

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
BALCALI HASTANESİ ERİŞKİN ONKOLOJİ, HEMATOLOJİ
KLİNİKLERİNDE KEMOTERAPİ UYGULANAN HASTALARIN
YAŞAM KALİTESİ VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

DERYA KANARIĞ GÜREL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. GÜRSEL ÖZTUNÇ

Tez No:.....

ADANA – 2007

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
BALCALI HASTANESİ ERİŞKİN ONKOLOJİ, HEMATOLOJİ
KLİNİKLERİNDE KEMOTERAPİ UYGULANAN HASTALARIN
YAŞAM KALİTESİ VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

DERYA KANARIĞ GÜREL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. GÜRSEL ÖZTUNÇ

Bu tez Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Tarafından
ASYO2006YL1 no'lu proje olarak desteklenmiştir.

Tez No:.....

ADANA - 2007

KABUL ONAY FORMU

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Onkoloji, Hematoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi adlı çalışma aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 15/01/2007

İmza

Yrd.Doç.Dr. Gürsel ÖZTUNÇ

Çukurova Üniversitesi

Adana Sağlık Yüksek Okulu

Hemşirelik Ana Bilim Dalı Başkanı

Jüri Başkanı

İmza

Prof.Dr. Nazan ALPARSLAN

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

Biyoistatistik Ana Bilim Dalı

İmza

Doç.Dr. Sinan YAVUZ

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

Medikal Onkoloji Bilim Dalı

Yukarıdaki tez, Yönetim Kurulunun/...../2007 tarih ve sayılı karar ile kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Halil KASAP

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında desteğini aldığım, mesleğimle ilgili gelişimime katkıda bulunan, ders ve tez aşamasında bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen danışman ve Bölüm Başkanı hocam sayın Yrd.Doç.Dr. Gürsel ÖZTUNÇ' a istatistik bölümünü oluştururken öneri ve yardımını aldığım hocam sayın Prof.Dr. Nazan ALPARSLAN' a, kaynaklara ulaşmamda yardımcı olan hocalarım sayın Prof.Dr. Semra PAYDAŞ ve Sayın Doç.Dr. Sinan YAVUZ' a, çalışmamı sürdürmemde destek ve yardımları olan hemşirelik ve ebelik bölümleri tüm öğretim görevlilerine, yüksek lisans öğrencilerine ve birlikte çalıştığım mesai arkadaşlarıma, yabancı dilde yayınlanmış literatürden yararlanmamda katkıda bulunan Dahiliye Ana Bilim Dalı doktor arkadaşlarıma yüksek lisans eğitimime hemşirelik alanında devam etmeme vesile olan ve her türlü desteğini benden hiç esirgemeyen değerli dostum Bil.Uzm.Gör. Gülşah KUMAŞ' a, sınırsız sevgisi ile eğitimime devam etmem için bütün imkanları sağlayan ve umutsuzluğa kapıldığımda manevi desteğini hiç eksik etmeyen eşim Osman GÜREL' e, anneme, babama ve kardeşlerime, araştırmamın uygulanmasına destek veren hastane yönetimlerine ve araştırmaya katılan hastalara teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	ii
TEŞEKKÜRLER	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
ÇİZELGELER DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kanserin Tanımı ve Önemi	3
2.2. Kanserin Etiyolojisi	3
2.3. Kanserde Tanı Yöntemleri	4
2.3.1. Anamnez	4
2.3.2. Fiziksel Muayene	5
2.3.3. Laboratuvar İncelemeleri	5
2.3.3.1. Kan Sayımı	5
2.3.3.2. Biyokimyasal Analizler	5
2.3.3.3. Röntgen İncelemeleri	5
2.3.3.4. Radyo İzotop Taramaları	5
2.3.3.5. Skopi	6
2.3.3.6. Ultrasonografi	6
2.3.3.7. Bilgisayarlı Tomografi (CT)	6
2.3.3.8. Manyetik Rezonans (MR)	6
2.3.4. Doku İncelemeleri	6
2.3.4.1. Sitoloji	6
2.3.4.2. Biyopsi ve Histopatoloji	6
2.4. Kansere Türleri	7
2.4.1. Lösemiler	7
2.4.1.1. Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL)	7
2.4.1.2. Akut Myeloblastik Lösemi (AML)	7
2.4.1.3. Kronik Lenfositik Lösemi (KLL)	7
2.4.1.4. Kronik Myelositik Lösemi (KML)	8
2.4.2. Baş ve Boyun Kanseri	8
2.4.3. Akciğer Kanseri	8
2.4.4. Özefagus ve Mide Kanseri	8
2.4.5. Kolorektal Kanseri	8
2.4.6. Pankreas Kanseri	9
2.4.7. Karaciğer Kanseri	9
2.4.8. Safra Kesesi Kanseri	9
2.4.9. Endokrin Bezlerin Kanseri	9
2.4.10. Üriner Sistem Kanseri	9
2.4.10.1. Mesane Kanseri	9
2.4.10.2. Böbrek Kanseri	10
2.4.11. Meme Kanseri	10
2.4.12. Jinekolojik Kanseri	10

2.4.13. Erkek Genital Organ Kanseri	10
2.4.14. Merkezi Sinir Sistemi Kanseri	10
2.4.15. Cilt Kanseri	10
2.4.16. Kemik Kanseri	10
2.4.17. Lenfomalar	11
2.4.17.1. Hodgkin Lenfoma	11
2.4.17.2. Non-Hodgkin Lenfoma	11
2.4.18. Multiple Myeloma	11
2.5. Kanserde Tedavi	11
2.5.1. Cerrahi Tedavi	12
2.5.2. Radyoterapi	12
2.5.3. Kemoterapi	13
2.6. Kanserde Hemşirelik Bakımı	14
2.6.1. Semptom Kontrolü	14
2.6.2. Ağrı Kontrolü	14
2.6.3. Psikososyal Destek	15
2.6.4. Kanser ve Beslenme	16
2.6.5. Kanser ve Cinsel Yaşam	16
2.6.6. Rehabilitasyon	17
2.7. Kanserın Önlenmesi ve Korunma	17
2.7.1. Birincil Koruma	18
2.7.2. İkincil Koruma	18
2.7.3. Üçüncül Koruma	19
2.8. Yaşam Kalitesi ve Tanımı	19
2.9. Yaşam Kalitesinin Tarihsel Gelişimi	20
2.10. Yaşam Kalitesi Ölçekleri	21
2.11. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	21
2.11.1. Psikososyal Durum	21
2.11.2. Ansiyete	22
2.11.3. Depresyon	23
2.11.4. Beden İmajı	23
2.11.5. Belirsizlik, Ümitsizlik, Gelecek ve Ölüm Kaygısı	24
2.11.6. Sosyal Destek	24
2.12. Yaşam Kalitesini Değerlendirme	25
2.13. Kanser, Kemoterapi ve Yaşam Kalitesi	26
2.14. Kanser, Kemoterapi, Yaşam Kalitesi ve Hemşirenin Rolü	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1. Araştırmanın Modeli	31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	31
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	31
3.4. Veri Toplama Aracı	32
3.5. Veri Toplama Süresi	34
3.6. Verilerin Çözümü ve Yorumlanması	34
4. BULGULAR	35
4.1. Hastaları Tanıtıcı Bilgiler	35
4.2. Hastaların Yaşam Kalitesi Puanlarının Çeşitli Değişkenlere Göre Dağılımı	44

5. TARTIŞMA	59
5.1. Hastaları Tanıtıcı Bilgiler	59
5.2. Hastaların Yaşam Kalitesi Puanlarının Çeşitli Değişkenlere Göre Dağılımı	60
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	71
6.1. Sonuçlar	71
6.2. Öneriler	75
7. KAYNAKLAR	77
EKLER	83
EK-1 Anket Formu	83
EK-2 EORTC QLQ-C30	85
ÖZGEÇMİŞ	87

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Kemoterapi Alan Hastalarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Semptomlar	27
Şekil 2. Yaşam Kalitesi Alt Gruplarının Soruları	33

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 4.1.	Hastaların Tanılarına ve Tedavi Durumlarına Göre Dağılımı	35
Çizelge 4.2.	Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı	36
Çizelge 4.3.	Hastaların Yaşlarına Göre Dağılımı	36
Çizelge 4.4.	Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	37
Çizelge 4.5.	Hastaların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı	37
Çizelge 4.6.	Hastaların Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı	38
Çizelge 4.7.	Hastaların Yaşadıkları Yerlere Göre Dağılımı	38
Çizelge 4.8.	Hastaların Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı	39
Çizelge 4.9.	Hastaların İfade Ettikleri Ekonomik Durumlarına Göre Dağılımı	39
Çizelge 4.10.	Hastaların Mesleklerine Göre Dağılımı	40
Çizelge 4.11.	Çalışan Hastaların Hastalığının Her Hangi Bir Şekilde İşini Engelleme Durumlarına Göre Dağılımı	40
Çizelge 4.12.	Hastaların Hastalığının Evdeki Sorumluluklarını Yerine Getirmelerini Engelleme Durumlarına Göre Dağılımı	41
Çizelge 4.13.	Hastaların Birlikte Kaldığı Bireylere Göre Dağılımı	41
Çizelge 4.14.	Hastaların Tedavi, Teşhis ve Kemoterapi Alma Durumlarına Göre Dağılımı	42
Çizelge 4.15.	Hastaların Gelecek Hakkındaki Düşüncelerinin Kemoterapi ile İlgili Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı	43
Çizelge 4.16.	Hastaların Yaşam Kalitesi Puanlarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı	44
Çizelge 4.17.	Hastaların Yaşam Kalitesi Puanlarının Yaş ile Korelasyon İlişkisi	45
Çizelge 4.18.	Hastaların Yaşam Kalitesi Puanlarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	46
Çizelge 4.19.	Hastaların Yaşam Kalitesi Puanlarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı	47

Çizelge 4.20. Hastaların Yaşam Kalitesi Puanlarının Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı	48
Çizelge 4.21. Hastaların Yaşam Kalitesi Puanlarının Yaşadıkları Yerlere Göre Dağılımı	49
Çizelge 4.22. Hastaların Yaşam Kalitesi Puanlarının Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı	50
Çizelge 4.23. Hastaların Yaşam Kalitesi Puanlarının Ekonomik Durumlarını İfade Etmelerine Göre Dağılımı	51
Çizelge 4.24. Hastaların Yaşam Kalitesi Puanlarının Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı	52
Çizelge 4.25. Hastaların Yaşam Kalitesi Puanlarının Hastalığın Evdeki Sorumluluklarını Engelleme Durumlarına Göre Dağılımı	53
Çizelge 4.26. Hastaların Yaşam Kalitesi Puanlarının Tedavi Durumlarına Göre Dağılımı	54
Çizelge 4.27. Hastaların Yaşam Kalitesi Puanlarının Teşhis Konulma Zamanlarına Göre Dağılımı	55
Çizelge 4.28. Hastaların Yaşam Kalitesi Puanlarının İlk Kemoterapiyi Alma Sürelerine Göre Dağılımı	56
Çizelge 4.29. Hastaların Yaşam Kalitesi Puanlarının Kaçıncı Kür Kemoterapiyi Aldıklarına Göre Dağılımı	57
Çizelge 4.30. Hastaların Yaşam Kalitesi Puanlarının Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı	58

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ALL	Akut Lenfoblastik Lösemi
AML	Akut Myeloblastik Lösemi
Bknz	Bakınız
CA	Kanser
CT	Bilgisayarlı Tomografi
ÇÜTF	Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
EROTC	European Organisation for Research and Treatment of Cancer
ES	Emekli Sandığı
HL	Hodgkin Lenfoma
KLL	Kronik Lenfositik Lösemi
KML	Kronik Myelositik Lösemi
KT	Kemoterapi
MM	Multiple Myeloma
MR	Manyetik Rezonans
n	Sayı
NHL	Non Hodgkin Lenfoma
Prob.	Problem
Semp.	Semptom
SF	Serum Fizyolojik
Ss	Standart Sapma
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
QLQ C-30	Quality Of Life
v.s.	Ve Saire
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
\bar{x}	Ortalama
X^2	Ki-Kare
\pm	Artı-Eksi
$>$	Büyüktür
$<$	Küçüktür
$=$	Eşittir
$\%$	Yüzde

ÖZET

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Onkoloji, Hematoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Kişinin kendi durumunu, kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi olarak tanımlanan yaşam kalitesi; kişinin tüm ihtiyaçlarını karşılaması, yaşamdan doyum alması, benlik saygısını, sosyal ilişkilerinde ve kişilerarası ilişkilerinde iyi olmasını kapsamaktadır. Çalışmamız kemoterapi uygulanan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir.

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırmamızın evrenini ÇÜTF Balcalı Hastanesi erişkin onkoloji, hematoloji kliniklerinde kemoterapi uygulanan hastalar oluşturmuştur. Hastaların sosyodemografik özelliklerini içeren bilgi formu ve EORTC QLO-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğine yönelik sorulardan oluşan anket formunu doldurmayı kabul eden 150 hastaya, hastane yönetiminden izin alındıktan sonra Kasım 2005-Şubat 2006 tarihleri arasında uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 39.60 ± 14.51 olup, %36.0'nın ilkokul mezunu olduğu, %76.7'sinin evli olduğu, %46.0'nın 1-3 çocuklu olduğu, %53.3'ünün ilçede yaşadığı, %43.3'ünün sosyal güvencesinin SSK olduğu, %85.3'ünün ekonomik durumlarını orta olarak tanımladığı, %40.0'nın ev hanımı olduğu, %59.3'ünün de evde eşi ve çocukları ile yaşadığı ve %82.7'sinin kemoterapi almanın evdeki sorumluluklarını yerine getirmelerini engellediği saptanmıştır. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının cinsiyetleri, medeni durumları, sosyal güvenceleri ve çalışma durumları ile ilişkisi incelendiğinde anlamlı bir ilişki olmadığı, eğitim durumu ile ilişkisi incelendiğinde eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı, yaş ile genel iyilik hali ($p=0.02$) ve ekonomik güçlük ($p=0.01$) arasında anlamlı korelasyon ilişkisi bulunduğu, tedavi durumları ile ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.01$) ve kemoterapi ile ilgili eğitim almanın hastaların gelecek hakkındaki düşüncelerini (%59.3) olumlu etkilediği saptanmıştır.

Bu çalışmanın sonunda, genel olarak kemoterapi uygulanan hastaların yaşam kalitesinin bir şekilde etkilendiği görülmüştür. Sonuçlar hastaların kemoterapi aldıkları dönemlerde karşılaştıkları sorunlara yönelik nasıl bir hemşirelik bakımı almaları gerektiğine ilişkin eğitimde kullanılacaktır.

Anahtar Sözcükler: Hasta, Kanser, Kemoterapi, Ölçek, Yaşam Kalitesi.

ABSTRACT

A Study on Life Quality and Related Factors of Patients Who Take Chemotherapy in the Units of Adult Oncology and Hematology of Cukurova University, Faculty of Medicine, Balcali Hospital

The Life Quality, which is defined as perception of one's own situation in his culture and in the system his values, also comprises one's meeting all needs, satisfaction of life, self-respect, good performance in social and inter personal relations. This work aims to study life quality and related factors of patients who take chemotherapy.

The universe of our study, which is planned as descriptive, is the patients who take chemotherapy in the units of adult oncology and hematology of Çukurova University, Faculty of Medicine, Balcali Hospital. A data form consisting socio-demographic information of patients and a questionnaire consisting questions according to EORTC QLO-C30 Life Quality Scale is also applied to 150 patients who have accepted to participate with the permission of hospital administration, during November 2005 and February 2006.

Age average of patients who have participate in the study is 39.60 ± 14.51 and 36.0% of them graduated from elementary school, 76.7% of them are married, 46.0% of them have 1-3 children, 53.3% of them lives in towns, 43.3% of them has SSK as social security, 85.3% of them defined their economical status as medium, 40.0% of them are housewife, 59.3% of them lives with their spouse and children at home and 82.7% of them state that chemotherapy handicaps their responsibilities at home. When the life quality points of patients are examined, there was no meaningful relation with gender, marital status, social security and working situations, but when the relation with education status is examined, as the level of education is raised, the life quality also raises, age and general well-being situation ($p=0.02$) and economical situation ($p=0.01$) has meaningful correlation, when the relation with therapy situations is examined, it is statistically meaningful ($p=0.01$) and getting training about chemotherapy, positively effects patients' thoughts (59.3%) for the future.

As a result of this study, it is observed that, the life quality of patients is affected in general speaking. The results will be used in the training about what kind of nursing care the patients should take during chemotherapy.

Keywords: Patient, Cancer, Chemotherapy, Scale, Life Quality

1.GİRİŞ

Kronik hastalıklar kişinin günlük temel işlevlerini yerine getirme kapasitesini azaltan, gözle görülebilen değişikliklere yol açan, uzun süreli iyileşmeyen veya tedavi edilemeyen hastalıklardır^{1,2}. Kronik hastalıklardan biri olan kanser günümüzde çok görülmesi ve ölümlerle sonuçlanabilmesi nedeni ile önemli sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir. Kanser her yaşta görülebilen bir hastalık olmakla birlikte yaş ilerledikçe görülme sıklığı da artmaktadır^{3,4}.

Geçmişte kronik hastalıkların kişiler, aileler ve toplumlar üzerine olan etkileri ihmal edilmiştir¹. Günümüzde teknolojik gelişmelere paralel olarak tıptaki ilerlemeler, insan ve hasta haklarının yaygınlaşması, insanların sağlık bakım ihtiyaçlarındaki değişiklikler, kronik hastalıkların artması ile hastaneye başvuran kişilerin sayısındaki artışlar ve bunlara bağlı olarak sağlık gereksinimlerinin kişi ve ülke ekonomisine getirdiği güçlükler, sağlık bakım sistemlerinin yaşam kalitesini artırmayı amaçlamasına sebep olmuştur^{5,6}.

İnsan, fiziksel, sosyal, duygusal ve entelektüel ihtiyaçları olan bir bütündür. Abraham Maslow (1940) temel insan gereksinimlerini hiyerarşik bir düzende sıralamıştır. Bu gereksinimlerin tabanını da insanın fiziksel gereksinimleri oluşturmaktadır⁷. Günümüzde kişilerin temel gereksinimlerini karşılama konusunda ciddi ve önemli sorunlar yaratan kanser hastalığının yanı sıra kanser tedavisinin de özellik taşıması nedeni ile onkoloji, hematoloji hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi önem kazanmıştır⁸.

Yaşam kalitesi kişinin tüm ihtiyaçlarını karşılama, yaşamdan doyum alması, sosyal ilişkilerinde yeterli olması, kişilerarası ilişkilerinde iyi olması, benlik saygısını kapsamaktadır¹. İnsanların sağlıklarında herhangi bir değişiklik olduğunda, yaşamdan doyum almaları aksayabilir. Böyle bir zamanda amaç, kişiye kendi kendine yeter duruma gelene kadar yardımcı olmak, en kısa zamanda kendi bakımını yapmasını, ihtiyaçlarını karşılayabilmesini sağlamak ve yaşam doyumunu en üst düzeye çıkarmaktır⁵.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), yaşam kalitesini “bireylerin kültürel bağlamları içindeki yaşamlarını ve yaşamlarındaki değer sistemlerini, hedeflerini, standartlarını, ilgilerini algılamaları” olarak tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün bu tanımı; fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel özellikler

ve ruhsal özellikler gibi alanları içermektedir. Buna paralel olarak sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, ilk olarak hastalığın bütüncül olarak değerlendirilmesini hedefler^{9,10}.

Kemoterapi, kanser hücrelerini öldürmek için kimyasal maddeler verilerek yapılan malign tümörlerin tedavisinde çok etkili olan bir yöntemdir. Bu amaçla tek bir ilaç ya da birkaç ilaç birlikte kullanılabilir^{5,11,12}. Günümüzde kemoterapinin amacı, hastalığın belirtilerini hafifletmekten iyileştirmeye doğru yönelmiştir. Cerrahi tedavi ve radyoterapi hastalığın lokalize olduğu durumlarda kullanılırken kemoterapinin en büyük avantajı metastaz durumlarında uygulanabilmesidir¹³.

Kanser hastalarında hayatın her alanı etkilendiği için bu hastalara bakım veren hemşireler yaşam kalitesini yükseltmek için neler yapılması gerektiğini çok iyi bilmelidirler. Kemoterapi almış veya almamış kanserli hastalarda yaşam kalitesinin nasıl etkilendiğinin bilinmesi ve bu yönde hastalara destek verilmesi önemlidir⁸.

Kemoterapi alan kanser hastalarında, iyi bir hemşirelik bakımı hastanın hastalıktan kaynaklanan önemli etkenlerle mücadele edebilmesine yardım etmeyi amaçlar. Bu nedenle hemşirelerin ilk olarak yaşam kalitesinin korunması, geliştirilmesi, iyileştirilmesi için almaları gereken sorumlulukları ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemeleri, bunların ışığında hastaya bakım vermeleri önemlidir^{8,14}. Hastayı rahatlatma ve ihtiyacı olan bakımı vermenin yanısıra sağlığı ve yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik çalışmalar yapma, hemşirelik bakımının kalitesini de arttıracığı için mesleğin gelişiminde gereklidir¹.

Bu araştırma kemoterapi alan ya da almış kanserli hastaların bakımında çok önemli bir faktör olan yaşam kalitesi çalışmalarına katkıda bulunmak, kemoterapi alan hastaların yaşam kaliteleri ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek, bu konuda yapılacak diğer çalışmalara rehberlik etmek amacı ile yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. KANSERİN TANIMI VE ÖNEMİ

“Kanser” kontrolsüz büyüme ve anormal hücre yayılımı özelliği gösteren hastalıklar grubunu tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Kanser bütün dünyada giderek artan önemli bir sorundur. Her yıl 6 milyondan fazla insanın yakalandığı kanser hastalığı ile savaş devam etmektedir^{3,5,8,13,15,16}.

Türkiye’deki ölüm kayıtlarında gerçek ölüm nedenleri yerine, pnömoni ve kalp-solunum yetmezliği gibi nedenlerin oldukça sık olarak belirtilmesi ve tedavi merkezlerinden uzakta olan hasta yakınlarının kesin tanı hakkındaki bilgilerinin yetersiz olması gibi nedenlerle kanserden ölüm kayıtlarının gerçek sayıların altında kaldığı düşünülmektedir^{8,17}.

Ülkemizde çeşitli nedenlerle kanser hastalığı riski altında bulunan insan sayısı her geçen gün artmakta, gelişen teknolojik yöntemler de yeni vakaların ortaya çıkarılmasını sağlamaktadır. Bundan dolayı zamanla kanser hastalığı nedeni bilinen ölümler arasında kalp-damar hastalıklarından sonra ikinci sırayı almıştır¹³.

Türkiye Sağlık Bakanlığının verilerine göre 2000 yılında toplam 33419 kanser vakası bildirilmiştir. Akdeniz bölgesinde 6376 kanserli hasta bulunduğu öğrenilmiştir. Adana il sınırında 2000 yılı toplam vaka sayısı 1126 olarak belirtilmiştir. Bunların cinsiyete göre ayrımı yapıldığında 664’ü erkek, 462’si kadın olarak tespit edilmiştir¹⁸. Fakat bu veriler kayıtların tam tutulamaması, bildirim yapılmaması veya hastanelere ulaşamama gibi nedenlerden dolayı gerçeği tam olarak yansıtmamaktadır.

Kanserin sebebi ve oluş mekanizması kesin olarak bilinmemekle birlikte son yıllarda önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Ölüm oranlarının yüksek olması nedeni ile bu konu önem kazanmış olup erken tanı ve tedavi ile kanserli hastaların iyileşmesi ve yaşam sürelerinde uzama sağlanabilmiştir^{8,19}.

2.2. KANSERİN ETYOLOJİSİ

Kanserin etyolojisinde çeşitli faktörlerin önemi üzerinde durulmaktadır. Bu faktörler:

İyonize Radyasyon: Radyasyon üzerine yapılan çeşitli epidemiyolojik çalışmalarda çok fazla alınan X ışınının kansere neden olduğu gösterilmiştir.

Ultraviyole Işınlari: Deri kanserleri fazla miktarda güneş ışınlarıyla karşılaşmaya bağı olarak giderek artmaktadır. Açık havada çalışanlar, deri rengi açık insanlar ve kontrolsüz şekilde güneş ışığına maruz kalanlarda deri kanserleri sık görülür.

Hava Kirliliği: Hava kirliliğinin tek başına ya da sigara içilmesi ile birlikte akciğer kanserlerinin yaklaşık %10'unda rol oynadığı bilinmektedir.

Kimyasal Karsinojenler: Çalışma koşulları gereği radyasyon, ultraviyole ışınları, asbestos, benzen, krom, egzoz gazı, katran ve kömürün yanma ürünleri gibi ajanlarla karşılaşma kanser oluşumuna yol açabilmektedir.

Beslenme Faktörleri: Son yıllarda bazı yiyeceklerin kanserojen oldukları konusunda araştırmalar devam etmektedir. Bugün birçok yiyeceğin içindeki katkı maddelerinin saklama, pişirme ya da sindirimleri sırasında oluşan yan ürünler nedeniyle kanserojen oldukları bilinmektedir.

Sigara: Sigara ile akciğer kanserinin ilişkisi kesin olarak kanıtlanmış olup, ayrıca larenks, farenks, mesane, pankreas kanserleri riskini de arttırmaktadır. Sigara içenlerde, içmeyenlere göre 10 kat daha fazla görülmektedir.

Alkol: Aşırı alkol kullanımının ağız, farenks, larenks ve özefagus kanserleri ile ilişkili olduğu bilinmektedir.

Virüsler: Bazı virüslerin kanserle ilişkili olduğu bilinmektedir. Örneğin; Hepatit-B virüsünün karaciğer kanseri ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Ayrıca kanser oluşumuna neden olan faktörler arasında kalıtım, ırk, yaş, cinsiyet, hormonlar ve bağışıklıkla ilgili etkenler de sayılabilir^{8,13,20,21}.

