

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Serdar ÖZTORA

**AYAKTAN KEMOTERAPİ ALAN HASTALAR VE
YAKINLARINDA SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM
KALİTESİ**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Murat Çağatay DENİZ

EDİRNE-2011

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tezimin hazırlanmasında emęi geçen anabilim dalı baŐkanı Prof. Dr. Nezih Dağdeviren'e, tez danıŐmanım Yrd. Doç. Dr. Serdar Öztora'ya, yardım ve katkılarını esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. AyŐe aylan'a, eğitimimde emęi geçen tüm hocalarıma, birlikte çalıŐtıęımız tüm asistan arkadaşlarıma ve sevgili aileme teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
KANSER VE ÖNEMİ	3
KEMOTERAPİ VE ETKİLERİ	5
YAŞAM KALİTESİNİN TANIMI	9
KANSER VE YAŞAM KALİTESİ	11
KANSER HASTALARINDA PSİKOSOSYAL DURUM	14
KANSERDE BAKIM	24
KANSER HASTALARINA BAKIM VERENLERDE YAŞAM KALİTESİ	26
KANSER HASTALARINA BAKIM VERENLERDE PSİKOSOSYAL DURUM	28
GEREÇ VE YÖNTEMLER	32
BULGULAR	37
TARTIŞMA	102
SONUÇLAR	130
ÖZET	132
SUMMARY	134
KAYNAKLAR	136
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

BTA:	Başka türlü adlandırılmayan
HRQOL:	Health related quality of life
KK:	Korelasyon katsayısı
PRIME MD:	Primary care evaluation of mental disorders
SF-36:	Short Form 36
SS:	Standart sapma
TAT:	Tamamlayıcı ve alternatif tıp

GİRİŞ VE AMAÇ

Türkiye’de bütün ölüm nedenleri arasında 1970’li yıllarda dördüncü sırada yer alan kanser, günümüzde kalp hastalıklarından sonra ikinci sıraya yükselmiştir. Bütün yaşlardaki ölümler birlikte değerlendirildiğinde, on ölümden birinin kanser nedeniyle olduğu görülmektedir. Ülkemizde meydana gelen tüm ölümler içinde, kansere bağlı ölümlerin payı 1990 yılında %10,1 iken 1999’da %12,4 olduğu bilinmektedir (1,2).

Kanser hastaları arasında psikiyatrik morbiditede artış olduğu ve psikiyatrik hastalıkların yaygınlığının %9-60 gibi oldukça geniş bir aralıkta değişen oranlarda saptandığı bildirilmiştir (3). Hastaların %90’ında psikiyatrik bozukluk hastalığa ya da tedaviye tepki olarak ortaya çıkmış iken, yalnızca %10’unda kişilik ya da anksiyete bozuklukları gibi kanser öncesinde de bozukluklar vardır. Kanser hastalarında psikiyatrik bozuklukların çoğu tedavi edilebilir nitelikte olsa da sağlık çalışanlarının bu popülasyonda psikiyatrik bozukluklara yeterince özen göstermedikleri, dolayısı ile bu bozuklukların yeterince tanı ve tedavi almadıkları ileri sürülmektedir. Bunun bir nedeni kanser hastalarının daha kötü hissetmeleri gerektiğine dair mitlerdir ki, bu mitler doktorların tedavi gerektirdiğini düşündükleri psikolojik zorlanmanın eşik değerini yükseltmekte ve hastalar için psikiyatrik yardım arayışını geciktirmektedir. Hastalar ve aileleri ölüm korkusu, hastalığın doğası, gelişimi ve sonlanımı hakkında belirsizlikler gibi ıstırap verici bir duygu ve tecrübe ile karşı karşıya kalırlar. Kanserden etkilenen bireyler, yaşamlarını kontrol altında tutma yeteneklerindeki azalma, başkalarına bağımlılıktaki artış ve aile, iş ve sosyal hayatta bozulan dengelerle yüzleşirler. Psikolojik düzeyde kanser tanısı iyi bir sonlanımın bulunduğu ve agresif terapinin kullanılmadığı durumlarda dahi ölüm, acı, ıstırap ile birlikte düşünülmekte ve önemli ölçüde

psikolojik sıkıntı doğurmaktadır. Fiziksel işlevsellik ve düşen performans günlük işlerin yürütülmesinde sorunlara yol açabilir, tedavi sonucu fiziksel uzuv kaybı ve tedaviye bağlı belirtiler görülebilir. Sosyal düzeyde eşle, aile üyeleriyle ya da sosyal ağla ilişkiler konusunda endişeler ortaya çıkabilir. Kanser hastaları yalnızlık, terk edilmişlik ya da desteksiz bırakılma hislerine kapılabilir, ayrıca mali veya işle ilgili sorunlar da ortaya çıkabilir. Hayatta kalma aşamasında ise hastalar işe dönme konusunda sorunlarla karşılaşabilirler. Kanserden etkilendikleri için marjinalleşme ya da damgalanma duygusu yaşayabilirler. Kanser tanısı sonrası gelişen ruhsal belirtiler hastanın fiziksel hastalığının şiddetini, seyrini ve tedaviye cevabını, hastanın yaşam kalitesini, bakımını ve tedaviye uyumunu etkileyebilmesi açısından önemlidir (3).

Yol açtığı mortalite-morbidite oranlarıyla birlikte kanser sıklığı bu kadar ciddi bir halk sağlığı sorunu iken, hastanın kendisinde, bakım veren profesyonellerde ve aile bireylerinde çok ciddi yaşam kalitesi düşüşlerine neden olabilmektedir. Ayrıca hastada ve aile bireylerinde psikiyatrik komorbidite sıklığı oldukça fazladır. Kanser, bir sağlık yükü olarak; ağır hastalık, kayıp, ağrı, ölüm, yas, maddi külfet, organ ve işlev kayıpları, işsizlik, hastane ortamı, ağır ilaç yan etkileri, yaşama dair çok ciddi kayıplar, umut yitimi, sosyal ortam kayıpları, süre vb. hayatla ilgili en temel konularda hasta ve ailenin temel ilgi merkezi olur. Aile ve hastalar genel ve özel tıbbi yardımın yanında sosyal desteğe de ihtiyaç duyarlar. Kanserli hasta bakımı sadece tek kişinin sorumluluğunda değildir; aile hekimi, onkolog, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, din adamları, gönüllülerden oluşan bir interdisipliner takım işidir (4).

Yaş ve hastalık grubu ayırmadan kendi popülasyonuna hizmet veren birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin; gerek danışmanlık, gerek aile yükü, gerek tarama-tanı ve takip bakımından, multidisipliner kanser yönetiminin merkezi olarak görevleri oldukça fazladır.

Ancak kanserle ilgili yeterli istatistik olmaması ciddi bir sorundur. Bu istatistikler, belirli kanser türlerinin dağılımı, hastalığa yakalanan bireylerin sosyodemografik özellikleri, bölgeler arası farklılıklar ve zamanla değişimleri ortaya koyarak kansere yol açan risk faktörlerini belirlemede ve ileride kanser gelişiminin engellenmesinde yardımcı olacaktır. Bu bağlamda topluma ve bilime katkısı bakımından kanserle ilgili araştırmalara, her zaman önemle ihtiyaç vardır (5).

Bu çalışmayla amaçlanan; bu ciddi hastalığın, hasta/ailesi/bakım verenleri üzerindeki sosyal-psikiyatrik yükünün ve yaşam kalitesine etkisinin irdelenmesi, bu vesileyle sağlık profesyonellerine, topluma ve bilime katkı sağlanmasıdır.

GENEL BİLGİLER

KANSER VE ÖNEMİ

Kanser, dünyada hemen her ülkede mortalite ve morbidite oranları açısından önde gelen sağlık sorunudur. Yüzyılın başlarında ölüme neden olan hastalıklar sıralamasında 7.-8. sıralarda iken, bugün birçok ülkede kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada gelmektedir. Kanser tiplerinin dağılımı gelişmişlik düzeylerine bağlı olarak ülkeden ülkeye farklılık göstermekte, aynı ülke içinde bile farklı şehirlerde kanser tiplerinin dağılımı değişebilmektedir (6).

Kanser genetiği hakkındaki bilgiler artmakla birlikte; mutasyonların, tümör baskılayıcı genlerin yitilmesi ve gen alterasyonlarının oluşum mekanizmaları açık olarak bilinmemektedir. Bazı insanların DNA kırılmalarına eğilimleri vardır ve olası hataları tamir kapasiteleri yoktur. Ayrıca epidemiyolojik çalışmalar, kanser gelişimi ile diyet, çevre ve belirli enfeksiyonlar gibi etmenler arasındaki ilişkileri açığa çıkarmıştır (7).

