve prognozu kötüleştikçe konstipasyon ciddiyetinin arttığı düşünülebilir (Tablo 11).

Alafranga tuvalet, çömelme pozisyonu ile intraabdominal basıncın artmasına neden olur. Aynı zamanda yer çekiminin rektuma yardım etmesine neden olarak bireyin aşırı ıkınma ihtiyacı hissetmeden kısa sürede, etkili ve tam bağırsak boşaltımı yapmasını sağlar (129). Bu çalışmada, alafranga tuvalet kullanan hastaların KCÖ toplam ve tüm alt boyutların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu fakat aralarındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Farklı gruplar üzerinde yapılan bir çalışmada, alafranga tuvalet kullanan bireylerin alaturka tuvalet kullanan bireylere göre konstipasyon ciddiyetinin daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (129). Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, literatürle benzerlik göstermekte olup alafranga tuvalet kullanmanın

bağırsak alışkanlığını ve konstipasyon ciddiyetini etkileyebileceği sonucuna varılabilir (Tablo 12).

Konstipasyon yaşayan hastalarda aynı zamanda iştahsızlık görülebilmektedir. Bu çalışmada, kemoterapi alan kanser hastalarının iştah durumu ile DT, KBT alt boyut ve toplam KCÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. İştahı kötü olanların DT, KBT alt boyut ve toplam KCÖ puan ortalamaları daha yüksektir. Kemoterapi alan kanser hastaları üzerinde yapılan çalışmalarda, hastalarda konstipasyon ve iştahsızlık semptomunun birlikte görülerek ilk semptom kümesini oluşturduğu ve bu semptomların GİS'in kemoterapiye karşı duyarlılığı nedeniyle geliştiği saptanmıştır (160, 137). Çalışma sonuçlarına göre, kemoterapi alan kanser hastalarında iştahsızlığın bağırsak alışkanlığı ve konstipasyon ciddiyeti üzerinde etkili olduğu, her iki semptomun birbirini tetiklemiş olabileceği düşünülebilir (Tablo 12).

Düşük sıvı tüketimi konstipasyona neden olan risk faktörlerinden biridir. Literatürde, sıvı tüketimi az olan hastaların konstipasyonu daha sık deneyimledikleri belirtilmiştir (161). Bu çalışmada, kemoterapi alan kanser hastalarının günlük sıvı tüketim miktarı ile toplam KCÖ ve tüm alt boyutların puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Konstipasyonu olan yetişkin bireylerde yapılan bir çalışmada, bireylerin günlük sıvı alımlarının düşük olduğu bulunmuştur (162). Farklı gruplar üzerinde yapılan bir çalışmada ise, günlük su tüketim miktarı ile konstipasyon durumları arasında anlamlı farklılık olduğu, bireylerin su tüketimleri azaldıkça konstipasyon durumlarının arttığı belirlenmiştir (159). Bu sonuçlara göre, sıvı tüketimi ile bağırsak alışkanlığı ve konstipasyon ciddiyeti arasında ilişki ortaya koyulmasa da günlük sıvı alımının az olması, gaitanın bağırsaktan geçiş süresini uzatarak konstipasyona neden olabileceği düşünülebilir (Tablo 12).

Fiziksel aktivite, konstipasyona neden olan risk faktörlerinden biridir ve sedanter yaşamın konstipasyon gelişme riskini 3 kat artırdığı bilinmektedir (107). Bu çalışmada, fiziksel aktivite yapma durumu ile DT, KBT alt boyut ve toplam KCÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Hiçbir zaman fiziksel aktivite yapmayanların DT, KBT alt boyut ve toplam KCÖ puan ortalamaları daha yüksektir. Yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızla benzer şekilde, konstipasyon yaşayan hastaların fiziksel aktivite yapma sıklığı azaldıkça konstipasyon ciddiyet düzeylerinin arttığı saptanmıştır (163). Bu çalışma sonucunda, fiziksel aktivite yapma durumunun bağırsak

alışkanlığı ve konstipasyon ciddiyetini etkileyen önemli bir etken olduğu görülmektedir (Tablo 12).

Bu çalışmada konstipasyonun hastaların yaşam kalitesini orta düzeyde (71.79 ± 18.74) olumsuz etkilediği saptanmıştır. Kolorektal kanser tanılı hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, kemoterapiye bağlı yan etki yaşayan hastaların yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (122). Farklı gruplar üzerinde yapılan çalışmalarda bizim çalışmamızla benzer olarak, konstipasyon yaşayan bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (164, 165). Literatürde yapılan farklı çalışmalara bakıldığında, konstipasyonun bireyleri fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden etkileyerek yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir (104, 122, 166). Bu çalışma sonuçlarına göre konstipasyon, yaşamı tehdit edici bir semptom olmamasına rağmen, bireylerde fiziksel, sosyal ve psikolojik birtakım sorunlara neden olarak yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiler oluşturduğu sonucuna varılabilir (Tablo 9).

Hastaların yaş ortalamaları ile toplam KYKÖ ve tüm alt boyutları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Meme kanser tanılı hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, yaş ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu, yaş arttıkça fiziksel fonksiyon alanındaki puanların azaldığı belirlenmiştir (120). Jinekolojik kanser tanılı hastalar üzerinde yapılan farklı bir çalışmada, yaş arttıkça hastaların yaşam kalitelerinin azaldığı saptanmıştır (167). Bizim çalışmamıza benzer olarak kemoterapi alan kanser hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada, yaşam kalitesinin yaş değişkeninden etkilenmediği tespit edilmiştir (168). Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, konstipasyona bağlı yaşam kalitesi düzeyinin yaş değişkeninden etkilenmediği sonucuna varılabilir (Tablo 13).

Çalışmaya alınan hastaların cinsiyet ile kaygı/endişe, fiziksel rahatsızlık, psikososyal rahatsızlık alt boyut ve toplam KCÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Kadınların, kaygı/endişe, fiziksel rahatsızlık, psikososyal rahatsızlık alt boyut ve toplam KCÖ puan ortalamaları daha yüksektir. Bu çalışma sonuçlarına göre, konstipasyona bağlı yaşam kalitesi düzeylerinin cinsiyet faktöründen etkilendiği, kadınların konstipasyona bağlı yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 13).

BKİ ile toplam KYKÖ ve tüm alt boyutları arasındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Obez olanların kaygı/endişe, fiziksel rahatsızlık, psikolojik rahatsızlık ve toplam KYKÖ puan ortalamaları daha yüksektir. Bu sonuçlara göre, BKİ'nin

konstipasyona bağlı yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olmadığını göstermektedir (Tablo 13).

Hastaların eğitim düzeyi ile KYKÖ toplam ve kaygı/endişe, fiziksel rahatsızlık, psikososyal rahatsızlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Okuryazar olmayanların kaygı/endişe, fiziksel rahatsızlık, psikososyal rahatsızlık alt boyut ve toplam KYKÖ puan ortalamaları daha yüksektir. Jinekolojik kanser tanılı hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi arttıķa yaşam kalitelerinin arttığı belirlenmiştir (167). Jinekolojik kanser tanılı hastalar üzerinde yapılan farklı bir çalışmada ise bizim çalışmamızın aksine, eğitim durumunun yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır (169). Bu alışma sonuçlarına göre, eğitim düzeyi konstipasyona bağlı yaşam kalitesini etkileyen önemli bir değişkendir (Tablo 13).

Hastaların yaşadıkları yer ile KYKÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Meme kanser tanılı hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, bizim çalışmamızla benzer olarak hastaların yaşadıkları yerin yaşam kalitesini etkilemediği belirlenmiştir (120). Bizim çalışmamızın aksine farklı hasta grupları üzerinde yapılan bir çalışmada sosyal, mental ve enerji alanındaki yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları ile yaşanılan yer arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur (170). Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, konstipasyona bağlı yaşam kalitesi düzeyinin hastaların yaşadığı yerden etkilenmediğini göstermektedir (Tablo 13).

Araştırmaya alınan hastaların, sigara kullanma durumu ile KYKÖ toplam, fiziksel rahatsızlık, psikososyal rahatsızlık ve memnuniyet alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı, kaygı/endişe alt boyut puan ortalamaları ile arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Sigara kullanmayanların, kaygı/endişe alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir. Mesane kanser tanılı hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, sigara kullanma durumunun yaşam kalitesi üzerine etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (171). Farklı hasta grupları üzerinde yapılan bir çalışmada, sigara kullananların fiziksel ve ruhsal alandaki yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (170). Bu alışma sonuçlarına göre, kemoterapi alan kanser hastalarının sigarayı kaygı ve endişe ile baş etme yöntemi olarak kullandığı, buna bağlı sigara kullananların kaygı/endişe alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu düşünölebilir (Tablo 13).

