

Araştırma Makalesi

# Metastatik Prostat Kanserli Hastalarda Aktivite Tercihlerinin Belirlenmesi ve Ergoterapi'nin Aktivite Profili ve Katılımına Olan Etkisinin İncelenmesi

Determination of Activity Preferences and Effects of Occupational Therapy on Activity Profile and Participation of Patients with Metastatic Prostate Cancer

Meral HURİ<sup>1</sup>, Emre HURİ<sup>2</sup>, Hülya KAYIHAN<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dr. Fzt., Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölümü, meralhuri@yahoo.com (Sorumlu yazar)

<sup>2</sup>Doç. Dr., Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, emrehuri@gmail.com

<sup>3</sup>Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölümü, hkayihan@hacettepe.edu.tr

## ÖZET

**Amaç:** Çalışmamız, metastatik prostat kanseri (MPK) hastalarında aktivite tercihlerinin belirlenmesi ve ergoterapi'nin aktivite profili ve katılımına olan etkisinin incelenmesi amacı ile planlandı. **Gereç ve Yöntem:** MPK tanısı ile takip edilen 30 hasta basit rasgele örnekleme yöntemi ile iki gruba ayrıldı. Demografik bilgiler kaydedildi. Hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık seviyesi Modifiye Barthel İndeksi (MBİ) ile aktivite tercihleri ve katılımı Kanada Rol Performans Ölçümü (KRPÖ) ile belirlendi. Tedavi grubu (TG; n:15) onkolojik tedavi ile birlikte 3 ay süre ile haftada 2 seans ergoterapi programına dahil edildi. Kontrol grubu (KG; n:15) sadece onkolojik tedavi aldı. 3 ay sonra testler tekrarlandı. Sonuçlar karşılaştırıldı. **Sonuçlar:** TG yaş ortalaması 69,67±10,92 yıl iken, KG yaş ortalaması 67,87±9,50 yıl idi. TG'nin aktivite tercihi, MBİ puanı ve aktivite katılımı puanında istatistiksel olarak anlamlı değişim tespit edildi (p<0,05). Metastaz bölgesi, aktivite tercihi, MBİ toplam puanı ve aktivite katılımı arasında anlamlı ilişkiler tespit edildi (p<0,05). **Tartışma:** MPK hastalarında da kendine bakım ve üretkenlik aktivitelerindeki performans serbest zaman aktivite performansından daha önemli olarak algılanmaktadır. Ergoterapi; MPK hastalarının üretkenlik ve serbest zaman aktivitelerine verdikleri önemin ve aktivite katılımının artmasına neden olur. Üst gövde metastazı olanlar kendine bakım, alt gövde metastazı olanlar hareket ve transfer aktivitelerinde zorlanmaktadır. Bu bilgiler doğrultusunda çizilen ergoterapi programlarının; aktivite tercihi, aktivite katılımı ve iyi olma hali üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmaların planlanması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Metastatik prostat kanseri; Aktivite tercihi; Aktivite katılımı; Ergoterapi

## ABSTRACT

**Purpose:** The aim of the study is to determine the activity preferences and effects of occupational therapy on activity profile and participation of patients with metastatic prostate cancer (MPC). **Material and methods:** 30 metastatic prostate cancer patients were included. Patients were divided into two groups with random sampling method. The treatment group (TG, n:15) received occupational therapy twice a week for 3 months in addition to oncologic treatments while the control group (CG, n:15) received only oncologic treatment. Activities of daily living (ADL) were evaluated with Modified Barthel Index (MBI), activity profile and participation were evaluated with Canadian Occupational Performance Measure (COMP). After 3 months, patients were re-evaluated and the results were compared. **Results:** Average age of TG was 69,67±10,92 years while CG's age was 67,87±9,50 years. Statistically significant changes were observed in activity preference, MBI score and participation in TG (p<0,05). Relationships were observed between activity preference, metastasis area and participation in TG (p <0,05). **Discussion:** Self care and productivity activity performance are more important than recreational activity performance for MPC patients. Occupational therapy affects the level of importance of productivity and recreational activities. Upper body metastasis affects the self care while lower body metastasis affects mobilization and transfer activities. Further comprehensive studies should be planned to assess the effects of occupational therapy on participation and well-being of MPC patients.

**Keywords:** Metastatic prostate cancer; Activity profile; Activity participation; Occupational therapy

**K**anser; vücuttaki bir hücre grubunun farklılaşarak, aşırı ve kontrolsüz şekilde çoğalmasını tanımlayan genel bir terimdir (Saylor, Keating, 2009). Prostat kanseri; erkeklerde dünyada ve ülkemizde üçüncü sıklıkla görülen; tarama testlerinin, tanı ve tedavi aşamalarının hızlı ilerlemesi ile düşük mortalite oranına sahip orta-ileri yaş hastalığıdır (United States Cancer Statistics, 2008; Robinson, 2004; Cancer Plan, 200). Prostat kanserinde primer metastaz bölgesi kemik dokularıdır. İleri evre prostat kanserinde hormonal tedavi (hormonoterapi) ilk tedavi seçeneğidir. Hormonoterapi; hastalarda ağrının yanında, kemik ve kas kütlesi kayıplarına neden olarak fiziksel kapasitede azalmaya neden olur. Psikolojik ve fiziksel değişiklikler, ağrı ve yorgunluk hastaların bağımsızlık seviyesini, aktivite tercihlerini, rol performansını ve rol performansından memnun olma (tatmin) seviyesini etkiler (Saylor, Keating, 2009; United States Cancer Statistics, 2008; Özen, Türkeri, 2007; Cooper, Littlechild, 2004; Penfold, 1996)