Günümüzde özellikle bulaşıcı hastalıklarla mücadelede kazanılan başarıların, tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelerin ve sağlık hizmetinden yararlanma olanaklarının artmasının sonucunda, ortalama yaşam süresi uzamış, bu da kanser gibi bazı sağlık sorunlarının önemini artırmıştır. Sayının yıllar içinde artması ve yeni kanser olgularının sayısının 2020 yılında yıllık 20 milyona ulaşması beklenmektedir (8).

Kanser, birçok yönden en ciddi halk sağlığı sorunlarından biridir. Hastalığın teşhisi ve tedavisi için yapılan harcamalar dünyadaki tüm ülkeler için sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Dünya nüfusunun yaşlanması ve bu yaşlanma ile birlikte kansere yakalanma riskinin fazlalaşması; geliştirilen yeni tanı yöntemleri ile birlikte kanserin daha

erken evrelerde teşhis edilerek tedavi şansının artması ve beklenen yaşam süresinin uzaması ile birlikte bireylerin daha uzun süre bu hastalık ile birlikte yaşamak zorunda kalması; yeni, daha etkili ancak daha pahalı tedavi yöntemlerinin gelişmesi ve hızlı iletişim yolları ile bu yöntemlerin geliştiği andan itibaren dünyanın her yerinde kullanılması ve bununla ilgili olarak hasta ve yakınlarından gelen baskıların artması bu harcamalardaki yükselmenin temel nedenleri olarak sayılabilir (9).

Kanser hastalığı, halka getirdiği bu yüke ek olarak bireylerin aile yapısı ve yakınlarının yaşam şekline de birçok yönden etki eder. Bu etkilerin çeşitliliği, birçok yönden kişilerin hastalıkla ilgili tutumlarıyla ilgilidir. Bu tutumları, hastalığın evresinden hastanın yaşına, cinsiyetten kanserin türüne, ekonomik olanaklardan medeni duruma, alınan tedavinin şeklinden hastalığın evresine kadar birçok etmenle ilişkilidir.

Örneğin; yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olan hastaların, düşük sosyoekonomik düzeye sahip olan hastalar ile karşılaştırıldıklarında, daha sık olarak lokalize hastalık aşamasında hekime başvurdukları ve daha iyi sağ kalım oranlarına sahip oldukları gösterilmiştir. Bu hastalarda psikolojik etkenlerin tanıda gecikme üzerine etkisi araştırılmış ve iyimser olan, psikolojik savunma sistemleri ve başa çıkma yöntemleri etkin bir şekilde işleyen hastalarda tanıda gecikmenin daha az olduğu saptanmıştır. Sosyoekonomik düzey ile birlikte, hastaların evli olup olmamaları ve bir partner ile ya da aileleri ile birlikte yaşayıp yaşamamaları da hastalık ile ilgili davranış biçimlerini ve hastalıkla savaşımında desteklenme düzeylerini etkilemektedir (10).

Alınan tedavinin şekli de hastanın ve çevresinin yaşam şartlarında ciddi değişikliklere yol açar. Bir çok kanser türü için temel tedavi olan kemoterapi, bu etmenlerden ilk akla gelendir. Kemoterapi, fiziksel ve psikolojik birçok yan etki oluşturan bir tedavi şeklidir. Bu hastaların en büyük korkuları ‘Tedavi işe yarayacak mı?’, ‘Ne gibi yan etkileri olacak?’ gibi soruların sorulduğu sonu bilinmeyen bir sürece girilmesidir.

Birçok hasta için en büyük üzüntü kaynağı, saç kaybıdır. Her ne kadar, tedaviden sonra saçlar yeniden çıkıyorsa da, geçici bir saç kaybı bile hastalar için büyük bir travma etkisi oluşturmaktadır. Hastalar, zihinsel olarak ne kadar hazır olsalar da, çoğu hasta saç tıraşında kalan veya yastıklara dökülen saç demetlerinden dolayı şok yaşar. Bu nedenle, saç dökülmesi bekleniyorsa, hastaya önceden bir peruk alması önerilmelidir.

Kemoterapiden kaynaklanan bulantı ve kusma şikâyetleri, ağızdan veya fitil olarak alınacak ilaçlarla ve diyet desteğiyle bir nebze hafifletilebilir. Birçok hastada gözlenen bir endişe kaynağı da üreme fonksiyonuna olan etkidir. Çocuk doğurma çağındaki kadınlar,

düzensiz adet kanamaları yaşayabilirler; hatta infertil kalabilirler. Kemoterapi, erkeklerde genellikle sperm sayısı ve hareketini azaltarak üreme fonksiyonunu kötü etkiler, fakat kemoterapiden sonra, hem erkek, hem de kadında normal üreme fonksiyonu yeniden kazanılır. Bununla beraber, bazen kalıcı kısırlık oluşabilir. Bu nedenle, yapay döllenme için hastalara tedavi öncesinde sperm veya yumurtalarını bir merkezde uygun koşullarda dondurmaları tavsiye edilmelidir (11).

Burada anlatılan birçok örnekte olduğu gibi; kanser hastalığı, sayısı çok arttırılabilecek çeşitlilikte nedenle, insan ve toplum hayatında oldukça ağır bir yükür. Bu yükü azaltmak, bu halk sağlığı sorununu çözmek için herkesin birlikte çalışması çok önemlidir.

KEMOTERAPİ VE ETKİLERİ

Kanser, hücrelerin kontrolsüz bir şekilde çoğalması ile karakterize edilen, bazı türleri ölümle sonuçlanabilen ve bu nedenle de tedavisi için en çok araştırma yapılan ve çok çeşitli yöntemler denenilen bir hastalıktır.

Kanser tedavisinde uygulanan yöntemler başlıca 3 ana başlık altında toplanabilir.

1. Cerrahi Girişim
2. İlaçla Tedavi (Kemoterapi)
3. Işınla Tedavi (Radyoterapi)

Neoplastik hücreler, önce cerrahi olarak veya radyasyon tedavisi ile azaltılır veya gelişimi yavaşlatılır. Bunu kemoterapi, immunoterapi veya bu tedavi yöntemlerinin birlikte kullanılması takip eder. Kanser kemoterapisinde amaçlanan, kullanılan ilaçlarla tümörün büyümesini engelleyecek ve farklı odaklarda yeniden gelişmesini ve hatta tümüyle ortadan kaldırılmasını sağlayacak sitotoksik etki sağlamaktır (12-14).

Kemoterapinin Yan Etkileri

Kemoterapi kanser tedavisinin her aşamasında sıklıkla kullanılmasına rağmen yan etkileri yüzünden hastaların ve bakım verenlerin hayatlarına fiziksel ve sosyal yönden birçok etkide bulunur.

Kemoterapinin en sık karşılaşılan yan etkileri Tablo 1’de özetlenmiş olup, bu yan etkilerin bir veya birkaçının vücutta oluşması depresyondan ölüme kadar çok geniş spektrumda ve mutlaka çok önem arz eden farklı biyopsikososyal etkiler meydana

getirmektedir. Ayrıca bu bilinen yan etkilerinin yanında kemoterapinin olası kanserojenik etkisi de göz ardı edilmemelidir (17).

Tablo 1. Kemoterapinin en sık karşılaşılan yan etkileri (15,16)

Yan etki	Örnek
Kemik iliği supresyonu	Lökopeni, trombositopeni
Gastrointestinal yan etkiler	Stomatit, gastrik ülser, gastrit, diyare
Deride oluşan yan etkiler	Hiperpigmentasyon, alopesi
Sinir sistemine bağlı yan etkiler	Periferik nöropati, sağırlık, letarji
Kardiotoksisite	Kalp yetmezliği, hipertansiyon
Akciğere ait yan etkiler	Fibrozis
Pankreasta oluşan yan etkiler	Pankreatit
Uterusa ait yan etkiler	Kanama
Mesaneyeye ait yan etkiler	Sistit
Karaciğer fonksiyon bozukluğu	Fibrozis
Böbreğe ait yan etkiler	Anormal böbrek fonksiyonu
Fetal yan etkiler	Teratojenik etki

Üzerinde hassasiyetle durulması gereken bir başka konu da, kemoterapinin olası immüsupresif etkisine ve hastanede devam eden tedavi sürecinin diğer komponentlerine sekonder olarak gelişen enfeksiyonlardaki önemli artışıdır. Enfeksiyonlar kanser hastalarında mortalite ve morbiditeyi etkileyen en önemli faktörlerin başında gelmektedir. Ateş, çoğu zaman bu tip hastalardaki tek somut belirti olabilmektedir. Enfeksiyona yol açan etkenlerin listesi ise her geçen gün uzamakta, konvansiyonel mikroorganizmalara fırsatçı ajanlar da eklenmektedir (18). Kemoterapi ajanlarının yan etkileri kümülatif veya geri dönüşümsüz olabilir. Bu durum tedavi dozunun değiştirilmesine, tedaviden vazgeçilmesine hatta ölüme neden olur. Dolayısıyla toksisite, tedavinin amacı olan hastalıksız sağ kalım süresini uzatmayı ve hastanın yaşam kalitesini arttırmayı engeller (19).