Hastaların tanı, tanı yılı ile KYKÖ toplam ve tüm alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. KT kür sayısı ile fiziksel rahatsızlık alt boyut,

KT rejimi ile memnuniyet alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu fakat toplam KYKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada, uygulanan kemoterapi rejiminin yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir (172). Yapılan farklı bir çalışmada ise, küçük hücreli akciğer kanser tanılı hastaların, hastalık süresi üç aydan daha az olanların, üç ve üzeri kemoterapi siklusu olanların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (173). Kemoterapi alan kanser hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların kür sayısı arttıkça fiziksel semptomların sıklığının arttığı ve yaşam kalitelerinin azaldığı tespit edilmiştir (18). Bu sonuçlar, hastalık süresi, tedavi rejimleri ve sayıları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesinde daha büyük örneklem grubu ile çalışmaların yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır (Tablo 14).

Bu çalışmada hastaların metastaz durumu ile kaygı/endişe, fiziksel rahatsızlık ve memnuniyet alt boyut ve toplam KYKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı, psikososyal rahatsızlık alt boyutu ile anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Metastazı olan hastaların, psikososyal rahatsızlık alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir. Yapılan bir çalışmada, metastaz durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (174). Bu sonuçlara göre, kanser hastalarında metastaz olsun ya da olmasın konstipasyon semptomunun hastaların yaşam kalitelerini orta düzeyde olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır (Tablo 14).

Bu çalışmada, antiemetik ve antiülser ilaç kullanan hastaların kaygı/endişe, fiziksel rahatsızlık, psikososyal rahatsızlık alt boyut ve KYKÖ toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada, emetojenik kemoterapötik ilaç kullanımının antiemetik ilaçların kullanımını ve dolayısıyla konstipasyon gelişim riskini artırdığı ve yaşam kalitesini azalttığı saptanmıştır (159). Bu sonuçlara göre, antiemetik ilaç kullanımının konstipasyon sıklığını ve ciddiyetini artırarak yaşam kalitesini azalttığı sonucuna varılabilir.

Bu çalışmada, opioid analjezik ve antidepresan ilaç kullanan hastaların toplam KYKÖ ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Literatürde, opioid analjeziklerin bağırsak peristaltizmini azaltarak konstipasyona neden olduğu bildirilmiştir (159). Yapılan çalışmalarda bizim çalışmamızın aksine, kanser hastalarında opioide bağlı konstipasyon prevalansının yüksek olduğu buna bağlı yaşam kalitelerinin düşük olduğu tespit edilmiştir (150-152). Bu çalışma

sonuçlarına göre, hastaların konstipasyona bağlı yaşam kalitelerinin opioid analjezik ve antidepresan ilaçlardan etkilenmediği sonucuna varılabilir (Tablo 14).

Hipertansiyon hastalığı olanların kaygı/endişe, fiziksel rahatsızlık, psikososyal rahatsızlık alt boyut ve toplam KYKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Diyabet hastalığı ve hipotiroidi hastalığı ile KYKÖ ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada, herhangi bir hastalığa sahip olmayan hastaların yaşam kalitelerinin diğer hastalara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur (170). Kemoterapi alan hastalar üzerinde yapılan farklı bir çalışmada, kronik hastalığa sahip olanların fiziksel ve ruhsal alandaki yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (18). Yapılan farklı bir çalışmada, obezite, hipertansiyon ve diyabeti olan bireylerin kötü yaşam kalitesine sahip olduğu saptanmıştır (175). Bu çalışma sonuçlarına göre anlamlı olmamakla birlikte, metabolik hastalıklar ve kanser hastalığı, hastalık yükünün artmasına neden olarak yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebileceği düşünülebilir (Tablo 14).

Hemoroid hastalığı olan bireylerin, KYKÖ ve tüm alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve psikososyal rahatsızlık alt boyutu hariç diğer alt boyut ve toplam KYKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızla benzer olarak, hemoroid hastalığı olan bireylerin KYKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu saptanmıştır (159). Bu sonuçlara göre, hemoroid hastalığı konstipasyona bağlı yaşam kalitesini etkileyen önemli bir sağlık sorunu olarak tanımlanabilir (Tablo 14).

ECOG Performans Skoru ile kaygı/endişe, fiziksel rahatsızlık ve psikososyal rahatsızlık alt boyut, toplam KYKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ECOG skoru iki, üç ve dört olanların kaygı/endişe, fiziksel rahatsızlık, psikososyal rahatsızlık alt boyut ve toplam KYKÖ puan ortalamaları daha yüksektir. Bu çalışma sonuçlarına göre, prognozu kötü olan hastaların konstipasyona bağlı yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu, fiziksel ve psikolojik alandaki olumsuz etkilerinin daha yüksek olduğu sonucuna varılabilir (Tablo 14).

Alafranga tuvalet kullanan hastaların, kaygı/endişe alt boyut ve toplam KYKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Hastalık tablosu ilerledikçe, hastalar fiziksel yeti yitimine bağlı olarak tuvalet alışkanlıklarında bazı değişiklikler yaparak alafranga tuvalet kullanımına eğilim artmış

olabilir. Bu sonuç, tuvalet kullanımı ile değil hastanın hastalık prognozu ile ilişkili olabilir (Tablo 15).

Bu çalışmada, hastaların iştah durumu ile kaygı/endişe, fiziksel rahatsızlık, psikososyal rahatsızlık alt boyut ve toplam KYKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi alan kanser hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada, iştahsızlık ve konstipasyonun birlikte görüldüğü ve buna bağlı yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirlenmiştir (137). Çalışma sonuçlarına göre, iştah durumunun konstipasyona bağlı yaşam kalitesi üzerinde etkili bir faktör olduğu düşünülebilir (Tablo 15).

Kemoterapi alan kanser hastalarının, günlük sıvı tüketim miktarı ile toplam KYKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı, memnuniyet alt boyut puan ortalamaları ile arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Günlük sıvı tüketimi 1000 mililitre ve üzeri olan hastaların, memnuniyet alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir. Yapılan bir çalışmada, günlük alınan sıvı miktarı arttıkça KYKÖ toplam puan ortalamalarının azaldığı belirlenmiştir (141). Bu çalışma sonuçlarına göre, günlük sıvı tüketim miktarının konstipasyona bağlı yaşam kalitesinin memnuniyet alt boyutunu etkileyen bir faktör olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 15).

Hastaların fiziksel aktivite yapma durumu ile fiziksel rahatsızlık ve psikososyal rahatsızlık alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu çalışma sonuçlarına göre, fiziksel aktivite yapma durumunun konstipasyona bağlı yaşam kalitesini fiziksel ve psikolojik alanda etkilediği sonucuna varılabilir (Tablo 15).

Hastaların toplam KYKÖ puanı ile KCÖ'nün DT, KBT alt boyut ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve orta düzeyde korelasyona sahip olduğu görüldü. KYKÖ toplam puan ortalamaları arttıkça, DT, KBT, ağrı alt boyut ve toplam KCÖ puanı da artmaktadır. Hastalarda konstipasyon ciddiyet düzeyinin artması ve bağırsak alışkanlığı düzeninin bozulması hastaları fiziksel, psikolojik ve sosyal alanda olumsuz etkileyerek konstipasyona bağlı yaşam kalitesi düzeyini de olumsuz olarak etkilenmesine neden olabilir (Tablo 16).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Rize ili Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ayaktan kemoterapi ünitesinde ilk kez intravenöz kemoterapi protokolü uygulanan ve en az üçüncü kürünü alan kanser hastalarında, konstipasyon sıklığını belirlemek ve konstipasyonun hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Sonuçlar;

- Çalışmaya alınan hastaların konstipasyon sıklığının %31.7 oranında olduğu,
- Hastaların konstipasyon ciddiyetinin orta düzeyde (30.48 ± 13.87) olduğu,
- Kadınların, obez olanların, okuryazar olmayanların, hemoroid hastalığı olanların, ECOG performans skoru üç ve dört olanların, analjezik, antiemetik ve antiülser ilaç kullananların, iştahı kötü olanların ve hiçbir zaman fiziksel aktivite yapmayanların konstipasyon ciddiyetinin daha yüksek olduğu,
- Konstipasyonun hastaların yaşam kalitesini orta düzeyde (71.79 ± 18.74) olumsuz etkilediği,
- Kadın olanların, okuryazar olmayanların, hemoroid hastalığı olanların, ECOG performans skoru üç ve dört olanların, analjezik, antiemetik ve antiülser ilaç kullananların, alafranga tuvalet kullananların ve iştahı kötü olan hastaların konstipasyona bağlı yaşam kalitesinin daha fazla olumsuz etkilendiği saptandı.

