

## KANSERLİ HASTALARIN YAŞADIKLARI DİSTRESİN HASTALAR VE HEMŞİRELER TARAFINDAN ALGILANMASI\*

Doç. Dr. Neriman AKYOLCU

İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

### ÖZET

Kanserli hastalardaki semptomların oluşturduğu distresin hastalar ve onlara bakım veren hemşireler tarafından ne ölçüde algılandığını belirlemek amacıyla planlanan çalışma, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Onkoloji Enstitüsü, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi, İç Hastalıkları Kliniği Hematoloji ve Onkoloji servislerinde yatan toplam 100 hasta ve bu hastalara bakım veren 21 hemşire üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Hastaların kendilerinde oluşan distresi algılamalarının eğitim, parasal sorunlarının olması, hastanede yatış süreleri, aileleri ile iletişim kurma ve metastazlı olup olmama durumlarına göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Hemşirelerin, hastalarda görülen semptomların oluşturduğu distresi algılama durumlarının hastalarla birbirlerine yakın düzeylerde olduğu; hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun algılama durumlarının, süreç uygulamaları, hizmetiçi eğitim programlarına katılımları, yoğun iş yüküne karşın hastalarına zaman ayırarak iyi iletişim kurmalarından etkilendiği belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Kanser, Distres, Kanserli hasta, Hemşire, Algılama

### SUMMARY

*Perception of the Symptom of Distres by Cancer Patients and Their Nurses:*

This study is planned to determine the level of perception of the symptom of distress in cancer patients and the nurses caring for them: Study is achieved in the radiation oncology, oncology and hematology departments of I.U. Cerrahpaşa Medical Faculty and Oncology Institute of I.U. Istanbul Medical Faculty. The study

\* Ulusal Cerrahi Kongresi'96, Antalya, 15-19 Mayıs 1996'da sunulmuştur.

was performed on 100 patients and 21 nurses who were caring for them in the hospital settings which explained above.

Perception of the patients about distress show differentiations depending on education, financial problems, duration of hospitalization, the level of communication with family and the presence of metastasis.

The level of perception by nurses were nearly similar with the level of patients. The factors that effected the level of perception was directly influenced by in service education, by using nursing process as a method and by using effective communication tools.

**Key Words:** Cancer, Distress, Patient with cancer, Nurse, Perception.

## GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüz çağdaş tıbbın ve insanının en önemli sorunlarından olan kanser, korku, umutsuzluk, çaresizlik, dayanılmaz ağrılar, yaşam ideallerinin tehdit altında olması, terkedilme, ölüm, duygu, tepki ve düşüncelerini çağırıştır. Çok ileri tıbbi araştırmaların yapıldığı bu alanda, özellikle tanı, tedavi ve bakıma ilişkin birçok gelişmeler kaydedilmiş ve önemli adımlar atılmıştır (16).

Geleneksel amacı, yaşam süresini uzatmak ve kalitesini yükseltmenin yanısıra acı çekmeyi önlemek olan kanser tedavi ve bakımının, oldukça başarılı olmasına karşın hastanın yaşamının fiziksel, psikososyal ve ekonomik alanına zorlayıcı etkileri olduğu belirtilmektedir. Hastalığın yanısıra tedavi ve yan etkileri ile ilgili birçok güçlük ve yaşam biçimi değişiklikleri ile karşı karşıya kalan hastada, distres ile sonuçlanabilen önemli ve üzüntü verici fiziksel değişiklikler gözlenebilmektedir (11).

Hastanın yaşam kalitesi ile ilgili endişelerin hemşirelik alanına yansması, kanserli hastaların bakımında yalnızca hastaların yüzyüze kaldığı sorunlar ve onlarda gözlenen değişikliklerle başa çıkmaya çalışmanın yeterli olmayacağı görüşünü ortaya atmıştır. Yanısıra hastalık ve tedavi nedeniyle distres yapan fiziksel ve psiko-sosyal etkenlerin giderilmesi/azaltılması konusunda hemşirelerin duyarlı olmaları gereğini ortaya çıkarmıştır.

Hastalık/tedavi ve hastanın her iki duruma da gösterdiği tepki nedeniyle oluşan bireysel bakım eksikliğini belirlemek için bakım, özgül sorunların değerlendirilmesi ile başlar. Bu türden sağlıklı bir yaklaşımın yapılabilmesi, hastanın bilgilendirilmesi, hasta ile olumlu iletişim kurulması, hastanın duygu, tutum, endişe ve düşüncelerini rahatça ifade edebilmesi ile olasıdır.

Hastanın yaşam kalitesinin en üst düzeye çıkarılmasında hemşirelik bakımının önemini ön plana çıkıldığı günümüzde, hemşirelerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen distres gelişim semptomlarını algılama biçimleri, bakımın niteliğini önemli ölçüde etkileyecektir. Yaşam kalitesini etkileyen zorlanmalar nedeniyle oluşan değişiklikler ve düzenlemelerde, gereksinilen yardımın istenilen düzeyde gerçekleştirilmesi ile hemşirelik bakımı anlamlılık kazanır (6,10,17).

Tüm olumsuz koşullara/güçlüklere karşın yaşamını sürdürme çabası içinde olan kanserli hastalarda stres, kaçınılması mümkün olmayan bir olgudur. Stres, dış ve iç ortamdaki kaynaklanan etkenlerle sürekli iletişim-etkileşim durumunda olan organizmanın fiziksel ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesiyle ortaya çıkan bir durumdur (3,9).

*Jessie Bernard* (20) stresi "zevk veren" ve "zevk vermeyen" olarak ikiye ayırmış ve bu ayrımı "Eustress" ve "Distress" kavramları ile tanımlamıştır. "Eustress" yaşandıkça neşe, canlılık ve kazanç sağlayan, istenmesi gereken bir durum, "Distress" ise yaşandıkça üzüntü veren, istenmeyen bir durum olarak yorumlanmıştır. *Kanserli hastalarda görülen distres* ise hastaların algıladığı gibi yaşanan spesifik semptomun neden olduğu rahatsızlığın derecesi olarak tanımlanmaktadır (3,11,20).