Farklı bir temel sorun da hastalardaki kaşektik yıkımdır. Kanser kaşeksisi iştahsızlık ve kilo kaybı ile giden metabolik bir sendromdur (20). Ayrıca kemoterapide kullanılan ilaçlar nöropsikiyatrik yan etkiler de gösterebilmektedir. İlaçlara göre bu yan etkiler Tablo 2’de özetlenmiştir.

Tablo 2. Kemoterapide kullanılan ilaçların nöropsikiyatrik yan etkileri (21)

İlaç	Nöropsikiyatrik Belirti
Metotreksat	Demans, letarji, kişilik değişiklikleri
Vinkristin, Vinblastin	Deliryum, halüsinasyonlar, depresyon
Asparaginaz	Deliryum, halüsinasyonlar, kognitif bozukluk
Karmustin	Deliryum, demans
Bleomisin	Deliryum
Fluorourasil	Deliryum
Sisplatin	Deliryum
Hidroksiüre	Halüsinasyonlar
Prokarbazin	Depresyon, mani, deliryum, demans
Sitozin arabinozid	Deliryum, letarji, kognitif bozukluk
Hexylmethylamine	Halüsinasyonlar
Ifosfamid	Deliryum, letarji, halüsinasyonlar
Prednizon	Depresyon, mani, deliryum, psikoz
Interferon	Deliryum, halüsinasyon, depresyon
Interlökin	Kognitif bozukluk, halüsinasyon

Kemoterapi ve İleri Hasta Yaşı

Çocuklar ve genç/orta yaşlılar için çok ciddi bir mortalite-morbidite nedeni olmasına rağmen, kanser ilk bakışta, görülme sıklığı bakımından daha ziyade yaşlı insanların hastalığı gibi durmaktadır. Bu bakımdan özellikle kanserde uygulanan kemoterapinin fiziksel ve sosyal yüküne, bir de yaşlılığın getirdiği güçsüzlük, ek hastalıklar ve dirençsizlik eklenmektedir. Yaşlılardaki ek hastalıklar, yaşam beklentisi ve tedaviye toleransı olumsuz yönde etkiler. Yaşlılarda anemi, depresyon, deliryum, demans, düşme, kemik kırıkları gibi ek hastalıklar yaşam süresini azaltır, fonksiyonel bağımlılık yaratır. Sarkopeni yaşlılarda azalmış protein sindirimi ve buna bağlı azalmış aminoasit emilimi ve protein sentezi ile ilişkilidir. Denge katabolizma lehine bozulur. Malnutrisyon yaşlılarda kemoterapi öncesi değerlendirilmelidir (22,23).

Kemoterapi Hastaları ve Sosyal Çevre

Kanser tanısı konan birey, yaşam biçimindeki, beden imgesindeki, rol performansındaki ve sosyal etkileşimlerindeki değişikliklerle karşı karşıya kalırken; aynı zamanda da kaygı, öfke, suçluluk, ümitsizlik, çaresizlik, belirsizlik, yalnızlık, korku, yas ve bağımlılık gibi duygular yaşamaktadır. Bunların yanı sıra tedavi ile ilgili kaygılar, operasyon sonrası gelişebilen fiziksel, ruhsal ve ekonomik sorunlar, hastalığı kabullenememe, libido kaybı, radyoterapi ve kemoterapiye bağlı yan etkiler gibi birçok ve çok yönlü etkenler de kanser hastasının ruhsal dengesini bozar. Bu nedenle kanser, tıbbi-fiziksel bir hastalık olmasının yanında, ruhsal ve psikososyal açıdan birçok sorunu da kapsayan bir hastalıktır. Kanser tanısı kadar, kanserin tedavisi, gidişi ve nüksler de kişide sıkıntının artmasına yol açar. Sıkıntı (distress) düzeyinde artış endokrin ve bağışıklık sistemiyle ilgili ölçümleri ve yaşam kalitesini de olumsuz olarak etkilemektedir. Umutsuzluk, kaygı ve depresyonun göz ardı edilmesi yaşam kalitesinin düşmesine neden olacak ve günlük yaşam etkinliklerine dönüşü güçleştirecektir. Kanser ve yaşam kalitesi konularında yapılan araştırmalarda, sıkıntının yaşam kalitesi yanında fiziksel belirtileri ve kanser tedavisinin sonuçlarını da etkilediği saptanmıştır (24).

Kanser ve kemoterapi durumlarında, hasta ve ailesinin eğitimi de çok önem kazanmaktadır. Bu eğitim, bilgilendirme, danışmanlık ve davranış değişikliğine yönelik tekniklerin kullanılarak hastanın sağlığa yönelik bilgi ve davranışlarında değişiklik meydana getirmek amacıyla yapılan bir eğitimidir. Bu nedenle rastgele yapılmaz, planlanması, ulaşılması gereken hedefleri ve bu hedeflere ulaşıp ulaşılmadığına ilişkin değerlendirmesinin olması gerekir. Hasta ve ailesinin eğitimi sağlık bakım sisteminin vazgeçilmez bir unsuru olması gerekir ve eğitime yönelik mali destek, kaynaklar ve zaman ayrılması çok önemlidir (25,26).

Kemoterapi ve Alternatif Yöntemler

Tamamlayıcı tıp ve alternatif tıbbın (TAT) anlamları ülkeden ülkeye, hekimden hekime hatta hastadan hastaya farklılık göstermektedir. Özellikle kanser tedavisinde bu sözcüklerin açıkça tanımlanması önemlidir. Tamamlayıcı tıp hastaların konvansiyonel tedavilere ilave olarak başvurdukları yöntemdir. Alternatif tıp ise konvansiyonel tedaviler yerine başvurulan tedavi yaklaşımıdır. Bu yöntemlerin kanser yönetiminde kullanımı gün geçtikçe artmaktadır. Kanser hastaları için tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi ve standardize edilmesi önümüzdeki yıllarda ilgi odağı olmaya devam edecektir (27-30).

YAŞAM KALİTESİNİN TANIMI

Yaşam kalitesi (Quality of life, QOL), kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir yolla etkilenen geniş bir kavramdır.

Sağlıkla ilintili yaşam kalitesi (Health related quality of life, HRQOL) ise esas olarak kişinin sağlığı tarafından belirlenen, klinik girişimlerle etkilenebilen genel yaşam kalitesinin bir bileşenidir. Kişinin, hastalığı ve uygulanan tedavilerin fonksiyonel etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkilidir (31).

Yaşam kalitesi kavramını standardize etmek ve derecelendirmek için ölçekler geliştirilmiştir. Yaşam kalitesi ölçekleri, kişinin sağlığına genel bakışını, hastalıkların kişiler üzerinde etkilerini boyutlar aracılığıyla inceler. Bu boyutlar fiziksel, duygusal, sosyal işlevi, rol performansını (örneğin işi veya ev işleri), ağrıyı ve diğer belirtileri içermektedir. Ölçeklerin birden fazla boyutu ölçmesi tercih edilir. Ölçeğin, birden çok boyutu ölçebilmesi dışında bazı özelliklerinin de olması beklenir. Ölçek, geçerli, güvenilir ve değişime uygun olmalıdır. Ayrıca pratik kullanılabilir ve kolay uygulanabilir olmalıdır.

Bunun dışında cevaplanma oranının yüksek olması açısından, kişinin kültürel yapısı ve ölçeğin doldurulma biçimi önemlidir. Kişi dolduramayacak durumdaysa, görüşmecinin doldurduğu ölçekler seçilebilir veya bakım verenden bilgi alınabilir. Bu nedenle, yaşam kalitesi ölçülürken ve değerlendirilirken, yaşanan yer, sosyoekonomik düzey, eğitim durumu gibi kişisel özellikler mutlaka göz önüne alınmalıdır (32).

Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler jenerik ve hastalığa özgü olmak üzere iki gruba ayrılabilir.

Jenerik (genel) ölçekler: Genel popülasyonda kullanılan, çeşitli sağlık durumlarına ve hastalıklara uygulanabilen, geniş ilgi alanlarını değerlendiren ölçeklerdir. En önemli avantajları farklı hastalık grupları ve bu hastalık grupları ile toplum arasındaki karşılaştırmaları olası kılmalarıdır. Ancak belirli bir hastalık için tasarlanmış olmadıklarından bazı hastalık grupları için daha az duyarlı olabilirler ve özellikle yaşam kalitesindeki küçük

değişiklikleri saptayamayabilirler. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılan genel ölçekler Tablo 3’de özetlenmiştir.

Tablo 3. Yaşam kalitesi değerlendirilmesinde kullanılan genel ölçeklerin bazıları

1.	Hastalık Etki Ölçeği (Sickness Impact Profile)
2.	Nottingham Sağlık Ölçeği (Nottingham Health Profile)
3.	McMaster Sağlık İndeksi Anketi (McMaster Health Index Questionnaire)
4.	Tıbbi Sonuç Çalışması (Medical Outcome Study General Health Survey)
5.	Duke Sağlık Ölçeği (Duke Health Profile)
6.	Esenlik İndeksi (Index of Well-Being-IWB)
7.	Spritzer Yaşam Kalitesi İndeksi (Spritzer Quality of Life Index-SQLI)
8.	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-World Health Organization Quality of Life)
9.	Kısa Form-36 (SF-36)

Hastalığa özgü ölçekler: Belirli hastalık gruplarının, işlevsel bozuklukların ya da bir bulgunun yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemek üzere tasarlanmışlardır. Bu ölçekler, değerlendirilen sağaltımın tanımlanan hastalık durumuna özgü sağlık etkilerine odaklandıklarından yaşam kalitesindeki küçük değişimleri saptayabilirler. Ancak her ölçeğin skora sistemi genellikle farklı olduğundan hem farklı skora sistemleri arasında hem de farklı hastalıklar arasında karşılaştırma yapılması olanaklı değildir. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılan hastalığa özgü ölçekler Tablo 4’de özetlenmiştir.

Tablo 4. Yaşam kalitesi değerlendirilmesinde kullanılan hastalığa özgü ölçeklerin bazıları

1.	Pediyatrik Astım Yaşam Kalitesi Anketi (PAQLQ)
2.	McGill Ağrı Anketi
3.	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS)
4.	Barthel Engellilik İndeksi

KANSER VE YAŞAM KALİTESİ

Kanser birçok yönden hastalar ve hastalara bakım verenlerin hayatını etkilerken, bu insanların yaşam kalitelerini de değiştirir. Günümüzde, yaşam kalitesi kavramı hayatın her evresinde vazgeçilmezdir ve onkoloji alanında yaşam kalitesine verilen önem de giderek artmaktadır. Onkoloji alanında yaşamda kalite, sağ kalım gibi temel hedeflerinden biri olmuştur.

Her hastalığın yaşam kalitesine yaptığı etkiler de farklıdır. Ayrıca kanserin türü değiştikçe, öncelikli hedefler de değişmektedir. Örneğin; testis kanseri gibi iyileştirilebilen bir kanserde temel hedeflerin başında sağ kalım akla gelirken, ileri evre böbrek kanserinde hastalığa ve tedaviye bağlı semptomların palyasyonu temel hedeflerde öncelikli hale gelebilmektedir (33).

Gültekin ve ark. (34) tarafından 2004 yılında 40 kanser hastası üzerinde yapılan araştırmada; hastaların %76,2'sinin doktordan “ağrının giderilmesi”, %10,4'ünün hemşireden “ağrı ve huzursuzluğun giderilmesi”, %9,8'inin psikologdan “üzüntü-kederin azaltılması”, %1,6'sının diyetisyenden “kilo kaybının önlenmesi”, %1,3'ünün sosyal hizmet uzmanından “yakınlarıyla ilişki bozukluğunun giderilmesi”, %0,6'sının ise fizyoterapistlerden “kas zayıflığının giderilmesi” konusunda yardım beklentileri olduğu saptanmıştır.

Aynı çalışmada hastalığın evresi ilerledikçe hastaların daha kötü yaşam kalitesi skorlarına sahip olduğu görülmüştür. Kanserli hastalara yaklaşımda en önemli unsur, hastanın hastalığının her aşamasında bilgilendirilmesidir; bu hastanın uyumu için önemli ölçüde belirleyicidir. Ekip anlayışı ile verilecek planlı eğitim, hastalığın etkilerini kontrolde katkıda bulunacaktır (34).

Hastalığın etkileri değişik örnekler üzerinden incelendiğinde farklı sonuçlarla karşılaşılmaktadır. Örneğin; Göktaş ve ark.'ın (35) 1999-2000 yıllarında 33 kanser hastası üzerinde SF-36 ile yaptığı çalışmada; zayıflamanın yaşam kalitesi anketlerini anlamlı derecede etkilediği bulunmuştur. Zayıflamanın ağrı alt ölçeğini etkilemesi ağrı varlığı ile doğrudan ilişkili olmamakla birlikte, hastalığın ilerlemesi ile ortaya çıkan metastazlar ağrıya neden olduğu görülmüştür. Yaşamsallık alt ölçeği canlılık ve enerji ile ilgili olduğu için hastanın zayıflaması ile yorgunluk ve bitkinlik hissinde artma oluşması bu alt ölçeği doğrudan etkileyebilir. Hastanın zayıflama ile birlikte kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanması ile genel sağlık alt ölçeğini etkilemesi olasıdır. Zayıflamanın hastalığın ilerlediği düşüncesini getirmesi de anksiyete ve depresyon oluşturarak mental sağlık alt ölçeği ile ilişkili olabilir (35).

Eyigör ve ark.'ın (36) hastanede yatan 122 kanser hastası üzerinde yaptığı araştırmada; hastaların %10,7'sine fibromiyalji sendromu tanısı konmuş ve ağrıya bağlı yaşam kalitesinde düşüş tespit edilmiştir.

Testis kanseri sıklıkla, erkeğin yaşamında cinsellik, kimlik ve fertilitenin ön planda olduğu dönemlerde ortaya çıkar. Tedavi sonrası iyileşme oranları genelde iyi olmasına karşın cinsel işlevler, cinsel kimlik ve fertilité üzerine etkileri bu grupta büyütülerek yaşanır. Diğer kanserlere göre testis kanserlerinin psikososyal etkileriyle ilgili daha az çalışma yapılmıştır. Özellikle son 10 yılda testis kanserinin yaşam kalitesi ve psikososyal işlevsellik üzerine etkileri araştırılmaya başlanmıştır (37).

Fleer ve ark.'ın (38) Hollanda Groningen Üniversitesi Tıp Merkezi'nde 1977-2003 yılları arasında testis kanseri tedavisi alan 354 hastayla yaptığı çalışma testis kanseri yaşayanlarının yaşam kalitelerinin bu hastalığı hiç geçirmeyenlere benzer olduğunu göstermektedir.

Bir başka kanser türü olarak jinekolojik malignitelerin de, testis kanserinde bahsettiğimiz gibi, kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri çok boyutludur. Jinekolojik kanserlerde uygulanan tanı ve tedavi işlemleri, diğer organ kanserlerinde yaşanan sorunların yanı sıra, beden imajı, cinsel kimlik ve üreme yeteneğiyle ilgili olarak birey ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle semptomlarla ilişkili rahatsızlıklar, kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve tedavi önerilerine uyumlarını güçleştirmektedir. Evli olanların, herhangi bir işte çalışanların ve eğitim durumu yüksek olanların yaşam kalitelerini daha iyi sürdürebildikleri saptanmıştır. Eğitim seviyesi yüksek olanların ve bir mesleği olanların sosyal çevre ve desteğe daha rahat ulaşabilecekleri düşünülmektedir. Aynı zamanda bu hastaların sağlığı yönetim bilgisi, genel sağlıklarını olumlu yönde etkileyebilir (39).