Öneriler;

- Hemşirelere kemoterapi alan hastalarda görülen konstipasyona yönelik farkındalık eğitimlerinin oluşturulması,
- Kemoterapi protokolüne başlamadan önce hastaların konstipasyon oluşumuna yönelik risk faktörleri açısından değerlendirilmesi,
- Özellikle kadınların ve okuryazar olmayan hastaların konstipasyonun risk faktörleri, önlenmesi ve yönetimi konusunda bilgilendirilmesi,
- Kemoterapi protokolü uygulanacak hastanın, tedaviden önce mutlaka hemoroid hastalığı yönünden sorgulanması, kemoterapiye başlamadan önce hemoroid tedavisi olması konusunda bilgilendirilmesi,
- Tedavi sürecinde obez hastaların sağlıklı ve dengeli beslenme, fiziksel aktivite yapma gibi davranışlarının geliştirilerek kilo vermesinin sağlanması,

- Kemoterapi sürecinde analjezik, antiemetik ve antiülser ilaç kullanan kanser hastaların ilaç yönetimi konusunda bilgilendirilmesi ve bu ilaçların gereksiz kullanımının önlenmesi,
- İştahı kötü olan hastalar için diyetisyen ile iş birliği yapılarak sağlıklı ve dengeli beslenme alışkanlıklarının kazandırılması ve sürdürülmesi,
- Fiziksel aktivite yapmayan hastaların, tolere edebileceği düzeyde fiziksel aktivite yapması konusunda bilgilendirilmesi ve teşvik edilmesi,
- Uygulanacak farklı hemşirelik uygulamalarının konstipasyon sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini ortaya koyacak deneysel tipte çalışmaların yapılması önerilebilir.



7. KAYNAKLAR

1. Demirsoy G (2008). Jinekolojik onkoloji hastalarında kemoterapiye bağılı semptomların yönetimi. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
2. Bahar A, Ovayolu Ö, Ovayolu N (2019). Onkoloji hastalarında sık karşılaşılan semptomlar ve hemşirelik yönetimi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 6(1): 42-58.
3. Baykara O (2016). Kanseri tedavisinde güncel yaklaşımlar. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 5(3): 154-165.
4. World Health Organization (2020). Cancer [online]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars>. [Accessed 11 June 2021].
5. Küçüköğlü E (2019). Kemoterapi alan hastaların bakım verenlerinin karşılanmamış gereksinimleri, bakım yükü, anksiyete ve depresyon düzeyleri. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara.
6. Şıra FS (2007). Kemoterapi alan onkoloji hastalarında semptomların değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
7. Mollaoğlu M, Erdoğan G (2014). Effect on symptom control of structured information given to patients receiving chemotherapy. European Journal of Oncology Nursing 18(1): 78-84.
8. Escalante J, McQuade RM, Stojanovska V, Nurgali K (2017). Impact of chemotherapy on gastrointestinal functions and the enteric nervous system. Maturitas 105: 23-29.
9. Öksüz E, Barış N, Arslan F, Ateş MA (2013). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin psikiyatrik semptom düzeyleri ve bakım verme yükleri. Anatolian Journal of Clinical Investigation 7(1): 24-30.
10. Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş (2013). Kanseri tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 12(3): 219-224.

11. Duran ET (2011). Kanser tedavisinin yan etkilerine yönelik alternatif uygulamalar. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 18(2): 72-77.
12. Genç A, Oğuz S (2018). Kanserli hastalarda progresif gevşeme egzersizlerinin kemoterapinin yan etkileri üzerine etkisi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 5: 517-524.
13. Oun R, Moussa YE, Wheate NJ (2018). The side effects of platinum-based chemotherapy drugs: a review for chemists. Dalton Transactions 47(19): 6645-6653.
14. Korkmaz M (2011). Kabızlık yakınması olan hastanın birinci basamakta yönetimi. Konuralp Tıp Dergisi 3(3): 35-41.
15. Temiz G (2016). Kemoterapi uygulanan kanserli hastalarda yaşam kalitesinin ve sağlık bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. Doktora tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
16. McQuade RM, Stojanovska V, Abalo R, Bornstein JC, Nurgali K (2016). Chemotherapy-induced constipation and diarrhea: pathophysiology, current and emerging treatments. Frontiers in Pharmacology 7(414): 1-14.
17. Wong ML, Paul SM, Cooper BA, Dunn LB, Hammer MJ, Conley YP, Miaskowski C (2017). Predictors of the multidimensional symptom experience of lung cancer patients receiving chemotherapy. Supportive Care in Cancer 25(6): 1931-1939.
18. Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya Y, Altın T, Deniz Ü (2005). Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 21(1): 13-31.
19. Akin S, Can G, Aydiner A, Ozdilli K, Durna Z (2010). Quality of life, symptom experience and distress of lung cancer patients undergoing chemotherapy. European Journal of Oncology Nursing 14(5): 400-409.
20. Karabulutlu Ö (2009). Kemoterapi alan hastalarda semptom yönetimi ve yaşam kalitesinin sürdürülmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 17(3): 218-225.
21. Dalay N, Buyru N (2014). Kanser Sorunu: Kanser Biyolojisi. Can G (Ed.), Onkoloji Hemşireliği, 7-17. https://www.researchgate.net/publication/320259238_Onkoloji_Hemşireliği

22. Ayık DB, Can G (2020). Palyatif bakım hastalarında konstipasyonun yönetimi ve akupresürün etkinliği. Sağlık Akademisyenleri Dergisi 7(2): 141-148.
23. Açıkgöz A, Yıldız EA (2017). Meme kanseri etiyolojisi ve risk faktörleri. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi 5(1): 45-56.
24. Erdem SS, Yılmaz M, Yıldırım H, Mayda AS, Bolu F, Durak AA, Şener Ö (2017). Düzce’de yaşayanların kanser ve kanser risk faktörleri hakkında bilgi düzeyi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 7(1): 1-10.
25. Çelik AS (2014). Radyoterapi sonucu gelişen yan etkiler ve hemşirelik yaklaşımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 3(3): 933-947.
26. Barbaros MB, Dikmen M (2015). Kanser immünoterapisi. Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Fen Bilimleri Dergisi 31(4): 177-182.
27. Özlük AA, Oytun MG, Güneç D (2017). Kanser immünoterapisi. İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Transplantasyon Dergisi 2(1): 21-23.
28. Kearney N, Miller M, Maguire R, et al (2008). WISECARE+: Results of a European study of a nursing intervention for the management of chemotherapy-related symptoms. European Journal of Oncology Nursing 12(5): 443-448.
29. Sridhar T, Symonds RP (2009). Principles of chemotherapy and radiotherapy. Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine 19(3): 61-67.
30. Bhosle J, Hall G (2009). Principles of cancer treatment by chemotherapy. Cancer Treatment 27(4): 173-177.
31. Sakin A, Ölmez ÖF (2017). Kanserde palyatif tedaviler: palyatif kemoterapi uygulamaları. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 10(3): 261-266.
32. Bayraktar S, Bayraktar UD, Rocha-Lima CM (2010). Recent developments in palliative chemotherapy for locally advanced and metastatic pancreas cancer. World Journal of Gastroenterology 16(6): 673-682.
33. O'Connor ES, Greenblatt D, LoConte NK, Gangnon RE, Liou JI, Heise CP, Smith MA (2011). Adjuvant chemotherapy for stage II colon cancer with poor prognostic features. Journal of Clinical Oncology 29(25): 3381-3388.

34. Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A (2006). Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 10(1): 15-28.
35. Yokuş B, Çakır DÜ (2012). Kanser biyokimyası. Dicle Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi 1(2): 7-18.
36. Kurtman C (2018). Radyobiolojide hücre siklusu, 5r ve hasar. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi 17(1): 25-29.
37. Akdemir N, Can G (2020). Onkoloji. Akdemir N, Birol L (Ed.), İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Akademisyen Kitabevi, Ankara, Sayfa: 358-361.
38. Temel MK (2015). Sitotoksik kemoterapötiklerin yirminci yüzyıldaki gelişimi. Türk Onkoloji Dergisi 30(2): 96-108.
39. Kondon, Takahashi A, Ono K, Ohnishi T (2010). DNA damage induced by alkylating agents and repair pathways. Journal of Nucleic Acids 2010: 1-7.
40. Corrie PG (2008). Cytotoxic chemotherapy: clinical aspects. Medicine 36(1): 24-28.
41. Schirmacher V (2019). From chemotherapy to biological therapy: a review of novel concepts to reduce the side effects of systemic cancer treatment. International Journal of Oncology 54(2): 407-419.
42. Cheung-Ong K, Giaever G, Nislow C (2013). DNA-damaging agents in cancer chemotherapy: serendipity and chemical biology. Chemistry & Biology 20(5): 648-659.
43. Moudi M, Go R, Yien CYS, Nazre M (2013). Vinca alkaloids. International Journal of Preventive Medicine 4(11): 1231-1235.
44. Iwamoto T (2013). Clinical application of drug delivery systems in cancer chemotherapy: review of the efficacy and side effects of approved drugs. Biological and Pharmaceutical Bulletin 36(5): 715-718.
45. Fırat O, Yıldız İ (2020). Topoizomeraz II enzim inhibitörleri. Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi 44(2): 356-372.
46. Esercan TY, Merih YD (2010). Kemoterapide semptomların yönetimi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 41(1): 35-42.