Tanı ve tedavi alanındaki hızlı gelişmeler sonucu, kanserin erken dönemde tanınabilir ve tedavi edilebilir duruma gelmesi, toplumda kansere atfedilen olumsuz imgeyi az da olsa değiştirmekte, çaresizlik ve yıkım duyguları, yerini umut ve savaşa bırakmaktadır. Bu olumlu gelişmelere paralel olarak kanserli hastaların yaşam sürelerinin uzaması, yaşam kalitesini ve psikososyal uyum sorunlarını daha geniş boyutlarda tartışılabilir bir platforma getirmiştir.

Bu görüşler doğrultusunda, araştırma, hastalık, tedavi yan etkileri nedeniyle fiziksel ve psikososyal güçlükler/zorlanmalar içinde yaşamalarını sürdürme çabası içinde olan kanserli hastalarda görülen semptomların oluşturduğu distresin, kendileri ve onlara bakım veren hemşireler tarafından ne ölçüde algılandığını belirlemek, günlük doğal yaşantısını sürdürme ve yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen bir bakımın sunulmasını sağlamak amacıyla planlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

**Araştırmanın Tipi:** Araştırma kanserli hastaların bireysel endişelerini/rahatsızlıklarını yansıtan semptomların oluşturduğu distresin hastalar ve hemşireler tarafından algılanmasını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak planlanmıştır.

**Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:** Araştırmanın evrenini, İstanbul İl sınırları içinde bulunan İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Onkoloji Enstitüsü, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi, İç Hastalıkları Kliniği Hematoloji ve Onkoloji Servislerinde yatan hastalar ve hastalara bakım veren hemşireler oluşturmuştur.

Aralık 1994 ile Mart 1995 tarihleri arasında belirlenen birimlerde yatan 100 hasta ile bu hastalara bakım veren 21 hemşire, araştırma kapsamına alınmıştır.

**Veri Toplama:** Veri toplama aracı olarak, kanserli hastalar ile onlara bakım veren hemşireler için (iki farklı) görüşme cetveli ile Distres Skalası kullanılmıştır. *Ruth McCorkle ve Katherine Young* (11) tarafından geliştirilen, araştırmacı tarafından kullanım izni alınarak ve Türkçeye çevrilerek kullanılan Distres Skalasında gösterilen 11 semptom 1'den 5'e kadar puanlanmakta; bunlar "belirti yok", "az", "orta", "üst düzey" ve "en üst düzey" olarak ifade edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 11, en yüksek puan ise 55'dir.

Distres skalası öncelikle 20 kişilik bir hasta grubuna uygulanarak her bir semptomun anlaşılır olup olmadığı test edilmiştir. Ölçme aracının güvenilirliği ise testin tekrarı yöntemiyle sınanmıştır.

Uygulama sonucunda Distres Skalasındaki semptomlara ilişkin güvenilirlik katsayıları Tablo 1'de görüldüğü gibi r değeri 0.58 ile 0.93 arasında değişmektedir.

Tüm r değerleri ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Bu sonuç, Distres Skalasının ölçtüğü değeri tekrar ölçebileceğini yani her defasında benzer ya da aynı sonucu verebileceğini göstermektedir.

**Tablo 1:** Distres Skalasındaki Semptomlara Ait Güvenirlilik Katsayıları

Bulantı	0.92	Yorgunluk	0.93
Ruh Hali	0.74	Konstipasyon	0.58
İştahsızlık	0.90	Diare	0.91
Uykusuzluk	0.84	Konsantrasyon	0.91
Ağrı	0.88	Fizik Görünüş	0.91
Hareketsizlik	0.93		
Tüm değerler için $p < 0.001$ 'dir.			

**Uygulama:** Distres skalasının içerik geçerliliği ülkemizde bu konuda geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış başka bir ölçme aracı bulunmadığı için, bir grup uzman görüşü alınarak test edilmiştir.

Örneklem kapsamına alınan basit rastlantısal yöntem ile seçilen (terminal dönemdeki hastaların dışında) hastalar ile karşılıklı görüşülerek, görüşme cetveli ve distres skalası doldurulmuştur. Daha sonra görüştüğümüzde distres skalalarını uyguladığımız hastalara bakım veren hemşireler belirlenmiş, bireysel/mesleki özellikleri görüşme cetveli kullanılarak öğrenilmiş, bakım verdikleri hastalara ilişkin ayrıca düzenlenen distres skalalarını doldurmaları ve her hasta için önem sırasına göre öncelikli üç semptomu belirtmeleri istenmiştir.

Sonuçta, 100 hastanın kendisi için, 100 hemşirenin hastalar için yanıt verdiği toplam 200 distres skalası ve 100 hastadan, 21 hemşireden görüşme cetveli ile elde edilen veriler değerlendirmeye katılmıştır.

**Verilerin Analizi:** Verilerin analizi araştırmacı tarafından bir istatistik uzmanı ile birlikte bilgisayar aracılığı ile gerçekleştirilmiş; veriler yüzdelik ve  $X^2$  testleri uygulanarak değerlendirilmiştir.

## BULGULAR VE TARTIŞMA

Kanser ve tedavisi ile ilgili distres yaratan semptomlara uyum göstermede çok büyük güçlükler içinde olan hastada yaşam kalitesini etkileyen distresin yönetimini ve kontrolünü kolaylaştırma, distres oluşturan etkenlerin tanılanması ve distres düzeylerinin belirlenmesiyle olasıdır. Bu amaca hizmet eden çalışma sonuçları ve istatistiksel değerlendirmeler, tablolar halinde verilmiştir.

