

Kanser Hastalarının Rehabilitasyon Gereksinimi Rehabilitation Needs of Patients with Cancer

Meltem ARAS, Sibel ÜNSAL DELIALIOĞLU, Nilgün ATALAY*, Selin TAFLAN-SELÇUK*

Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

*Ankara Dr. Abdurrahman Yurtarslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

Özet

Amaç: Farklı kanser tanıları ile izlenen hastaların rehabilitasyon gereksinimlerinin ve fonksiyonel durumlarının ortaya konulması ve bu gereksinimlerin karşılanıp karşılanmadığının belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada onkoloji hastanesinde farklı kanser tanıları ile takip edilen 300 hasta değerlendirildi. Tüm hastalar (155 kadın, 145 erkek, ortalama yaş 49,8±16,8 yıl, ortalama hastalık süresi 445,97±228,2 gün) yorgunluk, dekonduasyon, günlük yaşam aktivite (GYA) sorunları, ambulasyon sorunları, transfer sorunları, ağrı, lenfödem, seksüel disfonksiyon, mesane-barsak disfonksiyonu, kognitif sorunlar gibi çeşitli rehabilitasyon gereksinimleri yönünden değerlendirildi. Fonksiyonel değerlendirmeler Karnofsky Performans Ölçeği ve Barthel İndeksi ile yapıldı.

Bulgular: Hastaların %81,7'sinin (n=245) rehabilitasyon gereksinimi olduğu saptandı. Yorgunluk, dekonduasyon, GYA sorunları, ambulasyon sorunları ve ağrı ilk sıralarda yer alan rehabilitasyon yaklaşımı gerektiren sorunlardı. Karnofsky Performans Ölçeğine göre 225 (%75) hasta normal aktivitelerini devam ettirirken, 72'sinin (%24) çalışamaz durumda olduğu, 3'ünün (%1) hastanede bakıma ihtiyaç duyduğu saptandı. GYA'da hastaların 171'inin (%57) bağımsız olduğu, 56'sının (%18,7) hafif derecede bağımlı olduğu, 62'sinin (%20,7) orta derecede bağımlı olduğu, 10'unun (%3,3) ileri derecede bağımlı olduğu, 1 (%0,3) hastanın ise tam bağımlı olduğu saptandı. Yalnızca iki hastanın fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümüne konsülte edildiği belirlendi.

Sonuç: Kanser hastalarında fonksiyonel yetersizlik oluşturan pek çok neden olduğu ve hastaların büyük bir bölümünün rehabilitasyon gereksinimlerinin karşılanmadığı görülmektedir. Ülkemizde kapsamlı kanser rehabilitasyonu programlarının oluşturulması bu konuda onkoloji ve rehabilitasyon kliniklerinin işbirliğinin sağlanması gerektiğini düşünmekteyiz. *Türk Fizik Tıp Rehab Derg 2009;55:25-9.*

Anahtar Kelimeler: Kanser, rehabilitasyon

Summary

Objective: To identify the rehabilitation needs and functional status of patients with various cancer diagnosis and to identify the lack of rehabilitation referrals.

Materials and Methods: Three hundred patients at a state oncology hospital in Ankara, Turkey were included in this study. All patients (155 female, 145 male, mean age: 49.8±16.8, mean disease duration: 445.97±228.2 day) were evaluated for the presence of various rehabilitation needs such as fatigue, deconditioning, problems of activities of daily living, ambulation and transfer difficulties, pain, lymphedema, sexual dysfunction, bladder-bowel dysfunction and cognitive problems. Functional assessments were performed using Barthel Index (BI) and Karnofsky Performance Status Scale (KPSS).

Results: 81.7% (245/300) of the patients had various rehabilitation needs. The most frequent symptoms were fatigue, deconditioning, problems of daily living activities and pain. KPSS showed that 225 (75%) patients were able to carry on normal activities; no special care were needed, whereas 72 (24%) patients were unable to work; able to live at home and various amounts of assistance were needed for personal cares. Three (1%) patients were unable to care for self and required hospital care; disease were possibly progressing rapidly. BI assessments showed that 57% of the patients were independent in daily activities, 39.4% were mildly to moderately dependent and 3.6% were severely dependent or bed-bound. Only two patients were referred for rehabilitation consultation.