47. Atay S (2015). Kanserli hastalarda istatistiksel yöntemle belirlenen semptom kümeleri: literatür incelemesi. *Türk Onkoloji Dergisi* 30(4): 175-187.
48. Gelin D, Ulus B (2015). Hastanede kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 6(1): 31-35.
49. Çelik, GHT (2016). Onkoloji hemşireliğinde semptom yönetimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 5(4): 93-100.
50. Kurt B, Kapucu S (2018). Meme kanserli hastalarda progresif gevşeme egzersizlerinin kemoterapi semptomlarına etkisi: literatür derlemesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 11(2): 235-249.
51. Özkan İ, Çınar S (2009). Kanserli hastalarda yorgunluk. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 17(1): 61-68.
52. Demiralp M, Oflaz F, Komurcu S (2010). Effects of relaxation training on sleep quality and fatigue in patients with breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy. *Journal of Clinical Nursing* 19(7-8): 1073-1083.
53. Arslan M, Özdemir L (2015). Kemoterapiye bağlı gelişen bulantı-kusmanın yönetiminde kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri. *Türk Onkoloji Dergisi* 30(2): 82-89.
54. Kurt S, Unsar S (2011). Assessment of symptom control in patients with cancer in Northwestern Turkey. *European Journal of Oncology Nursing* 15(2): 137-144.
55. Turini M, Piovesana V, Ruffo P, Ripellino C, Cataldo N (2015). An assessment of chemotherapy-induced nausea and vomiting direct costs in three EU countries. *Drugs in Context* 4: 1-7.
56. Sánchez-Lara K, Ugalde-Morales E, Motola-Kuba D, Green D (2013). Gastrointestinal symptoms and weight loss in cancer patients receiving chemotherapy. *British Journal of Nutrition* 109(5): 894-897.
57. McGarvey EL, Baum LD, Pinkerton RC, Rogers LM (2001). Psychological sequelae and alopecia among woman with cancer. *Cancer Practice* 9(6): 283-289.
58. Ateş S, Olgun N (2014). Kemoterapiye bağlı alopesi ve yaşam kalitesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 1(1): 67-80.

59. Berk D (2018). Kemoterapi alan kanser hastalarında mukozit yönetimi. Sağlık ve Toplum Dergisi 28(3): 10-15.
60. Kiki İ (2014). Kemoterapiye bağlı mukozit. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 24(1): 158-161.
61. Al-Ansari S, Zecha JA, Barasch A, de Lange J, Rozema FR, Raber-Durlacher JE (2015). Oral mucositis induced by anticancer therapies. Current Oral Health Reports 2(4): 202-211.
62. Chaveli-López B, Bagán-Sebastián JV (2016). Treatment of oral mucositis due to chemotherapy. Journal of Clinical and Experimental Dentistry 8(2): e201-e209.
63. Chaveli-López B (2014). Oral toxicity produced by chemotherapy: a systematic review. Journal of Clinical and Experimental Dentistry 6(1): e81-e90.
64. Çıtlak K, Kapucu S (2015). Kemoterapi alan hastalarda görülen oral mukozitin önlemesi ve tedavisinde güncel yaklaşımlar: kanıta dayalı uygulamalar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2(1): 70-77.
65. Marcus DA (2011). Epidemiology of cancer pain. Current Pain and Headache Reports 15(4): 231-234.
66. Van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, Van Kleef M, Patijn J (2007). Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. Annals of Oncology 18(9): 1437-1449.
67. Neufeld NJ, Elnahal SM, Alvarez RH (2017). Cancer pain: a review of epidemiology, clinical quality and value impact. Future Oncology 13(9): 833-841.
68. Money S, Garber B (2018). Management of cancer pain. Current Emergency and Hospital Medicine Reports 6(4): 141-146.
69. Hauner K, Maisch P, Retz M (2017). Nebenwirkungen der chemotherapie. Der Urologe 56(4): 472-479.
70. Busti F, Marchi G, Ugolini S, Castagna A, Girelli D (2018). Anemia and iron deficiency in cancer patients: role of iron replacement therapy. Pharmaceuticals 11(4): 94-108.

71. Hitron A, Steinke D, Sutphin S, Lawson A, Talbert J, Adams V (2011). Incidence and risk factors of clinically significant chemotherapy-induced thrombocytopenia in patients with solid tumors. *Journal of Oncology Pharmacy Practice* 17(4): 312-319.
72. Kuter DJ (2015). Managing thrombocytopenia associated with cancer chemotherapy. *Oncology* 29(4): 282-282.
73. Parameswaran R, Lunning M, Mantha S, Devlin S, Hamilton A, Schwartz G, Soff G (2014). Romiplostim for management of chemotherapy-induced thrombocytopenia. *Supportive Care in Cancer* 22(5): 1217-1222.
74. Stein A, Voigt W, Jordan K (2010). Chemotherapy-induced diarrhea: pathophysiology, frequency and guideline-based management. *Therapeutic Advances in Medical Oncology* 2(1): 51-63.
75. Diaz R, Kober KM, Viele C, Cooper BA, Paul SM, Hammer M, Miaskowski C (2020). Distinct diarrhea profiles during outpatient chemotherapy. *Supportive Care in Cancer* 29: 2363-2373.
76. Dilek İ (2010). Kemoterapide toksisite değerlendirmesi. XXXVI. Ulusal Hematoloji Kongresi, Antalya, 3-7 Kasım 2010, 63-70.
77. Mardas M, Madry R, Stelmach-Mardas M (2017). Link between diet and chemotherapy related gastrointestinal side effects. *Contemporary Oncology* 21(2): 162-167.
78. Akçay D, Gözüm S (2012). Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda, kemoterapinin yan etkilerine ilişkin verilen eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi* 8(4): 191-199.
79. Hintistan S, Çilingir D, Nural N, Gürsoy AA (2012). Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 1(3): 153-164.
80. Lin MF, Hsieh YJ, Hsu YY, Fetzer S, Hsu MC (2011). A randomised controlled trial of the effect of music therapy and verbal relaxation on chemotherapy-induced anxiety. *Journal of Clinical Nursing* 20(7-8): 988-999.
81. Gensic ME, Smith BR, LaBarbera DM (2017). The effects of effleurage hand massage on anxiety and pain in patients undergoing chemotherapy. *Journal of the American Academy of Physician Assistants* 30(2): 36-38.

82. Garcia, S. (2014). İlk kez kemoterapi alan hastalarda eğitimin anksiyete düzeyleri üzerindeki etkileri: bütünleştirici bir inceleme. *Onkoloji Hemşireliği Klinik Dergisi* 18(5): 516-521.
83. Karagozoglu S, Tekyasar F, Yilmaz FA (2013). Effects of music therapy and guided visual imagery on chemotherapy-induced anxiety and nausea–vomiting. *Journal of Clinical Nursing* 22(1-2): 39-50.
84. Hayama Y, Inoue T (2012). The effects of deep breathing on ‘tension–anxiety’ and fatigue in cancer patients undergoing adjuvant chemotherapy. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 18(2): 94-98.
85. Chintamani, Gogne A, Khandelwal R, Tandon M, Jain S, Kumar Y, Saxena S (2011). The correlation of anxiety and depression levels with response to neoadjuvant chemotherapy in patients with breast cancer. *Journal of the Royal Society of Medicine Short Reports* 2(3): 1-5.
86. Souza BFD, Moraes JAD, Inocenti A, Santos MAD, Silva AEBDC, Miaso AI (2014). Women with breast cancer taking chemotherapy: depression symptoms and treatment adherence. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 22(5): 866-873.
87. Aleme AM, Bahna H (2012). Evaluation of constipation. *Clinics in Colon and Rectal Surgery* 25(1): 5-11.
88. Sobrado CW, Corrêa Neto IJF, Pinto RA, Sobrado LF, Nahas SC, Cecconello I (2018). Diagnosis and treatment of constipation: a clinical update based on the Rome IV criteria. *Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)* 38(2): 137-144.
89. Rao SS, Rattanakovit K, Patcharatrakul T (2016). Diagnosis and management of chronic constipation in adults. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology* 13(5): 295-305.
90. Jamshed N, Lee ZE, Olden KW (2011). Diagnostic approach to chronic constipation in adults. *American Family Physician* 84(3): 299-306.
91. Forootan M, Bagheri N, Darvishi M (2018). Chronic constipation: a review of literature. *Medicine* 97(20): 1-9.
92. Basilisco G, Coletta M (2013). Chronic constipation: a critical review. *Digestive and Liver Disease* 45(11): 886-893.