2.3. KANSERDE TANI YÖNTEMLERİ

Kanserin en etkin ve en iyi tedavisi erken tanı ile kanserin ilerlemesini durdurmaştır. Erken tanı ve tedavi morbidite ve mortaliteyi azaltmaktadır. Kanser tanısı ancak hastanın bir hekime başvurması ile konulabilir. Tanı, malign oluşumu doğrular, kanserin tip ve yerini belirler. Tanı yöntemleriyle hastalığın yayılma derecesi de anlaşılır^{13,22}.

2.3.1. Anamnez

Kişinin hangi şikayetlerinin olduğu, ne zaman başladığı, ne kadar sürdüğü şeklindeki araştırma tanı koymanın ilk basamağıdır. Bu nedenle kişilerin anamnezi (hikaye) çok dikkatli alınmalıdır.

2.3.2. Fiziksel Muayene

Fizik muayenenin geniş kapsamlı ve dikkatli yapılması kanser tanısını koymada temel basamaklardan biridir. Muayene ile kesin tanı konmamakla birlikte şüpheli durumlarda hekim hastasını diğer tanı yöntemlerine hazırlar.

2.3.3. Laboratuvar İncelemeleri

Laboratuvar incelemeleri sayesinde kanser tanısı daha kolay ve güvenilir hale gelmiştir. Kanserden şüphelenildiğinde türüne uygun olarak aşağıdaki tanı yöntemleri kullanılır:

2.3.3.1. Kan Sayımı

Tüm hastalıklarda yapılan temel bir tetkiktir. Hastanın kan değerlerinin hastalıktan etkilenip etkilenmediğini gösterir.

2.3.3.2. Biyokimyasal Analizler

Kanda ve çeşitli vücut sıvılarında çeşitli biyomoleküllerin (enzim, elektrolit, mineral, hormon, antikor v.s.) düzeyleri ölçülür. Miktarlarındaki artış ya da azalış anlamlı olabilir, ancak tek başına tanı koymada yeterli değildir.

2.3.3.3. Röntgen İncelemeleri

Bedenin belirli kısımlarını görüntüleyerek film üzerine yansıtır. Düz akciğer, kemik filmleri, ağızdan radyopak madde verilerek çekilen sindirim sistemi filmleri, damardan radyopak madde verilerek çekilen böbrek-idrar yolları filmleri sık kullanılmaktadır. Memedeki şüpheli kitlelerin gösterilmesinde özel tanı yöntemi olarak mamografi kullanılmaktadır.

2.3.3.4. Radyoizotop Taramaları

Karaciğer, dalak, tiroid, beyin, kemik sintigrafileri sık kullanılan yardımcı tanı yöntemleridir.

2.3.3.5. Skopi

Bu yöntemle yemek borusu, mide, incebarsak, kalınbarsak, solunum yolları, mesane ve kadın üreme organları incelenebilir.

2.3.3.6. Ultrasonografi

Zararsız ve güvenilir olması nedeniyle en sık kullanılan tanı yöntemlerindedir. Özellikle karın bölgesi kanserlerinde kullanılır.

2.3.3.7. Bilgisayarlı Tomografi (CT)

Odak bölgenin enine kesitlerini alarak görülmesini sağlayan radyolojik bir incelemedir. Periton bölgesi gibi ulaşılamaz bölgelerden bile görüntü alınmasını sağlar ve diğer röntgen filmlerinden daha kesin olarak, tümörün yeri, büyüklüğü ve şekli konusunda bilgi verir.

2.3.3.8. Manyetik Rezonans (MR)

Hastaya zarar vermeyen radyasyonun kullanılmadığı en iyi görüntüleme yöntemidir. En sık incelenen organlar, karaciğer, dalak, kemikler, üriner sistem, akciğer, kalp, tiroid ve beyindir.

2.3.4. Doku İncelemeleri

Dokulardan materyal alınarak incelenmesidir.

2.3.4.1. Sitoloji

Sitolojik çalışmalar, kazıma, fırçalama, ince iğne aspirasyonu ile değişik organlardan dökülen hücrelerin mikroskop altında incelenmesidir. Balgam, serviks ve meme ucu akıntılarında rutin olarak yapılması kanser tanısı konmasında yararlıdır.

2.3.4.2. Biyopsi ve Histopatoloji

Kanser tanısı histopatolojik inceleme ile yapılır. Şüphelenilen dokudan mutlaka biyopsi alınır. Biyopsi kesin tanı konulmasında, tümörün evrelendirilmesinde, yayılımın büyüklüğünün belirlenmesinde, malignite öncesi değişikliklerin ve tümörle ilgili diğer özelliklerin değerlendirilmesinde önemlidir^{8,13,23}.

2.4. KANSER TÜRLERİ

2.4.1. Lösemiler

Lösemler ilk kez 1847'de Virchow tarafından tanımlanmış olup lökositlerin anormal, kontrolsüz bir şekilde çoğalmalarıyla karakterize neoplastik bir hastalıktır. Kemik iliği, dalak ve lenf nodlarını tutar. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte radyasyon, virüsler, bazı kimyasallar ve kalıtım gibi faktörlerin etken olduğu düşünülmektedir. Lösemiler klinik seyir sürelerine göre akut ve kronik olarak ikiye ayrılır. Akut ve kronik lösemiler de kaynaklandıkları hücrelere göre;

- Akut Lenfoblastik Lösemi
- Akut Myeloblastik Lösemi
- Kronik Lenfositik Lösemi
- Kronik Myelositik Lösemi olarak gruplandırılır^{13,21,24}.

2.4.1.1. Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL)

2-4 Yaş arasındaki çocukların hastalığıdır. Yaklaşık %75'i çocuklarda, %25'i de erişkinlerde görülür. Lenfoid dokunun hiperplazisi ile karakterize bir hastalıktır. ALL'nin klinik belirtileri solunum yolu enfeksiyonlarını, anemi belirtilerini, mukoz membranlarda ve retinada kanamaları kapsar. Blastlar lenf nodlarına, dalak ve karaciğere infiltre olur. Lökosit sayısı genellikle düşüktür. Hastada granülositopeni mevcuttur^{13,21}.

2.4.1.2. Akut Myeloblastik Lösemi (AML)

Herhangi bir yaşta görülebilir. Ancak 55 yaşından sonra ve puberte döneminde görülme sıklığı daha yüksektir. Kemik iliğinde olgunlaşmamış myeloblastların gelişimi söz konusudur. Klinik belirti ve bulguları ALL'deki gibidir. Hipoksi, enfeksiyon belirtileri ve kanamalar ön plandadır²¹.

2.4.1.3. Kronik Lenfositik Lösemi (KLL)

Erkeklerde kadınların üç katı daha sık görülür ve insidansı 60 yaşın üstünde en yüksektir. Bu tip lösemide küçük B lenfositleri kan, kemik iliği, lenf nodülleri ve dalakta çoğalır. Bu yüzden immünooglobulinlerin sentezinde ve organizmanın antikor yapımında bir azalma olur. Anormal şekilde lenfositler lenf nodlarında birikmeye başlar. Halsizlik,

yorgunluk ve lenfopeni ile kendini gösterir. Kaşıntılı veziküler deri lezyonları, anemi, trombositopeni ve dalakta büyüme görülür^{13,21,25}.

2.4.1.4. Kronik Myelositik Lösemi (KML)

Özellikle 25–60 yaşları arasındaki erişkinlerde daha fazla ve erkeklerde kadınlardan daha çok görülür. Granülositlerin kontrol edilemez bir şekilde çoğalmasıyla karakterizedir. 9. ve 22. kromozomu ilgilendiren bir bozukluk vardır buna “Philadelphia Kromozomu” denir. Belirti ve bulgular kronik lösemilerin karakteristik belirti ve bulgularını içerir. Bunlar halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık, kilo kaybı ve dalakta büyümedir^{13,21}.

2.4.2. Baş ve Boyun Kanseri

Baş ve boyun bölgesi kanserleri, ağız boşluğu, orofarenks, nazofarenks, paranasal sinüsler, hipofarenks ve larenksten kaynaklanan tümörlerdir¹³.

2.4.3. Akciğer Kanseri

Primer akciğer kanserleri, Amerika Birleşik Devletleri’nde tüm kanser ölümlerinin %25’ini oluşturur. Erkek ve kadınlardaki kanserden ölümlerin başında gelmektedir. En önemli risk etmeni sigaradır¹³.

2.4.4. Özefagus ve Mide Kanseri

Özefagus kanserleri en sıklıkla 60 yaş üstündeki erkeklerde ortaya çıkar. Neden olan etmenler açık olarak belirlenememiştir. Alkol kullanımının güçlü bir risk etmeni olduğu kabul edilmektedir ve sigarayla birlikte kullanıldığında risk artmaktadır. Mide kanseri sosyo ekonomik durumu düşük olan gruplarda daha sık görülmektedir. Diyetle ilişkin etmenler riski arttırmaktadır¹³.

2.4.5. Kolorektal Kanseler

Daha çok kolorektal kanser olarak isimlendirilen kolon ve rektum kanserleri ABD’de en sık görülen kanserlerden biridir. 40 yaşın üstünde görülme sıklığı artar. En sık görülen bulgular, rektal kanama, dışkılama alışkanlığında değişiklik, açıklanamayan kilo kaybı, anemi ve karın ağrısı ya da krampidir¹³.

2.4.6. Pankreas Kanseri

Pankreas kanseri etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Sigara içme ile pankreas kanseri görülme sıklığı artmaktadır. Tüm pankreas kanserlerinin %70'i pankreas başında görülür. Kanser tanısı konulduğunda yayılım artmış ve hastaların yarısında metastaz oluşmuştur. Çünkü belirti ve bulguları az olduğu için hastaların çoğu doktora gitmek için bulguların ilerlemesini beklerler ve böylece tanı koyulması güçleşir¹³.

2.4.7. Karaciğer Kanseri

Karaciğer kanseri görülme yaşı, ortalama 60–70 yaş olup görülme sıklığı erkeklerde, kadınlardan daha fazladır. Güçsüzlük, iştahsızlık, nedeni belli olmayan ateş, karında dolgunluk ya da şişkinlik ve üst abdominal kadranda künt ağrı karşılaşılan belirtiler arasındadır¹³.

2.4.8. Safra Kesesi Kanseri

Tanı konulduğunda hastalık genellikle ilerlemiş olduğundan, prognozu iyi değildir ve 5 yıl yaşama şansı %5'ten azdır. Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülür ve 55 yaşından sonra görülme sıklığı daha da artar¹³.

2.4.9. Endokrin Bezlerin Kanseri

Endokrin kanserler tiroid, adrenal, hipofiz bezleri ve pankreas adacıklarında lokalize olan kanserlerdir. Bu tümörlerin prognozları oldukça farklıdır. Endokrin kanserler, komşu yapılara baskı yaparak morbiditeye ya da normalde salgıladıkları hormonu çok fazla salgılayarak ilgili sorunların ortaya çıkmasına sebep olurlar¹³.

2.4.10. Üriner Sistem Kanseri

2.4.10.1. Mesane Kanseri

Erkeklerde görülme sıklığı kadınlardakinin üç katı daha fazladır. Olası etyolojik etmenler arasında sigara içme söz konusudur. Mesane kanserlerinin çoğu, mesane mukozasının değişici epitelinin karsinomalarıdır. Vakaların yaklaşık %90'ı tanı sırasında lokalize durumdayken bunların %80'i tekrarlama eğilimleri gösterirler¹³.

2.4.10.2. Böbrek Kanseri

Böbrek parankimi içinde görülen renal hücre karsinomu, en sık görülen böbrek kanseri olup erişkin kanserlerin yaklaşık %3'ünü oluşturur. Renal hücreli karsinom, erkeklerde kadınlara göre daha sık görülür¹³.

2.4.11. Meme Kanseri

Her on kadından biri yaşamının herhangi bir döneminde meme kanserine yakalanmaktadır. Meme kanserinde uzun süreli östrojen tedavisi, yağdan zengin diyet alımı ve alkol kullanımı risk etmenleri arasındadır¹³.

2.4.12. Jinekolojik Kanserler

Kadın genital sistem kanserleri kadınlarda tanımlanan tüm yeni kanserlerin %15'ini oluşturur. Erken tanındıklarında çoğunun tedavi şansı oldukça yüksektir. Endometrium, over, serviks, vulva, vajinal ve fallop tüpleri kanserleri en sık görülen çeşitleridir¹³.

2.4.13. Erkek Genital Organ Kanserleri

Prostat, penis ve testis kanserleri çeşitleri arasındadır¹³.

2.4.14. Merkezi Sinir Sistemi Kanserleri

Tüm kanserlerin yaklaşık %1.5'ini oluşturmaktadır. Bu tümörler en sık 0-6 yaş arasında ve 45 yaş üzerinde görünür. Beyin tümörleri kansere bağlı ölümlerin yalnız %2.2'sini oluşturur. Merkezi sinir sistemi tümörleri için belirlenmiş bir risk etmeni yoktur¹³.

2.4.15. Cilt Kanserleri

Bütün kanserlerin %40'ını oluşturmaktadır. Belli başlı tipleri; basal hücreli karsinom, skuamoz hücreli karsinom, malign melanom ve kaposi sarkomudur¹³.

2.4.16. Kemik Kanserleri

Kemik kanserlerinin nedeni tam olarak bilinmemekte oluşunda bazı etmenlerin rolü olduğu bilinmektedir. Hızlı büyümenin görüldüğü adölesan döneminde bazı kemik kanserlerinin görülme sıklığı çok arttığından hızlı iskelet gelişiminin etken olduğu

düşünülmektedir. Osteosarkom, kondrosarkom, ewing sarkom ve fibrosarkom kemik kanserlerinin tipleridir¹³.

2.4.17. Lenfomalar

Retiküloendotelyal sistemin lenf nodülleri, kemik iliği dalak ve karaciğer gibi bölümlerindeki neoplastik çoğalmanın neden olduğu immün sistem hastalıklarıdır.

2.4.17.1. Hodgkin Lenfoma

Malign lenfomaların yaklaşık %20.2'sini oluşturur. Erkeklerde biraz daha sık görülmekle birlikte prognozu daha kötüdür. Etyolojisi tam olarak bilinmemektedir fakat virüslerin rol oynadığı düşünülmektedir.

2.4.17.2. Non Hodgkin Lenfoma

Ortalama 40 yaşında ve erkeklerde daha sık görülmektedir. Konjenital ya da kazanılmış immün yetersizliği olan bireylerin, organ transplantasyonu yapılanların ve romatoid artrit gibi otoimmün bir hastalığı olanların Non Hodgkin Lenfoma olma riskleri fazladır¹³.

2.4.18. Multiple Myeloma

Plazma hücrelerinin anormal çoğalması, kemik iliğinde anormal plazma hücrelerinin neden olduğu tek ya da birden fazla tümör oluşumu ve kemik harabiyeti ile karakterize neoplastik bir hastalıktır. En çok 40 yaşın üzerindeki kişilerde görülür. Kadın ya da erkek olmanın bu hastalığa yakalanma açısından bir farkı yoktur²¹.

2.5. KANSERDE TEDAVİ

Kanser tedavisinin amacı, tümörün histolojik yapısına, hastalığın aşamasına ve metastaz olup olmasına göre, iyileşme, kontrol ya da palyatif tedavi olmak üzere üçe ayrılır. Günümüzde en yaygın olarak kullanılan tedavi yöntemleri ise cerrahi, radyoterapi ve kemoterapidir^{8,13}.

Kanser tedavisinde teknolojinin büyük oranda kullanımı ve ilaç tedavisindeki ilerlemeler kanserde yaşam süresini uzatma oranını hızla arttırmıştır. Kanser hastaları zamanlarının büyük bir kısmını hastanede geçirmektedir. Terminal dönemdeki böyle

hastalarda tedaviye yönelik yapılacak en önemli girişim yaşam kalitesinin artırılmasını amaçlayan her türlü uygulamalardır²⁶.

Kanser hastaları ve toplumun bilinçlenmesi ile alternatif tıbbın çok kullanılmasına rağmen yetersizliği fark edilmiş, kemoterapinin toksik etkileri, uzun süren çabalara rağmen yeni ve en etkili kanser tedavilerinin bulunamaması çok sayıda hasta ve doktorun geleneksel kanser ilaçlarını bırakarak başka tedavi yöntemleri ile ilgilenmesine sebep olmuştur. Birçok ülkede alternatif tıp araştırma merkezleri kurulmuş ve hastaların “inanmış” olmaları, kullanılan ilacın direkt etkisinden daha önemlidir diye düşünölmeye başlanmıştır^{8,27,28}.

Kanser tedavisinde yeni yaklaşımların yanında tedavi planında üç yöntem kullanılmaktadır.

2.5.1. Cerrahi Tedavi

Cerrahi girişim kanser tedavisinin en eski yöntemlerindendir. Solid tümör tedavisinin en önemli ögesi olma özelliğini de sürdürmektedir. Tek başına kanserin lokalize olduğu hastalarda iyileştirici olabilir. Ancak tanı konulduğu sırada hastaların yaklaşık %70’inde mikro metastaz belirtileri gözleendiğinden daha iyi sonuç alabilmek için diğer tedavi yöntemleri ile birlikte kullanılması gerekmektedir¹³.

Cerrahi tedavi değişik amaçlarda kullanılmaktadır. Bunlar tanı, önleyici, radikal ve palyatif cerrahidir. Tanı cerrahisinde kesin tanı için kanserli dokudan örnek alınır. Kanserinin cinsine göre ya biyopsi alınır ya da kanserli dokunun tamamı çıkarılır. Önleyici cerrahide kendisi kanser olmadığı halde mutlaka kansere dönüşeceği bilinen dokular çıkarılır. Radikal cerrahide kanserli doku ve yayılma olasılığının yüksek olduğu komşu bölgeler çıkarılır. Palyatif cerrahide ise ilerlemiş kanser vakalarında hastalığın acil sorun yaratan durumunu düzeltmek, önlemek ve yaşamı uzatmak amacı ile yapılır⁸.

2.5.2. Radyoterapi

Doğal radyoaktif kaynaklar ile çalışan cihazları kullanarak belirli bir organda yerleşmiş kanser hücrelerini eradike etmektir. Radyoterapi iyonizan ışın ya da atom partiküllerinin kanser ve nadiren kanser dışı hastalıkların tedavisinde kullanıldığı bir tedavi yöntemidir. Radyoterapinin amacı, uygulanması istenen tümör yayılım alanına

tümörü kontrol edecek miktarda ışını homojen bir şekilde tatbik etmek, tümör çevresindeki normal dokuların ise minimal miktarda ışın almasını sağlamaktır^{29,30,31}.

Kanserli hastaların yaklaşık %60'ı hastalığın bir aşamasında radyoterapi alır. Radyoterapinin kansere karşı tedavi edici etkisi ilk kez 1800'lerin sonlarında ortaya konulmuştur. Teknolojik ilerlemeler, radyobiyojoloji bilimi ile birleşince günümüzdeki üstün nitelikteki tedavi merkezleri kurulmuştur. Günümüzde radyoterapi, en yüksek yararlar, en az yan etki ile ve sağlam dokuları koruyucu özellikte uygulanabilmektedir¹³.

2.5.3. Kemoterapi

Kanser tedavisinde kullanılan en yaygın tedavi yöntemlerinden biri olan kemoterapi, kanser hücresinin çoğalmasını önleyen ve sitotoksik etkisiyle bu hücreleri yok eden ilaçlarla yapılan bir tedavi şeklidir. Kanser sistemik bir hastalıktır; bu nedenle sistemik etkisi olan ilaç tedavisi uygulanmaktadır^{8,32,33,34}.

Kullanılan bütün tedavi yaklaşımlarının asıl amacı kanserli hastanın tamamen hastalığından kurtulması olmasına karşın çok az hastada bu mümkündür. Bu yüzden hastaların sağ kalımlarının ve yaşam kalitelerinin uzatılması da amaçlanabilmektedir. Hastalarda hangi tür tedavilerin uygulanacağı onların performans durumları, yaşları, hastalıklarının evreleri, ilaçlara duyarlılıkları ve sağlık güvence kurumlarıyla yakından ilişkilidir. Hastalıkların bazıları cerrahi tedavi ve radyoterapi gibi lokal tedavilerle yönetilirken genellikle yaygınlaşmış tümörü olan hastalarda kemoterapi uygulanmaktadır^{32,35,36}.

Bu radikal tedavi yöntemlerinin yanında ağrı tedavisi kanserli hastaların bakımında birinci sıralarda yer almaktadır. Kanser hastalarının tam tedavisi ile ağrı da ortadan kalkacaktır, ancak anti kanser tedavisi sırasında da hasta şiddetli ağrı çekerse ya da anti kanser tedavisinde başarılı olunamadığı durumlarda ağrı da sürerse uygun tedavi hastanın gereksinimlerine göre düzenlenir. Hasta ağrı şikayeti ile başvurduğunda tam bir anamnez alınmalı ve hastanın asıl hastalığının bütün ayrıntıları öğrenilmelidir^{8,37,38,39}.

Tedavi yöntemlerinin tümünde hedef, kanserli hastada yeterli analjezi sağlanması ve destekleyici tedavi ile yaşam kalitesini yükselterek daha iyi bir yaşam sağlayabilmektir^{8,35}.

2.6. KANSERDE HEMŞİRELİK BAKIMI

Kanser tedavisindeki hemşirelik bakımı, birçok yönden diğer hastalıkların tedavisindeki bakıma benzer. Bunun yanında üst düzeyde becerili hemşirelik girişimlerine çok fazla gereksinim olan bir alandır. Hemşirelik bakımı terminal dönemdeki hastaların tedavisine katkıda bulunmanın yerine, yaşam için kısa bir süresi kalmış kişilerin, yaşam kalitesini yükseltmeye odaklanmalıdır. Yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik yapılan bakımın unsurları; semptomların kontrolü, ağrının giderilerek kişinin rahatlatılması ve psikososyal destekten oluşmaktadır^{13,40}.

2.6.1. Semptom Kontrolü

Kanserin ilerlemesi ya da kanser tedavisinin lokal ve sistemik etkileri, vücudun tüm sistemini etkileyebilir. Tümörün bulunduğu yere ve tedavinin toksik etkisine göre çeşitli bulgular ortaya çıkabilir. Ortaya çıkan bulantı, kusma, mukozit, yeme problemleri, alopesi, yorgunluk, dispne, konstipasyon, barsak tıkanıklıkları, abdominal distansiyon, asit, üriner sistem semptomları ve ödem gibi birçok problem yaşam kalitesini değiştirir. Hemşirelik bakımı bu komplikasyonları önleme, erken dönemde belirleme ve kontrol etmede yoğunlaşır. Yapılan çalışmalarla da bu durumun önemi vurgulanmaktadır. Akyol Durmaz ve ark.⁴¹ (2003) yaptıkları bir çalışmada, kemoterapi alan 103 kanser hastasında en rahatsız edici sorunlar iştahsızlık ve yorgunluk olarak saptanmıştır. Hemşirelerin semptom kontrolünde otonomileri giderek artmaktadır. Semptom kontrolü hasta bakımında yaratıcı olma ve hastaların yaşam niteliğinde önemli farklılıklar yaratabilme olanağı sağlar¹³.

2.6.2. Ağrı Kontrolü

Kanser ile ilgili ağrı, hastalık süreci ya da kanser tedavisine bağlı olarak ortaya çıkabilir. Kanseri ilerlemiş aşamada olan hastaların yaklaşık %50-80'i hastalıklarının seyri sırasında ağrı yaşarlar ve bu hastaların çoğunun ağrılarının giderilmesinde de başarılı olunamaz. Giderilemeyen ağrı, hastanın yaşam niteliğini önemli ölçüde etkileyen sorunlardan biridir. Dünya sağlık örgütünün tahminlerine göre her gün yaklaşık dört milyon insan kanser ile ilgili ağrı çekmektedir^{13,37,38}.

Günümüzde ağrı kontrolü multidisipliner bir yaklaşımla yürütülen ekip işidir ve hemşire bu ekipte önemli bir role sahiptir. Gün içinde hastayı en yakından izleyen kişi

olan hemşirenin, hem ağrının değerlendirilmesinde hem de analjeziklerin uygulanmasında sorumluluğu vardır. Uygulamaları yaparken çok iyi bir gözlemci olmalı ve yan etkilerini iyi tespit edebilmelidir. Bu nedenle hemşirenin ağrı mekanizması, değerlendirilmesi ve kontrolü konusunda yeterince bilgi ve beceri sahibi olması gerekmektedir^{38,42,43}.

Kanser ağrısı akut ya da kronik özellikte olabilir. Akut ağrı genellikle doku hasarı nedeni ile oluşur ve süresi sınırlıdır. Otonom sinir sisteminin uyarılmasıyla da taşikardi gibi fizyolojik belirtiler ortaya çıkar. Diğer taraftan kronik ağrı daha inatçıdır ve 3 aydan uzun sürer. Ağrı nedeni ya da patolojisi giderilemediğinde, sinir sistemi zamanla duruma uyum sağlar ve hiperaktivitesini durdurur. Bu durumda ağrı, depresyon, kaygı ve uykusuzluk biçiminde ortaya çıkar¹³. Arslan ve Fadıloğlu'nun⁴⁴ (2005) bu konuda yaptıkları bir çalışmada, kemoterapi gören kanser hastaları için bu dönem uyku kalitelerinin çok kötü olduğu bulunmuştur.

Değişik ağrı kontrol yöntemleri bulunmasına rağmen kullanılan yöntemler, farmakolojik ve nonfarmakolojik olarak ikiye ayrılır. Farmakolojik ağrı kontrolü, analjezik ve analjeziklerin etkisini güçlendiren ilaçların kullanımını içerir. Farmakolojik olmayan yaklaşımlar ise davranışsal teknikler, radyoterapi, cerrahi, nörolojik ve nöroşirürjik girişimler, rahatlığı sağlamak ve tedavi etkinliğini değerlendirmek için yapılan hemşirelik uygulamalarıdır^{13,45}.

Kanser ağrısının kontrolünde plasebo yöntemi de kullanılır. Plasebo, klinik araştırma çalışmalarında farmakolojik ilaç veya tedavinin uygunluğunu test etmek amacıyla kullanılan inaktif maddelerdir (Serum Fizyolojik (SF) enjeksiyonları gibi)^{13,42}.