Hastaların %65 gibi büyük bir çoğunluğunu 40 yaş ve üzerindeki olanların oluşturduğu, %60'ının erkek, %72'sinin evli, %40'ının ilköğretim mezunu oldukları, hastaların %43 oranında emekli, %60 oranında işçi oldukları saptanmıştır.

Hastaların %55 gibi çoğunluğunun eş ve çocuğu ile yaşadığı, daha küçük oranlarda "eş ve çocuk"; "anne ve baba"; "eş ile çocuk ve anne ya da arkadaş" ile yaşamı paylaştıkları, sadece 1 hastanın yalnız yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların tamamına yakın bir çoğunluğunun % 99 yaşamını yakınları ile paylaştığı gözlenmiştir. Ülkemizin toplumsal özelliklerine uyum gösteren bu durum, çok sayıda araştırmacı ve bilim adamı tarafından belirtildiği gibi, kanser tanısı ve tedavisinin getirdiği bir çok olumsuzluğu birarada yaşayan hastalar için gerekli olan psiko-sosyal desteğin sağlandığının göstergesi ve olumlu bir yaklaşım olarak yorumlanabilir (6,16).

Hastaların %40'ının bakmak zorunda olduğu kişiler %34'ünün parasal sorunları, %75'inin ise sağlık güvencesi olduğu belirlenmiştir. Sağlık güvencesi olduğunu belirten hastalara ne tür güvenceleri olduğu sorulduğunda, % 42.6'sının (32 kişi) emekli sandığı, %33.4'ünün (25 kişi) sosyal sigortalar kurumu, daha küçük oranlarda da Bağ-Kur ve özel sigorta vb. kuruluşlardan yararlandıkları belirlenmiştir.

Hastaların %75'inin sağlık güvencelerinin olması Özkan'ın (15) çalışma sonuçlarına benzerlik göstermekte olup, bu durum oldukça pahalı yöntem/uygulamaları içeren kanser tedavisinin getireceği ekonomik yükün, hastalık/tedaviye bağlı olumsuzluklar yaşayan hastalarda ilave bir sorun olmadığını göstermesi açısından sevindiricidir. Ancak elde edilen oranın Türkiye geneline maledilmemesi gerektiği ve araştırmanın yapıldığı kurumlara, bu tür tedavilerin maliyetlerinin yüksek olması nedeniyle, sağlık güvencesi olan hastaların başvurduğu düşüncesindeyiz.

**Tablo 2:** Hastaların Hastanede Yatış ve Tedavi Altında Buldukları Süreye Göre Dağılımı

Hastanede Yatış/Tedavi Altında Buldukları Süre	Sayı	Yüzde (%)		Sayı	Yüzde (%)
<i>Hastanede Yatış Süresi</i>			<i>Tedavi Altında Buldukları Süre</i>		
0-10 gün	46	46.0	1-3 ay	44	44.0
11-20 gün	10	10.0	4-6 ay	17	17.0
21-30 gün	13	13.0	7-9 ay	7	7.0
31 ve ↑	31	31.0	10-12 ay	8	8.0
			13 ay ve ↑	24	24.0

Hastaların kanser nedeniyle hastanede yatış süreleri incelendiğinde, %46'sının 0-10 gün, %31'inin 31 gün ve üstü, %13'ünün 21-30 gün, %10'unun 11-20 gün süreyle hastanede yatmakta oldukları; %44'ünün 1-3 ay, %24'ünün 13 ay ve üstü, %17'sinin 4-6 ay, %7'sinin 7-9 ay süreyle tedavi altında buldukları belirlenmiştir (Tablo 2).

Ailenin ve çevrenin kanser olgusuna ilişkin tutum ve görüşleri, hastanın hastalığa ilişkin tepkisini belirleyen önemli etkenlerden biridir. Bu kapsamda hasta ailesinin, empatik ve kavrayıcı yaklaşım göstermesi çok önemlidir. Böyle bir yaklaşım hastalıkla başetme, yeni yaşam koşullarına uyum sağlama ve yaşam kalitesini arttırmada önemli yeri olan tedavide etkin işbirliğinin oluşmasına katkıda bulunacaktır (5,12,20).

Hastaların hastanede kaldıkları sürece %79'u kendilerine yardımcı olan yakınlarının olduğunu, 79 hastanın (%62.07; 54 kişi) büyük çoğunluğunun bu desteği, anne, baba, eş üçlüsünden, daha düşük oranlarda da çocuk, akraba gibi aile yakınlarından aldıkları belirlenmiştir.

Sağlık profesyonellerinin iletişim becerilerini geliştirmeleri, çağdaş tıp hizmetinin gereği ve gerçek anlamda profesyonelliğin temel koşuludur. Kanserli hasta ile ilişkide "sessiz tutum" ya da "acıma davranışı" aşılmalıdır. Hastanın yaşına, kişiliğine, sosyal ortamına göre tolere edebileceği şekil ve süreçte tedaviye erken katılımını sağlayıcı, umudu yok etmeden gerçekleri kabullenışı sağlamaya dönük çok yönlü iletişim kurulmalıdır.

Örneklem kapsamına alınan hastaların %93'ünün aile, %91'inin hekim, %88'inin hemşire ile iyi iletişim kurduğu, %12'sinin hemşire, %9'unun hekim, %7'sinin aile ile iletişim kuramadıkları saptanmıştır (Tablo 3).

Küçük oranlarda da olsa hastaların aile, hemşire ve hekim ile iyi iletişim kuramadıklarını belirtmeleri, kanser ve tedavisinin getirdiği fiziksel, psikososyal güçlüklerle başetme çabası içinde olan hastaların bu tür sorunları yaşamaması gerektiğini vurgulayan literatür bilgilerine ters düşmektedir (3,12,16).