Conclusion: Patients with cancer have many unmet rehabilitation needs. Awareness of these needs should be increased and rehabilitation interventions be integrated to the comprehensive care of these patients. A strong administrative commitment and a strong communication with both medical and surgical oncology departments are needed. *Turk J Phys Med Rehab 2009;55:25-9.*

Key Words: Cancer, rehabilitation

Giriş

Kanser günümüzde yaygın bir hastalık haline gelmiştir ve özürüllüğün önemli bir nedenini oluşturmaktadır. Kanser tanısı alan hasta sayısı her geçen gün artmaktadır. Amerika'da her yıl 1 milyon yeni kanser tanısı konmaktadır (1). Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığının verilerine göre son 20 yılda kanser insidansında artış olduğu bildirilmektedir (2). Günümüzde erken tanı ve tedavi seçeneklerinin artması sonucunda kanser hastalarının hayatta kalma oranları artmış, 5 yıllık yaşam oranları %58'e ulaşmıştır ve kanser artık kronik hastalıklar grubunda yer almaktadır (3). Kanserli hastalar kanser tedavisi ya da her ikisinin yol açtığı birçok fiziksel ve emosyonel problem ile karşılaşmakta ve bunlar yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır. Bu nedenle kanser hastalarının tanı ve tedavilerinin her aşamasında (tanı, tedavi, tedavi sonrası, nüks ve terminal dönem) rehabilitasyon uygulamalarının yeri vardır (4). Kanser rehabilitasyonu, kanser hastalarına hastalığın ve tedavilerin belirlediği sınırlar içerisinde maksimum fiziksel, sosyal, psikolojik ve mesleki fonksiyonların kazandırılmasına yardımcı olmak şeklinde tanımlanır (5). Ancak ülkemizde kanser rehabilitasyonu diğer ana rehabilitasyon alanları (inme, omurilik yaralanması, travmatik beyin hasarı...) ile karşılaştırıldığında daha az ilgi görmüştür. Bunun nedenleri; kanserli hasta grubunun fonksiyonel kayıplarının yeterince tanımlanamaması, rehabilitasyon hizmetlerinden haberdar olunamaması, hasta ve ailesinin yeterince bilgilendirilmemesi ve hastaların rehabilitasyon kliniklerine yönlendirilmemeleridir.

Bu çalışmanın amacı kanser tanısı ile izlenen hastaların rehabilitasyon gereksinimlerinin ve fonksiyonel durumlarının ortaya konulması ve bu gereksinimlerin karşılanıp karşılanmadığının belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Çalışma onkoloji hastanesinde yatarak tedavi edilen, yeni tanı alan, takipte olan ya da rekürrensle gelen kanser hastaları değerlendirilerek tek merkezli, kesitsel olarak gerçekleştirildi. Kesin kanser tanısı konulan tanı veya tedavi aşamasındaki, tedavi

sonrası takip aşamasındaki, rekürrens veya ilerlemiş hastalık aşamasındaki hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaneye tekrarlayan yatışı olan hastalar bir kez değerlendirildi. Hastalar çalışma konusunda bilgilendirildi ve gönüllü olarak katılmayı kabul eden hastalar çalışmaya alındı. Hastaların demografik özellikleri, hastalık tanıları, uygulanan tedavi yöntemleri (cerrahi, radyoterapi, kemoterapi) ve metastatik hastalık varlığı kaydedildi. Hastalar rehabilitasyon gereksinimleri yönünden (yorgunluk, dekondüsyon, günlük yaşam aktivite (GYA) ve ambulasyon sorunları ile transfer sorunları, eklem hareket açıklığında azalma, ağrı, lenfödem, seksüel disfonksiyon, mesane-barsak disfonksiyonu, kognitif sorunlar...) fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı tarafından değerlendirildi.

Kanser rehabilitasyonunda fonksiyonun değerlendirilmesi gerçekçi hedeflerin konulması ve rehabilitasyon programının oluşturulmasında oldukça önemlidir. Bu çalışmada fonksiyonel sonuç ölçümleri için Karnofsky Performans Ölçeği kullanıldı (6). (Tablo 1). Günlük yaşam aktiviteleri Barthel İndeksi ile değerlendirildi.

İstatistiksel Analiz

Analizler için SPSS 10.0 paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler uygulandı. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ kabul edildi.