93. Andromanakos NP, Pinis SI, Kostakis AI (2015). Chronic severe constipation: current pathophysiological aspects, new diagnostic approaches, and therapeutic options. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 27(3): 204-214.
94. Camilleri M, Ford AC, Mawe GM, Dinning PG, Rao SS, Chey WD, Chang L (2017). Chronic constipation. *Nature Reviews Disease Primers* 3(1): 1-19.
95. Costilla VC, Foxx-Orenstein AE (2014). Constipation in adults: diagnosis and management. *Current Treatment Options in Gastroenterology* 12(3): 310-321.
96. McMillan SC, Toftthagen C, Small B, Karver S, Craig D (2013, May). Trajectory of medication-induced constipation. *Oncology Nursing Forum* 40(3): 92-100.
97. Öztürk N, Kocabıyık BÇ, Arıkan F, Coşkun HŞ (2020). Kanser hastalarında konstipasyon sıklığı ve gelişme riskinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 13(3): 178-184.
98. Topcuoğlu P (2007). Gastrointestinal sistem toksisitesi. *Hematolojide Destek Tedavileri ve Enfeksiyonlar Kursu, Erzurum, 16-18 Kasım 2007*, 35-45.
99. Ghobrial IM, Rajkumar SV (2003). Management of thalidomide toxicity. *The Journal of Supportive Oncology* 1(3): 194-205.
100. f-Dai Q, Yan H, Wu X, Liu Y, Huang F, Dong X (2020). Effectiveness and safety of adjunctive traditional Chinese medicine therapy for constipation after cancer chemotherapy: a protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine* 99(34): 1-5.
101. Sullivan CW, Leutwyler H, Dunn LB, Cooper BA, Paul SM, Levine JD, Miaskowski CA (2018). Stability of symptom clusters in patients with breast cancer receiving chemotherapy. *Journal of Pain and Symptom Management* 55(1): 39-55.
102. Gibson RJ, Keefe DM (2006). Cancer chemotherapy-induced diarrhoea and constipation: mechanisms of damage and prevention strategies. *Supportive Care in Cancer* 14(9): 890-900.
103. Bag B (2014). Kanser hastalarında depresyon. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 6(2): 186-198.
104. Johanson JF, Kralstein J (2007). Chronic constipation: a survey of the patient perspective. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics* 25(5): 599-608.

105. Dhingra L, Shuk E, Grossman B, Strada A, Wald E, Portenoy A, Portenoy R (2013). A qualitative study to explore psychological distress and illness burden associated with opioid-induced constipation in cancer patients with advanced disease. *Palliative Medicine* 27(5): 447-456.
106. Anthony LB, Chauhan A (2018). Diarrhea, constipation and obstruction in cancer management. Olver I (Ed.) *The MASCC Textbook of Cancer Supportive Care and Survivorship*. Springer Cham, Sayfa: 421-436.
107. Korkut E, Özden A (2017). Kronik konstipasyon tedavisi ve polietilen glükol. *Güncel Gastroenteroloji* 21(4): 334-336.
108. Bayan K (2017). Konstipasyona güncel yaklaşım. *Klinik Tıp Bilimleri Dergisi* 5(2): 24-29.
109. Liu LWC (2011). Chronic constipation: current treatment options. *Canadian Journal of Gastroenterology* 25: 22-28.
110. Lacy BE, Levenick JM, Crowell M (2012). Chronic constipation: new diagnostic and treatment approaches. *Therapeutic Advances in Gastroenterology* 5(4): 233-247.
111. Gyawali B, Hayashi N, Tsukuura H, Honda K, Shimokata T, Ando Y (2015). Opioid-induced constipation. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 50(11): 1331-1338.
112. Tack J, Müller-Lissner S, Stanghellini V, Boeckxstaens G, Kamm MA, Simren M, Fried M (2011). Diagnosis and treatment of chronic constipation-a European perspective. *Neurogastroenterology & Motility* 23(8): 697-710.
113. Uğur Ö (2014). Kanser hastasının semptom yönetimi. *Türk Onkoloji Dergisi* 29(3): 125-135.
114. Serra J, Mascort-Roca J, Marzo-Castillejo M, Aros SD, Santos JF, Rubio ERD, Manrique FM (2017). Clinical practice guidelines for the management of constipation in adults. Part 2: Diagnosis and treatment. *Gastroenterología y Hepatología (English Edition)* 40(4): 303-316.
115. Davies A, Leach C, Caponero R, Dickman A, Fuchs D, Paice J, Emmanuel A (2020). MASCC recommendations on the management of constipation in patients with advanced cancer. *Supportive Care in Cancer* 28(1): 23-33.

116. Boylu AA, Paçacıoğlu B (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi 8(15): 137-150.
117. Albayrak A, Yıldırım İ, Kurt E (2019). Kanseri hastalarında yaşam kalitesini etkileyen din ve maneviyat üzerine teorik yaklaşımlar. Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi 21(40): 349-376.
118. Müezzinoğlu T (2005). Yaşam kalitesi. Üroonkolji Bülteni 1: 25-29.
119. Çivi S, Kutlu R, Çelik HH (2011). Kanseri hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Gülhane Tıp Dergisi 53(4): 248-253.
120. Gülcivan G, Topçu B (2017). Meme kanseri hastalarının yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Namık Kemal Tıp Dergisi 5(2): 63-74.
121. Nour-Eldein H, Salama HM, Abdulmajeed AA, Heissam KS (2014). The effect of lifestyle modification on severity of constipation and quality of life of elders in nursing homes at Ismailia city, Egypt. Journal of Family & Community Medicine 21(2): 100-106.
122. Akman G (2016). Kolorektal kanseri hastalarda yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim dalı, Sakarya.
123. Tvistholm N, Munch L, Danielsen AK (2017). Constipation is casting a shadow over everyday life-a systematic review on older people's experience of living with constipation. Journal of Clinical Nursing 26(7-8): 902-914.
124. Öztürk MH, Kılıç SP (2019). Effective of education on quality of life and constipation severity in patients with primary constipation. Patient Education and Counseling 102(2): 316-323.
125. Cheng QM, Kong CQ, Chang SY, Wei AH (2013). Effects of psychological nursing intervention on personality characteristics and quality of life of patients with esophageal cancer. Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology 37(3): 283-288.
126. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM (2013) OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Version. [online]. Available from: https://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm. [Accessed 15.03.2020].

127. Zhe H (2016). The assesment and management of constipation among patients with advanced cancer in a palliative care ward in China: a best practice implementation project. *JB I Database of Systematic Reviews Implementation Reports* 14(5): 295-309.
128. Gonzales LK, Delmastro MA, Boyd DM, Sterling ML, Aube PA, Le RN, et al. (2016). Adjusting bowel regimens when prescribing opioids in women receiving palliative care in the acute care setting. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 33(7): 663-668.
129. Bilgiç Ş, Dilek F, Arslan HSA, Ünal A (2016). Bir huzurevinde yaşayan yaşlıların konstipasyon durumları ve etkileyen faktörler. *Uluslararası Temel ve Klinik Tıp Dergisi* 4(1): 9-16.
130. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, et al. (1982). Toxicity and response criteria of the eastern cooperative oncology group. *American Journal of Clinical Oncology* 5(6): 649-656.
131. Lewis SJ, Heaton KW (1997). Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 32(9): 920-924.
132. Varma MG, Wang JY, Berian JR, Patterson TR, McCrea GL, Hart SL (2008). The constipation severity instrument: a validated measure. *Diseases of the Colon and Rectum* 51(2): 162-172.
133. Kaya N, Turan N (2011). Konstipasyon ciddiye ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliliği. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 31(6): 1491-1501.
134. Marquis P, De La Loge C, Dubois D, McDermott A, Chassany O (2005). Development and validation of the patient assessment of constipation quality of life questionnaire. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 40(5): 540-551.
135. Dedeli Ö, Turan G, Fadiloğlu Ç, Bor S (2007). Konstipasyon yaşam kalitesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Medical Network Journal of İnternal Medicine* 2(1-2): 36-43.
136. Üstündağ S (2013). Kemoterapi alan kanser hastalarının semptom yönetiminde kullandıkları tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarının yaşam kalitesine etkisi. Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara.

137. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Kimura F (2009). Symptom prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy. *Journal of Pain and Symptom Management* 37(5): 823-830.
138. Higgins PD, Johanson JF (2004). Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. *American Journal of Gastroenterology* 99(4): 750-759.
139. Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C (2011). Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 25(1): 3-18.
140. Yurdakul İ (2004). Konstipasyon. *Gastroenterolojide klinik yaklaşım. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Gastroenterolojide Klinik Yaklaşım Sempozyum Dizisi No: 38, İstanbul, Mart 2004, 121-132.*
141. Turan N, Kaya Nurten, Kaya H, Öztürk A, Eskimez Z, Yalçın N (2011). Hemşirelik öğrencilerinin bazı değişkenler açısından konstipasyon sorunları. *Florence Nightingale Journal of Nursing* 19(3): 168-178.
142. Kaboli SA, Pourhoseingholi MA, Moghimi-Dehkordi B, Safaee A, Habibi M, Pourhoseingholi A, Vahedi M (2010). Factors associated with functional constipation in Iranian adults: a population-based study. *Gastroenterology and Hepatology From Bed to Bench* 3(2): 83-90.
143. Suares NC, Ford AC (2011). Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis. *American Journal of Gastroenterology* 106(9): 1582-1591.
144. Wald A, Mueller-Lissner S, Kamm MA, Hinkel U, Richter E, Schuijt C, Mandel KG (2010). Survey of laxative use by adults with self-defined constipation in South America and Asia: a comparison of six countries. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 31(2): 274-284.
145. Pujol JL, Viens P, Rebattu P, Laurie SA, Feld R, Deneulin A, Fandi A (2006). Gefitinib (IRESSA) with vinorelbine or vinorelbine/cisplatin for chemotherapy-naïve non-small cell lung cancer patients. *Journal of Thoracic Oncology* 1(5): 417-424.