Hastalara hastalıkları nedeniyle bırakmak zorunda kaldıkları herhangi bir aktivite/alışkanlık olup olmadığı sorulduğunda, %62'sinin "evet", %38'inin ise "hayır" olarak yanıt verdikleri görülmüştür. Çoğunluğun hastalıkları nedeniyle bırakmak zorunda kaldıkları aktivite ve alışkanlıkları olduklarını belirtmeleri, kanser tedavisinin, hastanın fiziksel ve psiko-sosyal yaşamına yeni düzenlemeler getirdiğini belirten literatür bilgilerini destekleyici özellik göstermektedir (5,10,18).

**Tablo 3:** Hastaların İletişim Kurdukları Birey/Bireylere Göre Dağılımı

İletişim Kurdukları Birey/Bireyler	Sayı	Yüzde(%)
<i>Aile</i>		
İletişim Kuruyor	93	93.0
İletişim Kuramıyor	7	7.0
<i>Hemsire</i>		
İletişim Kuruyor	88	88.0
İletişim Kuramıyor	12	12.0
<i>Hekim</i>		
İletişim Kuruyor	91	91.0
İletişim Kuramıyor	9	9.0

Hastalıkları nedeniyle hastaların (62 kişi) %22.5'luk oranlarda, sigara ve iş, %14.5 oranında spor, daha küçük oranlarda "sigara, alkol", yemek, yürüme, okul, "spor, iş", "spor, sigara, alkol", "iş, sigara, alkol" türü aktivite ve alışkanlıkları bırakmak zorunda kaldıkları görülmüştür.

Özellikle tedavi aşamasında, kanserli hastada farklılık ve çevreden kopma gibi izole olma duygusu gelişebilir. Kanser ve tedavisinin getirdiği aşırı kilo kaybı, saç dökülmesi vb sorunlar nedeniyle hasta, aile, akraba ve arkadaş çevresinden izole olma eğilimi gösterebilir (5,14).

Hastaların %51'i hastalıkları nedeniyle yaşantılarında önemli değişiklikler olduğunu belirtirken, %49'unun böyle bir değişiklikten söz etmedikleri gözlenmiştir.

Yaşantılarında oluşan önemli değişiklikleri hastaların %45.09'unun aktivite kısıtlaması, %33.35'inin sınırlılık+insanlardan (aile ve çevre) uzaklaşma, %13.72'sinin çalışmama+ekonomik güçlük, %3.92'sinin iletişim güçlüğü, %3.92'sinin de görünüşteki değişiklik olarak sıraladıkları belirlenmiştir (Tablo 4). Sonuç, literatürde kanserli hastalarda görülen fiziksel ve psikososyal değişiklikleri kapsayan bilgileri doğrulayıcı özellik göstermektedir (6,7,12).

Kanserin anlamı ve yaşamın tehdit edilmesi en önemli kaygı odaklarıdır. Bunun yanısıra hastalığın seyirindeki aşamalar, tedavinin yan etkileri ve bunların hasta için anlam ve önemi ayrıca kaygı/endişe odaklarını oluşturur.



Bu bağlamda hasta, kanserin etkilerinin dışında kendisi, geleceği ve yaşadığı topluma ilişkin tutum ve düşüncelerini genelleştirir. Çaresizlik, umutsuzluk ve endişe yaşamın tüm alanlarında genelleşir (16).

**Tablo 4:** Hastaların Yaşantılarında Oluşan Önemli Değişikliklere Göre Dağılımı

Önemli Değişiklikler	Sayı (n=51)	Yüzde(%)
Aktivite Kısıtlaması	23	45.09
Sinirlilik+İnsanlardan (Aile ve çevre) uzaklaşma	17	33.35
İletişim Güçlüğü	2	3.92
Çalışmama/Ekonomik Güçlük	7	13.72
Görünüş	2	3.92
Toplam	51	100.0

Araştırma kapsamına alınan hastaların %69'u hastalıkları nedeniyle kaygılı olduklarını ifade ederken, %40'ı bu duyguyu yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Ancak kaygı duymadıklarını belirten hastaların bu açıklamalarının doğruluğu, hastalığın özellikleri dikkate alındığında kuşku uyandırmaktadır.

Hastalıklarına bağlı olarak, hastaların, % 40'ının "aile, iş, geleceğe yönelik", %31.67'sinin "bireysel, iş", %6.67'sinin ise tüm etkenleri içeren nedenlerle endişeli olduklarını belirttikleri gözlenmiştir. Araştırma ve literatür bilgilerini destekleyici özellik gösteren bu durum, çaresizlik ve umutsuzluk yaşayan hastaların kaygı odaklarının, çoğunlukla kendisi, geleceği ve ailesini kapsadığı ve yaşamın tüm alanlarında yaygınlaştığını göstermesi açısından önemli bir bulgudur (16,17).

Sağlığın yitimine duyulan üzüntü ve ölüm korkusu, kanser tanısına gösterilen olağan bir yanıtır. Bu olağan yanıt, bazı uyum bozuklukları ve bireyin yaşamı üzerindeki kontrolünün kaybı gibi endişe ve çaresizlik duygularını içerir (5). Hastalarımızda da gözlemlediğimiz gibi yaşantılarında önemli değişiklikler olması, hastalıkları nedeniyle bazı aktivite ve alışkanlıkları bırakmak zorunda kalmaları, kendini izole hissetmeleri gibi yoğun fiziksel ve duygusal sorunlar/zorluklar yaşayan hastada, distres görülmesi doğal/olağan karşılanabilir.

Hastaların yoğun distres yaşadıkları semptomların 1.öncelik sırasına göre dağılımı (Tablo 4'de görülmektedir. Hastaların %25'inin bulantı, %13'ünün ağrı, %11'lik eşit oranlarda ruhsal çökkünlük ve uykusuzluk, %10'unun

iştahsızlık, daha düşük oranlarda da diğer seçenekleri, kendilerinde 1.derecede distres oluşturan semptomlar olarak algıladıkları, %6'sının ise yanıt vermediği görülmüştür (Tablo 5).