Bir başka yaşam kalitesi etkeni olarak 'uyku' kavramı ele alınabilir. Kanser tedavisinin neden olduğu sorunlar bireyin bütün yaşamının değişmesine neden olmaktadır. Bu sorunlardan biri olan uyku, kanser tedavisinin sık görülen ve bireyin yaşam kalitesini düşüren bir komplikasyonu olarak sıkça karşılaşılan bir sağlık sorunudur. Uyku kalitesinin bozulması bireylerin duygu, düşünce ve motivasyonunun bozulmasına neden olabilir. Yetersiz uyuyan insanlarda fiziksel, bilişsel ve duyuşsal çökkünlük yaşanır. Bu bireylerde yorgunluk, bezginlik, dikkatte azalma, ağrıya karşı duyarlılığın artması, konfüzyon, irritabilite, sinirlilik, mantık dışı düşünceler, halüsinasyon, iştahsızlık ve boşaltımda güçlük gibi durumlar görülür. Ayrıca bu bireylerde yaşamı tehdit eden kazalar, iş ve günlük hayatta uyumsuzluklar

görülebilmektedir. Bu nedenle uyku bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen, sağlığın önemli bir değişkeni olarak görülmektedir (40).

Uygulanan tedavi tekniklerinin de yaşam kalitesi üzerine farklı etkileri olabilmektedir. İnvaziv mesane kanserinde metastazların olmadığı durumda en etkin tedavi alternatifi radikal sistektomidir. Bu girişimden sonra idrarın vücut dışına akımını sağlayacak bir diversiyon yöntemine ihtiyaç duyulur. Mesane ve pelvis maligniteleri nedeniyle yapılan sistektomi sonrası ideal üriner diversiyon seçimi ve bu hastaların yaşam kalitesi, ürolojik onkolojide halen tartışmalı bir konudur. İleal kondüit, üriner diversiyonlar arasında sıklıkla tercih edilen teknik olsa da hastaların yaşam kalitesini arttırabilmek amacıyla kontinan ve ortotopik üriner diversiyonlar tanımlanmıştır (41).

Sık görülen gastrointestinal malignitelerden biri olan rektum kanserli olgular, tedavi tekniklerindeki ilerlemelerle daha uzun süre hastaliksız yaşama şansına sahip olabilmektedir. Sağ kalım gösteren bu olguların takiplerinde, tümör nüksü yanı sıra tedaviye bağlı gelişen komplikasyonları tolere edebilme yetileri de önem kazanmaktadır. Kişinin tolerans dozunun üzerine çıkan her doz geç dönem yan etki gelişme riskini anlamlı düzeyde arttırmaktadır. Geç dönem yan etkiler genellikle kronik, progresif ve geri dönüşümsüzdür. Klasik olarak bu sekeller doktorun bakış açısıyla değerlendirilmekte ve fiziksel gidişata göre ölçümleri yapılmaktadır. Hâlbuki yaşam kalitesi kişinin fiziksel, mental, sosyal fonksiyonları yanı sıra ilgili semptomları kendisinin nasıl algıladığı konusunu gündeme getirmektedir.

Daha önceki çalışmalarda hastalık ve tedaviye bağlı yakınmaların, doktorlar tarafından değerlendirilmesine kıyasla, hastaların kendilerinin değerlendirmesinde daha fazla olduğu belirlenmiştir. Rektum kanseri tanılı ve hastaliksız uzun süreli sağ kalım gösteren olgularda, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi birkaç nedenle çok önemlidir.

Birincisi; cerrahi ve adjuvant tedaviler sonrası uzun sağ kalım gösteren olgulara ait yaşam kalitesi değerlendirmesi, kontrol grup olgularındaki yaşam kalitesi ile kıyaslanarak tedavi başarısının bir belirleyicisi olabilir. İkinci olarak; rektum kanseri tedavisi sonrasında gelişen belirli fonksiyonel bozulmaların belirlenmesi, hasta takibi sırasında özel dikkat gerektirecek geç yan etkilere odaklanma konusunda klinisyenlere yardımcı olabilir. Üçüncü olarak; yaşam kalitesiyle bağlantılı değişkenler hakkındaki bilgi; fiziksel rehabilitasyon, sosyal ve psikolojik destek gibi özel bakım gerektiren hastaların belirlenmesi konusunda sağlık bakımı planlamasına yardımcı olabilir. Rektum kanserli olgularda cerrahi, pelvik tabanda çalışmayı gerektirmektedir. Cerrahin kullandığı teknik ve tecrübesi, hem nüks açısından hem de hastanın uzun dönemdeki yaşam kalitesine etki edebilecek

komplasyonların (seksüel disfonksiyon, inkontinans, barsak hasarı, adezyon gelişimi, üriner yakınmalar vb.) gelişimi açısından prognostik faktör olarak kabul edilmektedir. Bu olgulardaki radyoterapinin uygulama alanı tüm pelvis içi yapıları (tümör loju veya anastomoz hattı, kalın barsağın bir kısmı, ince barsakların önemli bir kısmı, uterus ve overler, mesane, üretranın bir kısmı, perine, kadın dış genital yolu, üretranın tama yakını, erkeklerde penis kökü vb.) içermektedir. Tedavi sonrasında bu yapıların bazısında tam fonksiyon kaybı görülürken (ovarian ablyasyon, ereksiyon kaybı vb.) bazılarında ise günlük yaşam biçimi ve kalitesini etkileyebilecek problemler gelişebilmektedir (barsak hareketinin artması, sfinkter fonksiyon kalitesinde bozulma, rektal striktür, radyasyon enteriti vb.) (42).

Tüm bu çeşitlemeler, kanserin sadece bir hastalık değil, insan yaşamını her yönüyle değiştirebilen bir etken olarak algılanması gerektiğini göstermekte ve bu süreç içinde 'yaşam kalitesi'nin en az tedavi kadar önem verilmesi gereken bir kavram olduğunu vurgulamaktadır.

KANSER HASTALARINDA PSİKOSOSYAL DURUM

Kanser, işaret ettiği anlamın ötesinde etkilere sahip, içerdiği riskten daha fazla korkutan, kişiyi bütün içindeki yerinden, bağlantılarından kopartan bir yük taşır. Sağlığını yitiren kişi bu kayıp karşısında şaşırır, olanlara inanamaz, öfkeye kapılır, kederlenir. Karışık duyguların hâkim olduğu yas dönemi bir kaç hafta sonra yerini uyum çabalarına, savaşıma isteğine ve umutlara bırakmaya başlar. Ancak bazen hastalık, kişiye bir toparlanma şansı tanımayacak kadar ağır seyrederek. Ya da kişi kendine özgü duyarlılıkları nedeniyle bir türlü toparlanamaz, yas dönemi uzar, sıkıntı ve endişe klinik bir tabloya, depresyona dönüşür. Kanser tanısı ile karşılaşma, tekrarlama ya da metastaz haberini alma ile hayatın anlamı değişir, hastalık dışında bir şey düşünmek imkânsız hale gelebilir. Hasta her şeye karşı ilgisiz ve isteksiz olabilir. Tedaviler ve iyi sonuçlarla birlikte yeni umutlar, üstesinden gelinecek güçlükler bu endişeleri tamamen ortadan kaldırmasa da azaltır, zamanla endişeler, kuşkular daha az düşünülür ve günlük hayatın akışı daha fazla önem kazanmaya başlar. Bu akışı bozan, kansere yakalanan kişilerin hemen hemen beşte birini depresyona duyarlı kılan bazı etmenler, kederin, hastalığı yenme isteğine egemen olmasına neden olabilir (43). Hastaların kanser sürecine normal ve patolojik tepkileri Tablo 5'te özetlenmiştir (44).

Tablo 5. Hastaların sürece normal ve patolojik tepkileri (44)

	Normal Adaptif	Maladaptif
Tanı Öncesi	1.Kanser olasılığıyla ilgili kaygılı bekleyiş	1.Kanser tanısı konmadan hastalık belirtileri geliştirme 2.Hastalık olasılığının inkâr edilmesi ve tedavide gecikme
Tedavi Aşaması	<u>Cerrahi tedavi:</u> 1.Cerrahi girişimin geciktirilmesi 2.Cerrahi dışı tedaviler 3.Vücut imajı değişikliğine bağlı kayıp tepkisi <u>Radyoterapi:</u> 1.Işın tedavisinin yan etkilerinden korkma 2.Terk edilme korkusu <u>Kemoterapi:</u> 1.Yan etkilerinden korkma 2.Vücut imajı değişiklikleri 3.Kaygı, izolasyon eğilimi, hafif depresif duygudurumu 4.Alturuistik duygular	1.Ameliyat sonrası reaktif depresyon 2.Vücut imajı değişiklikleri ve uzamış ciddi elem reaksiyonu
Tedavi sonrası	1.Normal baş etme düzeneklerine ve hastalık tedavi sınırları içinde yaşama dönüş 2.Nüks korkusu	1.Şoke olma 2.İnanamama 3.Kısmi inkâr 4.Kaygı 5.Kızgınlık 6.Depresif duygudurumu
Hastalığın seyir ve ilerlemesi	1.Yeni bilgi araştırma ve çeşitli tedavi olasılıklarına dönük arayış ve konsültasyonlar	1.(Majör) Depresyon

Hastalar bu süreçleri bu şekilde yaşarken, hekimlerin de ciddi bir bedensel hastalığı olan kişilerdeki ruhsal sorunları 'normal' kabul edip ruhsal bir bozukluk ya da uyum güçlükleri açısından dikkate almama eğilimleri vardır. Herhangi bir nedenle izlenen hastaların kendine zarar verici davranışları, açıklanamayan fiziksel belirtileri, madde kullanım bozukluğu, uygun olmayan hastalık davranışı, sağaltım önerilerine uymama gibi davranışları varsa iyi bir psikiyatrik bakı ve yaklaşıma gereksinimi vardır (45).