Onkolojik rehabilitasyonda ergoterapistin rolü; hasta için anlamlı günlük yaşam aktivitelerine katılım yolu ile hastanın fiziksel ve psikolojik performansını en üst düzeye çıkarabilmek ve sosyal katılım becerisini arttırmaktır (Lyons, Orozovic, Davis, Newman, 2002, Penfold, 1996). Aktivite; birey tarafından gerçekleştirilen eylem ve davranışların yerine getirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Kirsten, Melanie, Wall, Oakes, Robison, Gurney, 2006). Aktivite profili ise; bireyin yaşam aktivitelerindeki kategorizasyon olarak tanımlanabilir. Bu kategorizasyondaki denge bireyin iyi olma halini etkileyen en önemli faktörlerdendir. (Hersh, 1991). Bu özelliğinden dolayı aktivite ve aktivite kazanımları ile ilgili rehabilitasyon çalışmaları kişi merkezli rehabilitasyon çerçevesinde incelenmelidir (Kirsten, Melanie, Wall, Oakes, Robison, Gurney, 2006; Karki, Simonen, Malkia, Selfe, 2005). Bu çerçevede hastanın anlamlı aktivitelere katılımı ile hastanın fiziksel ve psikolojik ihtiyaçları karşılanır (Christiansen, Baum, 2004). Cooper ve Lattanzi'ye göre ergoterapi'nin, holistik, hasta merkezli ve hayatı anlamlı kılma felsefesi özellikle ölüm ile sonuçlanabilecek prognoza sahip kanser hastalarının tedavisinde önemli bir yere sahip olduğundan ve bireyin bağımsızlık ile yaşam kalitesinin artırılmasında *top-down* (genelden özele

doğru ilerleyen) ergoterapi yaklaşımlarının öneminden bahsedilir (Lattanzi, Giuliano, Meehan, Sander, Wootten, Zimmerman, 2010; Cooper, Littlechild, 2004; Zlotnick, Hinojosa, 2004).

Literatürde Kanada Rol Performans Modeli kanser rehabilitasyonunda bireyi genelden özele doğru inceleyen en iyi ergoterapi modellerden biridir. Bu modele göre aktiviteler kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman aktiviteleri olarak değerlendirilir (Zlotnick, Hinojosa, 2004). Bireyin kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman aktivitesi arasındaki denge kişinin yaşam içerisindeki rol dengesinin (occupational balance) sağlanmasına olanak verir. (Dedding, Cardol, Eysen, Dekker, Belen, 2004). Yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireylerde rol dengesinin sağlanması; hastanın iyi olma hali ve yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerdendir (Lyons, Orozovic, Davis, Newman, 2002). Hastanın içinde bulunduğu durumu tolere edilebilir kabul edebilmesi için; hastalık ve tedavilere bağlı zorluklar ile başa çıkabilmesi, çevresindekilere muhtaç olmaması, kendisine ait zamanı kaliteli geçirebilme iç motivasyonuna sahip olması ve yeni çalışmalar (fikirler, eserler, objeler gibi) üretebilmesi gerekir (Lyons, Orozovic, Davis, Newman, 2002; Bye, 1998). Aktivite kısıtlılıkları; aktivite tercihlerini etkileyerek katılım soruları ile karşımıza çıkar. Aktivite tercih ve katılımının değerlendirilmesi aktivite kısıtlılığının azaltılmasında ilk basamaktır (Lynn, Gerber, Stout, Schmitz, Stricker, 2012; Gilchrist, 2011).

Ergoterapi'nin kanser hastaları üzerindeki etkileri yeteri kadar bilinmemekte ve kısıtlı literatür bilgileri alan ile ilgili çalışmalara ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle ergoterapinin bu hasta grubu üzerindeki etkilerinin araştırılması önem taşımaktadır (Cooper, Littlechild, 2004; Penfold, 1996). Çalışmamız MPK hastalarının aktivite tercihlerini belirlemek; ergoterapi'nin aktivite profili ve katılımı üzerindeki etkilerini incelemek amacı ile planlandı.

## **GEREÇ ve YÖNTEM**

Çalışmamıza; MPK tanısı almış ve onkolojik tedavileri devam eden hastalar dahil edildi. Çalışma; Hacettepe Üniversitesi Tıbbi, Cerrahi ve İlaç Araştırmaları Etik Kurulu'ndan LUT 11/35 numarası ile uygun bulundu ve Helsinki Deklerasyonu'na uygun olarak gerçekleştirildi.

Çalışmaya; 50-80 yaş arası, metastatik prostat kanseri tanısı ile takip edilen, patolojik tanısı prostat adenokanser olan, klinik evreleri T3-4 NO M1, kemik metastazı olan, hormonoterapi alan, koopere ve testleri kendi el yazısı ile doldurabilen hastalar dahil edilirken; lokalize prostat kanseri hastaları, sekonder malignansi olanlar, kemik dışı metastazı olanlar, karaciğer ve/veya böbrek yetmezliği olanlar, ergoterapiyi kabul etmeyenler dahil edilmedi. Genel durum bozukluğu ve tedavi seanslarına düzenli olarak devam etmeme çalışmadan çıkarılma kriterleri olarak kabul edildi. Araştırmadan çıkarılan bireyler çalışma dışı bırakıldı ve izleme alınmadı.

Hastaların yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, prostat kanseri ile ilgili bilgileri, psikiyatri konsültasyon sonuçlarını içeren demografik bilgileri kaydedildi. Hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığı Modifiye Barthel İndeksi (MBİ) ile aktivite katılımı Kanada Rol Performans Ölçümü (KRPÖ) ile değerlendirildi.

#### **Veri toplama araçları:**

**Modifiye Barthel İndeksi (MBİ):** Barthel İndeksi (Bİ) günlük yaşam aktivitelerindeki fiziksel limitasyonları 10 madde ile değerlendiren (beslenme, banyo yapabilme, kişisel hijyen, giyinmek, dışkı kontrolü, idrar kontrolü, tuvalet ihtiyacını giderme, tekerlekli sandalyeden yatağa transfer, düz yüzeyde yürüme, merdiven inip-çıkma); ICF'e göre prostat kanserli hastalarda kullanıma uygun bir değerlendirme ölçeğidir (Gilchrist ve ark., 2009; Wade, Collin, 1998 Shah, Vanclay, Cooper, 1989). Bİ'nin sensitivitesi arttırılarak MBİ elde edilmiştir (Sulter, Sten, De Keyser, 1999; Küçükdeveci, Yavuz, Tennant, Süldür, Sonel, Arasil, 2000). MBİ'nin Türk toplumu için adaptasyonu inmeli ve spinal kord yaralanmalı hasta grupları için geçerli ve güvenilirdir (Küçükdeveci, Yavuz, Tennant, Süldür, Sonel, Arasil, 2000). Literatürde kanser hastalarında kullanımına yönelik çalışmalara rastlanmıştır (Taylor, Currow, 2003).