Hastalarda distres oluşturan semptomların 2.öncelik sırasına göre dağılımları incelendiğinde, hastaların %21'inin iştahsızlık, %17'sinin yorgunluk, %10'unun ağrı ve daha düşük oranlarda da diğer semptomlara yer verdikleri gözlenmiş olup, %12'sinin yanıt vermediği belirlenmiştir (Tablo 5).

Hastaların açıklamaları doğrultusunda distres skalasındaki semptomların 3.öncelik sırasına göre dağılımları incelendiğinde; hastaların %18'inin yorgunluk, %15'inin ruhsal çökkünlük, %10'unun hareketsizlik, daha düşük ve birbirine yakın oranlarda da diğer seçeneklere yer verdikleri, %19'unun görüş belirtmediği gözlenmiştir (Tablo 5).

**Tablo 5:** Distres Oluşturan Semptomların Hastalar Tarafından Algılanmasının 1., 2., 3., Öncelik Sırasına Göre Dağılımı

Öncelik Sırası	1.Öncelik		2.Öncelik		3.Öncelik	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bulantı	25	25.0	8	8.0	5	5.0
Ruhsal Çökkünlük	11	11.0	7	7.0	15	15.0
İştahsızlık	10	10.0	21	21.0	8	8.0
Uykusuzluk	11	11.0	4	4.0	5	5.0
Ağrı	13	13.0	10	10.0	8	8.0
Hareketsizlik	9	9.0	8	8.0	10	10.0
Yorgunluk	6	6.0	17	17.0	18	18.0
Konstipasyon	3	3.0	4	4.0	7	7.0
Diare	-	-	2	2.0	1	1.0
Konsantrasyon	-	-	1	1.0	-	-
Görünüş	6	6.0	6	6.0	1	1.0
Boş	6	6.0	12	12.0	19	19.0
Toplam	100	100.0	100	100.0	100	100.0

Hastaların 1., 2., ve 3.öncelik tablolarında (Tablo 5) yer verdikleri semptomların her üç tablodaki yüzdelerinin toplam değerlendirmeleri yapıldığında; ilk sıraları, yorgunluk (%41), iştahsızlık (%39), bulantı (%38), ruhsal çökkünlük (%33), ağrı (%31), hareketsizlik (%27) gibi semptomların aldığı görülmüştür. Benzer çalışma sonuçlarına paralellik gösteren bu durum, bu tür semptomların kanser ve tedavisine bağlı olarak yaygın şekilde görüldüğünü ve

hastanın tedaviye uyumunu/yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini belirten literatür bilgilerine uyum göstermektedir (2,18).

Hastaların eğitim durumları ile, fiziksel görünüşlerinde oluşan değişiklikler nedeniyle yaşadıkları distres düzeylerini algılama durumları incelendiğinde düşük düzeyde distres yaşayanlarda %92.3 gibi büyük bir çoğunluğunu okur-yazar olmayanların; orta düzeyde distres yaşayanların %23.1'inin yüksek okul; yüksek düzeyde distres yaşayanların ise %38.5 gibi çoğunluğunun yine yüksek okul mezunlarının oluşturduğu gözlenmektedir. (Tablo 6) Boyraz'ın(4) çalışma sonuçlarına zıtlık gösteren bu bulgular, hastaların fiziksel görünüşündeki değişikliklerin oluşturduğu distresin, eğitim durumları ile yakından ilişkili olduğunu göstermiş, sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2 = 15.82$ ,  $p < 0.05$ ).

**Tablo 6:** Hastaların Eğitim Durumları İle Fiziksel Görünüşlerindeki Değişiklik Nedeniyle Yaşadıkları Distres Düzeylerini Algılamalarına İlişkin Dağılım

Hasta Eğitim Durumları \ Distres Düzeyleri	(1-2) Düşük		(3) Orta		(4-5) Yüksek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okur-yazar değil	12	92.3	1	7.7	-	-	13	13.0
İlkokul	29	72.5	8	20.0	3	7.5	40	40.0
Orta-Lise	17	50.0	7	20.6	10	29.4	34	34.0
Yüksekokul	5	38.5	3	23.1	5	38.5	13	13.0
Toplam	63	63.0	19	19.0	18	18.0	100	100.0

$$\chi^2 = 15.82$$

$$p < 0.05$$

Hastaların eğitim durumları ile, fiziksel görünüşlerinde oluşan değişiklikler nedeniyle yaşadıkları distres düzeylerini algılama durumları incelendiğinde düşük düzeyde distres yaşayanlarda %92.3 gibi büyük bir çoğunluğunu okur-yazar olmayanların; orta düzeyde distres yaşayanların %23.1'inin yüksek okul; yüksek düzeyde distres yaşayanların ise %38.5 gibi çoğunluğunun yine yüksek okul mezunlarının oluşturduğu gözlenmektedir (Tablo 6). Boyraz'ın(4) çalışma sonuçlarına zıtlık gösteren bu bulgular, hastaların fiziksel görünüşündeki değişikliklerin oluşturduğu distresin, eğitim durumları ile yakından ilişkili olduğunu göstermiş, sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2 = 15.82$ ,  $p < 0.05$ ).