2.6.3. Psikososyal Destek

Kanser kişilere, ailelere ve topluma sosyal, ekonomik ve ruhsal yönlerden yük ve sorumluluklar getiren bir sağlık sorunudur. Kanser ölümü ve yaşam üzerindeki kontrolün sınırlılığını sembolize eden kronik bir hastalıktır. Kişinin kendi bedeninin kendini yok etmesini simgeler. Bilinmeyen bir tehlikenin, ıstırap ve acının, suçluluk ve utanç duygusunun, izolasyonun, kaos ve kaygının sembolüdür. Üzerindeki bu ağır kültürel yük nedeni ile kanser ile ilgili mesaj verilmesinin ardından kriz olarak tanımlanabilecek emosyonel tepkiler ortaya çıkar. Kriz sağlıklı yaşamdan yeni bir yaşama, hastalığa ve sürekli tehdit altında olmaya geçiş dönemidir. Bu geçiş dönemleri sonucu en sık görülen

bozukluklar depresyon, uyum bozukluğu, anksiyete v.b. gibidir. Kanseri tanısından sonra ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar, kanserin psikososyal boyutu, kanser hastalarına verilecek psikososyal destek, bu desteğin amaçları, onkoloji kliniklerinde bu destekleri sağlayan hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikoloğun rol ve görevleri çok büyük önem taşımaktadır. Hastaya etkili bir şekilde yardım edebilmek için hemşirelik girişimleri tüm ailenin sorunlarına ve gereksinimlerine yanıt verecek içerikte olmalıdır^{5,8,13,45,46,47}.

2.6.4. Kanseri ve Beslenme

Kanserlerin %75-80'i yaşam şekli ile ilişkili faktörlerden kaynaklanır. Bunlar; sigara, alkol ve beslenmedir. Besinler kanser oluşumunda başlatıcı ve geliştirici faktörleri içerdiği gibi, bağışıklık sistemini geliştirici ve karsinojenleri etkisizleştirici faktörleri de taşımaktadır. Bu nedenle, bireylerin beslenme biçimi, kanserin oluşumunda ve korunmada önem taşımaktadır. Beslenme örüntüsü kanserin oluşumunda etkili olduğu gibi kanser de kişinin beslenme durumunu etkilemektedir. Hastalığın seyrine göre besin depoları bozulmakta "Anoreksiya" ve "Kaşeksi" gelişmektedir. Besin alımı ve kullanımı zorlaşmaktadır. Çeşitli tedavi yöntemleri de kişinin beslenmesini olumsuz yönde etkilemektedir^{48,49,50,51}.

Kanserli hastaların beslenmesinde hasta hangi evrede olursa olsun kendisine ve yakınlarına gerekli bilgiler verilmelidir. Uygulanan beslenme destek tedavisi ile hastanın iyileşmeyeceği ancak pek çok komplikasyonun azalacağı ve yaşam kalitesinin artacağı belirtilmelidir^{48,52}.

2.6.5. Kanseri ve Cinsel Yaşam

Kanserlerin cinsel sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinden birisi, cinsel fonksiyonlar üzerinde olur. Kanseri tedavisi sonrası, en yaygın sorunlardan biri arzu/istek kaybı ve dispareniyedir. Cinsel sorunlara yol açan bir dizi faktör vardır. Hormonal anormallikler, pelvik damarlarda yetersizlik, merkezi sinir sisteminde hasar, periferik sinirlerde bozulma, genital dokularda hasar, kronik ağrı ve ilaçların yan etkisi sayılabilir^{52,53}.

Cinsellik biyolojik işlevler kadar sosyal ve duygusal etmenleri de içeren karmaşık bir olaydır. Cinsellik, yaş, kökeni ya da kültürü ne olursa olsun her bireyin karakterinin bir öznesidir. Kanseri tedavisine ilişkin kaygıların ya da ölüm tehdidinin cinsel sorunlardan çok daha önemli olduğunu düşünen sağlık personeli, kanserden kaynaklanan cinsel

yaşam değişikliklerini önemsemezler veya göz ardı ederler. Uygun bir danışmanlık hizmeti alınmadığında, cinsel fonksiyon bozuklukları hasta ile eği arasındaki ilişkileri zedeleyebilmekte ve konunun kanserli bireyin yaşadığı diğer sorunlara ek bir sorun olmasına neden olmaktadır. Hemşireler hastaları, cinsel isteğin azalmasıyla, cinsellik taşımayan dostluklara duyulan gereksinimlerin artacağı konusunda bilgilendirmelidir. Birçok sorun sadece tartışmayla da çözümlenebileceği için, hasta ve cinsel eği arasındaki iletişimi geliştirmek çok önemlidir. Bireyin sorunları bu basit yaklaşımlarla çözülebilenin yanında hemşireler hastayı cinsel işlev bozukluğunun tedavisi için uzmanlara yönlendirmelidirler^{13,54}.

2.6.6. Rehabilitasyon

Rehabilitasyon bireyin sakatlık ya da hastalığın getirdiği kısıtlamalar doğrultusunda yeteneklerini en üst düzeye çıkarmayı hedefleyen dinamik bir süreçtir. Kanser, hastanın yaşamını fiziksel, duygusal ve sosyal yönden etkileme gücüne sahiptir. Hastanın, aile bireyleri çalışma arkadaşları ve yöneticileri ile olan ilişkileri hastalık ve tedavi sonucu etkilenebilmektedir. Ancak, hemşirenin hasta, aile ve sağlık personeli ile kurduğu işbirliği doğrultusunda tedavi kontrol dönemlerinde hastanın bağımsız, üretken ve doyumlu bir yaşam sürdürebilmesine yardımcı olabilir¹³.

Kanser rehabilitasyon programları ile hastalık sürecinin çeşitli aşamalarında hastanın tanınması, sürekli değerlendirilmesi, fonksiyonel ve psikososyal problemlerin yapısı, kapsamının belirlenmesi; adaptasyonun sağlanması gereklı destek girişimlerinin planlanması ve yaşam kalitesinin artırılması mümkün olabilmektedir. Onkolojik rehabilitasyon ekibi içinde onkoloji uzmanı, onkoloji hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, fizyoterapist, iş-uğraşı terapisti, konuşma terapisti ve diyetisyen rol almaktadır^{55,56}.

2.7. KANSERİN ÖNLENMESİ VE KORUNMA

Tüm hastalıklarda olduğu gibi kanser konusunda da korunmanın çok iyi bilinmesi ve toplumun bu gerçekler doğrultusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Kanserden korunmanın amacı sağlıklı kişilerde yaşam koşullarını ayarlayarak kanser gelişme riskini en aza indirmek veya ortadan kaldırmaktır. Bu ise kansere neden olan koşulların ortadan kaldırılması ya da azaltılması ile sağlanacağı gibi koruyucu faktörlerin artırılması ile de

elde edilebilir. Erken tanı ve tarama yöntemleri de koruyucu yöntemler arasında sayılmalıdır. Kanserde korunma; primer (birincil), sekonder (ikincil) ve tersiyer (üçüncül) olmak üzere üç aşamada incelenebilir^{13,22}.

2.7.1. Birincil Koruma

Bu korunmada kanserojen madde ile karşılaşmanın engellenmesi ve bu maddelerin yok edilmesi söz konusudur. Bu da hemşirelerin temel sorumluluğu olan sağlık eğitimi ile mümkün olabilmektedir. Hemşireler, sağlık danışmanlığı yapabilir, iyi sağlık alışkanlıkları kazandırabilir, sigara ya da sağlıksız beslenme gibi kötü alışkanlıkları azaltma ve bırakma konusunda bireylere yardımcı olabilir. Kanserde sağlık eğitimi özellikle kanser ile ilgili olduğu düşünülen risk etmenleri ve bu etmenlerle karşılaşmayı azaltma ya da önlemeyi içermelidir^{8,13}.

2.7.2. İkincil Koruma

İkincil önleme morbidite ve mortaliteyi azaltacak erken tanı ve tedavi etkinliklerini içerir. Kansere olmaktan korkmak yerine geç kalmaktan korkmak ifadesi kanser tedavisinde erken tanının önemini açıkça ortaya koymaktadır. Bu nedenle toplumu kansere neden olan etkenler ve zararları konusunda aydınlatarak bilinçlendirmek gerekmektedir. Topluma, düzenli sağlık kontrollerinin yapılmasının gereği ve önemi anlatılmalı bu konuda televizyon, radyo ve benzeri toplum eğitim araçlarından yararlanılmalıdır^{8,21, 22}.

Ayrıca bu konuda Dünya Sağlık Örgütü (WHO) uzmanlarınca kanserin erken belirtisi olarak kabul edilen 7 uyarı işareti topluma öğretilmelidir. Bunlar:

- 1- Barsak ve mesane alışkanlıklarının değişmesi,
- 2- İyileşmesi geciken yaralar,
- 3- Anormal ve beklenmedik kanama veya akıntı,
- 4- Memede veya vücudun başka bir yerinde kitle oluşumu,
- 5- Hazımsızlık ve yutma güçlüğü
- 6- Benlerde olan belirgin değişiklik,
- 7- Ses kısıklığı ve öksürük.

Tarama sonrası hastaların uygun şekilde tedavisi için uygun tedavi merkezlerine yönlendirilmeleri de çok önemlidir²².

2.7.3. Üçüncül Koruma

Kanserli hastaların sakatlıklarını azaltmak ve rehabilitasyonlarını sağlamak üçüncül düzeyde önlemeyi oluşturur. Örneğin, hastaları eğiterek ve düzenli izleyerek komplikasyonlar önlenir. Hemşire ayrıca, semptom kontrolünü sağlayarak ve komplikasyonlar için anında girişimde bulunarak sakatlıkları sınırlayabilirler^{13,56}.

2.8. YAŞAM KALİTESİ TANIMI

Kalite, bir ürün ya da hizmetin belirli gereksinimleri karşılayabilme özelliklerinin tümü olarak tanımlanabilir¹⁷. Yaşam kalitesi kavramı sezgi ile anlaşılması ile birlikte, sosyal bilimciler, sağlık hizmetleri çalışanları ve klinisyenler için tanımlanması oldukça güçtür. Bilimsel makale yazarları tarafından önceleri sıklıkla açık tanımlanmadan kullanılmıştır. Ancak günümüzde yaşam kalitesinin tam olarak tanımlanması gerektiği savunulmaktadır^{17,57}.

Yıllarca araştırmacılar yaşam kalitesi ile ilgili çeşitli tanımlar yapmışlardır. Çoğu yaşam kalitesini; mutluluk, doyum, uyum olarak tanımlamışlardır ve bu kavramı; yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk ile eş anlamlı kullanmışlardır. Yaşam kalitesi yaşamı tüm yönleri ile değerlendirmeyi amaçlayan kapsamı geniş bir kavramdır ve neredeyse her bilimsel disiplinin, toplumdaki her faaliyetin ilgi alanına girmektedir^{8,58}.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yaşam kalitesi; kişinin kendi durumunu, kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi olarak tanımlanmıştır. Yaşam kalitesi, kişisel sağlık durumundan da öte kişisel iyilik halini içine alan geniş bir kavramdır. Kişinin yaşadığı yerde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgilerini kapsar. Fiziksel sağlık, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevre etkenleri ve kişisel inançlar temelinde yer alır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, kişinin sağlık açısından özgün, fiziksel, psikolojik ve sosyal durumunu ifade eder^{10,59}.

Yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını bireysel olarak algılayışını tanımlamaktadır. Başkalarının, ailesinin veya sağlık çalışanlarının o kişinin sağlığını nasıl algıladıklarını veya gördüklerini belirtmemektedir. Bireyin, ailenin ve toplumun yaşam kalitesinin sürdürülmesi yalnızca bireyin varolan kişiliğini korumakla gerçekleşmez⁶⁰.

Kişinin işlevselliği, kendini iyi hissetmesi ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren yaşam kalitesi ölçülebilir. Yaşam kalitesi ölçümleri farklı hastalıkların kişinin işlevselliğini,

kendini iyi hissetmesini ne ölçüde etkilediğini, müdahale alanlarını belirlemek için ve değişik tedavi yaklaşımlarının sonuçlarını karşılaştırmak amacı ile kullanılmaktadır⁵⁹.

Tıp alanında yaşam kalitesi; hastalığın durumuna ve bu hastalığın tedavisine bağlı hasta kişinin fiziksel, emosyonel ve sosyal iyilik halinin etkilenmesidir. Genel olarak yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavram olmasına rağmen en az üç temelde toplanabilir; fiziksel, fizyolojik ve sosyal aktivitedir. Yaşam kalitesi, hastalık sonucu ortaya çıkan özürülük ve engellilik durumunda kullanılan koruyucu tıp ve rehabilitasyon hizmetleri verilmesinde önemli bir değerlendirme yöntemidir⁶¹.

Ganz^{58,62} (1994) yaptığı çalışmalarla iki yaşam kalitesi tanımı benimsemiştir. Bu tanımların birincisi yaşam kalitesi, bir bütün olarak yaşamın subjektif değerlendirilmesidir. İkincisi ise hastanın şimdiki fonksiyon düzeyine karşın ne algıladığını değerlendirilmesi olup, doyumunu içermektedir. Birinci tanım ölçümün öznelliğini ve bir global değerlendirmenin önemini vurgular. İkinci tanım ise yaşam kalitesi değerlendirmesini öznelliğine ve bireyin şu andaki sağlık durumuna verdiği öncelik ya da değere dikkati çeker.

Yaşam kalitesi kişinin bütün temel gereksinimlerini karşılaması, yaşamdan doyum alması, sosyal davranışlarda yeterli olması, kişiler arası ilişkilerde iyi olması, benlik saygısı, önceki bilgi ve tecrübelerini kapsamaktadır. Yaşam kalitesinin bu çok boyutlu yapısına ek olarak ruhsal durum ya da varolan ilgiler, seksüel fonksiyon ve beden imajının da düşünülmesi, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için uygun ölçme metodlarının geliştirilmesinde önemlidir^{1,17,62}.

2.9. YAŞAM KALİTESİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

Yaşam kalitesi asırlardır esenlik ve mutluluk olarak felsefede ele alınmıştır. Bu kavram 1960'lı yıllarda öncelikle sosyoloji ve ekonomi bilimlerinin, daha sonraki yıllarda psikoloji biliminin içinde kullanılmıştır⁸.

Yaşam kalitesi kavramı 1970-80 yıllarda tıp alanında ilgi görürken, 1980-90 yıllarında da hemşirelik alanında kullanılmaya başlanmıştır. Hemşirelik alanında yaşam kalitesi çalışmaları yaşamın biyolojik, psikososyal ve sosyokültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeye yönelik bakım sağlama gerçeğine dayanmaktadır. Artık çağımızda klinik çalışmalarda ve klinik uygulamalarda yaşam kalitesinin de değerlendirileceği, gelecekte de politik kararların ve tedavi kararlarının yaşam kalitesi sonuçlarına göre verileceği düşünülmektedir¹⁷.

2.10. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİ

Yaşam kalitesinin ölçümüne ilişkin bugünkü yaklaşım direkt (doğrudan) ve indirekt (dolaylı) olmak üzere iki tiptir. Direkt yaklaşımlar psikometrik prensipleri kullanır ve anketler ya da değerlendirme ölçekleri yardımıyla yaşam kalitesi ölçen çeşitli metodlardan oluşur. Bu metodlar klinik psikologlar ve sosyal bilimciler tarafından geliştirilmiştir. Genel yaşam kalitesi ölçekleri farklı tip ve şiddetteki hastalıklara, çeşitli tıbbi tedavi ya da sağlık girişimlerine ve farklı demografik gruplarda ve kültürlerde uygulanabilecek şekilde planlanmıştır. Hastalığa özel yaşam kalitesi ölçekleri ise belli hasta populasyonlarını, tanı gruplarını ya da bireysel farklılıkları değerlendirmek için planlanmıştır^{5,8}.

Yaşam kalitesinin hem objektif hem de subjektif olarak ölçülmesinin gerekliliği ile ilgili büyük ölçüde fikir birliği mevcuttur. Aynı zamanda yapılandırılmış araçlar üzerinde hasta tarafından değerlendirilen ölçeklerle, dışarıdan bir gözlemcinin oranladığı yaşam kalitesi ölçekleri arasında ayırım yapılmasının gerekliliği bugün kabul edilmektedir. Bugün dünyada kullanılmakta olan ve daha çok batılı toplumlarda geçerlilik ve güvenilirlikleri kanıtlanmış olan genel amaçlı veya hastalığa özel olarak geliştirilmiş çok sayıda anket vardır⁵.

Yaşam kalitesi ölçümü ve bu amaçla çeşitli ölçeklerin kullanımı günümüzde giderek yaygınlaşmaktadır. Amaç, hastaya daha nitelikli sağlık hizmetinin ve sosyal desteğin sağlanmasına yönelik nesnel bir zemin hazırlamaktır. Birçok hastalıkta yaşam kalitesindeki bozulmanın doğru bir biçimde saptanabilmesi ancak geniş kapsamlı ve çok boyutlu ölçeklerle mümkün olabilmektedir⁶⁰.

2.11. YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

2.11.1. Psikososyal Durum

Hastalık, bireyin bütün yaşam dengeleri için bir tehdit oluşturur. Hastanın yaşam gücünü, herhangi bir organını ya da işlevini kaybetmesi hayatını risk altında hissetmesine sebep olur^{3,63,64}.

Günümüzde çok ileri tıbbi araştırmaların yapıldığı bu alanda birçok gelişmeler kaydedilmiştir. Ancak kanser olgusu, tıbbi, fiziksel bir hastalık olduğu gibi ruhsal ve

psikososyal bileşkeleri de yoğun bir sorundur. Buna paralel olarak kanserde psikiyatrik ve psikososyal araştırmalar da hızlanmıştır. Hastalığın fiziksel boyutu ile kişinin ruhsal durumu ve psikososyal alanı arasında karşılıklı ilişki ve etkileşim söz konusudur. Kanser hastalarında birçok psikiyatrik, psikososyal morbiditenin olduğu ve bunların hastalığın gidişi ve hastanın yaşam kalitesine etki ettiği olgusu araştırmaları hızlandırmıřtır¹³.

Kubleer Ross kanserli hastalarda görölen psikolojik tepkileri, yadsıma ve yalıtma (inkar ve izolasyon), öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak aşamalarla açıklamıştır. Hastalığını öğrenen kişi karşı karşıya kaldığı bu ürkütücü gerçeği gizlemek amacı ile hastalığını inkar eder. Her şeyi kabul ettiğinde ise bu durumun neden kendisinin başına geldiğini düşünür ve çevresindeki insanlara öfke duyar. İlerleyen dönemlerde ölüm ve hastalık gerçeğini kabul eder ve yaşamak istediği şeyler için Allah ile pazarlık yapar. Geçmişte yapamadıklarının, pişmanlıklarının, kaybettiklerinin ve ölümün yasını tutmaya başladığında da depresyona girer. En son aşamada ise hasta artık bütün enerjisini kaybetmiş ve zayıf düşmüştür. Bu aşamadan sonra hastalığı kabullenme süreci başlar^{3,39,65,66}.

Kanser tüm aile sistemini etkileyip ailenin dengesini bozabilir. Sonuçta hastanın, aile üyelerinin hatta hasta ile birlikte yaşamayan yakınlarının bile gerginlik ve stresleri artabilir. Bu üzüntülü durumun uzun sürmesi ile de hasta depresyona girebilir^{3,13}.

2.11.2. Anksiyete

Anksiyete evrensel bir duygu olup, bireyin kendini güvensiz hissettiği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepkisidir. Bunaltı, iç sıkıntısı, kaygı ve endişe ile eş anlamlı ve korkuya benzer bir duygudur. Kaygı, insanın temel duygularından biri olarak kabul edilebilir. Genel olarak olumsuz duyguların yaşandığı durumlar kaygının ortaya çıkmasına sebep olur. Kaygıya ait belirtiler, kaygıyı oluşturan dış şartlardan onu yaratan kişiye yaklaşıkça ağırlaşır. Kanserde kaygı, anksiyete, rahatsız edici bir potansiyel zarar görme ya da acı duygusu ile bağlantılı olarak yüksek düzeyde ve sık sık normal yaşantıyı kesintiye uğratan gerginliktir. Kanser vakalarında kaynak genellikle hastaların kanser olup olmadıklarını, ne zaman hastalığa yakalandıklarını, ne zaman ortaya çıkacağını ya da tekrar ortaya çıkıp çıkmayacağını kesin olarak bilmemeleridir. Buna bağlı olarak kişi gerginlik, sinirlilik ya da üzüntü duygularını yaşar. Bütün bunlar ise hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir^{3,39,67}.

2.11.3. Depresyon

Depresyon çökkün duygudurumdur. Çökkünlük, derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur. Bu sendrom bir çok ruhsal ya da ruhsal olmayan hastalıkta görülebilir. Bu nedenle birincil ve ikincil olmak üzere iki ana kümede ele alınmıştır. Birincil çökkünlüklerde bedensel ya da başka bir ruhsal hastalığa bağlı olmaksızın ortaya çıkan ruhsal çökkünlüklerdir. Kanser de bu rahatsızlıklardan biridir. Kanser hastasının karşılaştığı birçok olumsuzluklar sonucunda örneğin ekonomik sorunlar, iş ve aile yaşamındaki değişiklikler, beden imajının bozulması, benlik saygısının düşmesi gibi durumlar hastanın depresyona girmesine neden olur. Depresyona giren kişinin iş ve sosyal yaşantısı olumsuz etkilenmekte aynı zamanda baş etme yöntemleri yetersiz kalmakta ve bütün bunların sonucunda da kişinin yaşam kalitesi azalmaktadır^{3,68}.

2.11.4. Beden İmajı

Bireyin bedeni ile ilgili bilinç-bilinç dışı tüm bilgi, duygu ve algılardan oluşan bir özellik ve kimliğin temelini oluşturan, davranışların belirlenmesinde etkili olan bir kavramdır. Günümüz toplumunda insanların fiziksel görünüşleri ile eskiden olduğundan daha fazla ilgilenilmektedir. Birçok toplumda gençlik, güzellik, çekicilik gibi özellikler zaman zaman en önemli bireysel özellikler olarak değerlendirilebilmektedir. Bireyin bu özelliklerinin önemli olduğu görüşü çocuklukta değerlendirilmeleri ile erken yaşlarda başlamaktadır^{3,39}.

Giderek önem kazanan beden imajı, günlük yaşantımızın önemli parçasını oluşturmaktadır. Özellikle genç, güçlü ve sağlıklı olmanın ideal bir beden için şart olduğu fikri, sürekli olarak vurgulanmaktadır. Kişiler arası ilişkilerde ilk olarak göze çarpan şey bireyin fiziksel görünüşü, yaşı ve giyimidir. Bunlar bireye toplumda bir yer hazırlar ve diğer insanların birey hakkındaki düşüncelerini etkiler. Bedendeki değişiklikler hangi nedene bağlı olursa olsun bu değişikliklere verilen tepkiler bireyden bireye farklı olmaktadır. Bireyin yaşı, cinsiyeti, kişilik yapısı, sosyokültürel faktörler, değişen beden parçasına verdiği değer, değişikliğin görünür olup olmaması, değişikliğin akut ya da

kalıcı olması, bireyin önceki baş etme yolları, çevredeki destek sistemi, bedendeki değişikliğe verilen cevabı etkileyen faktörlerdir^{13,39}.

Kanser beden imajı değişikliğinin en yoğun yaşandığı bir hastalıktır. Kemoterapinin yan etkileri olan saç dökülmesi, kilo kaybı, bulantı, kusma bireyin beden imajını etkiler. Bu etkiler kişinin günlük yaşam aktivitelerini etkilediği gibi yaşam kalitesini de düşürmektedir³.

2.11.5. Belirsizlik, Ümitsizlik, Gelecek ve Ölüm Kaygısı

Ümit, arzu edilen şeyin beklentisidir. Bir kişinin olmasını istediği bir şeyi ya da gerçekleşmesini arzu ettiği bir duyguyu belirttiği için çoğu zaman arzu ya da istek sözcükleri ile birlikte kullanılır. Ümitsizlik ise ümit kaybıdır. İnsanların sorunlarının çözümü ya da arzu ettikleri şeylerin başarılması için, bireysel hiçbir seçeneklerinin olmadığı ve amaçlarına ulaşabilmek için sahip oldukları enerjiyi harekete geçiremedikleri duygusal bir durumdur. Ümitli bir insan geleceğe daha aydınlık bakarken, ümitsiz insanın geleceği aydınlık görmesi oldukça zordur. İşlevsel yeteneklerde bozulma, fizyolojik durumda bozulma, beden imajında bozulma, sosyal destek yetersizliği, sorunları çözememe, geçmişte yaşanan olumsuz deneyimler gibi daha birçok faktörler ümitsizliğe neden olmaktadır. Kanser hastalığında yaşanan belirsizlik, hastanın korku ve öfke yaşamasına, kendisini çaresiz hissetmesine neden olmaktadır. Hastanın bu karmaşık duygu durumu sonucunda kendini çaresiz hissetmesi ümitsiz olduğu için geleceğine yönelik planlar yapamaması, hastalık ve tedavi ile ilgili yaşadığı olumsuz duygular gelecek kaygısına neden olmaktadır. Hastanın yaşadığı ümitsizlik, belirsizlik, çaresizlik, gelecek kaygısı, hastalık ve tedavi ile ilgili edinilen olumsuz duygulara ilave olarak kişi ölüm korkusu ile karşı karşıya kalmaktadır^{3,7,39,65,67}.

2.11.6. Sosyal Destek

Kanser, hastanın yaşamını fiziksel, duygusal ve sosyal yönden etkileme gücüne sahiptir. Hastanın, aile bireyleri, iş arkadaşları ve iş vereni ile olan ilişkileri hastalık ve tedavi ile etkilenebilmektedir. Ancak, hemşirenin hasta, aile ve sağlık personeli ile kurduğu iş birliği doğrultusunda tedavi ve kontrol dönemlerinde hastanın bağımsız, üretken ve doyumlu bir yaşam sürdürebilmesine yardımcı olabilir. Aile üyelerinden birine koyulan kanser tanısı tüm aileyi kriz durumu ile karşı karşıya koyarak aile

sistemini direkt olarak etkiler. Evde aile üyelerinden bakım alan hastaların genelde aldıkları bakım ile ilgili güçlü ve güçsüz yönler bulunmaktadır. Çünkü bakım verme işlevi bireye tam günlük bir sorumluluk getirmektedir ve bir çok kişilerin bu rolü ev işleri, işsizlik, ebeveynlik rolü ile beraberce yürütmeleri hasta bireye olan yeterli bakımın verilememesine neden olabilmektedir. Bu düşünceyle yola çıkılarak sosyal destek alması gereken hastaların gereksinimlerinin karşılanmasında güçlü ve güçsüz yönlerin saptanarak yaşam kalitelerinin artırılması hedef alınmalıdır^{3,13,69}.