**Kanada Rol Performans Ölçümü (KRPÖ):** Bireylerin problem yaşadığı performans alanlarının belirlenmesine yardımcı olan bir ölçüm aracıdır. Hastanın aktivite katılımının zaman içerisindeki değişimi yine hastanın kendisi tarafından performans ve tatmin puanları verilerek değerlendirir. İlk basamakta hastadan günlük yaşamı sırasında yapmak istediği fakat yapmakta

zorlandığı günlük yaşam aktivitelerini belirlemesi istenir. İkinci basamak olarak hastadan belirlendiği bu aktivitelerin her birine likert ölçeğine göre 0 - 10 arası bir önem değeri vermesi istenir (0:hiç önemli değil; 10:çok önemli). Üçüncü basamak olarak hastadan onun için en önemli 5 aktiviteyi seçip her bir aktivite için yine likert ölçeğine göre 0 ila 10 arasında performans ve tatmin puanı belirlenmesi istenir. Böylece hastanın o aktivitelerdeki performans ve tatmin puanları kendi bakış açısından yani kişi merkezli olarak belirlenir. Elde edilen performans ve tatmin puanları toplanarak hastanın önemli olduğunu belirttiği aktivite sayısına bölünerek performans ve tatmin puanları elde edilir (Law, Bapiste, Carswel, McColl, 2005).

Hastalar rasgele örnekleme yöntemi ile tedavi grubu (TG) ve kontrol grubu (KG) olmak üzere ikiye ayrıldı. TG (n=15) onkolojik tedavileri ile birlikte 3 ay boyunca haftada 2 kez, 45 dakika davranışsal başa çıkma yöntemleri eğitimi, pozitif düşünme yöntemi kullanma eğitimi, basit solunum ve gevşeme teknikleri eğitimi; enerji koruma yöntemleri eğitimi, aktivite düzenlemesi (günlük aktivite seviyesini 30 MET değerinde azaltma), aktivite eğitimi (alternatif ve kompensatuar stratejilerin geliştirilmesi, adaptif ekipman kullanımı ve kendine yardım aleti kullanma çalışmaları) ve serbest zaman aktivitesi içerikli (6 hastaya kitapçık oluşturma, 2 hastaya çocuklar/torunları ile vakit geçirme, 2 hastaya bahçecilik, 2 hastaya resim yapma, 1 hastaya müzik aleti çalma, 1 hastaya tamir yapma ve 1 hastaya marangozluk ve ahşap boyama) ergoterapi programına dahil edilirken; KG (n=15) sadece hormonoterapi (onkolojik tedavi) aldı. Hastalar 3 ay sonunda tekrar değerlendirildi ve bulgular istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

#### **İstatistiksel analiz**

Verilerin istatistiksel analizlerinde "SPSS 17.0 for windows" istatistik programı kullanıldı. Ölçümle belirlenen değişkenler, ortalama  $\pm$  standart sapma ( $X \pm SS$ ); sayımla belirlenen değişkenler yüzde (%) değeri ile ifade edildi. Parametrik test varsayımları sağlandığında bağımlı gruplarda t-testi, parametrik test varsayımları sağlanmadığında Wilcoxon eşleştirilmiş iki örneklem testi kullanıldı. İki grubun sayısal değişkenler açısından karşılaştırılmasında parametrik test varsayımları sağlandığında t-testi; sağlanmadığında ise Mann-Whitney U Testi kullanıldı.

Tüm istatistiklerde p anlamlılık değeri 0.05 olarak alındı (Green, Salkind, Akey, 2000).

## BULGULAR

Psikolojik tedavi almayan her iki grup hastalarımız ilk değerlendirme bulgularına göre yaş, eğitim seviyesi, tanı konulmasından hormonoterapinin başlamasına kadar geçen süre, hormonoterapi alma süresi, PSA değerleri, klinik evre ve prostat kanseri tanısının koyulması üzerinden geçen süre açısından benzer idi. (Tablo 1). Her iki grup hastalarının PSA değeri ve klinik evrelerinde çalışmanın yapıldığı 12 haftalık dönemde değişim olmadığı tespit edildi. TG hastalarımızın 9 tanesinin üst ekstremitte, 6 tanesinin alt ekstremitte metastazı var iken; kontrol grubunda 8 hastanın üst, 7 hastanın alt ekstremitte metastazı olduğu tespit edildi (Tablo 1).

TG hastaların yaş ortalaması 69,67±10,92 yıl iken KG hastaların yaş ortalaması 67,87±9,508 yıl idi. Hastaların MPK tanısı konulması ile birlikte hormonoterapi almaya başladıkları tespit edildi. TG hastalarının hastalık ve hormonoterapi alma süresi benzer olup TG'de ortalama 15,82±24 ay iken KG'de 16,21±27 ay olduğu tespit edildi (Tablo 1).

Gruplar MBİ açısından incelendiğinde I. değerlendirme sonuçlarına göre iki grubun toplam MBİ

puanları benzer iken II. değerlendirme bulgularına göre farklı oldukları tespit edildi. Ergoterapi sonrası TG'de MBİ toplam puanında anlamlı artış gözlenirken, KG'de anlamlı değişim gözlenmediği tespit edildi (Tablo 2).

Hastaların KRPÖ 'ye göre yapmak istedikleri fakat yapmaktan zorlandıkları aktiviteler kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman aktiviteleri olarak üç performans alanına göre incelendi (Tablo 3). Her iki grubun aktivite tercihleri I. değerlendirme sonuçlarına göre benzer (p>0,05) iken II. değerlendirme sonuçlarına göre birbirlerinden farklı (p<0,05) idi. I. değerlendirme bulgularına göre KG'nin yapmak istediği fakat yapmaktan güçlük çektiği aktivite oranları %69,3 kendine bakım, %22 üretkenlik ve %8,7 serbest zaman aktivitesi; II. değerlendirme bulgularına göre ise % 63,2 kendine bakım, %21,4 üretkenlik, %15,4 serbest zaman aktivitesi idi (Şekil 1). KG'nin aktivite tercihleri ise I. değerlendirme bulgularına göre % 67,4 kendine bakım, %24,3 üretkenlik ve %8,3 serbest zaman aktivitesi; II. değerlendirme bulgularına göre hastaların %72,2'si kendine bakım, %21,6'sı üretkenlik, %6,2 serbest zaman aktivitesi olduğu tespit edildi (Şekil 2).