**Tablo 7:** Hastaların Onemli Parasal Sorunları Olması İle Ruhsal Çökkünlük Nedeniyle Yaşadıkları Distres Düzeylerini Algılama Durumlarının Karşılaştırılması

Parasal Sorun Varlığı	Distres Düzeyleri		(1-2) Düşük		(3) Orta		(4-5) Yüksek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Parasal sorun var	13	39.4	5	15.2	15	45.5	33	33.0		
Parasal sorun yok	33	49.3	19	28.4	15	22.4	67	67.0		
Toplam	46	46.0	24	24.0	30	30.0	100	100.0		

Parasal sorunu olmayan hastaların %49.3'ünün ruhsal çökkünlük nedeniyle yaşadıkları distresi düşük, parasal sorunu olan hastaların %45.5'inin ise yaşadıkları distresi yüksek düzeyde algıladıkları belirlenmiş olup, sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=5.99$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 7). Bu durumun, kanser ve tedavisinin getirdiği, fiziksel ve psikososyal sorunların yanısıra, oldukça pahalı yöntem ve uygulamaları içeren kanser tedavisinin, ekonomik sorunu olan hastada ilave bir yük oluşturmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Hastanede kalış süreleri ile ilgili tüm seçeneklerde belirli düzeylerde distres yaşandığı, ancak bu oranın hastanede 0-10 gün yatanlar ile 31 gün ve daha fazla yatanlarda yoğunlaştığı ve hastaneye yatma süresi fazlalaştıkça, distres yaşayanların oranının da arttığı görülmüştür.

Fiziksel ve psiko-sosyal açıdan birçok olumsuzluk yaşayan kanserli hastada, tıbbi ve psikolojik tedavinin yanısıra, aile desteğinin, hastanın hastalığa uyum göstermesini ya da sorunlarla başetmesini sağlamada önemli yeri olduğu vurgulanmaktadır (5,18,20).

Hastaların uykusuzluk nedeniyle yaşadıkları distresi algılama durumları, aile ile rahat iletişim kuran hastaların %63.4 gibi çoğunluğunda düşük, aileleri ile rahat iletişim kuramayan hastaların %57.1'inde orta, düzeylerde olduğu belirlenmiştir. Hastaların uykusuzluk nedeniyle oluşan distresin algılanma durumunun, ailesi ile rahat iletişim kuranlarda, kuramayanlara oranla anlamlı bir şekilde farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $\chi^2=7.18$ ,  $p<0.05$ ). Bu durum aile desteğinin/yakınlığının, hastanın yaşadığı tüm olumsuzluklara karşın, moral/psikolojik olarak hastayı olumlu yönde etkilediğinin bir kanıtı olarak yorumlanabilir.

**Tablo 8:** Hastaların Yaşadıkları Distresi Algılama Düzeylerinin, Metastazlı Olup Olmama Durumları İle Karşılaştırılması

Distres Düzeyleri	(1-2) Düşük		(3) Orta		(4-5) Yüksek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hastalar								
Metastazı olmayanlar	16	23.5	21	30.8	31(24)**	45.7	68	100.0
Metastazı olanlar	1	3.1	7	21.9	24(22)**	75.0	32	100.0
Toplam	17	17.0	28	28.0	55	55.0	100	100.0

$$\chi^2 = 9.38 \quad p < 0.001$$

\*: 4-5.derecede, en az 1 semptom var

\*\* : 4-5.derecede en az 3 semptom var (parantez içindeki sayılara ait)

Hastaların yaşadıkları distresi algılama düzeyleri, metastazlı olup olma durumları ile karşılaştırıldığında; metastazı olmayan hastaların yaşadıkları distresi, %45.7'sinin yüksek, %38'inin orta, metastazı olan hastaların ise yaşadıkları distresi %75'inin yüksek düzeyde algıladıkları belirlenmiştir (Tablo 8). Metastazı olan hastalarda distresi yüksek düzeyde algılayanların, diğerlerine oranla daha fazla ve yoğun olduğunun gözlemlendiği sonuç, istatistiksel olarak da ileri derecede anlamlı bulunmuştur. ( $\chi^2=9.38$ ,  $p<0.001$ ). Bu durum konu ile ilgili yapılan çalışma sonuçlarına benzerlik göstermektedir (11,17).

Aynı tabloya göre tüm hastalar için toplam bir değerlendirme yapıldığında; hastaların yaşadıkları distresi %55'inin yüksek, %28'inin orta, %17'sinin düşük düzeylerde algıladıkları belirlenmiş, yüksek düzeyde distres yaşayan hastaların çoğunlukta olduğu görülmüştür (Tablo 8).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %71.4'ünün 25-29 yaş arasında yoğunlaştığı, %66.7'sinin bekar, %42.9' luk eşit oranlarda sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu oldukları belirlenmiştir.

Çalışma süreleri incelendiğinde ise %52.4'ünün 5-9 yıl süreyle çalıştıkları, halen buldukları serviste ise %66.7 oranıyla 5-9 yıl arasında çalışanların çoğunluğu oluşturduğu gözlenmiştir .

Çalıştıkları servislerde bir hemşireye düşen hasta sayısına ilişkin dağılım incelendiğinde; çoğunluğu 10-29 yatağa bakan hemşirelerin oluşturduğu gözlenen çalışma sonuçları, özellikle yoğun bakım gerektiren kanserli hastaların tedavi gördüğü birimlerde, bakımla ilgili bilimsel yayınlarda belirtilen (1 hemşireye 5 hasta) sayının çok üzerinde, dolayısıyla bu birimlerde çalışan

hemşirelerin iş gücü yükünün oldukça fazla olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Hemşirelerin %85.71'inin hizmet içi eğitim programlarına katıldığı, hemşirelerin %66.66'sının mesleki gelişimleri için çaba gösterdiği, %52.38'inin sürekli yayın izleme olanağından yoksun oldukları belirlenmiştir. Hemşirelerin mesleki yayınları alma ve okuma alışkanlıklarının düşük olduğunu gösteren bu sonuç, Kavaklı'nın (8) çalışma bulgularına benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin %80.95'i (17 kişi) hasta bakımında hemşirelik sürecini uyguladıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelik süreci uygulamalarında hemşirelerin %82.35'inin (14 kişi) sorunlarla karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Uygulamada sorunla karşılaştığını belirten hemşirelere ne tür sorunlarla karşılaştıkları sorulduğunda, %41.17'si (7 kişi) hasta sayısının fazla olması, %29.42'si zaman yetersizliği, %5.88 (1 kişi) bilgi eksikliği gibi nedenleri sıralarken %23.53'ü (4 kişi) yanıt vermemiştir.