2.12. YAŞAM KALİTESİNİ DEĞERLENDİRME

Günümüzde teknolojik ilerlemelerle birlikte yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların çoğalması nedeni ile sağlık bakım ihtiyaçları artmakta ve sosyal kaynakların önemli bir miktarının sağlık bakımına ayrılması gerekliliği ön plana çıkmaktadır. Bu durumdan dolayı kişinin sağlığını en üst düzeyde tutmak için yapılan bütün girişimlerin hepsinin yararı ilerleyen bir şekilde sürekli tartışma konusu olmakta, değerlendirilmekte ve bozuk sağlığa ilaveten kişinin yaşam kalitesi ile de ilgilenilmesi gerekliliği ön plana çıkmaktadır^{8,17,70,71}.

Son yıllarda, bilimsel çevrelerde, yönetim kadrolarında, medyada ve günlük konuşmalarda yaşam kalitesi kavramı ile sık sık karşılaşmaktadır. Yaşam kalitesinin sosyoloji, ekonomi, psikoloji gibi alanlarda önemli bir inceleme ve araştırma konusu haline gelmesi söz konusudur. Günlük yaşantımız içinde politik ve ekonomik gündemlerde, gazetelerde, televizyonlarda sıklıkla karşılaşılan yaşam kalitesi kavramı, ekonomik krizler, çevre kirliliği, kentsel yaşamın problemleri olan yığılma, kirlenme, kalabalık vb. ile sağlık sorunlarından eğitime, suç oranlarından trafiğe yaşamın pek çok alanındaki konularla ilişkilidir. Bu nedenle yaşam kalitesini ölçmek için uygun gereç bulmak zordur. Kavramın subjektif oluşu, ölçüm için uygun gereç geliştirilmesini engelleyen önemli bir durumdur. Bu amaca uygun, evrensel olarak kabul edilen metodlar yeterli değildir. Bu alanda çalışmalar devam etmektedir^{9,17}.

2.13. KANSER, KEMOTERAPİ VE YAŞAM KALİTESİ

Kanser, hastanın ölüm korkusu, gelecek kaygısı, ağrı gibi olumsuz olaylarla karşılaşmasına sebep olmaktadır. Yaşanan fiziksel, sosyal ve psikolojik zorluklar, bunlarla mücadele, ekonomik zorluklar ve sosyal durumda bozulma gibi nedenlerle hasta ve ailesi bu hastalıktan çok etkilenmektedir. Hastalık ve tedavisinin getirdikleri ile baş etme zorluğu yaşayan hastalar öz bakım gereksinimlerini giderememekte ve bu hastaların yaşam kaliteleri düşmektedir. Yaşam kalitesi, memnuniyet, mutluluk, bağımsızlık, saygı, moral, iyilik hali gibi kavramları içerir; zamana ve yere göre değişiklik gösterebilir. Sağlığa bağlı yaşam kalitesi, bir hastalık veya tedavi altında kişinin genel ya da beklenen fiziksel, emosyonel ve sosyal iyi olma halinin etkilenmesidir^{72,73}.

Kanser tedavisi uzun süreli bir tedavi olup çoğu zaman hastanın, fiziksel iyilik haline, psikolojik durumuna ve sosyal yönüne zarar verir. Kanser tedavisinde yaygın olarak kullanılan yöntemler, kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavidir. Günümüzde kemoterapi uygulaması, hastane koşullarını gerektiren yüksek doz tedavi protokolleri dışında, genel olarak poliklinik ve gündüz tedavi ünitelerinde yapılmaktadır. Buralarda tedavilerini alıp eve giden hastalar ve aileleri, kemoterapinin yan etkileri ile kendi bilgi ve becerilerini kullanarak baş etmek durumunda kalmaktadır, bu durum yetersiz ve yanlış uygulamalar yapılmasına neden olmaktadır. Bu ilaçlar kanserli hücrelerin ölümüne neden olurken aynı zamanda sağlıklı hücrelerin ölümüne de yol açabilmektedir. Hastalar aldıkları ilaçlara bağlı bir çok yan etkilerle karşı karşıya kalabilmektedir. Kansere ve alınan tedaviye bağlı olarak hastada görünen semptomlar onun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir^{17,74,75}.

Gastro-intestinal	Hematopoetik Sistem	Genito-üriner Sistem	Sinir sistemi	Diğer
--------------------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------	--------------

Sistem				
Bulantı	Ateş	Menopoz Semp.	Konsantrasyon olamama	Alopesi
Kusma	Kanama	Seksüel Disf.	Hafıza Kaybı	Ağrı
İştahsızlık	Enfeksiyon	Deri Prob.	İşitme Değişiklikleri	Korku
Konstipasyon	Yorgunluk	Üriner Semp.	Görme Değişiklikleri	Anksiyete
Diyare	Halsizlik		Uyuşukluk	Depresyon
Mukozit	Dispne		Kuvvet Kaybı	
Disfaji			Deliryum	
Ağız Kuruluğu			İmmobilite	
Tat Değişikliği			Uykusuzluk	
Gaz				
Kilo Kaybı				

Şekil 1. Kemoterapi alan hastalarda yaşam kalitesini etkileyen semptomlar⁷⁶.

Hastalar yaşamlarındaki değişikliklere alışırken ve bunlarla birlikte yaşamayı öğrenirken birçok psikolojik ve fiziksel faktörün etkisinde kalabilecekleri gibi, yeni yaşam tarzına bağlı fiziksel ve psikolojik sorunlar da geliştirebilirler. Tüm bunlar bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilir. Hasta bireylerde hastalık davranışının, psikolojik tepkilerin ve uyum güçlüklerinin anlaşılması ve uygun baş etme yöntemlerinin geliştirilmesine destek olacak bakım girişimlerinin planlanması, yaşam kalitesi değerlendirmeleri ile mümkün olabilir. Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi kanserli bireylerde de yaşam kalitesine önem verilmiş ve uygun ölçme araçları geliştirilmeye çalışılmıştır⁷⁶.

Kemoterapi alan kanserli hastaların yaşam kalitelerindeki temel değişiklikler aşağıdaki gibidir.

Kişisel;

- Enerji kaybı
- Depresyon
- Alopesi
- Cinsel istek ve faaliyetin azalması
- Bulantı, kusma, iştahsızlık, deride döküntüler
- Hastalığın tekrarlamasından duyulan endişe

Ailevi;

- Evlenme oranında azalma
- Boşanma oranının artması
- Doğurganlığın azalması

Sosyal;

- İşe son verilmesi
- Yeni iş bulma şansının azalması
- Profesyonel çatışmalar
- İş ve sınıf arkadaşları ile yaşanan çatışmalar
- Sigortanın reddi

Kişisel Kazançlar;

- Aile ve arkadaşlar tarafından “şımartılmak”
- Daha fazla sabır ve hoşgörü
- Daha fazla iş hırsı
- Hayata bakışın değişmesi
- Dini inançların artması
- İnsanlarla ilişkilerin artması⁶⁸.

Her insanın olduğu gibi kanserli bireyler de; hayalleri, ümitleri, ilgileri ve hedefleri olan insanlardır. Bu yüzden hastalığın, yaşam şekline etkisi değerlendirilmelidir. Sürekli hastanede kalma, geçirilemeyen ağrı, kişisel kontrol kaybı, kendine bakım aktivitelerini yapmada eksiklik, hastanede yatma ya da aldığı tedaviler nedeni ile gizliliğin ortadan kalkması, hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler ayrıca hastanın yaşadığı bu olumsuzlukların tümünü paylaşan aile üyelerinin de yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir¹⁷.

Günümüzde teknolojik gelişmelerle birlikte yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların artması nedeni ile sağlık bakım harcamaları da artmakta ve sosyal kaynakların önemli bir miktarının sağlık bakımına ayrılması gerekmektedir. Bu durum karşısında tüm sağlık girişimlerinin genel yararı artan bir şekilde tartışılmakta, değerlendirilmekte ve hastalığa ek olarak bireyin yaşam kalitesi ile de ilgilenilmesi gerektiği öne sürülmektedir. Aynı zamanda yaşam kalitesi değerlendirmeleri sunulan hizmetlerin geliştirilmesinde önemli ipuçları verebilmektedir⁸.

2.14. KANSER, KEMOTERAPİ, YAŞAM KALİTESİ VE HEMŞİRENİN ROLÜ

Sağlık ekibinin üyesi olan hemşireler, bireylerin sağlıklarını yeniden kazanmaları ve korumaları için sağlık bakımına yönelik uygulamalar hakkında öğrenmelerine yardım etmektedir⁶. Diğer sağlık personeline göre hastalar ve aileleriyle daha sık ve sürekli iletişim kurduklarından hasta bakımında anahtar bir role sahiptirler¹³. Hemşirelik alanında yapılan yaşam kalitesi çalışmaları, yaşamın biyolojik, psikososyal ve sosyokültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeye yönelik bakım sağlama yönünde olmuş ve hemşirelerin bu alanda kendilerini geliştirmelerini sağlamıştır. Onkoloji, Hematoloji bölümünde çalışan hemşireler, diğer hemşirelik fonksiyonlarının yanı sıra onkoloji hastalarında kanser tedavisinin neden olduğu belirtileri kontrol altına alma gibi önemli bir sorumluluğu taşımaktadırlar. Ölümcül bir hastalık olan kanser, hastanın ölüm korkusu, gelecek kaygısı, ağrı çekme gibi olumsuzluklarla karşılaşmasına neden olmaktadır. Kanser tanısı konulan birey, o zamana kadar yaşamını sürdürmekte ve sorunlarını çözmekte kullandığı savunma mekanizmalarının yeterli olmadığını anlar. Hastanın karşılaştığı fiziksel, sosyal ve psikolojik güçlükler, ekonomik zorluklar ve hasta bireye bakma zorunluluğu sonucu sosyal alanda bozulma gibi nedenlerle ailenin diğer üyeleri de kanserden etkilenmektedir. Bu nedenle kanser bakımında hasta ve ailesi bir bütün olarak ele alınmalı ve bu doğrultuda bakım yönlendirilmesi yapılmalıdır^{8,17}.

Günümüzde kanserde hemşirelik bakımı hastanın laboratuvar verilerini değerlendirme, kanser cerrahisi sonrası bakım, kemoterapi uygulaması gibi alanlarda yoğunlaşmaktadır. Bununla birlikte hemşirelerin kanser ve tedavisinin ortaya çıkardığı bulantı, kusma, yorgunluk ve ağrı gibi semptomlar üzerinde durması ve bu semptomlarla baş etme stratejilerini hemşirelik bakımına yansıtması da gerekmektedir. Hemşireler, kemoterapi ilaçları, potansiyel yan etkileri ve yan etkileri hafifletecek önlemler konusunda hastaları bilgilendirme sorumluluğu taşımaktadır⁷⁷. Hemşirenin tüm semptomları gözlemlemesi sonucu, hasta ile birlikte yöntemleri belirlemesi, bunların azaltılması giderilmesi için hastayı ve ailesini desteklemesi, hasta ve ailesinin yaşam kalitelerini yükseltmesi, hastalığa ve tedaviye uyumlarının artması sağlanabilmektedir⁷⁸. Yapılan araştırmalarda, kemoterapi alan hastalarda yan etkilerin sistematik olarak değerlendirilmesinin yanı sıra kontrolüne yönelik eğitimler verilmesi ve hastaların desteklenmesinde hemşirelerin vazgeçilmez olduğu vurgulanmaktadır^{79,80,81}.

Kanserli bireylerde hastalık, hastanın yaşam şeklini olumsuz etkilemektedir. Sık sık hastanede kalma, geçmeyen ağrı, öz bakım yetersizliği, uzun süre hastanede yatma, tedavinin ilerleyişine göre çeşitli nedenlerle gizliliğin ortadan kalkması nedeni ile hastanın yaşam kalitesi kötü etkilenmektedir. Kemoterapi alan hastaların bakımında görev alacak hemşirenin gerek hasta gereksinimlerini saptama, gerekse bakımına yönelik plan ve uygulamaları hasta ile birlikte yapmada yeterli mesleki bilgi ve beceriye sahip olması gerekmektedir. Hemşirenin iyi bir hizmet verebilmesi için bu alanlarda yenilikleri izlemesi ve bunları hasta bakımında kullanması gerekir. Bu şekilde yapılan çalışmalar, yeni tedavi uygulamalarını, tedavinin yan etkilerini, görülme şeklini, sıklığını ve zamanını belirleyip hastaya verilecek bakımın kalitesini arttırmaya yönelik daha planlı bir girişim yapılmasını sağlamaktadır. Semptom kontrolünde önemli bir role sahip olan hemşireler, hastaya kemoterapi sonrasında ortaya çıkabilecek yan etkilere karşı alması gereken önlemler ve uygulamalar konusunda bilgi verip hastayı desteklemektedirler^{76,77}.

Özellikle ayaktan kemoterapi alan hastalar bu yan etkileri evlerinde yalnız yaşadıkları için onlara daha fazla bilgi vererek destekte bulunmak gerekmektedir. Çünkü hasta karşılaştığı yan etkiler nedeni ile çoğu zaman beslenemeyecek ve günlük yaşam aktivitelerini tam olarak yerine getiremeyecek duruma bile gelebilmektedir. Böyle bir durumdaki kişinin de yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir⁶⁹.

Kanserli hasta ile çalışan hemşireler, hasta ve ailesi ile birlikte bakım gereksinimlerini belirleyip hastanın öz-bakım davranışlarını destekleyici bakımı uygulayarak yaşam kalitesini yükseltme yoluna gitmelidir. Kanser tedavisinin yan etkileri ile baş etmede hastalara hastane ve ev ortamında destek sağlanması, baş etme becerilerinin öğretilmesi, onların yaşam kalitesini yükseltmede kullanacağı baş etme becerilerini geliştirmede hemşirenin önemli rolü bulunmaktadır⁷⁶.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi (ÇÜTF) Balcalı Hastanesi erişkin onkoloji, hematoloji kliniklerinde kemoterapi uygulanan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, ÇÜTF Balcalı Hastanesi Onkoloji, Hematoloji servis ve polikliniklerinde tedavi olan hastaları kapsamaktadır. ÇÜTF Balcalı Hastanesi toplam 1049 yatak kapasiteli olup 499 hemşire görev yapmaktadır.

Onkoloji servisinde 8 hasta odası vardır. 4 kişilik 2 oda, 2 kişilik 4 oda ve tek kişilik 2 oda olmak üzere toplam 18 hasta kapasitesine sahiptir. Serviste 7 hemşire, 1 araştırma görevlisi doktor ve uzman doktor görev yapmaktadır. Hematoloji servisinde de 8 hasta odası ve 18 hasta bulunmaktadır. Bu klinikte ise 5 hemşire ve 1 araştırma görevlisi doktor çalışmaktadır. ÇÜTF Balcalı Hastanesinde çalışan hemşirelerin yönetimi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından yürütülmektedir. Onkoloji ve Hematoloji servislerinde hemşireler 8-16 ve 16-08 saatleri arasında nöbet usulü hizmet vermektedir. Onkoloji servisinde büyük çoğunlukla solid tümör tanısı almış hastalar, hematoloji bölümünde ise lösemi tanısı almış hastalar yatmaktadır. Fakat hasta tanısına göre yatırma şekli kesin bir sınır ile ayrılmamıştır.

Onkoloji polikliniğinde 4 muayene odası ve hastaların kemoterapi aldıkları büyük bir salon bulunmaktadır. Günde ortalama 50 hasta polikliniğe tanı, tedavi ve kemoterapi almak için gelmektedir. Poliklinikte 8 hemşire çalışmaktadır. Hematoloji polikliniğinde 4 muayene odası ve kemoterapi odası bulunmaktadır. 1 hemşire görev yapmaktadır. Buraya da ortalama 50 hasta gelmektedir. Onkoloji ve hematoloji polikliniğindeki hemşireler sürekli gündüz çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma ÇÜTF Balcalı Hastanesi Onkoloji, Hematoloji servis ve polikliniklerinde Kasım 2005–Şubat 2006 ayları arasında yapılmıştır. Araştırma için gerekli izinler alındıktan sonra ÇÜTF Balcalı Hastanesi Onkoloji, Hematoloji kliniklerine gelen

hastaların özelliklerini saptamak amacı ile 2004-2005 yılı istatistikleri incelenmiştir. Adana'da Üniversite Hastanesi olması ve en gelişmiş Onkoloji, Hematoloji kliniğine sahip olması ile yoğun hasta sirkülasyonu düşünülerek ÇÜTF Balcalı Hastanesi Onkoloji, Hematoloji klinik ve polikliniklerinde tedavi gören hastalar araştırma kapsamına alınmış ve hastaların kanser tanısı alması ile yaşam kalitesine yönelik problemlerin ortaya çıkması arasında geçen süreç düşünülerek en az 3 aydır kanser tanısı konmuş hastalarla çalışılmıştır.

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan araştırmanın evrenini ÇÜTF Balcalı Hastanesi Onkoloji, Hematoloji kliniklerine yatarak ve ayaktan tedavi almak için 1 yıl içinde gelen bütün kanser hastaları oluşturmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 150 hasta örnekleme oluşturmuştur. Anketin ön uygulaması yine aynı birimlerdeki 20 hastaya yapılmış ve gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra çalışma grubuna uygulanmıştır.

Araştırma örneklemeine;

1. Görüşmeyi kabul etmeyen hastalar,
2. Kendisini sözel olarak ifade edemeyenler,
3. 18 yaşından küçük olanlar,
4. 3 aydan daha kısa süre önce kanser tanısı konulan hastalar alınmamıştır.

3.4. Veri Toplama Aracı

Araştırma verileri, hastaların demografik özelliklerini ve bazı soruları içeren bilgi formu ve European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life (EORTC QLQ C-30) (Versiyon 3.0) yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak toplanmıştır (Bknz Ek 2).

Bilgi formu literatür taranarak hazırlanan, hastaların sosyodemografik özelliklerini, iyilik hallerini, algılarını ve tedavileri ile ilgili bilgileri içeren 19 sorudan oluşmaktadır. İlk 9 ve 12. sorular hastaların demografik özellikleri ile ilgilidir. 10 ve 11. sorular hastaların aldıkları kemoterapinin onların iş ve ev yaşantısını etkileyip etkilemediğini belirlemek için sorulmuştur. 13-17. sorular tanı ve tedavilerine ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Hastaların kemoterapi ile ilgili eğitim alıp almadıkları 18. soru ile saptanmaya çalışılmıştır. 19. soruda ise hastalara gelecekleri hakkında neler düşündükleri sorulmuştur.

Anket formunda kalan 30 soruda ise EORTC QLQ C-30 yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. 4'lü Likert tipi ölçek olup, soruların cevapları; Hiç: 1, Biraz: 2, Oldukça: 3, Çok: 4 puan olarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin 29. sorusunda, hastadan 1'den 7'ye kadar olan skala ile sağlığını ve 30. soruda genel yaşam kalitesini değerlendirmesi istenmiştir. 29. ve 30. sorular genel iyilik hali alanını oluşturan sorulardır. Bu bölümden alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin yükseldiğini, düşük puanlar ise kalitenin düştüğünü ifade etmektedir. Bulgular ve tartışma bölümünde genel iyilik hali alanı yorumları italik olarak belirtilmiştir. Diğer sorular ise fonksiyonel alan ve semptomlar bölümüne ait sorulardır. Bu bölümlerde alınan puanların düşük olması yaşam kalitesinin yükseldiğini, yüksek olması ise yaşam kalitesinin düştüğünü ifade etmektedir. Tartışma bölümünde ele alınacak yorumlar bu sonuçlara göre değerlendirilecektir.

YAŞAM KALİTESİ ALT BAŞLIKLARI	SORULAR
Genel İyilik Hali	29,30
Ekonomik güçlük	28
Fonksiyonel Güçlükler	
Fiziksel fonksiyonlar	1,2,3,4,5
Rol performansı	6,7
Emosyonel durum	21,22,23
Bilişsel durum	20,25
Sosyal durum	26,27
Semptom Kontrolü	
Yorgunluk	10,12,18
Bulantı, Kusma	4,15
Ağrı	9,19
Solunum güçlüğü	8
Uyuma güçlüğü	11
İştah kaybı	13
Kabızlık	16
İshal	17

Şekil 2. Yaşam kalitesi alt gruplarının soruları.

Veriler, hastalara araştırmacının amacı açıklanarak ve hastalardan sözel izin alındıktan sonra bire bir görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Her bir uygulama ortalama 20 dakika sürmüştür.

3.5. Veri Toplama Süresi

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket, hastane yönetimi ve etik kuruldan izin alındıktan sonra Kasım 2005–Şubat 2006 tarihleri arasında formu doldurmayı kabul eden 150 hastaya uygulanmıştır.

3.6. Verilerin Çözümü ve Yorumlanması

Anket formunun uygulanmasından sonra elde edilen veriler SPSS 11.5 for Windows paket programı ile çözümlenmiştir. Elde edilen veriler yüzdelik dağılım, t testi, ki kare, ANOVA ve Spearman’s rho testleri uygulanarak analiz edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1 Hastaları Tanıtıcı Bilgiler

Hastaların tanılarına göre dağılımı çizelge 4.1’de görülmektedir. Hastaların 56’sı (%37.3) AML, 23’ü (%15.3) ALL, 20’si (%13.3) MM, 18’i (%12.0) NHL, 9’u (%6.0) HL, 7’si (%4.7) KML, 6’sı (%4.0) Meme Ca, 5’i (%3.3) Akciğer Ca, 4’ü (%2.7) Osteosarkom ve 2’si (%1.3) Kolon Ca tanısı aldıkları saptanmıştır.

Çizelge 4.1: Hastaların tanılarının tedavi durumlarına göre dağılımı (n=150)

Tanısı	Tedavi Durumu				Toplam	
	Ayaktan		Yatarak			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
AML	39	67.9	18	32.1	56	100.0
ALL	9	39.1	14	60.9	23	100.0
MM	8	40.0	12	60.0	20	100.0
NHL	10	55.6	8	44.4	18	100.0
HL	2	22.2	7	77.8	9	100.0
KML	3	42.9	4	57.1	7	100.0
MEME CA	0	0.0	6	100.0	6	100.0
AKCİĞER CA	0	0.0	5	100.0	5	100.0
OSTEOSARKOM	0	0.0	4	100.0	4	100.0
KOLON CA	0	0.0	2	100.0	2	100.0
Toplam	70	46.7	80	53.3	150	100.0

ÇÜTF Balcalı Hastanesi Onkoloji, Hematoloji kliniklerinde kemoterapi uygulanan ve araştırmamıza katılan hastaların 80'i (%53.3) erkek, 70'i (%46.7) kadındır (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı (n=150)

Cinsiyet	Sayı	%
Erkek	80	53.3
Kadın	70	46.7
Toplam	150	100.0

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının 39.6 ± 14.5 (18-77) olduğu, 61'inin (%40.7) 31-50 yaş grubunda olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3: Hastaların yaşlarına göre dağılımı (n=150)

Yaş	Sayı	%
30 Yaş ve Altı	51	34.0
31 – 50 Yaş	61	40.7
51 Yaş ve Üstü	38	25.3
Toplam	150	100.0

Çizelge 4.4'te hastaların 54'ünün (%36.0) ilkokul, 51'inin (%34.0) lise mezunu olduğu, 19'unun (%12.7) ise okur-yazar olmadıkları görülmektedir.

Çizelge 4.4: Hastaların eğitim durumlarına göre dağılımı (n=150)

Eğitim Durumu	Sayı	%
Okur-Yazar Değil	19	12.7
Okur-Yazar	3	2.0
İlkokul	54	36.0
Ortaokul	23	15.3
Lise	51	34.0
Toplam	150	100.0

Araştırmaya katılan hastaların 115'inin (%76.7) evli, 35'inin (%23.3) yalnız/bekar/dul olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.5: Hastaların medeni durumlarına göre dağılımı (n=150)

Medeni Durum	Sayı	%
Evli	115	76.7
Bekar	35	23.3
Toplam	150	100.0

Hastaların 30'unun (%20.0) çocuksuz olduğu, 69'unun (%46.0) 1-3 çocuklu, 51'inin (%34.0) ise 4'ten fazla çocuklu olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6: Hastaların çocuk sayılarına göre dağılımı (n=150)

Çocuk Sayısı	Sayı	%
Çocuğu yok	30	20.0
1-3 Çocuğu Var	69	46.0
4 den Fazla Çocuğu Var	51	34.0
Toplam	150	100.0

Araştırmaya katılan hastaların 57'sinin (%38.0) ilde, 80'inin (%53.3) ilçede ve 13'ünün (%8.7) köyde yaşadıkları çizelge 4.7'da görülmektedir.

Çizelge 4.7: Hastaların yaşadıkları yerlere göre dağılımı (n=150)

Yaşadığı Yer	Sayı	%
İl	57	38.0
İlçe	80	53.3
Köy	13	8.7
Toplam	150	100.0

Hastaların sosyal güvencelerine göre dağılımı incelendiğinde 65'inin (%43.3) SSK'lı,60'ının (%40.0) Yeşil Kart'lı oldukları saptanmıştır (Çizelge 4.8).

Çizelge 4.8: Hastaların sosyal güvencelerine göre dağılımı (n=150)

Sosyal Güvence	Sayı	%
SSK	65	43.3
Yeşil Kart	60	40.0
Emekli Sandığı	18	12.0
Bağ-kur	7	4.7
Toplam	150	100.0

Araştırmaya katılan hastaların 128'i (%85.3) ekonomik durumlarını orta, 12'si (%8.0) kötü, 10'u (%6.7) ise iyi olarak tanımlamışlardır (Çizelge 4.9).