Her iki grup KRPÖ performans ve tatmin puanları açısından değerlendirildiğinde I.

**Tablo 1.** Grupların demografik özellikler açısından karşılaştırması.

	Yaş (X±SS)	Eğitim (Yıl)	Hastalık süresi (ay)	Klinik evre (T3-4 NO M1) (n)	Üst gövde metastazı (n)	Alt gövde metastazı (n)
TG	69,67±10,92	8,2±3.3	15,82±24	15	9	8
KG	67,87±9,50	9,1±2,1	16,21±27	15	6	7
TG-KG	0,742	0,8251	0,842	1	0,852	0,823

p>0,05

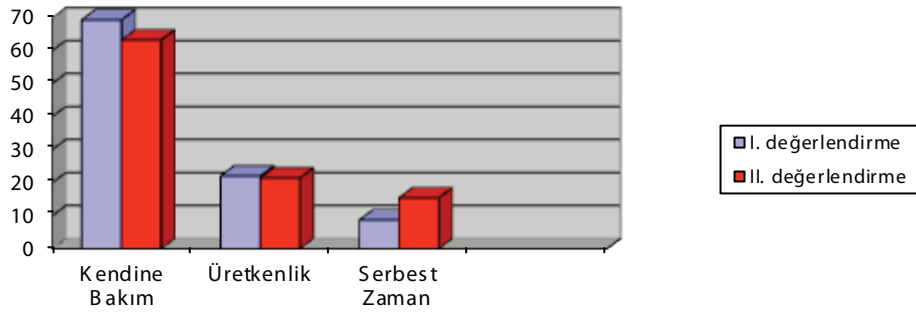
**Tablo 2.** Grupların MBİ ortalama puanı açısından karşılaştırılması

MBİ	I.değ. (X±SS)	II.değ. (X±SS)	I.değ.-II.değ.
TG	55,4±14,3	76,4±11,5	0,001*
KG	56,3±12,3	55,6±10,2	0,723
TG-KG	0,612	0,002*	

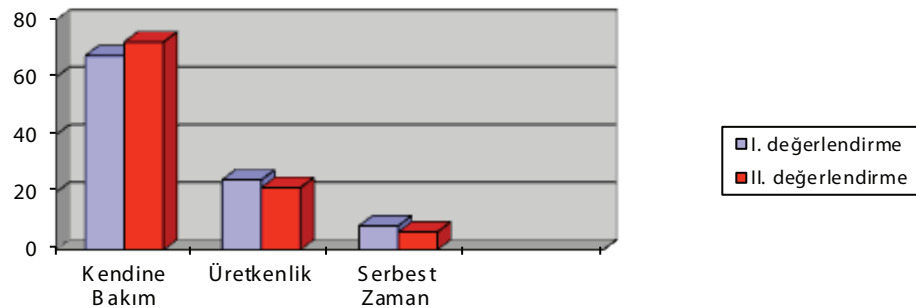
\*p<0,05

**Tablo 3.** Hastaların KRPÖ'ye göre kendileri için önemli fakat yapmakta zorlandıkları aktivitelerin performans alanlarına göre dağılımı ve yüzde tablosu. (Çalışmaya katılan hastalar birden çok aktivite belirtmişlerdir. Bu nedenle 'n' sütunu toplamı 30'un ve % sütunu toplamı 100'ün üzerindedir)

Kendine Bakım	n	%	Üretkenlik	n	%	Serbest zaman	n	%
Banyo yapma	9	6	İşe gitme	6	4	Kahveye gitme	2	1,3
Giyinme –soyunma	4	2,6	Dernek/lokalde çalışma	7	4,6	Kitap/gazete okuma	1	0,6
Ayakta durma	5	3,3	Yazı yazma	8	5,3	Dini aktiviteler	3	2
Seksüel aktiviteler	6	4	Öğrenmek için okuma	6	2,6	Yürüyüşe gitme	2	1,3
Tuvalete gitme	8	5,3	Bahçecilik	6	2,6	Bahçe işleri	1	0,6
Hijyen	5	3,3	Apartman işleri ile ilgilenme	6	2,6	Koleksiyon yapma	2	1,3
Uzun süre oturma	6	4	Özel ders verme	2	1,3	Tavla/okey oynama	1	0,6
İnce beceri (gömlek-düğme-ilik)	5	3,3	Tamir işleri yapma	9	6	Televizyon/film izleme	1	0,6
Yemek masasına oturma	6	4	Evrak takip işi yapma	1	0,6	Çiçek yetiştirmek(ev içi)	1	0,6
Pantolon giyme	9	6			Resim yapma	1	0,6	
Üst –alt rafa uzanma	8	5,3			Aile/torunlarla vakit geçirme	2	1,3	
Saç/bıyık kesme	7	4,6			Süpermarket/Pazar alanı gezme	1	0,6	
İlaç alma	9	6			Şiir yazma	1	0,6	
Yemek yapma	4	2,6			Müzik aleti çalma	1	0,6	
İlaç hazırlama	3	2			Tamir işleri/marangozluk	1	0,6	
Diş fırçalama	6	4			Fotoğraf çekme	1	0,6	
Ayakabı bağlama	2	1,3						



**Şekil 1.** Tedavi grubu hastalarının I. ve II. değerlendirme bulgularına göre aktivite profil alanlarının karşılaştırılması.



**Şekil 2.** Kontrol grubu hastalarının I. ve II. değerlendirme bulgularına göre aktivite profil alanlarının karşılaştırılması.

değerlendirmeye ait KRPÖ performans ve tatmin puanları açısından benzer dağılım gösterdiği tespit edildi ( $p>0,05$ ). II. değerlendirme sonuçlarına göre TG'nin tatmin ve performans puanlarında anlamlı artış tespit edilirken KG'deki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Tablo 4). Buna ek olarak çalışmamızda günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık ile aktivite katılımı arasındaki ilişkiler incelendiğinde KRPÖ puanı ile aktivite performans ( $r:0,443$ ) ve tatmin ( $r: 0, 412$ ) puanı arasında korelasyonlar elde edildi.