Hemşirelerin süreç uygulamasında yukarıda sıralanan önemli sorunlarla karşılaşmalarına karşın, çoğunluğunun bu uygulamayı gerçekleştirmeleri, 1 hemşireye 10-19 hastanın düştüğü birimlerde, hemşirelerin büyük bir özveri ile çalıştıkları izlenimini vermektedir.

Kişilik, insan yapısının, duygusal durumunun davranış biçimlerinin, ilgilerinin, yeteneklerinin ve diğer psikolojik özelliklerinin en karakteristik ve orjinal bütünüdür. Kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin böylesine stresli bir ortamda stresi yaşamaması/düşük düzeyde yaşaması kişilik donanımları ve elindeki olanakları kullanabilmeleri ile ilişkilidir. Bu nedenle, bireyin değişimlere uygun olarak kendini programlayabilme yeteneği (esneklik), gelenekler, inançlar ve geçmiş deneyimlerden yararlanabilme gibi bireysel özellikleri, stresten korunabilmesinde etkili olabilmektedir (3).

*Eysenck Kişilik Ölçeği* doğrultusunda hemşirelerin %47.62'sinin normal içe dönük, %42.86'sının normal dışı dönük, %4.76'sının da nevrotik dışı dönük, kişilik özelliği gösterdikleri belirlenmiştir. Kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin tamamına yakın bir bölümünün (1 kişi dışında) normal kişilik yapısında olması, sorunlarla/stresle başedebilecek kişilik donanımında olduklarını göstermesi açısından sevindiricidir.

**Tablo 9:** Hemşirelerin Algılamalarına İlişkin Hastalarda Distres Oluşturan Semptomların 1., 2., 3. Öncelik Sırasına Göre Dağılımı

Öncelik Sırası	1.Öncelik		2.Öncelik		3.Öncelik	
	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%
Bulantı	27	27.0	10	10.0	5	5.0
Ruhsal çökkünlük	8	8.0	11	11.0	8	8.0
İştahsızlık	10	10.0	19	19.0	18	18.0
Uykusuzluk	3	3.0	8	8.0	9	9.0
Ağrı	19	19.0	12	12.0	13	13.0
Hareketsizlik	8	8.0	11	11.0	10	10.0
Yorgunluk	10	10.0	12	12.0	16	16.0
Konstipasyon	2	2.0	1	1.0	3	3.0
Diare	3	3.0	1	1.0	-	-
Konsantrasyon	1	1.0	1	1.0	1	1.0
Görünüş (Fiziksel)	6	6.0	10	10.0	9	9.0
Boş	3	3.0	4	4.0	8	8.0
Toplam	100	100.0	100	100.0	100	100.0

Hastaları en çok rahatsız eden distres skalasındaki semptomların hemşirelerin algılamalarına göre 1.öncelik sırasına göre dağılımı hemşireler, hastaların %27'sinde bulantı, %19'unda ağrı, %10 gibi eşit oranlarda iştahsızlık ve yorgunluk, daha düşük oranlara diğer seçenekleri, hastaları 1.derecede rahatsız eden (distres oluşturan) semptomlar olarak algıladıklarını belirtmişler, hastaların %3'ü ile ilgili görüş bildirmemişlerdir (Tablo 9).

Hemşirelerin algılamalarına göre hastalarda distres oluşturan semptomların 2.öncelik sırasına göre dağılımları incelendiğinde, hemşirelerin, hastaların %19'unda iştah, %12'lik eşit oranlarda ağrı ve yorgunluk, %11'lik eşit oranlarda ruhsal çökkünlük ve hareketsizlik, %10'luk eşit oranlarda bulantı ve görünüş, daha düşük oranlarda da diğer seçenekleri, distres oluşturan 2. öncelikli semptomlar olarak algıladıkları, %4 oranındaki hasta için ise görüş bildirmedikleri belirlenmiştir (Tablo 9).

Hemşirelerin algılamaları doğrultusunda hastalarda distres oluşturan semptomların 3.öncelik sırasına göre dağılımları incelendiğinde; hemşirelerin hastaların %18'inde iştahsızlık, %16'sında yorgunluk, %13'ünde ağrı, %10'unda hareketsizlik, daha düşük ve birbirine yakın oranlarda da diğer seçenekleri, distres oluşturan 3.öncelikli semptomlar olarak algıladıkları, hastaların %8'i için ise görüş belirtmedikleri gözlenmiştir (Tablo 9).

Hemşirelerin hastalarda distres oluşturan semptomların 1., 2. ve 3. önceliklerini belirttikleri tablolardaki (Tablo 9) bulguların toplam değerlendirmeleri yapıldığında hemşirelerin, hastaların %47'sinde iştahsızlık, %44'ünde ağrı, %42'sinde bulantı, %38'inde yorgunluk, %29'unda hareketsizlik, %27'sinde ruhsal çökkünlük, daha düşük oranlarda da diğer semptomlara yer verdikleri belirlenmiştir.

Hasta (Tablo 5) ve hemşirelerin (Tablo 9) öncelikli tablolarından elde edilen sonuçlara göre, her iki grubun da öncelik verdiği (oranlarında küçük değişiklikler olmakla birlikte), distrese neden olan semptomların ağrı, bulantı, yorgunluk, iştahsızlık, ruhsal çökkünlük ve hareketsizlik olarak sıralandığı görülmüştür.