Hastayı psikiyatrik açıdan değerlendirirken bazı konulara özellikle dikkat etmek gerekir. Hastanın veya yakınlarının davranışlarındaki değişiklikler en temel ipuçlarını verir. Bu yüzden duygusal risk faktörleri değerlendirilmelidir. Daha önceki duygusal sorunların varlığı, eşlik eden stres kaynakları araştırılmalı ve birikimlerin varlığı ortaya konmalıdır. Daha önce hastanın kayıplar karşısında nasıl reaksiyon gösterdiği öğrenilmelidir. Çünkü önceliklere karşı geliştirilmiş yaklaşım modelleri tekrar kullanılabilir. Yine hastanın bireylerle ilişkileri ve kendine karşı tutumları da incelenmelidir. Çünkü iletişim becerileri sınırlı olan bireylere daha farklı yaklaşmak gerekebilir. Hastanın günlük aktivite değişiklikleri (cinsel aktivite düzeyi dâhil) öğrenilmeli ailesinden başka destek alabileceği kişi veya kurumlar olup olmadığı öğrenilmelidir (46).

Psikoonkoloji, ruhsal etkilerin kanser risk ve gidişindeki etkilerini inceleyen; kanserin hasta, aile ve tedavi ekibi üzerindeki ruhsal etkilerini araştıran; kanser hastalarına psikiyatrik tıp hizmeti sunan bir tıp disiplini. Hastanın bu sürece psikososyal uyumu birçok etmenle ilişkilidir. Psikiyatrik rahatsızlıklar (anksiyete, depresyon, öfke gibi), yaşam tarzında zorunlu değişiklikler, görevlerini yerine getirememesi (aile, iş, azalan aktivite miktarı), korku ve endişe (organ kaybı, nüks, ölüm), hastalığın evresi, tedavi biçimi ve tedaviye yanıt, rehabilitasyona ulaşım, sosyodemografik özellikler, kanserle ilgili bilgi ve inançlar, kişilik özellikleri ve başa çıkabilme mekanizmaları, geç başvuru sonucu kendine yönelik suçluluk hissi ve hekime öfke vs. bu etmenlerden bazılarıdır. Organik bir hastalık nedeniyle hastanede yatan hastaların %65'i psikiyatrik sorunlara ve %50'si tedavi ile ilgili sorunlara sahiptir (47). Sık görülen konsültasyon liyezon sorunları Tablo 6'da özetlenmiştir.

Hem yaşlı hem de kanser hastalarında depresyon sıklıkla görülür. Çeşitli yöntemlerle depresyon açısından değerlendirilen hastaya gerekli psikoterapi ve/veya farmakoterapötik yaklaşım hastanın tedaviye uyumunu sağladığı gibi yaşam kalitesini de düzeltir. Bazı sorunları gidermek mümkün olmasa bile, depresyon gibi durumların düzeltilmesi kanserin tedavisine daha iyi uyum göstermeye imkân sağlar (48).

Kanser hastalarında beklenen psikiyatrik komorbiditelerden ilk akla gelen depresyon, tüm bedeni ilgilendiren bir rahatsızlıktır. Fiziksel, duygusal, davranışsal ve bilişsel semptomları vardır. Semptomların çeşitliliği, biyopsikososyal depresyon modelini özellikle uygun ve yararlı kılar. Hastalarla görüşürken, sorunları bilişsel, davranışsal ve fiziksel olarak üç geniş kategoride tanımlamak yararlı olabilir.

Tablo 6. Sık görülen konsültasyon liyezon sorunları (47)

Sorun	Yorumlar
İntihar girişimi ya da tehdidi	Kırkbeş yaş üzeri erkekler, sosyal destek yokluğu, alkolizm, önceki intihar girişimleri, ağırlı tıbbi hastalığa dayanamama ve intihar düşünceleri yüksek risk oluşturur. Risk varsa hasta 24 saat gözetim altına alınmalıdır.
Depresyon	İntihar riski her çökkün hastada değerlendirilmelidir. Depresyonda bilişsel sorunlar demansla tanı karışıklığına yol açabilir (psödodemans). Madde kötüye kullanımı ya da reserpin, propranolol gibi çökkünlüğe yol açabilecek ilaç kullanım öyküsü kontrol edilmelidir.
Ajitasyon	Sıklıkla tıbbi durum, ilaç yoksunluğu gibi durumlarla bağlantılıdır. Aşırı ajitasyonlarda en yararlı ilaç haloperidoldür. Ciddi durumlarda fiziksel tespit kullanılır. Ajite davranış gösteren hastalarda emir veren varsanılar ve paranoid düşünce değerlendirilmelidir. Kortizol paranoyası, antikolinergik deliryum gibi ilaca bağlı toksik etkiler dışlanmalıdır.
Uyku bozukluğu	Yaygın neden ağrıdır. Sabahları erken uyanma depresyonla ilişkilidir. Uykuya dalmada güçlük anksiyete ile ilişkilidir. Nedene göre anksiyolitik ya da antidepresan ilaç kullanılır. Bu ilaçların analjezik etkisi yoktur. Bu nedenle uygun analjezikler tedaviye eklenir. Erken ilaç yoksunluk sendromu dışlanmalıdır.
Yönelim bozukluğu	Deliryumla demansın ayrılmasında metabolik durum, nörolojik bulgular ve drog öyküsü gözden geçirilmelidir. Ciddi ajitasyonlar için küçük dozlarda antipsikotikler verilir. Benzodiyazepinler gece kötüleşmeye (ataksi, konfüzyon) yol açacak durumu daha da kötüleştirebilir. Çevresel değişiklikler hastanın duyusal yoksunluğa girmemesi için yapılır.
Tedaviye uyumsuzluk veya reddetme	Hastayla doktoru arasındaki negatif aktarım uyumsuzluğun en sık nedenidir. Tedavi sürecinden ve ilaçlardan korku, güven vermeyi ve bu konuda eğitilmeyi gerektirir. Tedavinin reddi yargılama ile ilgilidir. Yargılama bozulursa, hasta bu konuda bir kurul tarafından yetersiz kabul edilir. Eşlik eden tıbbi ve nörolojik durumlar yatan hastaların bozulmuş yargılamalarının temel nedenidir.

Depresif bozukluk için özgün tanı ölçütlerinin gözden geçirilmesi oldukça kolay ve açık olsa da, her görüşmede etkin olarak dikkate alınması olası değildir. Depresyonu tanımak için potansiyel bir dizi engeller vardır. Bunlar, tanı koymak için gerekli zaman, hastanın somatizasyon göstermesi ve başka psikiyatrik olmayan hastalıkların aynı zamanda var olmasıdır (49).

Kanser hastalarında sıklıkla görülen bir başka klinik durum olan anksiyete, otonom sinir sistemi etkinliğini gösteren nesnel belirtilerin eşlik ettiği yaygın, hoş olmayan ve genellikle belirsiz, öznel bir kaygı duygusudur. Anksiyete deneyimi, korku sezgisi veya olaylar üzerinde denetim yokluğuyla birlikte.

Ruhsal bileşenler, bireyden bireye değişmekte olup, kişilikten ve baş etme düzeneklerinden güçlü bir şekilde etkilenmektedir. Ayrıca, atlanmaması gereken bir hastalık grubu olarak somatiform bozukluklar vardır. Belirgin sıkıntı ve işlevsel bozukluk yaratan açıklanamayan fiziksel semptomları içerir. Birinci basamakta sık olarak karşılaşılan ve en zor sorunlardan birisidir (49).