## TARTIŞMA

Çalışmamız; MPK hastalarının aktivite tercihlerini belirlemek ve ergoterapi'nin aktivite profili ve katılımı üzerindeki etkisini incelemek amacı ile planlandı.

Benzer yaş ve fonksiyonellik seviyelerinde MPK tanısı ile takip edilen hastaların dahil edildiği çalışmamızda, grupların demografik bilgileri, hastalık süre ve evreleri, tanılanma ardından tedaviye başlama süresi, tedavi süresi ve fonksiyonellik seviyeleri açısından benzer olması elde edilen sonuçların güvenilirliğinin sağlanmasında önemli bir faktör idi.

Kanser hastalarında yapılan tıbbi tedavilere bağlı yan etkiler; hastada yorgunluk, bulantı, kusma, nefes darlığı gibi problemlere neden olarak hastanın kişisel bakım ve transfer gibi aktivitelerdeki bağımsızlık seviyesini etkileyebilir. Bununla beraber prostat kanserli hastalarda kemik metastazlarının sıklıkla görülmesi ağrı ve mobiliteye bağlı semptomların karşımıza çıkmasına neden

olur (Özen, Türkeri, 2007; Philip, Saylor, Keating, Smith, 2009). Literatürde kanser hastalarının kişisel bakım ve transfer gibi günlük yaşam aktivitelerindeki limitasyonlarını değerlendirilmek için uygun ölçümlerin belirlenmesi amacı ile yapılan çalışmalar bulunmaktadır (Kirsten, Melanie, Wall, Michael, Oakes, Robison, Gurney, 2006; Karki, Simonen, Malkia, Selfe, 2005). Bu çalışmalara göre MBİ; mesane, barsak kontrolü gibi parametreleri ile prostat kanseri hastalarında kullanım için uygun bir değerlendirme yöntemidir (Gilchrist ve ark., 2009; Romsaas, Rosa, 1985). Çalışmamızda hastalarımızın aktivite limitasyonu MBİ ile değerlendirildi. Değerlendirme bulgularına göre TG'nin MBİ ortalama puanının ergoterapi sonrası artmış; KG'de azalmış olması literatür ile uyumlu olarak ergoterapi alan hastalarını günlük yaşam aktivitelerindeki limitasyonlarının azaldığı; KG'nin günlük yaşam aktivitelerindeki limitasyonlarının arttığı yönünde yorumlandı. Bununla beraber MPK'i hastalarında hormonoterapiye sekonder gelişen yorgunluk, ağrı ve kas kütlelerinde azalma günlük yaşam becerilerini olumsuz etkiler. Bu sekonder etkilerin azaltılması aktivite limitasyonlarının azaltılmasına yardımcı olur (Cooper, Littlechild, 2004; Gilchrist, Galantino, Ness, 2009). Çalışmamızda TG'nin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık seviyesindeki artışın aktivite eğitimi ve kansere bağlı yorgunluk ile başa çıkma eğitimine bağlı olduğu düşünüldü. KG'nin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık seviyesindeki azalmasının ergoterapi almamalarından kaynaklandığı düşünüldü. Hastaların çalışma süresince kanser ve

**Tablo 4.** Grupların KRPÖ puanları açısından karşılaştırılması

KRPÖ	I.değ. X±SD	II.değ. X±SD	I.değ-II.değ.
TG			
Performans	5,612±2,54	7,43±2,75	0,013*
Tatmin	5,73±1,14	8,45±1,33	0,016*
KG			
Performans	4,62±1,32	5,53±1,01	0,063
Tatmin	5,43±2,78	5,34±2,44	0,085
TG-KG (D±SD)			
<i>Tatmin</i>	0,715	0,021*	
<i>Performans</i>	0,639	0,037*	

\* $p<0,05$ ; X:ortalama; SD: standart sapma; D: fark ortalaması

metastaz bölgelerine ait bulgularında bir değişim olmaması KG'deki bağımsızlık seviyesindeki azalmanın ergoterapi almamaktan kaynaklandığı savını kuvvetlendirir. Günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık seviyesi ayrıntılı olarak incelendiğinde çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak hastaların en çok yoğun kuvvet gerektiren transfer, kendine bakım ve dikkat gerektiren ince beceri aktivitelerde zorlandıkları tespit edildi. Hastaların ilk MBİ bulgularına göre en çok zorlandıkları belirlenen aktiviteler sırası ile merdiven inip-çıkma, tuvalet kullanımı, yürüme, banyo yapma, kişisel hijyen, idrar kontrolü, tekerlekli sandalyeden transfer, giyinme ve barsak kontrolü idi. Çalışmaya katılan hastaların merdiven çıkarken ağırlık aktarma ve adım atma sırasında; tuvalet kullanımı sırasında oturup-kalkma ve musluğa uzanma sırasında; yürümede topuk vurma ve parmak kalkış fazlarında, duşa kabin/küvette girip-çıkma, alt ekstremitenin yıkanması, tıraş olma, diş fırçalama, tüy temizleme, düğme ilikleme, kemer tokası takma ve çorap giymede zorlandıkları tespit edildi. Bu problemlerin çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak kemik metastaz bölgesine göre değişim gösterdi tespit edildi (Philip, Saylor, Keating, Smith, 2009). Özellikle prostat kanseri hastalarına yönelik çok sınırlı sayıda çalışma tespit edilmesine rağmen benzer bir çalışmada üst gövde metastazı olan prostat kanseri hastalarının çalışmamıza benzer olarak traş olma, düğme ilikleme gibi ince beceri aktivitelerinde zorlandıkları belirtilir (Osoba, Tannock, Ernst, Neville, 1999). Bunu yanında diğer bir çalışmada sakral bölge metastazı olan prostat kanseri hastalarının yürümek, adım atmak, oturdukları yerden kalkmakta zorluk çektikleri belirtilir (Albertsen, Aaronson, Muller, Keller, Ware Jr, 1997). Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak üst ekstremitte ve gövde kemik metastazı olan hastaların kendine bakım ve ince beceri aktivitelerinde limitasyonlar; alt ekstremitte ve alt gövde metastazı olan hastaların ise transfer, ağırlık aktarma, oturma-kalkma ve yürüyüşün farklı fazlarında limitasyonlar yaşadıkları tespit edildi. Bu bağlamda MPK hastalarında metastaz bölgesine göre günlük yaşam aktiviteleri bağımsızlıkları değişebilmektedir. Etkin rehabilitasyon programlarının çizilmesinde günlük yaşam aktiviteleri eğitiminde üst gövde ve üst ekstremitte metastazı olan hastalar için kendine bakım; alt gövde ve alt ekstremitte