**Tablo 10:** Hasta ve Hemşirelerin Distres Algılama Durumları Arasındaki Anlamlılık İlişkilerinin Dağılımı

Semptomlar	$\chi^2$	p
Bulantı	6.10651	p>0.1919
Ruhsal çökkünlük	3.83342	p>0.4290
İştahsızlık	15.25383	P<0.01*
Uykusuzluk	6.31926	p>0.1765
Ağrı	7.46473	p>0.1133
Hareketsizlik	2.11868	p>0.7139
Yorgunluk	10.51527	p>0.0619
Konstipasyon	3.38965	p>0.4949
Diare	3.63407	p>0.6032
Konsantrasyon	1.02234	p>0.5998
Görünüş(Fiziksel)	5.78892	P<0.05*

\*Fark anlamlı

Tablo 10'da distres algılama durumuna ilişkin hasta ve hemşirelerden alınan yanıtlar doğrultusunda tek tek semptomlarla ilgili sonuçların karşılaştırılması görülmektedir. Buna göre, 11 semptomdan sadece iştahsızlık ve fiziksel görünüşteki değişiklikleri içeren 2 semptomla ilgili algılamada, hasta ve hemşireler arasında anlamlı farklılık saptanmış, diğer seçeneklerde ise anlamlı bir farklılık gözlenememiştir (Tablo 10).

İştah ve fiziksel görünüşteki değişiklikler nedeniyle oluşan distresin düzeyini algılamada, hemşirelerin hastalara oranla, hastalardaki distresi daha yüksek düzeyde algıladıklarını gösteren bu bulgular, *Wesdorp ve arkadaşlarının* (21) yaptığı, çalışma sonuçlarına benzerlik göstermektedir.



Diğer semptomlarla ilgili distres düzeyini, hastalarla, hemşirelerin birbirlerine yakın oranlarda algılamaları, aralarında anlamlı farklılıklar olmaması, araştırma grubunu oluşturan hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun hasta ile iyi iletişim kurmaları, hasta bakımında hemşirelik sürecini uygulamaları nedeniyle, hastanın yaşadığı sorunları yakından izleme olanağı bulmaları ve hizmetiçi eğitim programlarına katılmaları gibi olumlu yaklaşımlarla yakından ilgili olduğumuz kanısındayız. Bu sonuç, yoğun iş yükü ve çalışma koşullarına karşın hemşirelerin hastalarına zaman ayırarak, onlarla oluşan distres düzeylerini doğru olarak belirlediklerini ve bu durumun hemşirelik bakımını yönlendirmede olumlu bir yaklaşım olabileceğini göstermektedir.

#### KAYNAKLAR

1. Akyolcu, N., Aksoy, G., Kanan, N.: Mastektomi geçiren kadınlarda psikolojik sorunların incelenmesi, Uluslararası Cerrahi Kongresi, 88, Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu, İstanbul (1988).
2. Algier, L.: Kanserli hastada semptomların kontrolü, *Türk Hemşireler Dergisi*, 5-6:8 (1994).
3. Baltaş, A. Baltaş, Z.: Stres ve Başa Çıkma Yolları. Evrim Matbaası, 9.Baskı, İstanbul (1990).
4. Boyraz, S., Yürügen, B.: Meme tümörlerinde ilk defa ışın tedavisine alınan hastalarla metastazdan sonra tekrar ışın tedavisine alınan hastaların anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması, II.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, Atatürk Kültür Merkezi, İzmir (1990).
5. Elbi, H.: Kanser ve psikiyatrik sorunlar. Tanı ve sağaltım, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2:122 (1991).
6. Friedenbergs, I., Gordon, W., Hibbard, M., Diller, L.: Assesment and treatment of psychosocial problems for the cancer patient: a case study, *Cancer Nursing*, 3:11 (1980).
7. Holmes, S., Dickerson, J.: The quality of life: design and evaluation of a self- assesment instrumnt for use with cancer, *International Journal of Nursing Studies*, 24:15 (1987).
8. Kavaklı, A.: Değişik kurumlarda çalışan hemşirelerin sosyal konumu, kültürel ve mesleki gelişimlerini etkileyen faktörler, II. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu, İstanbul (1988).
9. Köknel, Ö.: Stres hastalıkları, Düzenleyen: N.Tarhan:Stres, Gri Ajans, İstanbul (1988).

10. Luckmann, S., Sorenson, K.C.: *Medical Surgical Nursing, A Psychophysiologic Approach*, 3<sup>rd</sup>. W.B.Saunders Comp., Philadelphia, (1987).
11. McCorkle, R., Young, K.: Development of a symptom distress scala, *Cancer Nursing*, 1:373 (1978).
12. Maxwell, M.: The use of social networks to help cancer patients maximize support, *Cancer Nursing*, 4:275 (1982).
13. Mosher-Scoy, C.V.: The oncology nurse in independent professional practice, *Cancer Nursing*, 1:12 (1978).
14. Özydemir, G.: Haydaroglu, A., Erbil, H.: Kabaklıoğlu, M.: Kanserli hastaların takip ve tedavisinde psikiyatri danışmanlığının önemi, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, Atatürk Kültür Merkezi, İzmir (1990).
15. Özkan, N.: Ameliyat öncesi eğitim yapılan mastektomi hastaları ile eğitim yapılmayan hastaların anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması, İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, (1992), Yüksek Lisans Tezi.
16. Özkan, S.: Psiko-onkoloji: Tıbbi, psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser, II. *Nöro-Psikiyatri Arşivi*, 2:83, (1992).
17. Padilla, G.V., Grant, M.M.: Quality of life as a cancer nursing outcome variable, *Advances in Nursing Science*, 8:45 (1985).
18. Platin, N.: Kanser Hemşireliğinde Temel Kavramlar. Çev.: Ed.: V. Barclay, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu, Ankara (1987).
19. Tarhan, N.: Stres, Gri Ajans, İstanbul, (1989).
20. Uğur, M.: Kanserli hastanın ve çevresinin psikiyatrik değerlendirilmesi, *Yeni Symposium*, 3-4:40 (1985).
21. Wesdrop, R.C., Krause, R.: Cancer, cachexia and its nutritional implications, *British Journal of Surgery*, 70:352 (1983).