Çizelge 4.9: Hastaların ifade ettikleri ekonomik durumlarına göre dağılımı (n=150)

Ekonomik Durumu	Sayı	%
İyi	10	6.7
Orta	128	85.3
Kötü	12	8.0
Toplam	150	100.0

Hastaların 60'ı (%40.0) ev kadını, 33'ü (%22.0) işsiz, 14'ü (%9.3) emekli, 1'i (%0.7) ise öğrenci olup çalışmamakta (n=108); 32'si (%21.3) işçi, 7'si (%4.7) memur, 3'ü (%2.0) ise serbest meslek sahibi olarak çalışmaktadır (n=42) (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.10: Hastaların mesleklerine göre dağılımı (n=150)

Mesleği	Sayı	%
Ev Kadını	60	40.0
İşsiz	33	22.0
İşçi	32	21.3
Emekli	14	9.3
Memur	7	4.7
Serbest Meslek	3	2.0
Öğrenci	1	0.7
Toplam	150	100.0

Araştırmamıza katılan hastaların 37'si (%88.1) hastalıklarının çalışma hayatını bir şekilde engellediğini, 5'i (%11.9) engellemediğini belirtmiştir (Çizelge 4.11).

Çizelge 4.11: Çalışan hastaların hastalığının herhangi bir şekilde işini engelleme durumlarına göre dağılımı (n=42)

Engelleme Durumu	Sayı	%
Evet	37	88.1
Hayır	5	11.9
Toplam	42	100.0

Çizelge 4.12’de araştırmaya katılanların hastalığının 124’ü (%82.7) evdeki sorumluluklarını yerine getirmelerini engellediğini, 26’sı (%17.3) ise engellemediğini belirtmiştir.

Çizelge 4.12: Hastaların hastalığının evdeki sorumluluklarını yerine getirmelerini engelleme durumlarına göre dağılımı (n=150)

Engelleme Durumu	Sayı	%
Evet	124	82.7
Hayır	26	17.3
Toplam	150	100.0

Araştırmaya katılan hastaların 89’u (%59.3) eşi ve çocukları ile, 29’u (%19.3) anne, baba ve kardeşleri ile birlikte kalmakta olup, 3’ü (%2.0) ise yalnız yaşamaktadır (Çizelge 4.13).

Çizelge 4.13: Hastaların birlikte kaldığı bireylere göre dağılımı (n=150)

Kiminle Yaşadığı	Sayı	%
Eşi ve Çocuklar	89	59.3
Anne, Baba ve Kardeşler	29	19.3
Eşi	24	16.0
Yalnız	3	2.0
Çocuklar	3	2.0
Eşi, Çocuklar ve Aile Büyükleri	2	1.3
Toplam	150	100.0

Hastaların tedavi durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, 80'inin (%53.3) yatarak, 70'inin (%46.7) ise ayaktan tedavi görmekte olduğu saptanmıştır. Hastaların 88'inin (%58.7) teşhis konulma süresinin, 91'inin (%60.7) ilk kemoterapiyi alma süresinin 6 aydan az olduğu ve 116'sının (%77.3) 6 kür ve daha az sayıda kemoterapi aldığı belirlenmiştir (Çizelge 4.14).

Çizelge 4.14: Hastaların tedavi, teşhis ve kemoterapi alma durumlarına göre dağılımı (n=150)

Tedavi Durumları	Sayı	%
Tedavi Durumu		
Ayaktan	70	46.7
Yatarak	80	53.3
Teşhisten Sonra Geçen Süre		
6 Ay ve ↓	88	58.7
6 Aydan Fazla	62	41.3
İlk kemoterapiyi alma süresi		
6 Ay ve ↓	91	60.7
6 Aydan Fazla	59	39.3
Kaçıncı Kür Kemoterapi Aldığı		
6. Kür ve ↓	116	77.3
6 Kürden fazla	34	22.7
Toplam	150	100.0

Araştırmaya katılan hastaların kemoterapi ile ilgili eğitim alma durumları gelecek hakkındaki düşünceleri ile karşılaştırılmıştır. Çizelge 4.15'te görüldüğü gibi iyileşmek ve eski yaşantısına dönmek isteyen hastaların 52'si (%78.8) kemoterapi ile ilgili eğitim aldığını, geleceğinden umutlu olmayıp, iyileşmemekten korkanların tamamı (3 hasta) ve geleceği ile ilgili hiçbir şey düşünemediğini belirten hastaların 44'ü (%52.4) kemoterapi ile ilgili eğitim almadığını ifade etmiştir. Kemoterapi ile ilgili eğitim almış olma hastaların iyileşme isteğini, motivasyonunu arttırmaktadır (p=0.0).

Çizelge 4.15: Hastaların gelecek hakkındaki düşüncelerinin kemoterapi ile ilgili eğitim alma durumlarına göre dağılımı (n=150)

Düşünceler	Eğitim Alma Durumu				Toplam *	
	Evet		Hayır			
	N	%	N	%	n	%
İyileşmek İstiyorum	52 / 66	78.8	37 / 84	44.0	89 / 150	59.3
İyi olamamaktan Korkuyorum	0	0.0	3 / 84	3.6	3 / 150	2.0
Hiçbir Şey Düşünemiyorum	14 / 66	21.2	44 / 84	52.4	58 / 150	38.7
Toplam **	66	44.0	84	56.0	150	100.0

$\chi^2=19.161$

p<0.001

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

4.2. Hastaların Yaşam Kalitesi Puanlarının Çeşitli Değişkenlere Göre Dağılımı

Hastaların yaşam kalitesi puanlarının cinsiyetlerine göre dağılımı incelendiğinde; hastaların kadın ya da erkek olmasının yaşam kalitesi puanlarını etkilemediği saptanmıştır (Çizelge 4.16).

Çizelge 4.16. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının cinsiyetlerine göre dağılımı

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	Erkek (n=80)	Kadın (n=70)	t	p-değeri
	$\bar{X}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
Genel İyilik Hali	6.80±1.93	7.01±2.09	0.65	0.51
Ekonomik Güçlük	2.35±0.69	2.41±0.84	0.51	0.61
Fonksiyonel Güçlükler				
Fiziksel Fonksiyonlar	11.16±4.36	12.16±4.53	1.36	0.17
Rol Performansı	5.23±2.08	5.30±2.18	0.21	0.83
Emosyonel Durum	5.44±1.98	5.73±1.66	0.96	0.33
Bilişsel Durum	2.35±0.79	2.34±0.88	0.05	0.95
Sosyal Durum	5.38±1.20	5.20±1.36	0.83	0.40
Semptomlar				
Yorgunluk	6.80±2.53	7.39±2.73	1.36	0.17
Bulantı, Kusma	3.36±1.21	3.63±1.38	1.25	0.21
Ağrı	4.39±1.70	4.80±1.87	1.41	0.16
Solunum Güçlüğü	1.63±0.99	1.74±1.03	0.71	0.47
Uyuma Güçlüğü	2.15±1.02	2.13±1.00	0.12	0.89
İştah Kaybı	2.06±0.87	2.23±1.01	1.07	0.28
Konstipasyon	2.05±0.96	2.01±1.07	0.21	0.83
Diyare	1.06±0.29	1.03±0.16	0.85	0.39

Hastaların yaşam kalitesi puanlarının yaş ile korelasyon ilişkisi çizelge 4.17’de verilmiştir. Yaşam kalitesi alt grupları incelendiğinde: Yaş ile, genel iyilik hali (p=0.02) ve ekonomik güçlük (p=0.01) arasında anlamlı korelasyon ilişkisi bulunmuştur. Fonksiyonel durumlardan, fiziksel fonksiyonlar (p=0.00), rol performansı (p=0.00) ve bilişsel durum (p=0.03) ile yaş arasında anlamlı korelasyon ilişkisi olduğu görülmüştür. Yaş ile, iştah kaybı (p=0.05) ve diyare (p=0.52) dışındaki semptomlar arasında da anlamlı korelasyon ilişkisi saptanmıştır.

Çizelge 4.17. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının yaş ile korelasyon ilişkisi (n= 150)

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	Spearman's rho	p-değeri
<i>Genel İyilik Hali</i>	- 0.18	0.02
Ekonomik Güçlük	0.20	0.01
Fonksiyonel Güçlükler		
Fiziksel Fonksiyonlar	0.28	0.00
Rol Performansı	0.28	0.00
Emosyonel Durum	- 0.01	0.81
Bilişsel Durum	0.17	0.03
Sosyal Durum	0.09	0.26
Semptomlar		
Yorgunluk	0.25	0.00
Bulantı, Kusma	0.20	0.01
Ağrı	0.21	0.00
Solunum Güçlüğü	0.25	0.00
Uyuma Güçlüğü	0.19	0.01
İştah Kaybı	0.15	0.05
Konstipasyon	0.30	0.00
Diyare	- 0.05	0.52

Hastaların yaşam kalitesi puanlarının eğitim durumlarına göre dağılımı çizelge 4.18’de verilmiştir. Yaşam kalitesi alt gruplarından sosyal durum ve diyare dışındaki veriler ile hastaların eğitim durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi artmaktadır.

Çizelge 4.18. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının eğitim durumlarına göre dağılımı

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	İlkokul ve Altı (n=76)	Ortaokul ve Üstü (n=74)	t	p-değeri
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
<i>Genel İyilik Hali</i>	6.40±2.02	7.40±1.87	3.13	0.00
Ekonomik Güçlük	2.56±0.82	2.18±0.65	3.09	0.00
Fonksiyonel Güçlükler				
Fiziksel Fonksiyonlar	13.15±4.39	10.05±3.96	4.53	0.00
Rol Performansı	5.75±2.03	4.75±2.11	2.93	0.00
Emosyonel Durum	6.03±1.79	5.09±1.77	3.24	0.00
Bilişsel Durum	2.51±1.03	2.17±0.50	2.51	0.01
Sosyal Durum	5.46±1.18	5.12±1.36	1.62	0.10
Semptomlar				
Yorgunluk	7.85±2.61	6.27±2.43	3.84	0.00
Bulantı, Kusma	3.92±1.37	3.04±1.05	4.39	0.00
Ağrı	5.09±1.74	4.05±1.69	3.69	0.00
Solunum Güçlüğü	1.93±1.07	1.41±0.87	3.21	0.00
Uyuma Güçlüğü	2.39±0.99	1.87±0.96	3.22	0.00
İştah Kaybı	2.40±0.96	1.86±0.83	3.67	0.00
Konstipasyon	2.21±1.01	1.85±0.98	2.19	0.02
Diyare	1.03±0.19	1.05±0.28	0.36	0.71

Hastaların yaşam kalitesi puanlarının medeni durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; rol performansı (p=0.04) ve sosyal durum (p=0.00) puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Çizelge 4.19).

Çizelge 4.19. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının medeni durumlarına göre dağılımı

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	Bekar (n=35)	Evli (n=115)	t	p-değeri
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
<i>Genel İyilik Hali</i>	7.06±2.32	6.85±1.90	0.52	0.59
Ekonomik Güçlük	2.37±0.87	2.38±0.73	0.07	0.94
Fonksiyonel Güçlükler				
Fiziksel Fonksiyonlar	11.23±5.24	11.75±4.20	0.60	0.54
Rol Performansı	4.63±2.27	5.45±2.05	2.02	0.04
Emosyonel Durum	6.00±2.10	5.44±1.74	1.57	0.11
Bilişsel Durum	2.40±0.88	2.33±0.82	0.43	0.66
Sosyal Durum	4.80±1.71	5.44±1.08	2.65	0.00
Semptomlar				
Yorgunluk	7.03±2.96	7.09±2.54	0.11	0.90
Bulantı, Kusma	3.34±1.30	3.53±1.30	0.74	0.45
Ağrı	4.71±2.05	4.54±1.71	0.50	0.61
Solunum Güçlüğü	1.77±1.14	1.65±0.97	0.60	0.54
Uyuma Güçlüğü	2.06±1.02	2.17±1.00	0.55	0.58
İştah Kaybı	2.14±1.06	2.14±0.90	0.02	0.98
Konstipasyon	1.94±1.08	2.06±0.99	0.60	0.54
Diyare	1.09±0.37	1.03±0.18	1.09	0.27

Hastaların yaşam kalitesi puanlarının çocuk sayılarına göre dağılımı incelendiğinde; genel iyilik hali (p=0.02), rol performansı (p=0.00), sosyal durum (p=0.03), yorgunluk (p=0.03) ve iştah kaybı (p=0.00) puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çocuk sayısı arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir (Çizelge 4.20).

Çizelge 4.20. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının çocuk sayılarına göre dağılımı

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	1-3 çocuk (n=12)	4 ve daha fazla çocuk (n=34)	t	p-değeri
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
<i>Genel İyilik Hali</i>	8.33±2.14	6.97±1.56	2.34	0.02
Ekonomik Güçlük	1.92±0.79	2.21±0.68	1.20	0.23
Fonksiyonel Güçlükler				
Fiziksel Fonksiyonlar	9.25±2.86	11.91±4.67	1.84	0.07
Rol Performansı	3.58±1.88	5.74±1.95	3.30	0.00
Emosyonel Durum	5.00±1.47	5.53±2.09	0.80	0.42
Bilişsel Durum	2.08±0.28	2.47±0.78	1.65	0.10
Sosyal Durum	4.67±1.30	5.53±1.16	2.14	0.03
Semptomlar				
Yorgunluk	5.42±2.10	7.44±2.90	2.21	0.03
Bulantı, Kusma	2.75±0.96	3.71±1.54	1.99	0.05
Ağrı	3.50±1.44	4.68±2.01	1.85	0.07
Solunum Güçlüğü	1.25±0.62	1.65±1.12	1.15	0.25
Uyuma Güçlüğü	1.50±0.67	2.18±1.16	1.89	0.06
İştah Kaybı	1.42±0.66	2.29±1.03	2.74	0.00
Konstipasyon	1.58±0.79	1.97±1.02	1.18	0.24
Diyare	1.08±0.28	1.03±0.17	0.77	0.44

Hastaların yaşam kalitesi puanlarının yaşadıkları yerlere göre dağılımı çizelge 4.21’de verilmiştir. Yaşam kalitesi alt gruplarından; genel iyilik hali (p=0.00), fiziksel fonksiyonlar (p=0.00), rol performansı (p=0.00), sosyal durum (p=0.00), yorgunluk (p=0.01), bulantı, kusma (p=0.00), ağrı (p=0.00) ve uyuma güçlüğü (p=0.04) puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İlde yaşayanların, ilçe/köyde yaşayanlara oranla yaşam kalitesi artmaktadır (Çizelge 4.21).

Çizelge 4.21. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının yaşadıkları yerlere göre dağılımı

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	İl (n=57)	İlçe/Köy (n=93)	t	p-değeri
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
<i>Genel İyilik Hali</i>	7.74±1.71	6.39±2.00	4.22	0.00
Ekonomik Güçlük	2.25±0.71	2.46±0.78	1.69	0.09
Fonksiyonel Güçlükler				
Fiziksel Fonksiyonlar	9.91±4.05	12.68±4.38	3.85	0.00
Rol Performansı	4.40±2.15	5.78±1.94	4.05	0.00
Emosyonel Durum	5.26±1.71	5.76±1.89	1.62	0.10
Bilişsel Durum	2.32±0.84	2.37±0.83	0.35	0.72
Sosyal Durum	4.91±1.44	5.53±1.11	2.92	0.00
Semptomlar				
Yorgunluk	6.42±2.80	7.47±2.46	2.40	0.01
Bulantı, Kusma	2.98±1.21	3.80±1.25	3.89	0.00
Ağrı	4.07±1.86	4.89±1.68	2.78	0.00
Solunum Güçlüğü	1.63±1.02	1.71±1.00	0.45	0.64
Uyuma Güçlüğü	1.93±1.05	2.27±0.96	2.01	0.04
İştah Kaybı	2.09±1.05	2.17±0.86	0.53	0.59
Konstipasyon	1.86±1.02	2.14±0.99	1.65	0.10
Diyare	1.07±0.25	1.03±0.23	0.93	0.35

Hastaların yaşam kalitesi puanlarının sosyal güvencelerine göre dağılımı çizelge 4.22’de verilmiştir. Yaşam kalitesi alt gruplarından ekonomik güçlük (p=0.01) dışındaki veriler ile hastaların sosyal güvenceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Çizelge 4.22. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının sosyal güvencelerine göre dağılımı

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	E.S/SSK/ Bağ-kur (n=90)	Yeşil Kart (n=60)	t	p-değeri
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
<i>Genel İyilik Hali</i>	6.98±2.03	6.78±1.96	0.58	0.56
Ekonomik Güçlük	2.26±0.69	2.57±0.83	2.48	0.01
Fonksiyonel Güçlükler				
Fiziksel Fonksiyonlar	11.51±4.50	11.80±4.42	0.38	0.69
Rol Performansı	5.33±2.16	5.15±2.08	0.51	0.60
Emosyonel Durum	5.51±1.81	5.67±1.88	0.50	0.61
Bilişsel Durum	2.36±0.85	2.33±0.81	0.15	0.87
Sosyal Durum	5.42±1.20	5.10±1.37	1.51	0.13
Semptomlar				
Yorgunluk	7.07±2.71	7.08±2.54	0.03	0.97
Bulantı, Kusma	3.36±1.15	3.68±1.47	1.52	0.13
Ağrı	4.48±1.83	4.73±1.73	0.85	0.39
Solunum Güçlüğü	1.61±0.98	1.78±1.05	1.02	0.30
Uyuma Güçlüğü	2.11±1.04	2.18±0.96	0.42	0.66
İştah Kaybı	2.14±0.93	2.13±0.96	0.07	0.94
Konstipasyon	2.08±1.01	1.97±1.00	0.65	0.51
Diyare	1.04±0.20	1.05±0.28	0.13	0.89

Hastaların yaşam kalitesi puanlarının ekonomik durumlarını ifade etmelerine göre dağılımı incelendiğinde; ekonomik güçlük (p=0.00) ve konstipasyon (p=0.01) dışındaki veriler ile hastaların ekonomik durumlarını ifade etmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.23).

Çizelge 4.23. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının ekonomik durumlarını ifade etmelerine göre dağılımı

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	Ekonomik Durum			F	p-değeri
	İyi (n=10)	Orta (n=128)	Kötü (n=12)		
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
<i>Genel İyilik Hali</i>	7.60±2.36	6.94±1.90	5.92±2.57	2.10	0.12
Ekonomik Güçlük	2.10±0.87	2.30±0.70	3.42±0.51	14.51	0.00
Fonksiyonel Güçlükler					
Fiziksel Fonksiyonlar	10.30±6.30	11.62±4.27	12.83±4.76	0.88	0.41
Rol Performansı	4.60±2.50	5.21±2.10	6.33±1.87	2.07	0.13
Emosyonel Durum	5.40±2.41	5.52±1.71	6.33±2.57	1.13	0.32
Bilişsel Durum	2.70±1.56	2.32±0.75	2.33±0.88	0.95	0.38
Sosyal Durum	5.00±1.63	5.30±1.25	5.50±1.58	0.41	0.66
Semptomlar					
Yorgunluk	6.20±3.29	7.09±2.56	7.58±2.90	0.77	0.46
Bulantı, Kusma	3.10±1.37	3.48±1.30	3.83±1.19	0.86	0.42
Ağrı	3.60±2.22	4.59±1.72	5.25±1.91	2.38	0.09
Solunum Güçlüğü	2.00±1.41	1.60±0.95	2.25±1.13	2.85	0.06
Uyuma Güçlüğü	1.70±1.25	2.17±0.98	2.17±1.03	1.01	0.36
İştah Kaybı	2.10±1.19	2.15±0.94	2.08±0.79	0.03	0.96
Konstipasyon	1.70±1.05	1.98±0.96	2.83±1.19	4.65	0.01
Diyare	1.00±0.00	1.05±0.26	1.00±0.00	0.47	0.62

Hastaların yaşam kalitesi puanlarının çalışma durumlarına göre dağılımı çizelge 4.24'te görülmektedir. Fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Çizelge 4.24. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının çalışma durumlarına göre dağılımı

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	Çalışan (n=42)	Çalışmayan (n=108)	t	p-değeri
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
<i>Genel İyilik Hali</i>	6.69±1.53	6.98±2.16	0.79	0.42
Ekonomik Güçlük	2.21±0.56	2.44±0.82	1.66	0.09
Fonksiyonel Güçlükler				
Fiziksel Fonksiyonlar	10.64±3.95	12.01±4.60	1.69	0.09
Rol Performansı	5.26±2.06	5.26±2.16	0.00	0.99
Emosyonel Durum	5.48±1.91	5.61±1.81	0.40	0.68
Bilişsel Durum	2.21±0.52	2.40±0.92	1.21	0.22
Sosyal Durum	5.45±1.15	5.23±1.33	0.94	0.34
Semptomlar				
Yorgunluk	6.67±2.35	7.23±2.73	1.17	0.24
Bulantı, Kusma	3.31±1.17	3.56±1.34	1.04	0.29
Ağrı	4.31±1.66	4.69±1.83	1.15	0.25
Solunum Güçlüğü	1.48±0.96	1.76±1.02	1.54	0.12
Uyuma Güçlüğü	2.02±0.92	2.19±1.04	0.87	0.38
İştah Kaybı	2.02±0.84	2.12±0.97	0.94	0.34
Konstipasyon	2.02±0.97	2.04±1.03	0.07	0.94
Diyare	1.02±0.15	1.06±0.26	0.72	0.47

Hastaların yaşam kalitesi puanlarının hastalığın evdeki sorumluluklarını engelleme durumlarına göre dağılımı çizelge 4.25'te verilmiştir. Yaşam kalitesi alt gruplarından emosyonel durum, bilişsel durum ve diyare dışındaki veriler ile hastaların evdeki sorumluluklarını yerine getirme durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Çizelge 4.25. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının hastalığın evdeki sorumluluklarını engelleme durumlarına göre dağılımı

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	Evet (n=124)	Hayır (n=26)	t	p-değeri
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
<i>Genel İyilik Hali</i>	6.53±1.78	8.65±2.09	5.33	0.00
Ekonomik Güçlük	2.48±0.71	1.92±0.84	3.46	0.00
Fonksiyonel Güçlükler				
Fiziksel Fonksiyonlar	12.41±4.34	7.88±2.79	5.08	0.00
Rol Performansı	5.57±2.04	3.77±1.92	4.13	0.00
Emosyonel Durum	5.70±1.84	4.96±1.73	1.88	0.06
Bilişsel Durum	2.36±0.88	2.27±0.53	0.51	0.60
Sosyal Durum	5.53±1.07	4.15±1.59	5.44	0.00
Semptomlar				
Yorgunluk	7.38±2.53	5.62±2.68	3.19	0.00
Bulantı, Kusma	3.65±1.29	2.73±1.04	3.37	0.00
Ağrı	4.77±1.69	3.65±1.97	2.97	0.00
Solunum Güçlüğü	1.77±1.05	1.23±0.65	2.53	0.01
Uyuma Güçlüğü	2.27±0.98	1.50±0.90	3.70	0.00
İştah Kaybı	2.24±0.89	1.65±1.01	2.97	0.00
Konstipasyon	2.15±1.02	1.46±0.76	3.26	0.00
Diyare	1.04±0.23	1.08±0.27	0.70	0.48

Hastaların yaşam kalitesi puanlarının tedavi durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; genel iyilik hali (p=0.01), bilişsel durum (p=0.02), sosyal durum (p=0.00), solunum güçlüğü (p=0.01) ve konstipasyon (p=0.01) puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Çizelge 4.26).

Çizelge 4.26. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının tedavi durumlarına göre dağılımı

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	Ayaktan (n=70)	Yatarak (n=80)	t	p-değeri
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
<i>Genel İyilik Hali</i>	6.46±1.53	7.29±2.27	2.57	0.01
Ekonomik Güçlük	2.41±0.55	2.35±0.91	0.51	0.61
Fonksiyonel Güçlükler				
Fiziksel Fonksiyonlar	11.46±3.87	11.78±4.93	0.43	0.66
Rol Performansı	5.14±2.12	5.36±2.14	0.62	0.53
Emosyonel Durum	5.47±1.64	5.66±2.00	0.63	0.52
Bilişsel Durum	2.19±0.54	2.49±1.00	2.23	0.02
Sosyal Durum	5.60±0.89	5.03±1.50	2.80	0.00
Semptomlar				
Yorgunluk	6.63±2.24	7.46±2.90	1.94	0.05
Bulantı, Kusma	3.37±1.14	3.59±1.42	1.01	0.31
Ağrı	4.30±1.54	4.83±1.96	1.80	0.07
Solunum Güçlüğü	1.46±0.86	1.88±1.09	2.57	0.01
Uyuma Güçlüğü	2.26±0.89	2.04±1.09	1.33	0.18
İştah Kaybı	2.03±0.76	2.24±1.07	1.36	0.17
Konstipasyon	1.81±0.90	2.23±1.06	2.52	0.01
Diyare	1.04±0.20	1.05±0.27	0.18	0.85

Hastaların yaşam kalitesi puanlarının teşhis konulma zamanlarına göre dağılımı çizelge 4.27’de verilmiştir. Yaşam kalitesi alt gruplarından emosyonel durum (p=0.01), bilişsel durum (p=0.01), solunum güçlüğü (p=0.02) ve iştah kaybı (p=0.03) dışındaki veriler ile hastaların teşhis konulma zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Çizelge 4.27. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının teşhis konulma zamanlarına göre dağılımı

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	6 ay ve ↓ (n=88)	6 aydan fazla (n=62)	t	p-değeri
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
<i>Genel İyilik Hali</i>	6.78±1.91	7.06±2.13	0.84	0.40
Ekonomik Güçlük	2.40±0.70	2.35±0.85	0.33	0.73
Fonksiyonel Güçlükler				
Fiziksel Fonksiyonlar	11.47±4.24	11.85±4.76	0.52	0.60
Rol Performansı	5.30±2.12	5.21±2.14	0.24	0.80
Emosyonel Durum	5.25±1.44	6.03±2.21	2.61	0.01
Bilişsel Durum	2.20±0.64	2.55±1.01	2.52	0.01
Sosyal Durum	5.38±1.04	5.18±1.56	0.92	0.35
Semptomlar				
Yorgunluk	6.91±2.40	7.31±2.95	0.90	0.36
Bulantı, Kusma	3.40±1.15	3.61±1.48	0.99	0.31
Ağrı	4.49±1.66	4.71±1.96	0.74	0.45
Solunum Güçlüğü	1.58±0.87	1.90±1.15	2.30	0.02
Uyuma Güçlüğü	2.13±0.92	2.16±1.13	0.21	0.82
İştah Kaybı	2.00±0.72	2.34±1.15	2.19	0.03
Konstipasyon	2.0.8±1.00	1.097±1.02	0.66	0.50
Diyare	1.02±0.15	1.08±0.32	1.45	0.14

Hastaların yaşam kalitesi puanlarının ilk kemoterapiyi alma sürelerine göre dağılımı incelendiğinde; emosyonel durum (p=0.01), bilişsel durum (p=0.03), solunum güçlüğü (p=0.00) ve iştah kaybı (p=0.03) puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hastaların ilk kemoterapiyi alma süreleri uzadıkça yaşam kaliteleri düşmektedir (Çizelge 4.28).