Bulgular

Çalışmada 300 hasta değerlendirildi. Hastaların 145'i (%48,3) kadın, 155'i (%51,7) erkekti, yaş ortalaması $49,83 \pm 16,83$ (aralık 3-80 yıl) yıldı. Hastaların eğitim düzeyleri, medeni durumları ve hastalık öncesi ve sonrası çalışma durumları Tablo 2'de verilmiştir. Tanı konmadan önce hastalardan 112'si mesleğini yapabiliyorken, tanı konulduktan sonra bu hastalardan sadece 14'ünün mesleğini devam ettirebildiği saptandı.

Hastaların büyük bir bölümü meme kanseri (%25) ve akciğer kanseri (%16) olmak üzere çeşitli kanser tanıları ile takip edilmekteydi. Kanser tanılarına göre hastaların dağılımı Tablo 3'de verilmiştir. Hastaların %73,3'üne cerrahi tedavi, %70'ine kemoterapi, %88,7'sine radyoterapi uygulandığı ve %17,7'sinde hastalığın metastatik olduğu saptandı.

Tablo 1. Karnofsky Performans Ölçeği.

Genel Kategori Tanımlanması	Spesifik Kriterler	Puan
Normal aktivitesini devam ettirebilir, özel bakım gerektirmez.	Normal; yakınma yok, hastalık kanıtı yok.	100
	Normal aktivitesini devam ettirebilir; hastalığın minör bulgu ya da semptomları vardır.	90
	Eforla normal aktivite, hastalığın bazı bulgu ya da semptomları vardır.	80
Çalışamaz; evde yaşayabilir; kişisel ihtiyaçlarının çoğunu sağlar, değişen miktarlarda yardıma ihtiyaç duyar.	Kendine bakabilir; normal aktivitelerini devam ettiremez ya da aktif çalışamaz.	70
	Ara sıra yardıma ihtiyaç duyar fakat kendi gereksinimlerinin çoğunu yapabilir.	60
	Sık tıbbi bakım ve oldukça fazla yardıma ihtiyaç duyar.	50
Kendine bakamaz; hastane eşdeğeri bakım gerektirir; hastalık hızlı ilerliyor olabilir.	İleri derecede özürüllük, özel bakım ve yardım gerektirir.	40
	İleri derecede özürüllük, hastaneye yatırma endikasyonu vardır, ölümün yakında olması beklenmemesine rağmen.	30
	Çok hasta; hastaneye yatırmak gerekli, aktif destek tedavisi gerekli.	20
	Ölmeğe üzere, fatal süreç hızla ilerliyor.	10
	Ölüm.	0

Çalışma kapsamında değerlendirilen 300 hastadan %81,7'sinin (245/300) rehabilitasyon gereksiniminin bulunduğu; yorgunluk, dekonduşyon, GYA ve ambulasyon sorunları ve ağrının ilk sıralarda yer alan rehabilitasyon yaklaşımı gerektiren sorunlar olduğu belirlendi (Tablo 4). Ayrıca bunlara ek olarak meme kanserli hastalarda eklem kontraktürü (%8,3) ve lenfödem (%4,3), akciğer kanserli hastalarda transfer sorunları (%4,3), gastro-intestinal sistem kanserli hastalarda yutma sorunları (%6), kemik kanserli hastalarda eklem kontraktürü (%5) ve transfer sorunları (%4,3), baş-boyun kanserli hastalarda ise yutma (%5,7) ve iletişim sorunlarının (%4,3) daha sık görüldüğü saptandı. Cerrahi tedavi uygulanan hastaların %81,4'ünün, radyoterapi uygulanan hastaların %82'sinin, kemoterapi uygulanan hastaların %81,4'ünün rehabilitasyon gereksinimi olduğu saptandı. Kanser tanılarına göre rehabilitasyon gereksinimlerinin dağılımı tablo 5'te verilmektedir. Metastazı olan ve olmayan hastalarda rehabilitasyon gereksinimlerinin dağılımı incelendiğinde metastazı olan (n=53) hastaların %92,5'inin (n=49) rehabilitasyon gereksinimi varken, metastazı olmayan (n=247) hastalarda bu oran %79,4'tü (n=196) ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,025).

Karnofsky Performans Ölçeğine göre 225 (%75) hasta normal aktivitelerini devam ettirirken, 72'sinin (%24) çalışamaz du-

Tablo 2. Hastaların cinsiyet dağılımı, eğitim düzeyleri, medeni durumları ve hastalık öncesi ve sonrası çalışma durumları.