metastazı olan hastalar için yürüme ve transfer aktivitelerine yer verilmesi önerilmektedir.

Millan-Calenti çalışmasında günlük yaşam aktiviteleri analizinin aktivite laboratuvarlarında yapılması gerektiğinden bahseder (Millán-Calenti ve ark., 2010). Çalışmamızda değerlendirme ve tedavi müdahaleleri sırasında aktivite laboratuvarının kullanılmamış olmasının aktivite analizlerini olumsuz yönde etkilediği tespit edildi. Aktivite analizleri sırasında özellikle mesane/barsak kontrolü, giyinme/soyunma ve kişisel bakım aktiviteleri değerlendirmesinde terapistin uygun gözlem yapamaması, bu aktivitelerdeki bağımsızlık seviyesinin hastanın subjektif fikrine göre belirlenmesine neden olmasından dolayı yapılacak çalışmalarda aktivite laboratuvarlarının kullanılması önerilmektedir.

Ergoterapi'nin; holistik; fiziksel ve ruhsal ihtiyaçların karşılanmasını sağlayan kişi merkezli yapısı aktivite katılımı için taban oluşturur (Kirsh, Cockburn, 2009). Sağlıkla ilgili klasik değerlendirme sistemlerinin ortaya koyamadığı hastanın bakış açısını ve yapmak istediklerini yansıtmayı sağlayan kişi merkezli yaklaşımlar ergoterapi programlarının etkinliğini değerlendirmek amacıyla sıklıkla kullanılır. Hastanın kendisi için önemli olan aktiviteleri belirleyip bunlar için performans ve tatmin puanı vermesi değerlendirme sisteminin en güçlü yanındır (Kirsh, Cockburn, 2009; Dedding, Cardol, Eysen, Dekker, Belen, 2004; Carswell ve ark., 2004). Çalışmamızda hastaların aktivite profili, tercih ve katılımları KRPÖ ile değerlendirildi. MPK'li hastaları için önemli olabilecek aktivitelerin önceden bilinmesi çizilecek kişi merkezli rehabilitasyon programında terapistte yönlendirici olabilir. Bunun yanında hastanın rol dengesinin objektif testler ile değerlendirilebilmesi için hazırlık niteliği taşıyor (Watterson, Lowrie, Vockins, Ewer-Smith, Cooper, 2004). Bu nedenle çalışmamızda hastaların kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman alanlarındaki aktivite tercihleri belirlenmeye çalışıldı. Literatürde yaşamı tehdit eden hastalıkları olan bireylerin öncelikli olarak kendine bakım aktivitelerinde bağımsız olmak istedikleri belirtilir. Bununla beraber bu hastaların işlerine devam etme, sosyal medyayı takip edebilme ve dini/spiritüel aktiviteleri yerine getirmek istedikleri belirtilir (Kirsten ve ark. 2006). Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak hastaların banyo yapabilmek,



giyinmek ve ayakta durmak; işe gitmek, dernek/ lokalde çalışmak, yazı yazmak, kahveye gitmek, kitap/gazete okumak ve dini aktivitelerde bulunmak istedikleri tespit edildi. MPK'ı hastalarında yapılan bir çalışmada çalışmamız sonuçlarına benzer olarak hastaların kas kütlesi kaybından kaynaklandığı düşünülen uzun süre ayakta kalma, uzun süre oturma, yürüme, baş üstü aktiviteler yapma, merdiven kullanma ve ince beceri gerektiren aktivitelerde zorlandıkları da belirtilir (Galvao, Taaffe, Spry, Joseph, Newton, 2010). Başka bir çalışmada hastaların çalışmamıza benzer şekilde işe gitmekte zorlandıkları ve yorgunluk seviyesini azaltmak için yarı zamanlı ya da oturarak yapılabilecek yeni bir iş arayışına girdikleri belirtilir (Herr, O'Sullivan, 2000). Bunlara ek olarak başka bir çalışmada hayatı tehdit eden hastalığı olanların kendilerini iyi hissetseler bile arkadaş ve aile toplantılarına katılmamanın, sevdikleri uğraşlarından uzaklaşmalarının ve hastalık öncesi yapabildikleri sosyal aktiviteleri yerine getirememenin ruh hallerini olumsuz etkilediği belirtilir (Crepeau, Cohn, Boyt, Schell, 2003) Çalışmamızda hastaların dernek, lokal veya Türk kültüründe erkeklerin sıklıkla toplanıp vakit geçirdiği kahvehaneye gitmek istedikleri tespit edildi. Bunun yanında dini aktivitelerde bulunma isteğinin hastalarımızın yapmak isteyip de yapamadığı aktiviteler içerisinde yer almasının kas kütle kaybından kaynaklanan fiziksel zorluk ve kansere bağlı yorgunluk ile başa çıkamamaktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatürde KRPÖ ölçeğinin geçerliliğini araştırdığı çalışmalarda da hastaların puanlamada yeterince objektif olmadıklarını belirtilir (Dedding, Cardol, Eysen, Dekker, Belen, 2004; Carswell ve ark., 2004). Çalışmamızda da hastaların performans ve tatmin puanlamasını yaparken yeterince objektif olmadıkları gözlemlendi. Bazı hastalar aktiviteyi yapabilmemenin onlar için oldukça zor olduğunu belirterek o aktivite performansını için 5 puan verdiler. Bazı hastalar ise aktiviteyi yapabilmemenin onlar için çok zor olmadığını belirterek puanlama için yine 5 değerini kullandı. Bu konumda 5 değeri bazı hastalar için çok önemli bir problemi belirtirken bazı hastalar için aktiviteyi yerine getirmekte zorlanmadıkları anlamına geldiği tespit edildi. Literatürde de benzer çalışmalarda benzer puanlama sorunlarının gözlemlendiğine rastlandı (Dedding, Cardol, Eysen, Dekker, Belen, 2004; Carswell ve