146. Stojanovska V, Sakkal S, Nurgali K (2015). Platinum-based chemotherapy: gastrointestinal immunomodulation and enteric nervous system toxicity. *American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology* 308(4): G223-G232.
147. Yıldırım KN., Kaçmaz N, Özkan M (2013). İleri evre kanser hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri. *Psikiyatri Hemşireleri Dergisi* 4(3): 153-158.
148. Hanai A, Ishiguro H, Sozu T, Tsuda M, Arai H, Mitani A, Tsuboyama T (2016). Effects of a self-management program on antiemetic-induced constipation during chemotherapy among breast cancer patients: a randomized controlled clinical trial. *Breast Cancer Research and Treatment* 155(1): 99-107.
149. Abramowitz L, Béziaud N, Labreze L, Giardina V, Caussé C, Chuberre B, Perrot S (2013). Prevalence and impact of constipation and bowel dysfunction induced by strong opioids: a cross-sectional survey of 520 patients with cancer pain: DYONISOS study. *Journal of Medical Economics* 16(12): 1423-1433.
150. Coyne KS, Sexton C, LoCasale RJ, King FR, Margolis MK, Ahmedzai SH (2016). Opioid-induced constipation among a convenience sample of patients with cancer pain. *Frontiers in Oncology* 6: 131-137.
151. LoCasale RJ, Datto C, Margolis MK, Coyne KS (2016). Satisfaction with therapy among patients with chronic noncancer pain with opioid-induced constipation. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy* 22(3): 246-253.
152. Rumman A, Gallinger ZR, Liu LW (2016). Opioid induced constipation in cancer patients: pathophysiology, diagnosis and treatment. *Expert Review of Quality of Life in Cancer Care* 1(1): 25-35.
153. Crawford AA, Lewis S, Nutt D, Peters TJ, Cowen P, O'Donovan MC, Lewis G (2014). Adverse effects from antidepressant treatment: randomised controlled trial of 601 depressed individuals. *Psychopharmacology* 231(15): 2921-2931.
154. Demirbaş S (2010). Kronik kabızlık nedenleri, tanı yöntemleri ve tedavi yaklaşımları. *Gülhane Tıp Dergisi* 52(1): 61-68.
155. Bengi G, Yalçın M, Akpınar H (2014). Kronik konstipasyona güncel yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi* 18(1): 72-88.

156. Durgun H, Avcı AB (2021). Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin sıvı tüketimleri ile konstipasyon durumları arasındaki ilişki. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 6(1): 121-126.
157. Sanchez C, Chinn BT (2011). Hemorrhoids. Clinics in Colon and Rectal Surgery 24(1): 5-13.
158. Arora G, Mannalithara A, Mithal A, Triadafilopoulos G, Singh G (2012). Concurrent conditions in patients with chronic constipation: a population-based study. Plos One 7(10): 1-5.
159. Yücel BO, Karadağ M (2020). Girişimsel hemoroid tedavisi uygulanan hastaların tedavi öncesi yaşadıkları konstipasyon ciddiyetinin ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi. Türk Hemşireler Derneği Dergisi 1(2): 15-26.
160. Süren M, Doğru S, Önder Y, Çeltekin NY, Okan İ, Çıtıl R, Karaman S, Başol N (2015). Son dönem kanser hastalarında semptom kümelerinin incelenmesi. Ağrı Dergisi 27(1): 12-17.
161. Shen L, Huang C, Lu X, Xu X, Jiang Z, Zhu C (2019). Lower dietary fibre intake, but not total water consumption, is associated with constipation: a population-based analysis. Journal of Human Nutrition and Dietetics 32(4): 422-431.
162. Özcan BA, Saka M (2018). Fonksiyonel konstipasyonu olan yetişkin bireylerin posa, sıvı ve vitamin mineral alımlarının değerlendirilmesi. Beslenme ve Diyet Dergisi 46(3): 220-229.
163. Orhan C, Akbayrak T, Kaya, Kav T, Günel MK (2015). Fiziksel aktivite seviyesi ile konstipasyon şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi. Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation 2(2): 66-73.
164. Kaya Odabaş R, Taşpınar A (2020). Gebelikte konstipasyon görülme durumu ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 23(2): 250-258.
165. Adıgüzel L, Demirbağ BC (2020). 65 yaş ve üstü kişilerde kronik konstipasyonun yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 4(2): 71-79.

166. Belsey J, Greenfield S, Candy D, Geraint M (2010). Systematic review: impact of constipation on quality of life in adults and children. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 31(9): 938-949.
167. Tekbaş S (2010). Jinekolojik kanser hastalarında yaşam kalitesi ve tedavi bakımının etkileri. Doktora tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Edirne.
168. Dehkordi A, Heydarnejad MS, Fatehi D (2009). Quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *Oman Medical Journal* 24(3): 204-207.
169. Lutgendorf SK, Anderson B, Ullrich P, Johnsen EL, Buller RE, Sood AK, Ritchie J (2002). Quality of life and mood in women with gynecologic cancer: a one year prospective study. *Cancer* 94(1): 131-140.
170. Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H (2011). Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 11: 619-626.
171. Kulu A (2010). Mesane tümörlü hastalara uygulanan cerrahi girişimler sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Edirne.
172. Ardahan M (2006). Prostat kanserli hastalarda yaşam kalitesinin sağlıklı yaşam biçimi davranışı ilişkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 22(2): 1-14.
173. Banegas JR, López-García E, Graciani A, Guallar-Castillón P, Gutierrez-Fisac JL, Alonso J, Rodríguez-Artalejo F (2007). Relationship between obesity, hypertension and diabetes, and health-related quality of life among the elderly. *European Journal of Preventive Cardiology* 14(3): 456-462.
174. Bircan A, Berktaş B, Bayız H, Başay N, Bircan S, Berkoğlu M (2003). Effects of chemotherapy on quality of life for patients with lung cancer. *Turkish Respiratory Journal* 4(2): 61-66.
175. Altıparmak S, Fadiloğlu Ç, Gürsoy S, Altıparmak O (2011). Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Ege Tıp Dergisi* 50(2): 95-102.



EKLER

Ek 1. Hasta Bilgi Formu

KEMOTERAPİ ALAN HASTALARDA KONSTİPASYON SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Bu form, “Kemoterapi alan hastalarda konstipasyon sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi” adlı çalışmanın sorularını içermektedir. Vermiş olduğunuz bilgiler akademik amaçlı olarak kullanılacak ve bilgileriniz gizli kalacaktır. Çalışmamıza katılımınızda gönüllülük esastır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Zeynep PEHLİVAN

I. BÖLÜM: SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE İLGİLİ SORULAR

1. Yaş:
2. Cinsiyet: Kadın () Erkek ()
3. Boy: BKİ:
4. Kilo:
5. Medeni durum: Evli () Bekar ()
6. Eğitim Düzeyi: Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()
7. Yaşadığınız yer: Köy () İlçe () İl ()
8. Sigara kullanıyor musunuz? Evet () Hayır () Bırakmış ()

II. BÖLÜM: TANI VE TEDAVİ İLE İLGİLİ SORULAR

9. Tanı:
10. Kanser tanı yılı:
11. Kanserın metastazı var mı? Evet () Hayır ()
12. Kemoterapi tedavisinde kaçınıcı kürü alıyorsunuz? 3. Kür () 4. Kür () 5. Kür ve üzeri ()
13. Tedavi sırasında aldığınız kemoterapi rejimi hangisidir?.....
14. Ne kadar sürede bir kemoterapi alıyorsunuz?
Haftada bir kez () İki haftada bir kez () Üç haftada bir kez ve üzeri ()
15. KT dışında kullandığınız ilacınız var mı? Evet () Hayır ()
16. 15. soruya cevabınız evet ise aldığınız ilaçlarının türleri nelerdir?
Analjezik ()
Opiooid grubu analjezik (morfin, dopamin, contramal, durajezik bantlar...vb.) ()
Antiemetik ()
Antiülser ()
Antidepresan ()
Diğer ()
17. Kanser dışında herhangi bir hastalığınız var mı? Evet () Hayır () Evet ise nedir?
Diyabet () Hipertansiyon () Hemoroid () Hipotiroidi () Diğer ()...
18. ECOG Performans Skoru: 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

III. BÖLÜM: KEMOTERAPİ ÖNCESİ VE SONRASI DEFEKASYON ALIŞKANLIĞI İLE İLGİLİ SORULAR

19. Kemoterapi almadan önce günde kaç kez bağırsak boşaltımınızı (gaita) yapardınız?
Hiç () 1 kez () 2 kez () 3 kez () 4 kez ve üzeri ()
20. Kemoterapi almadan önce haftada kaç kez bağırsak boşaltımınızı (gaita) yapardınız?
Hiç () 1 kez () 2 kez () 3 kez () 4 kez ve üzeri ()
21. Kemoterapi aldıktan sonra günde kaç kez bağırsak boşaltımınızı (gaita) yaparsınız?
Hiç () 1 kez () 2 kez () 3 kez () 4 kez ve üzeri ()
22. Kemoterapi aldıktan sonra haftada kaç kez bağırsak boşaltımınızı (gaita) yaparsınız?
Hiç () 1 kez () 2 kez () 3 kez () 4 kez ve üzeri ()

Ek 1. (Devam)

IV. BÖLÜM: KONSTİPASYONA İLİŞKİN BAZI DEĞİŞKENLER İLE İLGİLİ SORULAR

23. Kemoterapi almaya başladıktan ne kadar süre sonra konstipasyon şikayeti yaşadınız?

Yaşamadı () 1 Hafta sonra () 2 Hafta sonra () Bir ay sonra () Diğer:.....