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	145	48,3
Erkek	155	51,7
Eğitim		
Almamış	90	30
İlköğretim	192	63,9
Lise	14	4,7
Üniversite	4	1,3
Medeni Durum		
Evli	250	83,3
Bekar	50	16,7
Hastalık Öncesi Çalışan	112	37,3
Hastalık Sonrası Çalışan	14	4,7

Tablo 3. Kanser tanılarına göre hastaların dağılımı.

Kanser Tipi	n	%
Meme	75	25
Akciğer	48	16
Gastrointestinal sistem	46	15,3
Kemik	31	10,3
Baş-boyun	27	9
Genito-üriner sistem	26	8,7
Yumuşak doku	14	4,7
Beyin	10	3,3
Deri	8	2,7
Hematolojik maligniteler	8	2,7
Lenfoma	7	2,3

rumda, 3'ünün (%1) hastanede bakıma ihtiyaç duyduğu saptandı. Barthel indeksine göre günlük yaşam aktivitelerinde hastaların 171'inin (%57) bağımsız olduğu, 56'sının (%18,7) hafif derecede bağımlı olduğu, 62'sinin (%20,7) orta derecede bağımlı olduğu, 10'unun ise (%3,3) ileri derecede bağımlı olduğu, 1 (%0,3) hastanın ise tam bağımlı olduğu saptandı.

Hastalar kanser tanılarına göre Karnofsky Performans Ölçeği ile değerlendirildiğinde meme kanserli 75 hastadan 67'si (%89,3) normal yaşamını devam ettirirken 8'inin (%10,7) çalışamaz durumda olduğu, akciğer kanserli 48 hastadan 28'i (%58,3) normal yaşamını devam ettirirken 20'sinin (%41,7) çalışamaz durumda olduğu, gastro-intestinal sistem kanserli 46 hastadan 35'i (%76,1) normal yaşamını devam ettirirken 11'inin (%23,9) çalışamaz durumda olduğu, kemik kanserli 31 hastadan 19'u (%61,3) normal yaşamını devam ettirirken 10'unun (%32,3) çalışamaz durumda olduğu 2'sinin (%6,5) hastanede bakıma ihtiyaç duyduğu, baş-boyun kanserli 27 hastadan 22'si (%81,5) normal yaşamını devam ettirirken 5'inin (%18,5) çalışamaz durumda olduğu, genito-üriner sistem kanserli 26 hastadan 17'si (%65,4) normal yaşamını devam ettirirken 9'unun (%34,6) çalışamaz durumda olduğu, yumuşak doku kanserli 14 hastadan 11'i (%78,6) normal yaşamını devam ettirirken 3'ünün (%21,4) çalışamaz durumda olduğu, beyin kanserli 10 hastadan 7'si (%70) normal yaşamını devam ettirirken 3'ünün (%30) çalışamaz durumda olduğu, hematolojik malignitesi olan 8 hastadan 7'si (%87,5) normal yaşamını devam ettirirken 1'inin (%12,5) çalışamaz durumda olduğu, lenfoma tanılı 7 hastadan 6'sı (%85,7) normal yaşamını devam ettirirken 1'inin (%14,3) çalışamaz durumda olduğu saptandı. Metastazı olmayan 247 hastadan 199'u (%80,6) normal yaşamını devam ettirirken, 47'sinin (%19) çalışamaz durumda olduğu 1'inin (%0,4) hastanede bakıma ihtiyaç duyduğu, metastazı olan 53 hastadan ise 26'sinin (%49,1) çalışamaz durumda olduğu 27'sinin (%51) hastanede bakıma ihtiyaç duyduğu saptandı.

Çalışma kapsamında değerlendirilen ve rehabilitasyon gereksinimi olan 245 hastadan yalnızca ikisinden fizik tedavi ve rehabilitasyon konsültasyonu istendiği belirlendi. Bu iki hastadan birinin meme kanseri tanısı ile takip edildiği ve lenfödem nedeniyle konsulte edildiği diğer hastanın ise yumuşak doku tümörü nedeniyle takip edildiği ve kontraktür nedeniyle konsulte edildiği belirlendi.

Tablo 4. Rehabilitasyon gereksinimlerinin dağılımı.