Çizelge 4.28. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının ilk kemoterapiyi alma sürelerine göre dağılımı

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	6 Ay ve↓ (n=91)	6 Aydan Fazla (n=59)	t	p-değeri
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
<i>Genel İyilik Hali</i>	6.79±1.90	7.07±2.16	0.82	0.41
Ekonomik Güçlük	2.38±0.71	2.37±0.84	0.09	0.92
Fonksiyonel Güçlükler				
Fiziksel Fonksiyonlar	11.51±4.29	11.81±4.72	0.41	0.68
Rol Performansı	5.30±2.10	5.20±2.18	0.26	0.79
Emosyonel Durum	5.27±1.46	6.03±2.24	2.51	0.01
Bilişsel Durum	2.23±0.70	2.53±0.98	2.13	0.03
Sosyal Durum	5.37±1.02	5.17±1.59	0.95	0.34
Semptomlar				
Yorgunluk	6.93±2.40	7.29±2.97	0.80	0.42
Bulantı, Kusma	3.41±1.14	3.61±1.50	0.93	0.35
Ağrı	4.49±1.66	4.71±1.97	0.72	0.47
Solunum Güçlüğü	1.51±0.86	1.95±1.16	2.67	0.00
Uyuma Güçlüğü	2.13±0.93	2.15±1.12	0.12	0.90
İştah Kaybı	2.01±0.72	2.34±1.18	2.10	0.03
Konstipasyon	2.04±1.01	2.02±1.02	0.15	0.87
Diyare	1.03±0.18	1.07±0.31	0.86	0.39

Hastaların yaşam kalitesi puanlarının kaçınıcı kür kemoterapiyi aldıklarına göre dağılımı çizelge 4.29’da verilmiştir. Yaşam kalitesi alt gruplarından emosyonel durum (p=0.02) ve solunum güçlüğü (p=0.00) dışındaki veriler ile hastaların kemoterapiyi alma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Çizelge 4.29. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının kaçınıcı kür kemoterapiyi aldıklarına göre dağılımı

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	2-5. Kür KT (n=97)	6 ve Fazla Kür KT (n=53)	t	p-değeri
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
<i>Genel İyilik Hali</i>	6.98±2.03	6.75±1.96	0.65	0.51
Ekonomik Güçlük	2.41±0.74	2.32±0.80	0.69	0.48
Fonksiyonel Güçlükler				
Fiziksel Fonksiyonlar	11.37±4.44	12.09±4.48	0.94	0.34
Rol Performansı	5.26±2.14	5.26±2.11	0.01	0.98
Emosyonel Durum	5.33±1.55	6.02±2.21	2.22	0.02
Bilişsel Durum	2.31±0.79	2.42±0.90	0.74	0.46
Sosyal Durum	5.36±1.07	5.17±1.60	0.87	0.38
Semptomlar				
Yorgunluk	6.93±2.50	7.34±2.86	0.91	0.36
Bulantı, Kusma	3.37±1.15	3.70±1.51	1.47	0.14
Ağrı	4.43±1.68	4.85±1.95	1.36	0.17
Solunum Güçlüğü	1.52±0.86	1.98±1.18	2.75	0.00
Uyuma Güçlüğü	2.09±0.94	2.23±1.12	0.77	0.44
İştah Kaybı	2.03±0.82	2.34±1.10	1.93	0.05
Konstipasyon	2.01±1.03	2.08±0.97	0.37	0.70
Diyare	1.06±0.28	1.02±0.13	1.04	0.29

Hastaların yaşam kalitesi puanlarının eğitim alma durumlarına göre dağılımı çizelge 4.30'da verilmiştir. Yaşam kalitesi alt gruplarından: Genel iyilik hali, ekonomik güçlük, fonksiyonel durumlardan; emosyonel ve sosyal durum, semptomlardan; uyuma güçlüğü ve diyare dışındaki veriler ile hastaların eğitim alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Eğitim alan hastaların yaşam kaliteleri artmaktadır.

Çizelge 4.30. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının eğitim alma durumlarına göre dağılımı

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	Eğitim Alan (n=66)	Eğitim Almayan (n=84)	t	p-değeri
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
<i>Genel İyilik Hali</i>	7.20±1.64	6.67±2.23	1.61	0.10
Ekonomik Güçlük	2.29±0.60	2.45±0.87	1.30	0.19
Fonksiyonel Güçlükler				
Fiziksel Fonksiyonlar	10.27±4.19	12.69±4.39	3.41	0.00
Rol Performansı	4.56±2.23	5.81±1.87	3.71	0.00
Emosyonel Durum	5.32±1.93	5.77±1.74	1.51	0.13
Bilişsel Durum	2.18±0.52	2.48±1.00	2.16	0.03
Sosyal Durum	5.15±1.31	5.40±1.25	1.20	0.23
Semptomlar				
Yorgunluk	6.14±2.54	7.81±2.49	4.04	0.00
Bulantı, Kusma	3.12±1.27	3.77±1.25	3.14	0.00
Ağrı	4.00±1.71	5.04±1.72	3.65	0.00
Solunum Güçlüğü	1.39±0.85	1.90±1.07	3.15	0.00
Uyuma Güçlüğü	2.00±1.02	2.25±0.99	1.51	0.13
İştah Kaybı	1.94±0.97	2.30±0.88	2.34	0.02
Konstipasyon	1.73±0.90	2.27±1.03	3.39	0.00
Diyare	1.06±0.24	1.04±0.24	0.62	0.53

5.TARTIŞMA

Kanser kişilerin karşılaştığı ciddi ve yoğun bir sağlık problemidir. Bir hastalığın önemi, o hastalığın insidansı, çok sayıda ölüme ve sakatlığa neden olması ile ilgilidir. En önemli kronik hastalıklardan biri olan kanser tüm dünyada, özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde mortalite ve morbiditenin sık nedenidir. Kanser hastalığında bir takım dönemler olduğu ve iyileşmenin uzun zaman aldığı bilinmektedir.

Kanser insan yaşamına getirdiği engellemelerden dolayı bireyin sağlığını bedensel, ruhsal ve çevreye uyum yönünden çok yönlü olarak etkilediğinden bu tür hastalar beklenenden daha kısa sürede hastaneye yatmakta, taburcu olduktan sonra yaşamının sonuna kadar bu hastalık ile yaşamaktadırlar. Kronik hastalığın her türü fonksiyonel güçsüzlüğe, fiziksel iyilik halinde bozulmalara yol açar ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine sebep olur¹³.

5.1 Hastaları Tanıtıcı Bilgiler

Araştırmamıza katılan hastaların 37'si (%88.1) hastalıklarının çalışma hayatını bir şekilde engellediğini, 5'i (%11.9) engellemediğini belirtmiştir (Çizelge 4.11). Bu bulgulara göre hastaların çoğunun, kanser ve tedavilerin yan etkileri nedeni ile herhangi bir şekilde iş kaybı ve işine devam edememe sorunları ile karşılaştıklarını düşünülebilir. Bulgularımıza paralel olarak Erbil'in⁶⁸ (1992) yaptığı çalışmada hastaların işe devam durumlarına bakıldığında 14 kişinin işine devam edebildiği, 36 kişinin ise hastalık nedeni ile işine devam edemediği saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların 124'ü (%82.7) hastalığının evdeki sorumluluklarını yerine getirmelerini engellediğini, 26'sı (%17.3) ise engellemediğini belirtmiştir (Çizelge 4.12). Bu sonuca göre kronik bir hastalık olan kanserin tedavi süresince ve sonrasında kişilerin ev işleri ve yaşam koşullarını olumsuz yönde etkilediğini düşünebiliriz. Beşer'in³ (2001) çalışmasında da evdeki sorumlulukların engellenme durumu incelendiğinde hastaların 55'i (%68.7) engellediğini, 25'i (%31.3) engellemediğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların 89'u (%59.3) eşi ve çocukları ile, 29'u (%19.3) anne, baba ve kardeşleri ile birlikte kalmakta olup, 3'ü (%2.0) ise yalnız yaşamaktadır (Çizelge 4.13). Karamanoğlu'nun³³ (2001) yaptığı çalışmada hastaların yaşama durumları

incelendiğinde araştırmaya katılan 80 kişiden 78'i diğer aile bireyleriyle beraber yaşadığını, 2 hasta da yalnız yaşamayı tercih ettiklerini belirtmiştir.

Araştırmamıza katılan hastaların 56'sının (%37.3) AML, 23'ünün (%15.3) ALL, 20'sinin (%13.3) MM, 18'inin (%12.0) NHL, 9'unun (%6.0) HL, 7'sinin (%4.7) KML, 6'sının (%4.0) Meme Ca, 5'inin (%3.3) Akciğer Ca, 4'ünün (%2.7) Osteosarkom ve 2'sinin (%1.3) Kolan Ca tanısı aldıkları görülmektedir (Çizelge 4.1).

Araştırmaya katılan hastalara gelecek hakkındaki düşünceleri sorulduğunda; 89'unun (%59.3) iyileşmek ve eski yaşantıma dönmek istiyorum, 3'ünün geleceğimden umutlu değilim, iyileşmemekten korkuyorum ve 58'inin (%38.7) şuanda hiçbir şey düşünmüyorum şeklinde cevap verdikleri saptanmıştır. Ayrıca hastaların gelecek hakkındaki düşünceleri kemoterapi ile ilgili eğitim alma durumları ile karşılaştırıldığında sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.00). İyileşmek ve eski yaşantısına dönmek isteyen hastaların 52'si (%78.8) kemoterapi ile ilgili eğitim aldığını, geleceğinden umutlu olmayıp, iyileşmemekten korkanların tamamı (3 hasta) ve geleceği ile ilgili hiçbir şey düşünmediğini belirten hastaların 44'ü (%52.4) kemoterapi ile ilgili eğitim almadığını ifade etmiştir (Çizelge 4.15). Bu bulgulara göre kemoterapi ile ilgili eğitim almanın hastaların gelecek ile ilgili düşüncelerini olumlu etkilediği söylenebilir. Fitzsimmons et al.⁸² (2005) ayaktan kemoterapi alan hastalara verilen hemşirelik bakımına yönelik yaptıkları çalışmalarında hemşirelerin hastalara verdikleri eğitim ile karşılaşılan kemoterapi yan etkilerinin azaldığı tespit edilmiştir. Rustoen et al.⁸³ (1998) yaptıkları çalışmada bireye gereksindiği kadar bilgi verilmesi ve o bireyin de verilen bilgiye hazır oluşu çok önemlidir sonucuna varmıştır. Etik olarak, hastalar kendilerine konulan tanıyı, uygulanacak tıbbi tedaviyi, yapılacak müdahaleleri ve bunların gelecekteki hayatlarını nasıl etkileyeceğini bilmelidirler^{68,75,84,85}. Bu konuda sahip olunan bilgi kemoterapi sırasında yaşanan semptomların geçici olduğunu hastanın anlamasını sağlayıp yaşama umutla sarılmasına yardımcı olabilir.

5.2. Hastaların Yaşam Kalitesi Puanlarının Çeşitli Değişkenlere Göre Dağılımı

ÇÜTF Balcalı Hastanesi Onkoloji, Hematoloji kliniklerinde kemoterapi uygulanan 80 (%53.3) erkek, 70 (%46.7) kadın hasta araştırmamıza katılmıştır (Çizelge 4.2). Hastaların yaşam kalitesi puanlarının cinsiyetlerine göre dağılımı incelendiğinde, hastaların kadın ya da erkek olmasının yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır. *Yaşam*

kalitesi alt gruplarından genel iyilik hali ortalaması kadınlarda (7.01 ± 2.09), erkeklere (6.80 ± 1.93) göre daha yüksek olmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.51$). Fonksiyonel güçlükler alanında, fiziksel fonksiyonlar, rol performansı ve emosyonel durumun cinsiyete göre karşılaştırmasında erkeklerin yaşam kalitesi kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Semptomlardan, yorgunluk, bulantı, kusma, ağrı, solunum güçlüğü ve iştah kaybı alanlarında erkeklerde kadınlara göre yaşam kalitesi daha yüksek saptanmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4.16). Beşer'in³ (2001) Demetevler Onkoloji Hastanesi'nde yaptığı "Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Yaşam Kalitesi" isimli araştırmasında "genel iyilik hali" ve "fiziksel fonksiyon alanında" kemoterapi sonrasında cinsiyetin etkili olmadığı belirtilmiştir ($p>0.05$). Kızılcı'nın¹⁷ (1997) 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde yaptığı "Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler" isimli çalışmasında da hastaların yaşam kalitesi puanlarının cinsiyet ile ilişkisi bulunmadığı belirtilmiştir ($p>0.05$). Given et al.⁸⁶ (1994) kanserli hastalarda yaptığı çalışmasında cinsiyetin yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının 39.6 ± 14.5 (18-77) olduğu, 61'inin (%40.7) 31-50 yaş grubunda olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.3). Hastaların yaşam kalitesi puanlarının yaş ile ilişkisi incelendiğinde, yaş ile, *genel iyilik hali* ($p=0.02$) ve ekonomik güçlük ($p=0.01$) arasında anlamlı korelasyon ilişkisi bulunmuştur. *Genel iyilik hali alanında yaş yükseldikçe yaşam kalitesi düşerken*, ekonomik güçlükte ise yaş yükseldikçe yükselmektedir. Zayıf bir birlikte artma söz konusudur. Fonksiyonel güçlükler alanlarından, fiziksel fonksiyonlar ($p=0.00$), rol performansı ($p=0.00$) ve bilişsel durum ($p=0.03$) ile yaş arasında anlamlı korelasyon ilişkisi olduğu görülmüştür. Yaş yükseldikçe fonksiyonel güçlükler alanlarında yaşam kalitesi de yükselmektedir. İştah kaybı ($p=0.05$) ve diyare ($p=0.52$) dışındaki semptomlar ile yaş arasında da anlamlı korelasyon ilişkisi saptanmıştır. Semptomlar bölümünde de yaş arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır (Çizelge 4.17). Given⁸⁶ (1994) çalışmasında ise yaşın kanser hastalarında fonksiyonel alan ve semptomlar üzerinde etkili olmadığını belirtmişlerdir. Genel iyilik hali alanındaki yaşın artması ile yaşam kalitesinin düşmesini, ileri yaş dönemindeki kişilerin yaşamdan beklentilerinin düşük yaş gruplarına göre daha az olmasına, ayrıca yaşla

birlikte başta vücut direnci olmak üzere diğer bütün yaşamsal fonksiyonların azalmasına bağlı bir umutsuzluk geliştirmeleri ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Ekonomik güçlük alanında ise yaşam kalitesinin yaşın ilerlemesi ile birlikte artması, o yaş grubundaki kişilerin artık hayatta belli bir amaca ulaşmış, belli bir sosyal güvencesi olan, ailesini oluşturup hastalık anında da onlardan destek alabildiğini, sabit bir iş sahibi veya emeklilik döneminde olduğunu, bundan dolayı her ne kadar pahalı ve maddi desteğe ihtiyaç olunan bir hastalığa yakalanılsa bile gençlere göre daha kolay baş edebildikleri düşünülebilir. Erbil'in⁶⁸ (1992) İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü'nde "Hodgkin Lenfoma ve Hodgkin Dışı Lenfomalı Hastaların Tedavi Öncesi Sonrası Hayat Kaliteleri ve Kaygı Düzeylerinin Psikososyal Açından İncelenmesi" isimli çalışmasında yaş ile hayat kalitesi arasında yüksek korelasyon tespit edilmiştir ($p=0.01$). Ganz'in⁵⁸ (1994) kanserli hastalarda yaptığı çalışmada yaş ile yaşam kalitesi arasında olumlu fakat zayıf bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmamıza katılan hastaların %36.0'nının ilkokul, %34.0'nının lise mezunu, %15.3'ünün ortaokul mezunu, %2.0'nının okur-yazar olduğu ve %12.7'sinin ise okuma-yazmasının olmadığı saptanmıştır (Çizelge 4.4). Hastaların yaşam kalitesi puanlarının eğitim durumları ile ilişkisi incelendiğinde, *yaşam kalitesi alt gruplarından genel iyilik hali ortalaması ilkokul ve altı (6.40 ± 2.02), ortaokul ve üstüne (7.40 ± 1.87) göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0.00$)*. Fonksiyonel güçlükler alanında, fiziksel fonksiyonlar, rol performansı, emosyonel ve bilişsel durumun eğitim seviyesine göre karşılaştırılmasında, ilkokul ve altının, ortaokul ve üstüne oranla yaşam kalitesi daha düşük olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Semptomlardan, yorgunluk, bulantı, kusma, ağrı, iştah kaybı, solunum ve uyuma güçlüğü bölümlerinde, ilkokul ve altının, ortaokul ve üstüne oranla yaşam kalitesi daha düşük olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.00$) (Çizelge 4.18). Bunun sonucu olarak eğitim seviyesi arttıkça problem çözme yöntemlerinin kullanılması, stresle baş etme mekanizmalarının gelişmesi ve sosyal olanakların daha iyi olmasının etkili olduğu düşünülebilir. Çalışmamızda Kızılcı¹⁷ (1997) ve Arslan⁸ (2000) çalışmaları ile paralel olarak eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin de arttığı görülmektedir. Dow et al⁸⁷ (1997) over kanseri vakalarla yaptıkları bir çalışmada, öğrenim durumunun yaşam kalitesini etkilemediğini bildirmişlerdir.

Araştırmaya katılan hastaların 115'inin (%76.7) evli, 35'inin (%23.3) bekar olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.5). Hastaların yaşam kalitesi puanlarının medeni durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, *genel iyilik hali ortalaması bekar hastalarda (7.06±2.32) evli hastalara (6.85±1.90) göre daha yüksek bulunmasına rağmen istatistiksel anlamlılık görülmemiştir (p=0.59)*. Bekar hastaların rol performansı (p=0.04) ve sosyal durum (p=0.00) alanlarında yaşam kalitesi evli hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak da anlamlıdır (Çizelge 4.19). Bu sonuç bekar hastaların sorumluluklarının ve sorumlu oldukları insanların daha az olmasına bağlanabilir. Beşer'in³ (2001) çalışmasında da çalışmamızla benzer olarak kemoterapi sonrası bekar hastaların genel iyilik hali puanları evli hastalardan daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir. Goodwin et al.⁸⁸ (1987) kanser hastaları üzerinde yaptıkları bir çalışmada, evliliğin hastalık üzerine büyük etkisi olduğu ve bekar hastaların tedavi seçimi, tedaviye uyumu ve sağ kalım oranlarının daha düşük olduğunu saptamışlardır.

Araştırmaya katılan hastaların 30'unun (%20.0) çocuksuz olduğu, 69'unun (%46.0) 1-3 çocuklu, 51'inin (%34.0) ise 4'ten fazla çocuklu olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.6). Hastaların çocuk sayılarına göre dağılımı incelendiğinde, *genel iyilik hali ortalaması 1-3 çocuğu olan hastaların (8.33±2.14) 4 ve daha fazla çocuğu (6.97±1.56) olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum istatistiksel olarak da anlamlıdır (p=0.02)*. Fonksiyonel güçlüklerden, rol performansı (p=0.00) ve sosyal durum (p=0.03) alanlarında yaşam kalitesi 1-3 çocuğu olan hastaların 4 ve daha fazla çocuğu olanlara göre yüksek bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak da anlamlıdır. Semptomlardan, yorgunluk ve iştah kaybı alanları yaşam kalitesi de 1-3 çocuğu olan hastaların 4 ve daha fazla çocuğu olanlara göre yüksek bulunmuştur. Yorgunluk (p=0.03) ve iştah kaybı (p=0.00) puanları arasında da istatistiksel anlam vardır (Çizelge 4.20). Dört'ten fazla çocuğu olanların hastalık nedeni ile çocuklarına karşı sorumluluklarını yerine getirmekte zorlandıkları için rol kaybı yaşadıkları düşünülebilir. Beşer'in³ (2001) çalışmasında da bizim çalışmamızla benzerlik gösteren bir durum söz konusudur. Çocuğu olan hastaların onlara karşı sorumluluklarını yerine getirememeye korkusu ile bir rol kaybı yaşadıkları belirtilmiştir. Eisemann ve Lalos⁸⁹ (1999) jinekolojik kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada, çocuk sahibi olmanın çok önemli olduğunu ve psikolojik iyilik durumunu belirlemede önemli bir faktör oluşturduğunu saptamıştır.

Araştırmaya katılan hastaların %38.0'ı ilde, %53.3'ü ilçede, %8.7'si köyde yaşamaktadır (Çizelge 4.7). Hastaların yaşam kalitesi puanlarının yaşadıkları yerlere göre dağılımı incelendiğinde, *genel iyilik hali ortalamasının ilde yaşayanların (7.74±1.71) ilçe/köyde yaşayanlara (6.39±2.00) oranla daha yüksek bulunduğu görülmüştür. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.00)*. Fonksiyonel güçlükler alanında, fiziksel fonksiyonlar, rol performansı ve sosyal durumun yaşanılan yere göre karşılaştırılmasında, ilde yaşayanların, ilçe/köyde yaşayanlara oranla yaşam kalitesi daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.00). Semptomlardan, yorgunluk, bulantı, kusma, ağrı ve uyuma gücüğü alanları yaşam kalitesi, ildekilerin, ilçe/köydekilere oranla daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05) (Çizelge 4.21). İllerde yaşamın çok yönlü gücülüğünün yanında, imkanlarının ve tedavi için gidecekleri yerlere daha kolay ulaşabilmenin sonucumuzu etkilediği düşünülebilir. Aynı zamanda illerde yaşayanların, ilçe/köyde yaşayanlara göre kendi sağlıklarına dikkat etmeleri ve daha iyi koşullarda yaşamaları için daha fazla imkana sahip oldukları sonucuna varılabilir. Arslan'ın⁸ (2000) yaptığı araştırmasında da bizim çalışmamıza paralel olarak, illerde yaşayan hastalarda yaşam kalitesinin yüksek olduğu bulunmuştur.

Hastaların %43.3'ünün sosyal güvencesinin SSK, %40.0'mının Yeşil Kart, %12.0'mının Emekli Sandığı ve %4.7'sinin Bağ-Kur olduğu görülmüştür (Çizelge 4.8). Hastaların yaşam kalitesi puanlarının sosyal güvencelerine göre dağılımı incelendiğinde, yaşam kalitesi alt gruplarından ekonomik güçlük (p=0.01) dışındaki veriler ile hastaların sosyal güvenceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Yeşil Kartlı hastaların, diğer kurumlardaki (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur) hastalara göre yaşam kalitesi alt gruplarından ekonomik güçlük alanında daha düşük bir yaşam kalitesine sahip oldukları görülmektedir (Çizelge 4.22). Kanseri hastalığı uzun ve pahalı bir tedaviyi beraberinde getirdiğinden, herhangi bir sosyal güvenceye sahip olma kişiyi rahatlatmaktadır. Ancak tedavi giderlerinin karşılanmasına rağmen, bozulan aile düzeni ve bütçenin etkilenmesi nedeni ile yaşam kalitesi de olumsuz etkilenmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların 128'i (%85.3) ekonomik durumlarını orta, 12'si (%8.0) kötü, 10'u (%6.7) ise iyi olarak tanımlamışlardır (Çizelge 4.9). Hastaların yaşam kalitesi puanlarının ekonomik durumlarını ifade etmelerine göre dağılımı incelendiğinde, yaşam kalitesi alt gruplarından *genel iyilik hali bölümünde ekonomik durumunu iyi (7.60±2.36) olarak ifade eden hastaların yaşam kalitesi, orta (6.94±1.90) ve kötü*

(5.92±2.57) şeklinde ifade edenlere göre yüksek bulunmuştur. Fakat ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.12). Ekonomik güçlük bölümünde ekonomik durumunu iyi olarak ifade edenlerin orta ve kötü olarak ifade edenlere göre yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak da anlamlıdır (p=0.00). Fonksiyonel güçlükler alanında fiziksel fonksiyonlarda, rol performansında, emosyonel ve sosyal durumda ekonomik durumunu iyi şekilde ifade edenlerin orta ve kötü olarak belirtenlere göre yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Fakat istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05). Semptomlardan yorgunluk, bulantı, kusma, ağrı ve uyuma güçlüğü bölümünde de ekonomik durumunu iyi ifade edenlerin orta ve kötü ifade edenlerden daha yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları görülmüş, ancak istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır (p>0.05). Semptomlardan yalnızca konstipasyon bölümünde fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.01) (Çizelge 4.23). Buna göre, ekonomik durumunu kötü olarak ifade eden hastaların, tedavinin uzun bir süreç alması ve harcamaların fazla olması nedeni ile yaşam kalitelerini daha kötü algıladıkları düşünülebilir. Beşer'in³ (2001) çalışmasında 3. kür kemoterapi sonrasında gelir düzeyi algısı iyi, kötü ve orta olan hastaların uyuma güçlüğü, iştah kaybı ve konstipasyon semptomlarından, kemoterapi öncesinde ise, ekonomik güçlükten aldıkları puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Dow et al.⁸⁷ (1997) yaptıkları çalışmada gelir düzeyleri farklı olan hastaların yaşam kalitesi düzeyleri arasında önemli bir fark olmadığını saptamıştır. Bergner'in⁹⁰ (1989) yaptığı çalışmada ise maddi yeterliliğin yaşam kalitesini yükselttiği belirtilmiştir.