24. Yaşadığınız konstipasyon günlük yaşam aktivitelerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç etkilemedi () Hafif etkiledi () Çok etkiledi ()

25. Konstipasyonu önlemeye yönelik yaptığınız uygulamalar nelerdir?

Sıvı tüketimi () Bitkisel ilaç kullanımı () Kayısı, incir, elma vb. lifli besin tüketimi ()

Masaj uygulaması () Yürüyüş () İlaç kullanımı (laksatif vb.) () Diğer ()

V. BÖLÜM: TUVALET ALIŞKANLIĞINI ETKİLEYEBİLECEK FAKTÖRLER İLE İLGİLİ SORULAR

26. Bağırsak boşaltımınız için aşağıdakilerden hangisini kullanıyorsunuz?

Alaturka tuvalet () Alafranga tuvalet () Oturaklı sandalye () Sürgü () Yatak pedi ()

27. İştah durumunuz nasıldır? Kötü () Orta () İyi () Çok iyi ()

28. Günlük ortalama sıvı tüketim miktarınız: (Bardak hesabı ile hesaplanmış ve bir bardak 200 ml olarak kabul edilmiştir)

29. Ne kadar sıklıkla fiziksel aktivite yaparsınız?

Hiçbir zaman () Bazen () Sık sık () her zaman ()

(her gün günde 30 dakika yürüyüş her zaman olarak kabul edilmiştir, üç günde bir günde 30 dakika yürüyüş sık sık olarak kabul edilmiştir, haftada bir kez günde 30 dakika yürüyüş bazen olarak kabul edilmiştir)

Ek 2. Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performans Ölçeği

ECOG Performans Ölçeği	
Puan	Genel durum
0	Normal. Hastalık öncesi normal aktivitesini sürdürebilen
1	Günlük yaşantısını katlanılabilir derecede olan tümör bulguları ile sürdürebilen
2	Rahatsız edici derecede tümör bulguları olan fakat vaktinin %50'sinden fazlasını yatak dışında geçiren
3	Ciddi derecede rahatsız olan ve vaktinin %50'sinden fazlasını yatağa bağlı sürdürmek zorunda kalan
4	Çok rahatsız durumda olan ve tüm vaktini yatağa bağlı olarak geçiren
5	Ölü

Ek 3. Bristol Dışkı Kıvamı Skalası

BRİSTOL DIŞKI KIVAMI SKALASI

Genelde dışkı şekliniz aşağıdaki dışkı formlarından hangisine benzemekte? (Lütfen cevabınızı yuvarlak içine alınız)

BRİSTOL DIŞKI KIVAMI SKALASI

TİP 1

Fındık-ceviz gibi ayrı ayrı topaklar halinde



TİP 2

Sosis şeklinde birleşik topaklar halinde



TİP 3

Sosis gibi, yüzeyinde çatlaklar var



TİP 4

Sosis gibi, yüzeyi düz



TİP 5

Lapa gibi yumuşak, ayrı ayrı parçalar halinde



TİP 6

Sulu lapa gibi (koyu çorba kıvamında)



TİP 7

Su gibi, kab parçacık yok

TAMAMEN SIVI

Ek 4. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ)

Lütfen aşağıdaki sorulardan size en uygun olan tek yanıtı işaretleyiniz.

Dışkı Tıkanıklığı Alt Ölçeği

1. Yetersiz Dışkılama (Bağırsakları tam boşaltamama):

A) Bağırsakları tam boşaltamama sorununu ne sıklıkta yaşarsınız.

- | | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| (0) Asla
bu sorunu
yaşamam | (1) Nadiren
bu sorunu yaşarım | (2) Bazen
bu sorunu yaşarım | (3) Genellikle
bu sorunu yaşarım | (4) Her zaman
bu sorunu yaşarım |
|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|

(2.soruya geçiniz)

B) Bu belirti (bağırsakları tam boşaltamama) sizin için ne kadar ciddidir?

- | | | | | |
|---|-----------|--|-----------|--|
| (1) Hiç ciddi değil
(Çoğu kez bu tür
bir dışkılama
sorunum yoktur) | (2) Hafif | (3) Biraz ciddi
(Büyük abdeste çıktıktan
sonra hala
bağırsaklarımda dışkı
kalır) | (4) Ciddi | (5) Son derece ciddi
(Dışkı nedeni ile makatımda
sürekli basınç hissedirim /
tekrar tekrar tualete giderim) |
|---|-----------|--|-----------|--|

C) Bu durum, sizi ne kadar rahatsız eder?

- | | | | | |
|---------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| (1) Hiç
rahatsız etmez | (2) Biraz
rahatsız eder | (3) Oldukça
rahatsız eder | (4) Çok
rahatsız eder | (5) Son derece
rahatsız eder |
|---------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------------------|

2. Dışkılamada zorluk/güçlük:

A) Dışkılama sırasında zorluğu/güçlüğü hangi sıklıkla hissedersiniz?

- | | | | | |
|-----------------------|---------------------------|-------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| (0) Asla
Hissetmem | (1) Nadiren
hissederim | (2) Bazen
hissederim | (3) Genellikle
hissederim | (4) Her
zaman
hissederim |
|-----------------------|---------------------------|-------------------------|------------------------------|--------------------------------|

(3.soruya geçiniz)

B) Bu durum sizin için ne kadar ciddidir?

- | | | | | |
|---|-----------|--|-----------|---|
| (1) Hiç ciddi değil
(Biraz ıkınıyorum) | (2) Hafif | (3) Oldukça ciddi
(Ciddi şekilde
ıkınıyorum) | (4) Ciddi | (5) Son derece ciddi
(Karnıma bastırıyorum,
inliyorum ve ciddi şekilde
ıkınıyorum) |
|---|-----------|--|-----------|---|

C) Bu durum sizi ne kadar rahatsız eder?

- | | | | | |
|---------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| (1) Hiç
rahatsız etmez | (2) Biraz
rahatsız eder | (3) Oldukça
rahatsız eder | (4) Çok
rahatsız eder | (5) Son derece
rahatsız eder |
|---------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------------------|

Kalın Bağırsak Tembelliği Alt Ölçeği

3. Bağırsak alışkanlığında sıkıntı yaşadığınız bir dönemi düşünün: Bir ay boyunca, genellikle kaç kez büyük abdeste çıkarsınız? (Lütfen sadece bir tanesini işaretleyiniz)

- 0 () Bağırsak alışkanlıklarımda asla sıkıntı yaşamam.
- 1 () Her gün büyük abdeste çıkarım
- 2 () Haftada birkaç kez büyük abdeste çıkarım
- 3 () Haftada bir kez büyük abdeste çıkarım
- 4 () İki haftada bir kez büyük abdeste çıkarım
- 5 () Ayda bir kez büyük abdeste çıkarım

4. 3 günde bir kereden daha az dışkılama:

A) “3 günde bir kereden daha az dışkılama” sorununu hangi sıklıkla hissedersiniz?

- | | | | | |
|-----------------------|---------------------------|-------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| (0) Asla
Hissetmem | (1) Nadiren
hissederim | (2) Bazen
hissederim | (3) Genellikle
hissederim | (4) Her zaman
hissederim |
|-----------------------|---------------------------|-------------------------|------------------------------|-----------------------------|

(5. soruya geçiniz)

Ek 4. (Devam)

B) Bu belirti (dışkılamanın sık olmaması) sizin için ne kadar ciddidir?

(1) Hiç ciddi değil (Hemen hemen her gün büyük abdeste çıkarım)	(2) Hafif	(3) Biraz ciddi (Haftada 1-2 kez büyük abdeste çıkarım)	(4) Ciddi	(5) Son derece ciddi (4 haftaya kadar büyük abdeste çıkamadığım olur)
--	-----------	--	-----------	--

C) Bu belirti (dışkılamanın sık olmaması) sizi ne kadar rahatsız eder?

(1) Hiç rahatsız etmez	(2) Biraz rahatsız eder	(3) Oldukça rahatsız eder	(4) Çok rahatsız eder	(5) Son derece rahatsız eder
------------------------	-------------------------	---------------------------	-----------------------	------------------------------

5. Boşaltım Gereksinimi Hissinde Yetersizlik:

A) Büyük abdestinizin geldiğini hissetmeme sorunuz, sizin için ne kadar ciddidir?