Rehabilitasyon Gereksinimleri	n	%
Yorgunluk	190	63,3
Dekondüsyon	188	62,7
GYA sorunları	106	35,3
Ambulasyon sorunları	102	34
Ağrı	79	26,3
Yutma sorunları	55	18,3
Transfer sorunları	55	18,3
Kontraktür	53	17,7
Lenfödem	18	6
Seksüel disfonksiyon	17	5,7
İletişim sorunları	16	5,3
Mesane-barsak disfonksiyonu	14	4,7
Kognitif sorunlar	3	1

Tartışma

Bu çalışmanın verilerine göre kanser hastalarında fonksiyonel yetersizlik oluşturan ve rehabilitasyon gerektiren pek çok neden bulunmakta ancak hastaların büyük bir bölümünün rehabilitasyon gereksinimlerinin karşılanamadığı görülmektedir. Literatürde kanserli hastalarda rehabilitasyon ihtiyacını dökümente eden ilk çalışma 1978'de Lehmann ve ark. (7) tarafından yapılmıştır. 805 kanserli hasta değerlendirilmiş ve %35'inde güçsüzlük, %30'unda GYA sorunları, %25'inde ambulasyon sorunları, %7'sinde transfer sorunları ve %7'sinde iletişim sorunlarının olduğu ancak hastaların rehabilitasyon gereksinimlerinin yeterince karşılanamadığı bildirilmiştir. Ganz ve ark. (4) kolorektal, akciğer ve prostat kanseri tanılarını izlenen 500 kanser hastasının %80'inde yürüme sorunlarının bulunduğunu ve hastaların %50'den fazlasında bu sorununun ciddi olduğunu saptamışlardır. Bizim çalışmamızda ise yorgunluk, dekondüsyon, GYA sorunları, ambulasyon sorunları ve ağrının ilk sıralarda yer alan sorunlar olduğunu ancak bu sorunlar nedeniyle hastaların fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü ile konsulte edilmediğini gözlemledik. Benzer şekilde 2003 yılında medikal onkoloji ünitesinde yatarak tedavi gören kanser hastalarının değerlendirildiği bir çalışmada da hastaların taburculukta %84 gibi yüksek bir oranında rehabilitasyon gereksinimlerinin karşılanmadığı ve hastaların yalnızca çok küçük bir bölümünün (%18) fiziksel tıp ve rehabilitasyon bölümüne konsulte edildiği ve rehabilitasyon programı uygulandığı (%16) belirtilmiştir (8). Sonuçta kanser hastalarında fonksiyonel yetersizliğe yol açan ve rehabilitasyon gereksinimi oluşturan; yorgunluk, güçsüzlük, ağrı gibi genel sorunlar ve spesifik kanser tiplerinde daha ön planda olan mobilite sorunları, kendine bakım sorunları, iletişim sorunları, yutma güçlüğü, lenfödem, paraneoplastik nöromusküler sendromlar, beyin metastazı, omurilik metastazı, mesane-barsak disfonksiyonu, seksüel disfonksiyon, kemoterapi ve radyoterapiye bağlı yan etkiler gibi pek çok durum olabilir (4,9,10). Nitekim bizim çalışmamızda da meme kanserli hasta-