Hastaların 60'ı (%40.0) ev kadını, 33'ü (%22.0) işsiz, 14'ü (%9.3) emekli, 1'i (%0.7) ise öğrenci olup çalışmamakta (n=108); 32'si (%21.3) işçi, 7'si (%4.7) memur, 3'ü (%2.0) ise serbest meslek sahibi olarak çalışmaktadır (n=42) (Çizelge 4.10). Hastaların yaşam kalitesinin çalışma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05) (Çizelge 4.24). Arslan'ın⁸ (2000) çalışmasında ameliyat geçirmiş hastaların mesleklerine göre yaşam kalitesi toplam puanı en yüksek serbest meslek sahibi olan hasta grubunda saptanmış aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Fobair et al.⁹¹ (1986) yaptığı çalışmada çalışma ile ilgili sorunların veya işsizliğin %42 oranında hastalıkla beraber geldiği belirtilmiştir.

Hastaların yaşam kalitesi puanlarının hastalığın evdeki sorumluluklarını engelleme durumuna göre dağılımı incelendiğinde, *genel iyilik hali alanında hastalıklarının evdeki sorumluluklarını engellemediğini söyleyenlerin yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak da anlamlıdır (p=0.00)*. Bu da bize evdeki sorumluluklarını yeterince yerine getiren hastaların kendilerini daha iyi hissettiklerini ve yaşam kalitelerinin üst düzeyde olduklarını göstermektedir. Ekonomik güçlük bölümünde ise “evet engelliyor” diyen hastaların yaşam kalitesi “hayır engellemiyor” diyenlere göre daha düşük bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak da anlamlıdır (p=0.00). Evdeki sorumluluklarını engelleme durumuyla ilgili fonksiyonel alanda ise, fiziksel fonksiyonlarda, rol performansında ve sosyal durumda “evet” diyen hastaların “hayır” diyenlere göre daha düşük bir yaşam kalitesine sahip oldukları görülmektedir. Fark istatistiksel olarak da anlamlıdır (p=0.00). Bu bulgulara göre evdeki sorumluluklarını yerine getirebilen hastaların rol kaybı yaşamadıkları ve sosyal ilişkilerinin bozulmadığı düşünülebilir. Semptomlardan, yorgunluk, bulantı, kusma, ağrı, iştah kaybı, konstipasyon, solunum ve uyuma güçlüğü bölümlerinde de “evet” diyen hastaların yaşam kalitesi “hayır” diyenlere göre daha düşük bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak da anlamlıdır (p<0.05) (Çizelge 4.25). Bu da bize hastalığın evdeki sorumluluklarını engellemediğini belirten hastaların kendilerine olan güvenlerinin ve yeterli olduklarını hissetmelerinin yaşam kalitesini de olumlu etkilediğini düşündürebilmektedir. Fakat bu hastaların zamanla hastalık ile beraber ev işleriyle baş etmek zorunda kalacakları için genel iyilik alanında kötüleşme ve fiziksel fonksiyonlarda kayıp yaşayabileceklerini de düşündürebilmektedir.

Hastaların tedavi durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, %53.3’ünün yatarak, %46.7’sinin ise ayakta tedavi görmekte olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.14). Hastaların yaşam kalitesi puanlarının tedavi durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, *genel iyilik alanından yatarak (7.29±2.27) tedavi olan hastaların ayakta (6.46±1.53) tedavi olanlara göre daha yüksek bir yaşam kalitesine sahip oldukları görülmektedir. Fark istatistiksel olarak da anlamlıdır (p=0.01)*. ÇÜTF Balcalı Hastanesinin şehir merkezinden uzak konumda olması ayakta tedavi olan hastaların daha zor koşullarda hastaneye ulaşabildiklerini ve bunun da yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebileceği düşünülebilir. Ekonomik güçlük bölümünde yatarak tedavi olan hastaların yaşam kalitesi ayakta tedavi olanlara göre daha yüksektir, ancak fark istatistiksel olarak anlamlı

bulunmamıştır ($p>0.05$). Fonksiyonel güçlükler alanında, yatarak tedavi olan hastaların bilişsel durumdaki yaşam kalitesinin ayaktan tedavi olanlara göre daha düşük olduğu ve sosyal durumdaki yaşam kalitesinin yatarak tedavi olan hastaların ayaktan tedavi olanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Semptomlardan, solunum gücü ve konstipasyon alanlarında ise yatarak tedavi olanların yaşam kalitesi ayaktan tedavi olanlara göre daha düşük bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.01$) (Çizelge 4.26). Karamanoğlu'nun⁵ (1999) Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde "Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" isimli çalışmasında da bizim araştırmamızdaki ile eş değer olarak yatarak tedavi olan hastaların genel sağlık anlayışı puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların %58.7'sinin teşhis konulma süresinin, 6 aydan az olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.14). Hastaların yaşam kalitesi puanlarının teşhis konulma zamanlarına göre dağılımı incelendiğinde, *genel iyilik hali alanında 6 ay ve \downarrow (6.78 ± 1.91) teşhis konulma zamanı olan hastaların yaşam kalitesi, 6 aydan fazla (7.06 ± 2.13) zamandır hasta olan kişilere göre daha düşük bulunmuştur. Ancak istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ($p>0.05$)*. Ekonomik güçlük alt grubunda ise, 6 ay ve \downarrow süredir hasta olan kişilerin yaşam kalitesi, 6 aydan fazla hasta olan bireylere göre daha düşük olup fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$). Fonksiyonel güçlükler alanında, emosyonel ve bilişsel durumlarda 6 ay ve \downarrow yaşam kalitesinin, 6 aydan fazla süredir hasta olan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.01$). Fiziksel fonksiyonlar, rol performansı ve sosyal durum alanlarında ise hastaların teşhis konulma zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Semptomlardan, solunum gücü ve iştah kaybı alanlarında yaşam kalitesi, 6 ay ve \downarrow süredir hasta olan bireylerin 6 aydan fazla süredir hasta olanlara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0.05$). Diğer semptomlar (yorgunluk, bulantı, kusma, ağrı, uyuma gücü, konstipasyon ve diyare) ile teşhis konulma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunamamıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4.27). Araştırmamızın sonucuna göre, hastalık süresi ile yaşam kalitesi alt gruplarının büyük çoğunluğunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Rustoen et al.⁸³ (1998) çalışmalarında teşhisten sonraki zamanın yaşam kalitesini etkilemediğini

belirtmiştir. Karamanoğlu'nun⁵ (1999) çalışmasında hastalığı 1-2 yıl süresinde olanların tüm alanlarda yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların 91 (%60.7)'inin ilk kemoterapiyi alma süresinin 6 aydan az olduğu ve 59 (%39.3)'unun 6 aydan daha fazla olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.14). Hastaların yaşam kalitesi puanlarının ilk kemoterapiyi alma sürelerine göre dağılımı incelendiğinde, genel iyilik hali ve ekonomik güçlük bölümleri ile ilk kemoterapiyi alma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Fonksiyonel güçlükler alanında, fiziksel fonksiyonlar, rol performansı ve sosyal durumda ilk kemoterapiyi alma süresi arasında da anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Emosyonel ve bilişsel durumlarda 6 ay ve ↓ süredir kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesinin, 6 aydan fazla süredir alanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Semptomlardan, solunum güçlüğü ve iştah kaybı alanlarında 6 ay ve ↓ süredir kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesinin, 6 aydan fazla süredir alanlara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ancak yorgunluk, bulantı, kusma, ağrı, uyuma güçlüğü, konstipasyon ve diyare alanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4.28). Bu durum bize kemoterapi alma süresinin uzamasına paralel olarak birçok alanda yaşam kalitesinin de düştüğünü göstermektedir. Kızılcı'nın¹⁷ (1997) çalışmasında da bizim çalışmamızla benzerlik göstererek kemoterapi süresi uzadıkça yaşam kalitesinin düştüğü görülmüştür. Bu sonuç hastaların tedavi süreleri uzadıkça iyileşme ümitlerini kaybetmiş olmaları ile açıklanabilmektedir.

Hastaların 116'sının (%77.3) 6 kür ve daha az sayıda kemoterapi aldığı belirlenmiştir (Çizelge 4.14). Hastaların yaşam kalitesi puanlarının kaçınıcı kür kemoterapi aldıklarına göre dağılımı incelendiğinde, *yaşam kalitesi alt gruplarından genel iyilik hali bölümünde 2-5. kür kemoterapisini (6.98±2.03) alan hastaların yaşam kalitesi, 6 ve fazla kür kemoterapi (6.75±1.96) alanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Fakat istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05)*. Ekonomik güçlük, fiziksel fonksiyonlar, rol performansı, bilişsel ve sosyal durum bölümlerinde de fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Emosyonel durumda ise, 2-5. kür kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesinin, 6 ve fazla kür kemoterapi alanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p=0.02$). Semptomlardan, yalnızca solunum güçlüğü alanında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur

($p=0.00$). Diğer semptomlar ile (yorgunluk, bulantı, kusma, ağrı, uyuma güçlüğü, iştah kaybı, konstipasyon ve diyare) tedavi kürü arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4.29). Kemoterapi alma sayısı ile yaşam kalitesi arasında ters orantı vardır, kemoterapi sayısı arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı gözlenmektedir. Emosyonel durumda ve solunum güçlüğü alanlarında kür sayısı arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir. Karamanoğlu'nun⁵ (1999) çalışmasında, 1-3 kür alan hastaların %46.5 ile çoğunluğu oluşturdukları, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puanlarının en yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların yaşam kalitesi puanlarının eğitim alma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, *genel iyilik hali yaşam kalitesi alt grubunda eğitim alan (7.20 ± 1.64) hastaların, eğitim almayanlara (6.67 ± 2.23) göre yaşam kalitesi daha yüksek bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$)*. Ekonomik güçlük alanında ise eğitim alanların yaşam kalitesi, eğitim almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Fakat bu da istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Fiziksel fonksiyonlar, rol performansı ve bilişsel durum alanlarında eğitim alan hastaların yaşam kalitesinin, eğitim almayanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0.05$). Emosyonel ve sosyal durum alanlarında da eğitim alanların almayanlara göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Semptomlardan, yorgunluk, bulantı, kusma, ağrı, solunum güçlüğü, iştah kaybı ve konstipasyon alanlarında eğitim alan hastaların yaşam kalitesinin, eğitim almayanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Uyuma güçlüğü ve diyare semptomlarında ise fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4.30). Beşer'in³ (2001) çalışmasında da bizim çalışmamızla benzerlik göstererek fiziksel fonksiyon, rol performansı ve bilişsel durumdan alınan puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eğitim almanın, bireylerde hastalık ya da kemoterapi almaya bağlı oluşan semptomların gelişmesini hafifletebileceği veya önleyebileceği böylece hastalıklarına uyumun daha etkili sağlanabileceği ifade edilebilir. Aynı zamanda aile beraberliği, arkadaşlar ve sağlık çalışanları, ümidi azalmış bireyleri destekleyerek, yaşam olaylarına karşı pozitif bakış açısı kazandırarak ve bilgi vererek ümidi arttırabilirler. Ancak bireye gereksinimden fazla verilen bilgi, dikkati pozitif yönden daha çok negatif yöne

kaydırabilir; gereksinimden az verilen bilgi de bireyde korku ve anksiyete yaratabilir ve ümidi ümitsizliğe dönüştürebilir⁹².

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

ÇÜTF Balcalı Hastanesi Onkoloji-Hematoloji birimlerinde kemoterapi uygulanan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçladığımız araştırmadan şu sonuçlar elde edilmiştir:

1. Araştırmaya katılan hastaların %53.3'ünün erkek ve %46.7'sinin kadın olduğu görülmektedir.
2. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının 39.6 ± 14.5 olduğu, %34.0'ının 30 yaş ve altı, %40.7'sinin 31-50 yaş ve %25.3'ünün 51 yaş ve üstü olduğu görülmüştür.
3. Hastaların %12.7'sinin okur-yazar değil, %2.0'ının okur-yazar, %36.0'ının ilkokul, %15.3'ünün ortaokul ve %34.0'ının lise mezunu olduğu görülmüştür.
4. Araştırmaya katılan hastaların %76.7'si evli ve %23.3'ü bekar yaşamaktadır.
5. Hastaların %20.0'ının çocuğu yok, %46.0'ının 1-3 çocuğu ve %34.0'ının 4'den fazla çocuğu olduğu görülmüştür.
6. Araştırmaya katılan hastaların %38.0'ı ilde, %53.3'ü ilçede ve %8.7'si köyde yaşamaktadır.
7. Hastaların %43.3'ünün SSK, %40.0'ının Yeşil Kart, %12.0'ının Emekli Sandığı ve %4.7'sinin Bağ-kur sosyal güvencesine sahip olduğu görülmüştür.
8. Araştırmaya katılan hastaların %6.7'si ekonomik durumlarını iyi, %85.3'ü orta ve %8.0'ı kötü olarak tanımlamışlardır.
9. Hastaların %40.0'ının ev kadını, %22.0'ının işsiz, %21.3'ünün işçi, %9.3'ünün emekli, %4.7'sinin memur, %2.0'ının, serbest meslek ve %0.7'sinin öğrenci olduğu görülmüştür.
10. Hastaların %88.1'i hastalığının herhangi bir şekilde işini engellediğini, %11.9'u ise işini engellemediğini tanımlamıştır.
11. Hastaların %82.7'si hastalığının evdeki sorumluluklarını yerine getirmesine engel olduğunu, %17.3'ü engel olmadığını tanımlamıştır.
12. Araştırmaya katılan hastaların %59.3'ü eşi ve çocukları, %19.3'ü anne, baba ve kardeşleri, %16.0'ı eşi, %2.0'ı yalnız, %2.0'ı çocukları ve %1.3'ü eşi, çocukları ve aile büyükleri ile yaşamaktadır.

13. Hastaların %46.7'si ayakta, %53.3'ü ise yatarak tedavi almaktadır.
14. Araştırmaya katılan hastaların %37.3'ü AML, %15.3'ü ALL, %13.3'ü MM, %12.0'ı NHL, %6.0'ı HL, %4.7'si KML, %4.0'ı Meme Ca, %3.3'ü Akciğer Ca, %2.7'si Osteosarkom ve %1.3'ü Kolon Ca tanısı ile tedavi görmektedir.
15. Hastaların %58.7'sinin 6 ay ve daha az, %41.3'ünün ise 6 aydan fazla süre önce tanı konulduğu görülmektedir.
16. Hastaların %60.7'sinin 6 ay ve daha az, %39.3'ünün 6 aydan fazla süre önce ilk kemoterapilerini aldığı görülmektedir.
17. Hastaların %77.3'ünün 6. kür ve daha az, %22.7'sinin 6 kürden fazla kemoterapi aldığı görülmüştür.
18. Araştırmaya katılan ve kemoterapi ile ilgili eğitim alan hastaların %58.4'ü ve eğitim almayanların %41.6'sı geleceği hakkındaki düşüncesine “iyileşmek ve eski yaşantıma dönmek istiyorum.”, eğitim alanların %24.1'i ve almayanların %75.9'u “şuanda hiçbir şey düşünemiyorum.” şeklinde tanımlamıştır ($p<0.001$).
19. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının cinsiyetlerine göre dağılımı incelendiğinde; hastaların kadın ya da erkek olmasının yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür. *Yaşam kalitesi alt gruplarından genel iyilik hali ortalaması kadınlarda 7.01 ± 2.09 , erkeklerde 6.80 ± 1.93 olduğu görülmüştür ($p=0.51$).*
20. Hastaların yaşam kalitesi alt gruplarının yaş ile, karşılaştırılmasında genel iyilik hali ($p=0.02$) ve ekonomik durum ($p=0.01$) arasında anlamlı korelasyon ilişkisi olduğu görülmüştür. Fonksiyonel durumlardan, fiziksel fonksiyonlar ($p=0.00$), rol performansı ($p=0.00$) ve bilişsel durum ($p=0.03$) ile yaş arasında anlamlı korelasyon ilişkisi olduğu belirlenmiştir. Yaş ile, iştah kaybı ($p=0.05$) ve diyare ($p=0.52$) dışındaki semptomlar arasında da anlamlı korelasyon ilişkisi bulunmuştur.
21. Hastaların yaşam kalitesi alt gruplarından *genel iyilik hali ortalaması ilkokul ve altı 6.40 ± 2.02 , ortaokul ve üstünde 7.40 ± 1.87 'dir.* Fonksiyonel alanda, fiziksel fonksiyonlar, rol performansı, emosyonel ve bilişsel durumun eğitim seviyesine göre karşılaştırılmasında, ilkokul ve altının, ortaokul ve üstüne oranla yaşam kalitesinin daha düşük olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Semptomlardan, yorgunluk, bulantı, kusma, ağrı, iştah kaybı, solunum ve uyuma güçlüğü alanlarındaki yaşam

kalitesi, ilkokul ve altının, ortaokul ve üstüne oranla daha düşük olduğu görülmüştür ($p=0.00$).

22. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının medeni durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, *genel iyilik hali ortalaması bekar olan hastalarda 7.06 ± 2.32 , evli hastalarda 6.85 ± 1.90 'dır ($p=0.59$)*. Bekar hastaların rol performansı ($p=0.04$) ve sosyal durum ($p=0.00$) alanlarındaki yaşam kalitesinin evli hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.
23. Araştırmaya katılan hastaların çocuk sayılarına göre dağılımı incelendiğinde, *genel iyilik hali ortalaması 1-3 çocuğu olan hastalarda 8.33 ± 2.14 , 4 ve daha fazla çocuğu olanlarda 6.97 ± 1.56 'dır ($p=0.02$)*. Fonksiyonel durumlardan, rol performansı ($p=0.00$) ve sosyal durum ($p=0.03$) alanları yaşam kalitesi 1-3 çocuğu olan hastaların 4 ve daha fazla çocuğu olanlara göre yüksek bulunmuştur. Semptomlardan, yorgunluk ($p=0.03$) ve iştah kaybı ($p=0.00$) puanları da fonksiyonel durumlardaki gibi düşük bulunmuştur.
24. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının yaşadıkları yerlere göre dağılımı incelendiğinde, *genel iyilik hali ortalamasının ilde yaşayanlarda 7.74 ± 1.71 , ilçede yaşayanlarda 6.39 ± 2.00 'dır ($p=0.00$)*. Fonksiyonel alanda, fiziksel fonksiyonlar, rol performansı ve sosyal durumun yaşanılan yere göre karşılaştırılmasında, ilde yaşayanların, ilçe/köyde yaşayanlara oranla yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur ($p=0.00$). Semptomlardan, yorgunluk, bulantı, kusma, ağrı ve uyuma güçlüğü alanları yaşam kalitesi, ildekilerin, ilçe/köydekilere oranla daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
25. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının sosyal güvencelerine göre dağılımı incelendiğinde, yaşam kalitesi alt gruplarından ekonomik güçlük ($p=0.01$) dışındaki veriler ile hastaların sosyal güvenceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.
26. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının ekonomik durumlarını ifade etmelerine göre dağılımı incelendiğinde, *yaşam kalitesi alt gruplarından genel iyilik hali bölümünde ekonomik durumunu iyi olarak ifade eden hastaların yaşam kalitesi puanı 7.60 ± 2.36 , orta şekilde belirtenlerin puanı 6.94 ± 1.90 ve kötü ifade edenlerin ise 5.92 ± 2.57 'dir ($p=0.12$)*. Ekonomik güçlük bölümünde iyi olarak ifade edenlerin puanları 2.10 ± 0.87 orta diyenlerin 2.30 ± 0.70 ve kötü diyenlerin

- puanı da 3.42 ± 0.51 'dir ($p=0.00$). Semptomlardan konstipasyon bölümünde fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.01$).
27. Hastaların çalışma durumlarına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı incelendiğinde çalışanların yaşam kalitesi çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).
28. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının hastalığın evdeki sorumluluklarını engelleme durumuna göre dağılımı incelendiğinde, *hastaların genel iyilik halinden aldıkları puanın, hastalığın evdeki sorumluluklarını engellediğini söyleyenlerin 6.53 ± 1.78 , engellemediğini söyleyenlerin ise 8.65 ± 2.09 'dur ($p=0.00$)*. Fonksiyonel alanda, fiziksel fonksiyonlarda, rol performansında ve sosyal durumda “evet” diyen hastaların “hayır” diyenlere göre daha yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur ($p=0.00$). Semptomlardan, yorgunluk, bulantı, kusma, ağrı, iştah kaybı, konstipasyon, solunum ve uyuma güçlüğü bölümlerinde de “evet” diyen hastaların yaşam kalitesi “hayır” diyenlere göre daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$).
29. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının tedavi durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, *genel iyilik hali alanından yatarak tedavi olan hastaların yaşam kalitesi puanı 7.29 ± 2.27 , ayaktan tedavi olanların 6.46 ± 1.53 'tür ($p=0.01$)*. Fonksiyonel alanda, yatarak tedavi alan hastaların bilişsel ve sosyal durumdaki yaşam kalitesi ayaktan tedavi alanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Semptomlardan, solunum güçlüğü ve konstipasyon alanlarında ise yatarak tedavi olanların yaşam kalitesi ayaktan tedavi olanlara göre daha düşük bulunmuştur ($p=0.01$).
30. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının teşhis konulma zamanlarına göre dağılımı incelendiğinde, *genel iyilik hali alanında, 6 ay ve altı teşhis konulma zamanı olan hastaların yaşam kalitesi puanı 6.78 ± 1.91 , 6 aydan fazla 7.06 ± 2.13 'tür ($p>0.05$)*. Fonksiyonel alanda, emosyonel ve bilişsel durumlarda 6 ay ve daha az yaşam kalitesi, 6 aydan fazla süredir hasta olan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0.01$). Semptomlardan, solunum güçlüğü ve iştah kaybı alanlarında yaşam kalitesi puanı, 6 ay ve daha az süredir hasta olan bireylerin 6 aydan fazla süredir hasta olanlara oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

31. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının ilk kemoterapiyi alma sürelerine göre dağılımı incelendiğinde, yaşam kalitesi alt gruplarından *genel iyilik hali alanında ilk kemoterapiyi 6 ay ve daha az süredir alan hastaların puanı 6.79 ± 1.90 , 6 aydan fazla süredir alanların ise 7.07 ± 2.16 ($p > 0.05$)*. Fonksiyonel alanda, emosyonel ve bilişsel durumlarda 6 ay ve daha az süredir kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesi, 6 aydan fazla süredir alanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Semptomlardan, solunum güçlüğü ve iştah kaybı alanlarında 6 ay ve daha az süredir kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesi, 6 aydan fazla süredir alanlara oranla daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).
32. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının kaçınıcı kür kemoterapi aldıklarına göre dağılımı incelendiğinde, yaşam kalitesi alt gruplarından *genel iyilik hali bölümünde 2-5. kür kemoterapisini alan hastaların yaşam kalitesi puanı 6.98 ± 2.03 , 6 ve fazla kür kemoterapi alanların 6.75 ± 1.96 'dır* ($p > 0.05$). Fonksiyonel alanda, emosyonel durumda 2-5. kür kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesi puanları 5.33 ± 1.55 , 6 ve fazla kür kemoterapi alanların 6.02 ± 2.21 'dir ($p = 0.02$). Semptomlardan, solunum güçlüğü bölümünde fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0.00$).
33. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının eğitim alma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, *genel iyilik hali yaşam kalitesi alt grubunda eğitim alan hastaların yaşam kalitesi puanı 7.20 ± 1.64 , eğitim almayanların 6.67 ± 2.23 'tür* ($p > 0.05$). Fonksiyonel alanda, fiziksel fonksiyonlar, rol performansı ve bilişsel durum alanlarında eğitim alan hastaların yaşam kalitesi, eğitim almayanlara göre daha düşük bulunmuştur ($p < 0.05$). Semptomlardan, yorgunluk, bulantı, kusma, ağrı, solunum güçlüğü, iştah kaybı ve konstipasyon alanlarında eğitim alan hastaların, eğitim almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

6.2. ÖNERİLER

Oldukça geniş kapsamlı olduğu için tanımlanması çok zor bir kavram olan yaşam kalitesi, kişinin, yaşamına ilişkin subjektif doyumunu olarak değerlendirilmekte, yaşam doyumunu, yaşam memnuniyeti, mutluluk ile aynı anlamda kullanılmaktadır. Daha geniş bir ifade ile yaşam kalitesi, bireyin bütün ihtiyaçlarını karşılaması, yaşamdan zevk alması, sosyal hayatta yeterli olması, eğlenmeye zaman ayırabilmesi, emosyonel ve

fiziksel anlamda üst düzeyde olması ve insan ilişkilerini sürdürebilmesi gibi durumları kapsamaktadır. Bunlara paralel olarak düşünülebilecek öneriler şöyle sıralanabilir:

1. Uzun ve pahalı bir tedaviyi gerektirdiğinden, kanser hastalığına yakalanan kişilere sosyal güvencesi yoksa destek sistemleri oluşturulmalı,

2. Ekonomik durumu kötü olan hastalar, benzer hastalığa sahip bireylerce kurulan özel dernekler vb. destek alabilecekleri yerlere yönlendirilmeli,

3. Hastaya duygusal destek olmaları açısından aileleri ile işbirliği yapılmalı ve verilecek eğitime birlikte yaşadığı bireyler de alınmalı,

4. Hastalık nedeni ile iş yaşantısı ve evdeki sorumlulukları olumsuz yönde etkilenen hastaların sağlık personelinin desteği ile işe yarama duygusu artırılmalı ve kendilerine güvenleri sağlanmalı,

5. İlçe/köyde yaşayanlara ve ulaşım problemleri olan hastalara gerekli araç gereçler sağlanmalı,