(0) Asla böyle bir sorunum olmaz.	(1) Hiç sorun değil (Boşaltım ihtiyacını gayet iyi hissedirim)	(2) Hafif	(3) Biraz ciddi bir sorun (Boşaltım ihtiyacını belli belirsiz hissedebilirim)	(4) Ciddi bir sorun
-----------------------------------	---	-----------	--	---------------------

B) Büyük abdestinizin geldiğini hissetmeme sorunuz, sizi ne kadar rahatsız eder?

(0) Asla rahatsız etmez	(1) Hiç rahatsız etmez	(2) Biraz rahatsız eder	(3) Oldukça rahatsız eder	(4) Çok rahatsız eder
-------------------------	------------------------	-------------------------	---------------------------	-----------------------

Ağrı Alt Ölçeği:

Bağırsak Sorunlarına Bağlı Makat Ağrısı:

6. Geçen ay boyunca, ortalama olarak, makatınızdaki ağrı ne kadar şiddetliydi?

(0) Ağrı hissetmedim	(1) Hafif	(2) Biraz şiddetli	(3) Şiddetli	(4) Son derece şiddetli
----------------------	-----------	--------------------	--------------	-------------------------

7. Şu an, makatınızdaki ağrı düzeyini belirtiniz.

(0) Ağrı yok	(1) Hafif	(2) Biraz şiddetli	(3) Şiddetli	(4) Son derece şiddetli
--------------	-----------	--------------------	--------------	-------------------------

8. Makatınızdaki ağrıdan dolayı ne kadar rahatsızsınız?

(0) Hiç rahatsız değilim	(1) Hafif	(2) Biraz rahatsızım	(3) Ciddi	(4) Çok ciddi rahatsızım
--------------------------	-----------	----------------------	-----------	--------------------------

9. Geçen ay boyunca, büyük abdeste çıkarken veya sonrasında ne sıklıkta kanamanız oldu?

(0) Asla	(1) Nadiren	(2) Ara sıra	(3) Genellikle	(4) Her zaman
----------	-------------	--------------	----------------	---------------

Ek 5. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ)

Aşağıdaki sorular son 2 hafta boyunca kabızlığın günlük hayatınızdaki etkilerini ölçmek için düzenlenmiştir. Lütfen her soru için yalnızca bir kutuya işaret koyunuz.

Aşağıdaki sorular kabızlığa bağlı şikayetlerinizi sorgulamaktadır. Geçen 2 hafta boyunca ne ölçüde ya da yoğunlukta;					
	Hiç	Oldukça az	Biraz	Oldukça fazla	Çok fazla
1)Patlama derecesinde şişkinlik hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
2)Kabız olduğunuz için ağırlık hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐

Bundan sonraki birkaç soru kabızlık şikayetinizin günlük hayatınızı nasıl etkilediği hakkında sorulmaktadır. Son 2 hafta boyunca ne sıklıkta;					
	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
3)Herhangi bir fiziksel rahatsızlık hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
4)Büyük abdest yapmaya ihtiyaç duyduğunuz halde yapamadığınız oldu?	☐	☐	☐	☐	☐
5)Diğer insanlarla birlikte olmaktan utandınız?	☐	☐	☐	☐	☐
6)Büyük abdestinizi yapamadığınız için yemek miktarınızı azalttınız?	☐	☐	☐	☐	☐

Bundan sonraki bir kaç soru kabızlığın günlük yaşamınızı nasıl etkilediği hakkında sorulmaktadır. Son 2 hafta boyunca ne ölçüde ya da sıklıkta;					
	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
7)Yediklerinize dikkat etmek zorunda hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
8)İştahınız azaldı?	☐	☐	☐	☐	☐
9)Ne yemeniz gerektiğini seçmek konusunda endişelendiniz? (Örneğin bir arkadaşınızın evinde)	☐	☐	☐	☐	☐
10)Ev dışında her hangi bir yerde çok uzun süre tuvalette kalmanızdan dolayı utandınız?	☐	☐	☐	☐	☐
11)Ev dışında bir yerde tuvalete çok sık gitmekten utandınız?	☐	☐	☐	☐	☐
12)Günlük rutin yaşamınızı değiştirmeniz gerektiği konusunda kaygılarınız oldu? (Örneğin; seyahat etmek, evden dışarı çıkmak gibi)	☐	☐	☐	☐	☐

Ek 5. (Devam)

Bundan sonraki bir kaç soru kabızlığın günlük yaşamınızı nasıl etkilediği hakkında sorulmaktadır. Son 2 hafta boyunca ne ölçüde ya da sıklıkta;					
	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
13)Durumunuzdan dolayı huzursuz hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
14)Durumunuzdan dolayı üzgün hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
15)Durumunuz kafanıza takıldı?	☐	☐	☐	☐	☐
16) Durumunuzdan dolayı stresli hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
17) Durumunuzdan dolayı kendinize güveninizin azaldığını hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
18)Durumunuzun kontrolünüz altında olduğunu hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐

Bundan sonraki bir kaç soru kabızlıkla ilgili hissettikleriniz hakkında sorulmaktadır. Son 2 hafta boyunca ne ölçüde ya da sıklıkta;					
	Hiç	Oldukça az	Biraz	Oldukça fazla	Çok fazla
19. Büyük abdest yapmaya gideceğinizi bilememekten endişelendiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
20. Büyük abdestinizi yapamayacağınızdan endişelendiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
21. Büyük abdestinizi yapamamaktan dolayı rahatsızlığınız arttı?	☐	☐	☐	☐	☐

Bundan sonraki bir kaç soru kabızlıkla ilgili hissettikleriniz hakkında sorulmaktadır. Son 2 hafta boyunca ne sıklıkta;					
	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
22.Durumunuzun kötüye gideceğini düşünerek kaygılandınız?	☐	☐	☐	☐	☐
23. Vücudunuzun gerektiği gibi çalışmadığını hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
24. İsteddiğinizden daha az büyük abdest yaptınız?	☐	☐	☐	☐	☐

Bundan sonraki birkaç soru kabızlık sorununuzla ilgili memnuniyet derecenizi sorgulamaktadır. Son 2 hafta boyunca ne ölçüde ya da sıklıkta;					
	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
25. Büyük abdest yaptığınızda rahatlamış hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
26. Büyük abdest düzeninizden memnun oldunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
27. Yiyeceklerin barsaklarınızdan geçiş süresinden (sindirim sürenizden) memnun oldunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
28. Tedavinizden memnun kaldınız	☐	☐	☐	☐	☐

Ek 6. Etik Kurul Onayı



Ek 6. (Devam)



Ek 6. (Devam)



Ek 7. Kurum izni



Ek 8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Merhaba, ben Yüksek lisans öğrencisi Arş. Gör. Zeynep PEHLİVAN. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nesrin NURAL danışmanlığında hazırlanan “Kemoterapi alan hastalarda konstipasyon sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi” adlı yüksek lisans tez çalışmasını yürütmeyi planlamaktayım. Çalışma anket çalışması olup, yüz yüze ve soru cevap tekniği ile doldurulacaktır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır. Anket sorularının doldurulması yaklaşık 20-30 dakika sürecektir. Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Katılımcının Beyanı: Ben,, katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Görüşülen Kişinin:

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Telefon numarası:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının:

Adı-Soyadı: Zeynep PEHLİVAN

Adresi: İslampaşa Mah., Şehitler Cd. Araştırma Hastanesi Yanı, 53100 Merkez/Rize

Rize RTEÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : Pehlivan, Zeynep

Uyruğu :

Doğum Tarihi ve Yeri

Telefon (İş)

E-Posta

Yazışma Adresi (İş)

İslampaşa Mah. Şehitler Cad. Eğitim Araştırma Hastanesi
Yanı. 531000 Rize/Türkiye

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	2016
Lise	Trabzon 15 Temmuz Şehitleri Anadolu Lisesi	2012

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
1. Araştırma Görevlisi	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi SBF	2020-
2. Hemşire	Trabzon Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi	2018-2020
3. Hemşire	Trabzon Özel İmperial Hastanesi	2017-2018

YABANCI DİL

YÖKDİL 2018: 63.75

UZMANLIK ALANI

İç Hastalıkları Hemşireliği

BİLDİRİLER

1. Pehlivan Z, Gülhan Güner S, Nural N (2021). Kanıta dayalı geleneksel biyoterapi uygulamaları ve hemşirelik uygulamalarına yansımaları. IV. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, Burdur, 8-10 Nisan 2021, 136-144.
2. Pehlivan Z, Gülhan Güner S, Nural N (2021). Kemoterapiye bağlı gelişen bulantı

kusmayı önlemeye yönelik hemşirelik alanında yapılmış deneysel tez çalışmalarının incelenmesi. IV. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, Burdur, 8-10 Nisan 2021, 128-128.

3. Pehlivan Z, Gülhan Güner S, Nural N (2020). Kanser hastalarında bir semptom konstipasyon:Literatür incelemesi. II. Uluslararası III. Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresi, Ankara, 18-19 Aralık 2020, 78-79.
4. Pehlivan Z, Nural N (2020). Kemoterapi alan hastalarda konstipasyon sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. II. Lisansüstü Hemşirelik Araştırmaları Sempozyumu, Samsun, 26-29 Kasım 2020, 87-88.