larda lenfödem, yumuşak doku tümöründe kontraktür, gastrointestinal sistem kanserli hastalarda yutma sorunları, kemik kanserli hastalarda eklem kontraktürü ve transfer sorunları, baş-boyun kanserli hastalarda ise yutma ve iletişim sorunlarının daha sık görüldüğü saptandı. Ayrıca cerrahi, radyoterapi ya da kemoterapi uygulanan hastaların yüksek oranlarda rehabilitasyon gereksinimlerinin bulunduğunu gözlemledik. Spesifik kanser tiplerinde rehabilitasyon gereksinimleri farklı olmakla birlikte rehabilitasyon programlarındaki genel prensipler ortaktır. Bu sorunlara yönelik kapsamlı rehabilitasyon programlarının oluşturulması ile hastaların yaşam kalitesi artırılabilir. Örneğin, yorgunluk yakınması olan hastalarda terapötik egzersiz programı, diyet düzenlemesi, uyku terapisi, kognitif terapi ve farmakolojik tedavi ile fiziksel kondüsyon yeniden sağlanabilir. Lenfödemli olan hastalarda hasta eğitimi, pozisyonlama, kompresyon bandajları, kompresyon giysileri, pnömotik kompresyon ve lenfatik masaj uygulamalarını içeren uygun ve kapsamlı rehabilitasyon programları ile kanser tedavisinin sekeli olan bu durum kontrol altına alınabilir (11). Sonuç olarak kanser rehabilitasyonunda temel hedefler GYA'da bağımsızlığın sağlanması, mobilitenin sağlanması ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Bakımında yapılan bir çalışmada terminal dönemdeki kanser hastalarının %50'den fazlasının GYA sorunlarından yakındığı ve yaşamın son üç gününde bile ilk sırada yer alan isteklerinin fiziksel olarak aktif olma isteği olduğu saptanmıştır (12). Nitekim bizim çalışmamızda da hastaların büyük bir bölümünün GYA'da bağımlı olduğunu gözlemledik. Kanserde yeni tanı ve tedavi yöntemleri ile yaşam süresinin uzadığı göz önüne alındığında GYA'daki bağımlılığın hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ve bu noktada kanser rehabilitasyonunun önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır. Kanser hastalarının tanı ve tedavilerinin her aşamasında (tanı, tedavi, tedavi sonrası, nüks ve terminal dönem) rehabilitasyon gereksinimleri olabilir. Bizim çalışmamızda ise metastatik hastalığı olan hastaların rehabilitasyon gereksinimlerinin anlamlı şekilde daha fazla olduğunu gözlemledik.

Tablo 5. Kanser tanılarına göre rehabilitasyon gereksinimlerinin dağılımı.

	Meme n (%)	Akciğer n (%)	Gastrointestinal sistem n (%)	Kemik n (%)	Baş-boyun n (%)	Genito-üriner sistem n (%)	Yumuşak doku n (%)	Beyin n (%)	Deri n (%)	Hematolojik maligniteler n (%)	Lenfoma n (%)
Yorgunluk	47 (15,7)	34 (11,3)	34 (11,3)	15 (5)	16 (5,3)	21 (7)	6 (2)	6 (2)	7 (2,3)	2 (0,7)	2 (0,7)
Dekondüsyon	45 (15)	36 (12)	32 (10,7)	17 (5,7)	16 (5,3)	19 (6,3)	6 (2)	6 (2)	7 (2,3)	2 (0,7)	2 (0,7)
GYA sorunları	21 (7)	24 (8)	19 (6,3)	14 (4,7)	5 (1,7)	12 (4)	5 (1,7)	3 (1)	2 (0,7)	1 (0,3)	-
Ambulasyon sorunları	15 (5)	26 (8,7)	15 (5)	17 (5,7)	7 (2,3)	11 (3,7)	3 (1)	3 (1)	2 (0,7)	1 (0,3)	2 (0,7)
Ağrı	17 (5,7)	19 (6,3)	10 (3,3)	10 (3,3)	5 (1,7)	10 (3,3)	5 (1,7)	3 (1)	-	-	-
Yutma sorunları	3 (1)	8 (2,7)	18 (6)	1 (0,3)	17 (5,7)	1 (0,3)	-	4 (1,3)	-	-	3 (1)
Transfer sorunları	7 (2,3)	13 (4,3)	5 (1,7)	13 (4,3)	4 (1,3)	5 (1,7)	1 (0,3)	3 (1)	2 (0,7)	1 (0,3)	1 (0,3)
Kontraktür	25 (8,3)	4 (1,3)	-	15 (5)	1 (0,3)	-	5 (1,7)	1 (0,3)	1 (0,3)	-	1 (0,3)
Lenfödem	13 (4,3)	1 (0,3)	-	2 (0,7)	-	-	2 (0,7)	-	-	-	-
Seksüel disfonksiyon	2 (0,7)	1 (0,3)	6 (2)	3 (1)	1 (0,3)	2 (0,7)	-	1 (0,3)	1 (0,3)	-	-
İletişim sorunları	-	-	-	-	13 (4,3)	-	-	2 (0,7)	-	-	1 (0,3)
Mesane barsak disfonksiyonu	-	-	10 (3,3)	-	-	3 (1)	-	-	1 (0,3)	-	-
Kognitif sorunlar	1 (0,3)	-	1 (0,3)	-	-	-	-	1 (0,3)	-	-	-