Ankara'da 2000-2001 yıllarında Beser ve Öz (50) tarafından 80 lenfomalı hasta üzerinde yapılan bir araştırmada, anksiyete ve depresyon oranlarının kemoterapi sonrası arttığı gözlenmiştir. Anksiyete ve depresyonun, kemoterapi alan lenfomalı hastalarda tedavi ve hastalık sürecinde artması ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemesi nedeniyle, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarına; hastaların anksiyete ve depresyona yol açabilecek fiziksel ve psikososyal gereksinimlerini iyi değerlendirip, uygun tedavi ve bakım standardı geliştirmeleri önerilir.

Ateşçi ve ark.'ın (51) 150 kanser hastası ile yaptıkları çalışmada, kanser hastalarında en fazla depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu ve majör depresif bozukluğun bulunduğu, özkıyım düşüncelerine de sık rastlandığı saptanmıştır. Hastanede yatma, kadın cinsiyeti, hastalığın bilinmesi, geçirilmiş psikiyatrik bozukluk ve stres etmenleri psikiyatrik bozukluklar için önemli risk etmenleridir. Bu sonuçlar, kanser hastalarında tıbbi tedavinin yanı sıra, psikiyatrik sorunların tanınması ve uygun yaklaşımların saptanmasının önemini ortaya koymaktadır. Özellikle depresyonun varlığı tedaviye uyumu bozarak hastanede kalış süresini ve tedavi masraflarını arttırmakta ve hastalığın gidişini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hastaların kansere yükledikleri anlamlar ve hastalığı algılayış biçimleri kansere verilen yanıtı etkilemektedir. Ayrıca tıbbi, ruhsal ve sosyal etmenler de bu yanıt sürecinde önemli rol oynamaktadır. Kanser evresi, tedavinin yan etkileri, ruhsal olgunluk, aile-arkadaş desteği, ekonomik durum gibi değişkenler bu etmenler arasında yer almaktadır.

Diğer risk etkenleri alkol bağımlılığı, ilerlemiş kanser, yetersiz ağrı kontrolü, eşlik eden başka bedensel hastalıklar ve depresyona neden olabilen kemoterapötik ajanların kullanılmasıdır. Kanserde depresyona yol açabilen ilaçlar arasında prednizon, deksametazon, prokarbazin, vinkristin, vinblastin, l-asparaginaz, tamoksifen, interferon, antihipertansifler, narkotikler, beta blokerler, benzodiyazepinler, antiparkinson ajanlar sayılabilir. Ayrıca hormon salgılayan tümörler, pankreas başı kanseri, merkezi sinir sistemi tümörleri, üremi, ensefalit ve elektrolit dengesizliği depresyona yol açabilme potansiyeli taşıyan diğer nedenlerin başında gelir (52). Kanser hastalarında psikopatoloji gelişimindeki faktörler Tablo 7’de özetlenmiştir.

Özbek ve ark. (53) tarafından 2001-2002 yıllarında 65 kanser hastası üzerinde yapılan araştırmaya katılanların %52,3’ünün hastalığının erken teşhis edildiğini belirtmiş olmasına rağmen, %87,7’sinin hastalıktan önce bir sağlık kontrolü yaptırmadığı ve %40’ının da bir yıl ve üzeri süredir hastalık belirtilerine sahip oldukları görülmüştür. Hastalar iyileşme istekleri doğrultusunda kendilerini motive etmektedirler. Hastaları gerçekçi, ulaşılabilir hedeflere odaklanmaları konusunda motive etmek önemlidir. Hastaların motivasyonu zamanla, deneyimle ve kişisel etkileşimle değişebilmektedir. Bu nedenle tedavi ekibinin hastaya hastalığı hakkında gerçekçi bilgiler vermesi ve bu gerçeklerle baş etmelerine yardımcı olacak psikososyal desteği sunması gerekmektedir.

Tablo 7. Kanser hastalarında psikopatoloji gelişimindeki faktörler (21)

1.	Tıbbi süreçler ve merkezi sinir sistemine etkileri
2.	Kanser tanı ve tedavisinin kaygı, yas ve felaketçi etkisi
3.	Premorbid kişilik yapısı
4.	Zemindeki nöropsikiyatrik hastalık ve alınan ilaçların etkisi
5.	Fiziksel hastalığın şiddeti, fonksiyon kayıpları ve bu kayıpların algılanış şekli
6.	Terminal dönem
7.	Prognozun kötü olması
8.	İmpuls kontrolünün azaldığı deliryum durumları
9.	Ağrının kontrol edilememesi
10.	Alkol ve madde kötüye kullanımı
11.	Sosyal izolasyon

Psikiyatrik Hastalıklar İçi Tanı Ölçütleri

Kemoterapi alan hastalarda, yakınlarında ve bakımverenlerde sıklıkla görülmesi olası bazı tanıların DSM IV TR (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) için tanı ölçütleri şu şekilde yer almaktadır (54).

Majör depresif bozukluk:

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya depresif duygudurum (1. madde), ya da ilgi kaybı-artık zevk alamama (2. madde) olması gerekir. (Not: Açıkça genel tıbbi bir duruma bağlı olan ya da duyguduruma uygun olmayan hezeyan ya da halüsinasyon semptomlarını katmayınız.)

1. Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. kendisini üzgün ya da boşlukta hissettiğini ifade etmesi), ya da başkalarının gözlemesi (örn. ağlamaklı bir görünümünün olduğunun ifade edilmesi) ile belirli, hemen hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.

2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere).

3. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması (not: çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması).

4. Hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnianın (aşırı uyku) olması.

5. Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir).

6. Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

7. Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (bu durumu ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemlemiştir).

9. Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölümden korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu semptomlar bir mikst epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılan bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar 'yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitilmesinden sonra bu semptomlar iki aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.

Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluklar: Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk kategorisi, majör depresif bozukluk, distimik bozukluk, depresif duygudurumu ile giden uyum bozukluğu, ya da karışık anksiyete ve depresif duygudurumu ile giden uyum bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamayan, depresif özellikler gösteren, bozuklukları kapsar.

Minör depresif bozukluk bunlardan biridir ve bu bozuklukta depresif semptomlar en az iki hafta sürer, ancak bu semptomlar majör depresif bozukluk tanısı konması için gerekli beş semptomdan daha azdır.

Posttravmatik stres bozukluğu:

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır.

1. Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.

2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır.

B. Travmatik olay aşağıdakilerden bir ya da daha fazlası yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır.

1. Olayın, elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşlemler, düşünceler ya da algılar vardır.

2. Olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme.

3. Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyanmak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, halüsinasyonları ve dissosiyatif ‘flashback’ epizodlarını kapsar).

4. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma.

5. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme.

C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan).

1. Travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları.

2. Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları.

3. Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama.

4. Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması.

5. İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları.

6. Duygulanımda kısıtlılık (örn. sevmeye duygusunu yaşayamama).

7. Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (örn. bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama).

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması.

1. Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük.

2. İrritabilite ya da öfke patlamaları.

3. Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme.

4. Hipervijilans.

5. Aşırı irkilme tepkisi gösterme.

E. Bu bozukluk (B, C ve D tanı ölçütlerindeki semptomlar) bir aydan daha uzun sürer.

F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozuklukları: Bu kategori, herhangi özgül bir anksiyete bozukluğu, anksiyete ile giden uyum bozukluğu, ya da karışık anksiyete ve depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamayan, belirgin anksiyete ya da fobik kaçınma gösteren bozuklukları kapsar. Örnekleri arasında şunlar vardır.

1. Karışık anksiyete-depresyon bozukluğu: Anksiyete ve depresyonun klinik açıdan önemli bir takım semptomları vardır, ancak ne özgül bir duygudurum bozukluğunun, ne de özgül bir anksiyete bozukluğunun tanı ölçütleri karşılanmamaktadır.

2. Genel tıbbi bir durumun ya da mental bozukluğun olmasının toplumsal etkileriyle ilişkili, klinik açıdan önemli sosyal fobik semptomlar (örn. Parkinson hastalığı, dermatolojik durumlar, anoreksiya nervosa, vücut dismorfik bozukluğu).

3. Rahatsızlığın anksiyete bozukluğu tanısı koyduracak denli şiddetli olduğu, fakat bireyin herhangi bir özgül anksiyete bozukluğunun tüm ölçütleri için yeterli semptom bildiremediği durumlar; örneğin, birey panik ataklarının sınırlı-semptom atakları olması dışında agorafobisiz panik bozukluğunun bütün özelliklerini sergilemektedir.