6. Hastalar yaşam kalitelerinin sürdürülmesi konusunda eğitilmeli ve bu konuda bilinçlendirilmeli, bu kapsamda;

- Kanser tedavisi alan hastalara günlük yaşantısına olabildiğince devam edebilmesi için uygulanacak tedavi şekli ve hastanın daha sonra da karşılaşılabileceği olumsuzluklar hakkında bilgi verilmeli,
- Kemoterapinin yan etkilerinin asgariye indirilmesi ve yaşam kalitesi değerlerinin artırılmasına destek olunmalı,
- Hastalara uygulanan tedavi ve bakımın bireylerin yaşam kalitesini nasıl etkileyeceğini değerlendirebilecek ve bunun sonucunda yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik girişimlerde bulunabilecek çalışmalar yapılmalı,
- Hastaların hastalığın getirdiği olumsuzluklar nedeni ile gösterdikleri özel davranışlarını daha iyi bir şekilde anlayabilmek için konuya uygun eğitim alınmalı,

7. Sağlık personeline hastaların yaşam kalitelerinin yükseltilmesine yönelik hizmet içi eğitim programları düzenlenmeli,

8. Yaşam kalitesi ve kaliteli yaşam kavramının toplumun her kesiminde tartışılarak tüm alanlarda kullanılabilirlik daha geniş bir şekilde geliştirilmesi için bu konudaki düşünceleri ve tutumları belirleyecek boyutlarda araştırmalar yapılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. **Bayramova N, Karadakovan A.** Psoriasis'li Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **2003**;5(1):45-52.
2. **Birol L, Akdemir N, Bedük T, Fesci H, Şen S, Yurtsever S.** Kronik Hastalığı Olan Hastaların Hastalıklarına, Tedavilerine ve Diyetlerine İlişkin Bilgileri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **1994**;3(2):1-8.
3. **Beşer N.** Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Yaşam Kalitesi. Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2001**.
4. **Lawrence M, Stephen J, Maxine A.** Current Medical Diagnosis & Treatment. 44th Ed, United States of America: The McGraw-Hill Companies, Inc., **2005**.
5. **Karamanoğlu A E.** Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı, İstanbul, **1999**.
6. **Potter P A, Perry A G,** Fundamentals of Nursing. 4th Ed., Missouri: Mosby-Year Book, inc., **1997**.
7. **Birol L.** *Hemşirelik Süreci*. 5. Baskı, İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., **2002**.
8. **Arslan S.** Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, **2000**.
9. **Oktik N.** *Huzur Evinde Yaşam ve Yaşam Kalitesi*. 4. Baskı, Muğla: Muğla Üniversitesi Yayınları, **2004**.
10. **WHO.** Yaşam Kalitesi Tanımı
Erişim: (http://www.who.int/mental_health), Erişim Tarihi: 19.12.2006
11. **Güllü H İ.** *Kemoterapi El Kitabı*. 4. Baskı, Ankara: Hacettepe Doktorlar Yayınevi, **2005**.
12. **Anonim.** Kanser ve Kemoterapi Hasta Bilgilendirme Kitapçığı. İstanbul:Liba Laboratuvarları A.Ş.
13. **Amerikan Kanser Birliği.** *Hemşireler İçin Kanser El Kitabı*. 2. Baskı, Ankara: 4. Akşam Sanat Okulu Matbaası, **1998**.
14. **Yürekli A.** Kanserli Hastanın Psikolojik Durumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **1990**;6(1):57-67.
15. **Jordhoy M S, Saltvedt I, Fayers P, Loge J H, Ahlner-Elmqvist M, Kasa S.** Which Cancer Patients Die in Nursing Homes? Quality of Life, Medical And Sociodemographic Characteristics. *Palliat Med* (Electronic Journal), **2003**;17(5):433-444.
Erişim: (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>), Erişim Tarihi: 22.11.2006
16. **Babaoğlu E, Öz F.** Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **2003**;5(2):24-33.
17. **Kızılcı S.** Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **1997**.
18. **Kanser İstatistikleri**
Erişim: (<http://www.saglik.gov.tr>), Erişim Tarihi:29.01.2006
19. **Christopher E.** Improving The Quality of Cancer Care: Practice Guidelines and Performance Measurement. I. Tıbbi Onkoloji Kongresi. Antalya, 29 Mart – 2 Nisan **2006**:5.

20. **Goodman S.** The Role of Nutrition in Cancer Prevention and Treatment. *Positive Health* (Electronic Journal), **2001**.
Erişim: (<http://www.positivehealth.com>), Erişim Tarihi: 06.03.2006
21. **Bırol L, Akdemir N, Bedük T.** *İç Hastalıkları Hemşireliği*. 4. Baskı, Ankara: Vehbi Koç Vakfı Yayınları, **1997**.
22. **Aktan Ö.** Kanserden Korunma, Tarama, Erken Tanı. *Onkoloji Hemşireliği Hizmet İçi Eğitim Kursu*. İstanbul, 3-6 Ekim **2001**:232.
23. **Akoğlu T.** Kanserden Korunma, Tarama, Erken Tanı. *Onkoloji Hemşireliği Hizmet İçi Eğitim Kursu*. İstanbul, 3-6 Ekim **2001**:8.
24. **Ergin K.** Lösemiler ve Hemşirelik Bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. **1990**, 6(1):69-80.
25. **Holzner B, Kemmler G, Kopp M, Nguyen-Van-Tam D, Sperner-Unterweger B, Greil R.** Quality of Life of Patients With Chronic Lymphocytic Leukemia. *European Journal of Haematology* (Electronic Journal), **2004**;72(6):381.
Erişim: (<http://www.blackwell-synergy.com>), Erişim Tarihi:06.03.2006.
26. **Işıkhan H.** Kanser Hastalarıyla Çalışan Sağlık Personelinin Ötanaziye İlişkin Düşüncelerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, **2002**.
27. **Samur M, Özdoğan M, Yılmaz A, Bozcuk H, Artaç M, Savaş B.** Kemoterapi ile Birlikte Bitkisel Tedavi Kullanan Hastalarda Hayat Kalitesi ve Toksikite. I.Tıbbi Onkoloji Kongresi. Antalya, 29 Mart – 2 Nisan **2006**:31.
28. **Freda G, Bella C, Wagner N.** Knowledge Levels and Attitudes of Staff Nurses in Israel Towards Complementary and Alternative Medicine. *Journal of Advanced Nursing* (Electronic Journal), **2001**; 36(1):41.
Erişim: (<http://www.blackwell-synergy.com>), Erişim Tarihi:15.09.2006.
29. **Tunalı C.** Kanserde Tedavi Yöntemleri – Radyoterapi. 15. Onkoloji Hemşireliği Kursu. Adana, 6-7 Nisan **2002**:3.
30. **Şensöz M, Abacıoğlu U.** Radyoterapi Genel Bilgi ve Prensipleri, Kullanım Şekilleri ve Yan Etkileri. Onkoloji Hemşireliği Hizmet İçi Eğitim Kursu. İstanbul, 3-6 Ekim **2001**:199.
31. **Darendeliler E.** Radyoterapinin Akut ve Kronik Yan Etkileri. **Tapuz E, Aydın A.** Klinik Onkoloji Temel İlkeler ve Hemşirelik Bakımı. 4. Baskı, İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, **1997**:25-27.
32. **Hopkins L, Fung Kee Fung M.** Quality of Life Assessments in Epithelial Ovarian Cancer Patients During and After Chemotherapy. *International Journal of Gynecological Cancer* (Electronic Journal), **2005**;15:811.
Erişim: (<http://www.blackwell-synergy.com>), Erişim Tarihi:06.03.2006.
33. **Karamanoğlu A.** Kemoterapi İlaçlarının Hazırlanması, Uygulanması ve Saklama Koşulları. Onkoloji Hemşireliği Hizmet İçi Eğitim Kursu, İstanbul, 3-6 Ekim **2001**:53.
34. **Aydın A.** Kanser Tedavisinde Kemoterapinin Temel İlkeleri. **Topuz E, Aydın A.** Klinik Onkoloji Temel İlkeler ve Hemşirelik Bakımı. 4. Baskı, İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, **1997**:32.
35. **Şahin B.** Kemoterapinin Temel İlkeleri. 15. Onkoloji Hemşireliği Kursu. Adana, 6-7 Nisan 2002 : 4.
36. **Miyake H, Muramaki M, Eto H, Komidono S, Hara I.** Health-Related Quality of Life After Chemotherapy For Advanced Germ Cell Tumors. *International Journal of Urology* (Electronic Journal), **2004**;11:542.
Erişim: (<http://www.blackwell-synergy.com>), Erişim Tarihi:06.03.2006

37. **Erdine S.** Kanser Ağrıları. **Erdine S.** Kanserde Palyatif Bakım. 5.Baskı, İstanbul: Sandoz Ürünleri A.Ş., **1993**:11-30.
38. **Eti Aslan F.** Ağrı, Yorgunluk, Uykusuzluk. Onkoloji Hemşireliği Hizmet İçi Eğitimi Kursu. İstanbul, 3-6 Ekim **2001**:14.
39. **Öz F.** *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara:İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş., **2004**.
40. **Erdine S.** Kanserde Palyatif Bakımının Organizasyonu. **Erdine S.** Kanserde Palyatif Bakım. 5.Baskı, İstanbul: Sandoz Ürünleri A.Ş., **1993**:285-293.
41. **Akyol Durmaz A, Yeşilbalkan Usta Ö, Çetinkaya Y, Altun T, Ünlü D.** Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Hastalık Semptomları ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin incelenmesi.
Erişim: (<http://www.bayar.edu.tr>), Erişim Tarihi:06.03.2006.
42. **Eroğlu L.** Analjezikler. **Erdine S.** Kanserde Palyatif Bakım. 5.Baskı, İstanbul:Sandoz Ürünleri A.Ş., **1993**:41-88.
43. **Yücel A.** Ağrı Kontrolünde Hemşirelerin Rolü. **Topuz E, Aydın A.** Klinik Onkoloji Temel İlkeler ve Hemşirelik Bakımı. 4.Baskı, İstanbul:Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, **1997**:93-97.
44. **Arslan Yaralı S, Fadiloğlu S.** Kanserde Uyku Sorunlarının Yaşam Kalitesinin Üzerine Etkisi. 3. Uluslar arası – 10. Ulusal Hemşirelik Kongresi. İzmir, 7-10 Eylül **2005**:44.
45. **Erdine S.** Kanser Ağrısı Kontrolünde Genel Yaklaşımlar. **Erdine S.** Kanserde Palyatif Bakım. 5.Baskı, İstanbul : Sandoz Ürünleri A.Ş., **1993**:31-40.
46. **Güner P.** Kanser Hastalarında Psikososyal Sorunlar. 15. Onkoloji Hemşirelik Kursu. Adana, 6-7 Nisan **2002**:117.
47. **Açlalar N.** Kanserde Psikososyal Bakım. **Topuz E, Aydın A.** Klinik Onkoloji Temel İlkeleri ve Hemşirelik Bakımı. 4.Baskı, İstanbul : Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, **1997**:98-101.
48. **Yurtsever S, Şenol S.** Kanserli Hastalarda Gastrointestinal Sistem Bozuklukları ve Hemşirenin Rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **1994**;3(1):28-36.
49. **Türkmen Güngör E.** Kanser Hastalarında Beslenme Destek Tedavisi. 15. Onkoloji Hemşireliği Kursu. Adana, 6-7 Nisan **2002**:105.
50. **Baysal A.** Beslenme – Kanser ve Kanserden Korunma. Onkoloji Hemşireliği Derneği ve Avrupa Onkoloji Okulu Kursu. Ankara, 24-26 Nisan **1996**:30.
51. **Uçar N.** Kanser ve Beslenme. Onkoloji Hemşireliği Hizmet İçi Eğitim Kursu. İstanbul, 3-6 Ekim **2001**:97.
52. **Susan C, Weitzner M.** Quality of Life in Cancer Patients. *Cancer Practice* (Electronic Journal), **1998**; 6(5):282.
Erişim: (<http://www.blackwell-synergy.com>), Erişim Tarihi:08.10.2006.
53. **Reis N.** Jinekolojik Kanserlerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, **2003**.
54. **Maughan K, Clarke C.** The Effect of Clinical Nurse Specialist in Gynecological Oncology on Quality of Life and Sexuality. *Journal of Clinical Nursing* (Electronic Journal), **2001**;10(2):221.
Erişim: (<http://www.blackwell-synergy.com>), Erişim Tarihi:06.03.2006.
55. **Saegrov S.** Health, Quality of Life and Cancer. *International Nursing Review* (Electronic Journal), **2005**; 52(3):233.
Erişim: (<http://www.blackwell-synergy.com>), Erişim Tarihi:08.10.2005.

56. **Durna Z.** Rehabilitasyon. **Topuz E, Aydınmer A.** Klinik Onkoloji Temel İlkeleri ve Hemşirelik Bakımı. 4.Baskı, İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, **1997**: 10-112.
57. **American Cancer Society.** Cancer Fact Sourcebook. Texas.
Erişim: (<http://americancancersociety.org>), Erişim Tarihi:29.01.2006.
58. **Ganz P A.** Quality of Life and The Patient With Cancer. *Cancer Supplement* (Electronic Journal), **1994**;74(4):1445.
Erişim: (<http://www.blackwell-synergy.com>), Erişim Tarihi:06.03.2006.
59. **Koç Z.** Hasta Bakımı Hizmetleri ve Yaşam Kalitesi.
Erişim: (<http://www.bayar.edu.tr>), Erişim Tarihi:06.03.2006
60. **Mellon S, Northouse L, Weiss L.** A Population-Based Study of The Quality of Life Cancer Survivors and Their Family Caregivers. *Cancer Nursing* (Electronic Journal), **2006**;29(2):120-131.
Erişim: (<http://www.cancernursingonline.com>), Erişim Tarihi:22.11.2006.
61. **Ökmen E, Özgür G, Yıldırım S.** Hemşirelerin Yaşam Kalitesi Konusunda ki Görüşleri ve Yaşam Doyumları. 3. Uluslar arası – 10. Ulusal Hemşirelik Kongresi. İzmir, 7-10 Eylül **2005**:134.
62. **Ganz P A.** Long-Range Effect of Clinical Trial Interventions on Quality of Life. *Cancer Supplement*, **1994**; 74(9):2620.
Erişim: (<http://www.blackwell-synergy.com>), Erişim Tarihi:01.05.2006.
63. **Özyılkan Ö.** Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesinin Önemi.
Erişim: (<http://www.bayar.edu.tr>), Erişim Tarihi:06.03.2006.
64. **Frisch B M.** Quality of Life Therapy and Assesment in Health Care. *Clinical Psychology* (Electronic Journal), **1998**;5(19):1468-2850.
Erişim: (<http://www.blackwell-synergy.com>), Erişim Tarihi:06.03.2006.
65. **İnanç N, Hatipoğlu S, Yurt V, Avcı E, Akbayrak N, Öztürk E.** *Hemşirelik Esasları*. 5.Baskı, Ankara: Damla Matbaacılık Ltd. Şti., **2000**.
66. **Çakırcalı E.** *Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar*. 3.Baskı, İzmir: E.Ü.Basım Evi, **2000**.
67. **Özet A, Işıkkhan H, Erdoğan E.** Kanser Hastalarına Psikososyal Destek. *Hematoloji-Onkoloji Güncel Derleme Dergisi*, **1999**;1(2):101-106.
68. **Erbil P.** Hodgkin Lenfoma ve Hodgkin Dışı Lenfomalı Hastaların Tedavi Öncesi-Sonrası Hayat Kaliteleri ve Kaygı Düzeylerinin Psikososyal Açıdan İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, İstanbul, **1992**.
69. **Arslan H, Engin F, Gülseven B, Karabacak Ü, Cingi Ersoy M.** Erişkinlerin Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık / Bağımsızlık Durumlarını Algılama Düzeyleri ve Bunu Etkileyen Değişkenlerin Saptanması. I. Uluslararası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Antalya, 29 Ekim – 2 Kasım **2000**:107.
70. **Cella D, Chang C H, Lai J S, Webster K.** Advances in Quality of Life Measurements in Oncology Patients. *Semin Oncology* (Electronic Journal), **2002**; 29(3):60-68.
Erişim: (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>), Erişim Tarihi: 22.11.2006
71. **Fortner B V, Tauer K W, Okon T, Houts A C, Schwartzberg L S.** Experiencing Neutropenia: Quality of Life Interviews With Adult Cancer Patients. *BMC Nursing* (Electronic Journal), **2005**; 4(4):1472-6955.
Erişim: (<http://www.bmc.ub.uni-postdam>), Erişim Tarihi: 22.11.2006
72. **Yumuk F.** Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi. Onkoloji Hemşireliği Hizmet İçi Eğitim Kursu. İstanbul, **2001**:136.

73. **Somunoğlu S.** The Quality of Life Concept and İmportance of Quality of Life in Cancer Patients. *ZKÜ. Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Sağlık Eğitim Araştırma Dergisi*, **2006**;2(2):83-90.
74. **Fadıloğlu C, Ergün şenuzun F.** Kanserli Hastaların Evde Bakımında Karşılaştıkları Sorunların Yaşam Kalitesine Etkisi. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi. İstanbul, 24-26 Eylül **1998**:48.
75. **Mystakidou K, Tsilika E, Kouloulıas V, Parpa E, Katsouda E, Kouvaris J, Vlahos L.** The “Palliative Care Quality of Life Instrument (PQLI)” in Terminal Cancer Patients. *Health Qual Life Outcomes* (Electronic Journal), **2004**;2(8):1477-7525.
Erişim: (<http://www.pubmedcentral.nih.gov>), Erişim Tarihi: 22.11.2006
76. **Kapucu S.** Kanserli Hastada Yaşam Kalitesi ve Hemşirenin Rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2004**; 11(2):74-80.
77. **Delbar C, Benor D.** Impact of Nursing İntervention on Cancer Patients’ Ability to Cope. *Cancer Nursing* (Electronic Journal), **2001**;77(19):57-75.
Erişim: (<http://www.hawotthpress.com>), Erişim Tarihi:21.12.2006
78. **Aslan , Vural H, Kmrc ř, zet A.** Kemoterapi Alan Kanser Hastalarına Verilen Eğitimin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi. *C.. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**;10(1):15-28.
79. **Larson P, Miaskowski C, MacPhail L, Dodd M, Greenspan D, Dibble S, Paul S M, Ignoffo R P.** The PRO-SELF(C) Mouth Aware Program: An Effective Approach for Reducing Chemotherapy-İnduced Mucositis. *Cancer Nursing* (Electronic Journal), **1998**;21(4):263-268.
Erişim: (<http://www.cancernursingonline.com>), Erişim Tarihi: 12.12.2006
80. **Tishelman C, Degner L, Mueller B.** Measuring Symptom Distress in Patients With Lung Cancer: A Pilot Study of Experienced Intensity and Importance of Symptoms. *Cancer Nursing* (Electronic Journal), **2000**; 23(2):82-90.
Erişim: (<http://www.cancernursingonline.com>), Erişim Tarihi: 12.12.2006
81. **Miller M, Kearney N.** Oral Care for Patients With Cancer: A Review of The Literature. *Cancer Nursing* (Electronic Journal), **2001**;24(4):241-254.
Erişim: (<http://www.cancernursingonline.com>), Erişim Tarihi: 12.12.2006
82. **Fitzsimmons D, Hawker S E, Simmonds P, George S L, Johnson C D, Corner J L.** Nurse-led Models of Chemotherapy Care: Mixed Economy or Nursedocter Substitution?. *Journal of Advanced Nursing* (Electronic Journal), **2005**;50(3):244.
Erişim: (<http://www.blackwell-synergy.com>), Erişim Tarihi:06.03.2006.
83. **Rustoen T, Moum T, Wiklund I, Hanestad B R, Moum T.** Nursing Intervention to Increase Hope and Quality of Life in Newly Diagnosed Cancer Patients. *Cancer Nursing* (Electronic Journal), **1998**;21(4):235-245.
Erişim: (<http://www.cancernursingonline.com>), Erişim Tarihi: 12.12.2006
84. **Georgaki S, Kalaidopoulou O, Liarmakopoulos I, Mystakidou K.** Nurses’ Attitudes Toward Truthful Communication With Patients With Cancer. A Grek Study. *Cancer Nursing*(Electronic Journal), **2002**;25(6):436-41.
Erişim: (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>), Erişim Tarihi:21.12.2006.
85. Lizbon Bildirgesi / Hasta Hakları **1981**.
Erişim: (<http://www.tip.deu.edu.tr>), Erişim Tarihi: 19.12.2006
86. **Given S.** The Impact of Age, Treatment and Symtoms on The Physical And Mental Health of Cancer Patients. *Cancer Supplement* (Electronic Journal), **1994**;74(7):2128-2138.
Erişim: (<http://www.blackwell-synergy.com>), Erişim Tarihi:06.03.2006.
87. **Ersek M, Ferrell B R, Dow K H, Melancon C H.** Quality of Life in Women With Ovarian Cancer. *Western Journal of Nursing Research* (Electronic Journal), **1997**;19(3):334-350.
Erişim: (<http://www.wjn.sagepub.com>), Erişim Tarihi:12.12.2006.

- 88. Goodwin J S, Hunt W C, Key C R, Samet J M.** The Effect of Marital Status on Stage, Treatment and Survival of Cancer Patients. *JAMA* (Electronic Journal), **1987**;258(21):3125-3130.
Erişim: (<http://www.jama.ama-assn.org>), Erişim Tarihi:12.12.2006
- 89. Eisemann M, Lalos A.** Psychosocial Determinants of Well-being in Gynecologic Cancer Patients. *Cancer Nursing* (Electronic Journal), **1999**;22(4):303-306.
Erişim: (<http://www.cancernursingonline.com>), Erişim Tarihi: 12.12.2006
- 90. Bergner M.** Quality of Life, Health Status and Clinical Research. *Medical Care* (Electronic Journal), **1989**;27(3):148-156.
Erişim: (<http://www.medicalcare.com>), Erişim Tarihi:12.12.2006
- 91. Fobair P, Hoppe R T, Bloom J, Cox R, Varghese A, Spiegel D.** Psychosocial Problems Among Survivors of Hodgkin's Disease. *Journal of Clinical Oncology* (Electronic Journal), **1986**;4(5):805-814.
Erişim: (<http://www.jco.org>), Erişim Tarihi:12.12.2006
- 92. Beşer N, Öz F.** Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2003**;7(1):47-58.
- 93. Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K.** *Araştırma Yöntemleri*, 3. Baskı, Ankara: Sistem Ofset, **2000**.
- 94. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V.** *Biyoistatistik*. 8. Baskı, Ankara: şahin Matbaası, **1998**.

EK-1

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ ERİŞKİN ONKOLOJİ VE HEMATOLOJİ BİRİMLERİNDE KEMOTERAPİ UYGULANAN HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Bu araştırma Ç.Ü.Balcalı Hastanesi Onkoloji-Hematoloji birimlerinde kemoterapi uygulanan hastaların yaşam kalitesinin belirlenmesi amacı ile yapılmaktadır. Araştırma başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu nedenle ankette yer alan soruları eksiksiz cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Bu araştırmaya katılmak istemiyorsanız soruları yanıtlamayabilirsiniz.

Araştırmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden TEŞEKKÜR EDERİM.

Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi
Derya KANARIĞ GÜREL

Görüşme

Tarihi: .../.../200..

1) Cinsiyetiniz: E K

2) Yaşınız:.....

3) Eğitim durumunuz?

Okur-Yazar değil Okur –Yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

4) Medeni durumunuz?

Bekar Evli Dul veya ayrı yaşıyor

5) Var ise çocuk sayısı:.....

6) Yaşadığımız yer?

İl İlçe Köy

7) Sosyal güvenceniz?

Emekli Sandığı SSK Bağ-Kur Yeşil Kart Özel Sigorta Yok

8) Ekonomik durumunuz (Kendi tanımlamanızla) : İyi Orta Kötü

9) Mesleğiniz? Memur İşçi Emekli Ev Kadını Öğrenci

Serbest Meslek İşsiz Diğer (Belirtiniz).....

10) Hastalığınız herhangi bir şekilde işinizi engelledi mi? : Evet Hayır

11) Hastalığınız işiniz dışında evdeki sorumluluklarınızı yerine getirmenize engel oldu mu?

Evet Hayır

12) Birlikte kaldığınız bireyler :

Yalnız Eşim Eşim ve Çocuklarım

Eşim, Çocuklarım ve Aile Büyükleri Annem, Babam ve Kardeşlerim

Diğer (Belirtiniz)

13) Tedavi durumunuz : Ayaktan Yatarak

14) Tanısı :

15) Hastalık teşhisiniz ne zaman konuldu?.....

16) İlk kemoterapinizi ne zaman aldınız?.....

17) Kaçınıcı kür kemoterapinizi alıyorsunuz?.....

18) Kemoterapi ile ilgili eğitim aldınız mı? Evet Hayır

19) Geleceğiniz hakkında neler düşünüyorsunuz?

İyileşmek ve eski yaşantıma dönmek istiyorum.

Geleceğimden umutlu değilim, iyileşememekten korkuyorum.

Şuanda hiçbir şey düşünmüyorum.

EK-2**EORTC QLQ C-30**

20 – 49. soruların tamamını dikkatlice okuyup size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların “doğru” veya “yanlış” yanıtları yoktur. Verdiğiniz yanıtlar gizli kalacaktır.

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1) Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	1	2	3	4
2) Uzun bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
3) Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4) Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5) Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tualeti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4

Geçen Hafta Süresince:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
6) İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7) Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8) Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9) Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10) Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11) Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12) Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13) İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14) Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15) Kustunuz mu?	1	2	3	4
16) Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4

ÖZGEÇMİŞ

1981 yılında doğan Derya KANARIĞ GÜREL ilkokul ve ortaokul öğrenimini Ceyhan Gazi İlköğretim Okulu' nda, lise öğrenimini Ceyhan Sağlık Meslek Lisesi' nde tamamladı. 1999 yılında Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü' nde üniversite öğrenimine başladı. Okuduğu dönemde 2001 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Dahiliye Onkoloji, Hematoloji Kliniğinde hemşireliğe başladı. Lisans eğitimini bitirdiği 2003 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı' nda Yüksek Lisans eğitimine başladı.

1999 yılından beri hemşirelik ile ilgili çeşitli seminer, sempozyum, konferans, kongre ve kurslara katılan Derya KANARIĞ GÜREL İngilizce bilmektedir.