Kanser rehabilitasyonunun etkinliğini değerlendiren çalışmalarda olumlu sonuçlar bildirilmektedir. Marciniak ve ark. (13) 159 kanserli hastayı değerlendirdikleri çalışmada kapsamlı bir kanser rehabilitasyonu sonrasında hastaların anlamlı fonksiyonel kazançlar sağladığını kanser tipinin, metastatik hastalık varlığının ve rehabilitasyon sırasında radyoterapi uygulamasının fonksiyonel sonuçları olumsuz etkilemediğini ortaya koymuşlardır. Benzer şekilde Cole ve ark. (14) 200 kanserli hastada kapsamlı multidisipliner rehabilitasyon programı sonrasında kanser ya da tedaviden kaynaklanan özürlülüğü olan hastalarda hem motor hem de kognitif fonksiyonlarda anlamlı düzelmeler elde edildiğini bildirmişlerdir. GYA sorunu olan terminal dönemdeki kanser hastaları ile yapılan çalışmada da rehabilitasyon programı ile hastaların Barthel mobilite indekslerinin taburculukta arttığı saptanmıştır (15). Bu çalışmaların sonucunda tüm kanser tiplerinde, metastatik hastalık varlığında ve terminal dönemdeki kanser hastalarında bile kanser rehabilitasyon programlarının etkin olduğu görülmektedir. Ancak bunun sağlanabilmesi için onkoloji ve kanser rehabilitasyon departmanlarının işbirliğinin sağlandığı multidisipliner bir ekip çalışması gereklidir.

Sonuç olarak kanser hastalarında fonksiyonel yetersizlik oluşturan pek çok neden bulunmakta ancak hastaların büyük bir bölümünde rehabilitasyon gereksinimleri karşılanamamaktadır. Bu nedenle ülkemizde kapsamlı kanser rehabilitasyonu programlarının oluşturulması bu konuda onkoloji ve rehabilitasyon kliniklerinin işbirliğinin sağlanması gerektiğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. DeLisa JA. History of cancer rehabilitation. *Cancer* 2001;92:970-4.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Kanser Bildirimlerinin Değerlendirilmesi, 1983-2000.
3. Landis SH, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics, 1998. *CA Cancer J Clin* 1998;48:6-29.
4. Ganz PA, Coscarelli Schag CA, Heinrich RL. Rehabilitation. In: Haskell CM, editor. *Cancer Treatment*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1990. p.883-92.
5. Cullen JR. Cancer rehabilitation in the 1980's. In: *Cancer Rehabilitation. Proceedings of the Western States Conference on Cancer Rehabilitation*. San Francisco, California. Palo Alto: Bull Publishing Co., 1982. p.1-2.
6. Mor V, Laliberle L, Wieman M. The Karnofsky performance status scale: An examination of its reliability and validity in a research setting. *Cancer* 1984;53:2002-7.
7. Lehmann JF, DeLisa JA, Warren CG, deLateur BJ, Bryant PL, Nicholson CG. Cancer rehabilitation: Assessment of need, development and evaluation of a model of care. *Arch Phys Med Rehabil* 1978;59:410-9.
8. Movsas SB, Chang VT, Tunkel RS, Shah VV, Ryan LS, Millis SR. Rehabilitation needs of an inpatient medical oncology unit. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84:1642-6.
9. Vargo MM, Gerber LH. Rehabilitation for patients with cancer diagnosis. In: DeLisa JA, Gans BM, editors. *Rehabilitation Medicine*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1998. p.1293-319.
10. Ganz PA. Current issues in cancer rehabilitation. *Cancer* 1990;65:742-51.
11. Aras M, Ünsal S. Kanser hastalarında rehabilitasyonun önemi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2007;53:74-7.
12. Walltson KA, Burger C, Smith RA, Baugher RJ. Comparing the quality of death for hospice and non-hospice cancer patients. *Med Care* 1988;26:177-82.
13. Marciniak CM, Sliwa JA, Spill G, Heinemann AW, Semik PE. Functional outcome following rehabilitation of the cancer patient. *Arch Phys Med Rehabil* 1996;77:54-7.
14. Cole RP, Scialla SJ, Bednarz L. Functional recovery in cancer rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81:623-7.
15. Yoshioko H. Rehabilitation of the terminal cancer patient. *Am J Phys Med Rehabil* 1994;73:199-206.