ark., 2004). Fakat ilk değerlendirmede elde edilen KRPÖ puanı ile son değerlendirmede elde edilen KRPÖ puanı arasındaki fark gelişmeyi tanımladığı için bu sorunun çok önemli bir problem olmadığı düşünüldü. Hastaların aktivite tercihleri KRPÖ'ye göre incelendiğinde her iki grup için I. değerlendirmede belirtilen aktivitelerin çoğunun kendine bakım aktivitesi ile ilgili parametreler olduğu, üretkenlik ve serbest zaman aktivitelerinin hastalar tarafından daha az önemli aktiviteler olarak algılandığı tespit edildi.

Gruplar aktivite profili (yapmak isteyip de yapamadığı aktiviteler) açısından karşılaştırıldığında ilk değerlendirmede her iki grubun kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman aktivite oranlarının benzer olduğu tespit edildi. Bu da grupların aktivite profili açısından karşılaştırılmaya uygun olduğunu gösterir. I. değerlendirme bulgularına göre iki grupta da kendine bakım aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirme isteği üretkenlik ve serbest zaman aktivitelerinde bağımsız olma isteğinden daha fazla idi. Wilcock çalışmasında rol dengesinin sağlık için gerekli olduğundan bahseder (Wilcock, Chelin, Hall, Hamley, Morrison, Scrivener, 1997). Bununla beraber özellikle meme kanserli hastaların en çok bağımsız olmak istedikleri aktivite alanının kendine bakım aktiviteleri alanı olduğu dikkat çekicidir (Hegel ve ark. 2011). Bunun yanında palyatif bakım ünitesinde yatan hastaların en çok başkasına ihtiyaç duymadan kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmek istedikleri belirtilir (Cooper, 2006). Her iki çalışmada da hastaların aktivite dengelerinin bozulmuş olduğuna değinilir (Hegel ve ark. 2011; Cooper, Littlechild, 2004). Bizim de çalışmamızda ilk değerlendirme bulgularına göre aktivite denge dağılımında kendine bakım aktivitelerinin yüksek, üretkenlik ve serbest zaman aktivitelerinin düşük orana sahip olması dikkat çekicidir. Bununla beraber ikinci değerlendirmede TG'de kendine bakım aktivitelerinin öneminin azaldığı, üretkenlik ve serbest zaman aktivitelerinin öneminin arttığı tespit edildi. Bu sonuç TG hastalarının aktivite dağılımının daha orantılı hale geldiğini ortaya koyar. Bunun nedenin ergoterapi sonucu yaşam tarzı değişen hastaların farklı aktivitelere katılımlarının sağlanması olduğu düşünülmektedir. Çalışmamız bulgularına göre hastalarımızın aktivite katılımı incelendiğinde KG'na ait aktivite performans ve tatmin puanlarındaki azalmaya



karşın; TG puanlarındaki anlamlı artış dikkat çekicidir. Literatürde KRPÖ'nün prostat kanseri hastalarında kullanıldığı çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda; palyatif bakım ve meme kanserli hasta ve hasta yakınlarına yönelik ergoterapi müdahalelerinin incelendiği çalışmalar ile beraber şekilde ergoterapi sonrası aktivite katılımının arttığı tespit edildi. Bununla beraber literatürde konu ile ilgili nitel çalışmaların nicel çalışmalardan çok olması çalışmamızın nicel sonuçlarının kısıtlı literatür ile tartışılmasına neden olmuştur (Kealey, McIntyre, 2005; Vockins, 2004).

Literatür bilgilerine göre ergoterapi alan kanser hastalarının yapmak isteyip de yapamadıkları aktivitelerdeki performans puanlarının ergoterapi sonrası anlamlı şekilde arttığı gözle çarpır. Hastaların KRPÖ performans puanlarının artmış olması belirlenen kişi merkezli rehabilitasyon hedeflerine ulaşıldığını gösterir (Dedding, Cardol, Eysen, Dekker, Belen, 2004). Çalışmamızda TG'nin aktivite katılımındaki artışın rehabilitasyon sürecinde kişi merkezli programların hazırlanması, aktivite limitasyonun azalması, hastaların her üç aktivite alanındaki performans ve tatmin puanlarının artmasından kaynaklandığı düşünüldü. Bunun yanında çalışmamızda MBİ ile KRPÖ performans (r:0,443) ve tatmin (r:0,412) puanları arasında çeşitli korelasyonlar elde edildi. Bu sonuçlara göre MPK hastalarının günlük yaşam aktivitelerindeki limitasyonlarının azaltılmasının aktivite tatmin ve performans puanını etkileyerek aktivite katılımını etkilediği düşünüldü.

Çalışmamızda ergoterapi'nin MPK hastalarında aktivite profilinin dengelenmesini sağlayarak aktivite katılımını arttırdığı tespit edildi. MPK hastaların aktivite tercihleri göz önüne alınarak hazırlanacak ergoterapi programlarının iyi olma hali üzerindeki etkilerinin incelendiği çalışmaların yapılması önerilmektedir.

#### KAYNAKLAR

- Albertsen, P. C., Aaronson, N. K., Muller, M. J., Keller, S. D., Ware Jr, J. E. (1997). Health-related quality of life among patients with metastatic prostate cancer. *Urology*, 49(2), 207-217.
- Bye, R.A. (1998). When clients are dying: Occupational therapists' perspectives. *Occupational Therapy Journal of Research*, 18(1):3-22.
- Christiansen, C., Baum, (2004). C. *Occupational Therapy Performance, Participation and Well-Being*, (3.baskı).
- Cooper, J., Littlechild, B. (2004). A study of occupational therapy in oncology and palliative care. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 11(7): 329-33.
- Cooper, J. (2002). Oncology. Occupational therapy and physical dysfunction. (eds Turner, A, Foster, M., Jhonson, S.E.), *Churchill Livingstone Press*, Edinburgh.
- Dedding, C, Cardol, M., Eysen, I.C. Dekker, J., Belen, A. (2004). Validity of the Canadian Occupational Performance Measure: a client-centered outcome measurement. *Clinical Rehabilitation*, 18(6):660-667.
- Department of Health (2000). The NHS cancer plan. A plan for investment. A plan for reform. *HMSO*, London.
- Galvão, D. A., Taaffe, D. R., Spry, N., Joseph, D., & Newton, R. U. (2010). Combined resistance and aerobic exercise program reverses muscle loss in men undergoing androgen suppression therapy for prostate cancer without bone metastases: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 28(2), 340-347.
- Gilchrist, L.S., Galantino, M.L., Ness, K.K. (2009). A Framework for Assessment in Oncology Rehabilitation. *Physical Therapy*, 89 (3): 286-306.
- Gilchrist, L. S. (2011). Cancer Rehabilitation with a Focus on Evidence-Based Outpatient Physical and Occupational Therapy Interventions. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90 (5): 5-15.
- Green, S.B., Salkind, N.J., Akey, T.M. (2000). Using SPSS for Windows analyzing and understanding data. 2nd. Ed. *Prentice Hall*, New Jersey, 208-232.
- Herr, H. W., O'Sullivan, M. (2000). Quality of life of asymptomatic men with nonmetastatic prostate cancer on androgen deprivation therapy. *The Journal of Urology*, 163(6), 1743-1746.
- Hersch, G. (1991). Leisure and aging. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 9(2), 55-78.
- José C. Millán-Calenti, Javier Tubío, Salvador Pita-Fernández, Isabel González-Abraldes, Trinidad Lorenzo, Teresa, Fernández-Arruty, Ana Maseda, 2010. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 50 (3), 306-310.
- Kealey, P., & McIntyre, I. (2005). An evaluation of the domiciliary occupational therapy service in palliative cancer care in a community trust: a patient and carers perspective. *European Journal of Cancer Care*, 14(3), 232-243.
- Küçükdeveci, A.A., Yavuzer, G., Tennant, A., Süldür, N., Sonel, B., Arasil, T. (2000). Adaptation of the modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 32:87-92.

- Kirsten, K., Melanie M., Wall, J., Oakes, M., Robison, L., Gurney, G., (2005). Limitations on physical performance and daily activities among long-term survivors of childhood cancer. *Annals of Internal Medicine*, 143(9):639-647.
- Kirsten, K., Melanie M., Wall, J. Michael, Oakes, Robison, L.L., Gurney, G. (2006). Physical performance limitations and participation restrictions among cancer survivors: A population-based study. *Annals of Epidemiology*, 16(3): 197-205.
- Lattanzi, J.B.,Giuliano, S.,Meehan, C., Sander, B., Wootten, R., Zimmerman, A. (2010). Recommendations for Physical and Occupational Therapy Practice from the Perspective of Clients Undergoing Therapy for Breast Cancer-related Impairments. *Journal of Allied Health*, 39(4): 257-264(8).
- Lynn H., Gerber, L.H., Stout, N. L., Schmitz, H. K., Stricker, C. T. (2012). Integrating a prospective surveillance model for rehabilitation into breast cancer survivorship care. *Cancer*, 18 (8): 2201-2206.
- Law, M., Bapiste, S., Carswel, A., McColl, M.A. (2005). Canadian Occupational Performance Measure. *CAOT Publications ACE*.
- Osoba, D., Tannock, I. F., Ernst, D. S., & Neville, A. J. (1999). Health-related quality of life in men with metastatic prostate cancer treated with prednisone alone or mitoxantrone and prednisone. *Journal of Clinical Oncology*, 17(6), 1654-1654.
- Özen, H., Türkeri, L. (2007). Üroonkolojik tümörlerde yaşam kalitesi. *Üroonkoloji Kitabı*, 127-138.
- Philip, J. Saylor, Keating, N. L., Smith, M.R. (2009). Prostate cancer survivorship: prevention and treatment of the adverse effects of androgen deprivation therapy. *Journal of General Internal Medicine*, 24 (2): 389-394.
- Penfold, S.L. (1996). The role of occupational therapy in oncology. *Cancer Treatment Reviews*, 22 (1): 75-81.
- Robinson, L.L. (2004). Cancer survivalship: unique opportunities for research. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 13(7):1093 .
- Romsaas, E.P., Rosa, S.A. (1985). Occupational therapy intervention for cancer patients with metastatic disease. *American Journal of Occupational Therapy*, 39(2): 79-83.
- Standarts of Occupational Therapists Assesments. (2007). *College of Occupational Therapy Ontario Publish*. 1-16.
- Shah, S., Vanclay, F., Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Clinical Epidemiology*, 42:703-9.
- Taylor, K., Currow, D. (2003). A prospective study of patient identified unmet activity of daily living needs among cancer patients at a comprehensive cancer care centre. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50(2): 79-85.
- US Cancer Statics Working Group. (2008). United States cancer statistics:1999-2004. Incidence and mortality. *Web-based report.www.cdc.gov/uses*, 26.
- Vockins, H. (2004). Occupational therapy intervention with patients with breast cancer: a survey. *European Journal of Cancer Care*, 13(1), 45-52.
- Wade , D.T., Collin, C. (1998). The Barthel ADL Index: a standart measure pf physical disability? *Disability and Rehabilitation*, 10:64-67.
- Wilcock, A.A., Chelin, M., Hall, M., Hamley, N., Morrison, B., Scrivener, L. (1997). The relationship between occupational balance and health: A pilot study. *Occupational Therapy International*, 4:17-30.
- Yerxa, E.J., Baum, S. (1986). Engagement in daily occupations and life satisfaction among people with spinal cord injuries. *Occupational Therapy Journal of Research*, 6, 272-283.
- Zlotnick, W.G., Hinojosa, J. (2004). Bottom up or Top Down Evaluation: Is one beter than the other? *American Journal of Occupational Therapy*, 58(4): 594-599.