4. Klinisyenin bir anksiyete bozukluğu olduğu sonucuna vardığı, ancak bunun primer mi, genel tıbbi duruma mı bağlı olduğunu ya da madde kullanımının mı buna yol açtığını belirleyemediği durumlar.

Uyum bozuklukları:

A. Stres etken(ler)inin başlangıcından sonraki üç ay içinde, gösterilebilir stres etken(ler)ine bir tepki olarak duygusal ya da davranışsal semptomların gelişmesi.

B. Aşağıdakilerden birinin varlığı ile kanıtlandığı üzere bu semptomlar ya da davranışlar klinik açıdan önemlidir:

1. Stres etkeniyle karşı karşıya kalma sonucu ortaya çıkması beklenene göre çok daha aşırı, belirgin sıkıntı.

2. Toplumsal ya da mesleki (eğitimle ilgili) işlevsellikte belirgin bozulma.

C. Stresle ilişkili bozukluk başka özgül bir Eksen I bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamaz ve sadece önceden var olan bir Eksen I ya da Eksen II bozukluğunun bir alevlenmesi değildir.

D. Bu semptomlar 'yas'ı göstermemektedir.

E. Stres etkeni (ya da bunun sonuçları) bir kez sonlanınca semptomlar ek bir 6 aylık süreden daha uzun sürmez.

Genel tıbbi bir duruma bağlı ruhsal bozukluklar: Genel tıbbi bir duruma bağlı ruhsal bozuklukların her biri için geçerli olan bazı temel özellikler vardır. Göz önünde bulundurulması gereken noktalardan biri, genel tıbbi durumun başlaması, alevlenmesi ya da remisyonu ile ruhsal bozukluğun başlaması, alevlenmesi ya da remisyonu arasında geçici bir birlikteliğin olmasıdır. Göz önünde bulundurulması gereken ikinci bir nokta primer ruhsal bozukluk için atipik özelliklerin bulunmasıdır. Genel tıbbi bir duruma bağlı ruhsal bozuklukların tanısı koyulurken primer ruhsal bozuklukların ve madde kullanımının yol açtığı ruhsal bozukluklar dışlanmalıdır. Ayrıca semptomlar sadece deliryum dönemlerinde ortaya çıkıyorsa deliryum dışı bir tanı koymayı gerektirmezler.

KANSERDE BAKIM

Erken dönem kanser hastalarında yahut kanseri atlattmış hastalarda psikiyatrik ve diğer nedenlere bağlı yaşam kalitesi kaygıları ile terminal dönem hastaların yaşam kalitesi beklentileri farklılık arz edebilir. Özellikle son dönem hastalarda yahut hastalığa bağlı fonksiyonelliklerini yitiren hastalarda 'bakım' ve 'bakım vermek' kavramları önem kazanmaktadır. Örneğin; terminal hastalığı olan bir hastanın yönetiminde, palyatif bakım bir yaklaşım biçimidir. Palyatif bakım, hastalığın tedavi edilme amacından ziyade, bulguların kontrolü ve bunların yok edilmesini ifade eder. Palyatif bakım; hastalar, hastaların bakımı ile ilgilenenler, konsültanlar, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları ve diğer sağlık çalışanlarını içine alan kapsamlı sürekli ve multidisipliner bir hasta bakımındır (55).

Ayrıca palyatif bakımın bir şekli olarak; ülkemiz için yaygın olmasa da, özellikle terminal dönem kanser hastalarına ömürlerinin son kısımlarının yaşam kalitesini olabildiğince arttırmak amacıyla hospis bakımı verilmektedir. Hospis bakımının hedefi, acı çekmeyi azaltıp hastanın ve ailesinin günlük yaşam kalitesini geliştirmektir. Bu hedefleri başarmak için bakımın hastalık merkezli değil, bütüncül birey ve aile merkezli olması gerekir. Rahatlamayı sağlamanın karmaşık hedefi tek boyutlu olmamalı, insan deneyiminin dört boyutunu da içermelidir; fiziksel (ağrı, dispne, öksürük, bulantı, kusma, konstipasyon, ajitasyon, deliryum

vs.), duygusal (anksiyete, depresyon, yas vs), sosyal (aile bireyleri ile bitmemiş işler, finansal sorunlar, çocuk bakımı, vs), spiritüel (suçluluk, değersizlik, anlamlandırma vs.). Hospis bakımını, bu dört alandaki sorunlarla baş edebilecek eğitimli üyelerden oluşan bir ekip (tıbbi yönetici, hospis hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, din görevlisi, yas danışmanı, hasta bakıcı ve gönüllü) sağlamaktadır (49).

Hastalığın seyrine bağlı olarak, hastalar açısından birçok yönden evde profesyonel bir bakım almak çok daha avantajlı olmaktadır. Evde bakım hizmeti, akut kronik hastalığa sahip ya da özürlü bireylere, yeni doğum yapan kadınlara, yeni doğana, yaşlı bireye, cerrahi müdahalede bulunulan bireylere, psikiyatrik ya da mental sorunu olanlara, terminal dönemdeki hastaya, hastaneden yeni taburcu olan, günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyen, tedavisini uygulayamayan, özel izlem gerektiren hastalık ya da tedaviye sahip olan bireylere verilen profesyonel bir hizmet türüdür. Bu sistem sağlık bakım sistemleri gelişmiş olan ülkelerde, son 40 yıldır uygulanmaktadır (48).

Bir başka tanıma göre evde bakım hizmetleri, sağlığı yükseltme, sürdürme, hastalık anında iyileştirme ve sakatlık/hastalıkların etkisini azaltarak bağımsızlık seviyesini yükseltme amacıyla bireylere ve ailelere yaşadıkları ortamda da verilen sürekli ve geniş kapsamlı sağlık bakımının bir parçası olup, kendi ev ortamında bakım almayı isteyen fakat yakınları tarafından verilemeyen tıbbi, hemşirelik ve sosyal bakıma gereksinimi olan, kronik veya terminal hastalıklı, iyileşme sürecinde veya yetersizliği olan kişilere, sağlık, ekonomik ve sosyal hizmetler gibi alanlarda çalışan meslek grupları tarafından sunulan hizmetlerdir (56).

Ayrıca özellikle belirtmek gerekir ki, güvenilir bir bakıcının olmasının kanser tedavisini etkileyen bir faktör olduğu bilinmektedir (48).

Ayrıca Dedeli ve ark. (57) tarafından 2007’de 105 kanser hastası üzerinde yapılan bir çalışmada; kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının bozulmasına rağmen, sosyal desteklerinin oldukça iyi olduğu gözlenmiştir. Sosyal destek, kanserli bireylerin genel iyilik hali için bakım kadar yararlı bir kavramdır.

Özellikle bakım açısından, sağlık profesyonellerinin birçok çalışmaları mevcuttur. Amerika Onkoloji Hemşireliği Birliği ve Amerika Hemşireler Birliği tarafından geliştirilen Profesyonel Performans Uygulama Standartlarına göre onkoloji sağlık çalışanlarının hasta bakımıyla ilgili bazı özel sorumlulukları vardır. Bunlar şu ana başlıklar altında özetlenebilir (58).

1. Hasta ve ailesini hastalık, tedavi ve bakım konusunda bilgilendirmek.
2. Hasta ve ailesine emosyonel destek sağlamak.

3. Yaşam kalitesini iyileştirmek.
4. Tedavinin gidişi boyunca bakımı koordine etmek.
5. Tedavi rejimlerinin uygulanmasını sağlamak.

Sağlık profesyonellerinin bakım rolünde en çok yapmış oldukları işlevler sırası ile; kardiyovasküler fonksiyonun sürdürülmesinde vital bulguların takibi (%44,4), hasta ve çevre güvenliğinin sağlanmasında enfeksiyonun önlenmesine yönelik aktiviteler (% 43,3), rahatlığın sağlanmasında psikolojik destek verme (%41), yeterli ve uygun hareketin sağlanmasında mobilize etme (%30,9), boşaltımın sağlanmasında hekim istemi ile yapılan müdahaleler (%30,4), solunum fonksiyonunun sürdürülmesinde oksijen vermedir (%29,9). Sağlık çalışanlarının en az yerine getirdiği işlev, hastanın cinsel yaşamını sürdürmesine ilişkin bilgilendirilme işlevidir. Sağlık profesyonellerinin %33,3'ü konuya ilişkin hiç bir aktivitede bulunmadığını belirtmiştir (59).

Bakımın sağlık profesyonellerince değil de evde, aile fertleri tarafından üstlenilmesi ülkemizde çok daha sıklıkla karşılaştığımız bir durumdur ve gerek hastaya, gerekse aileye birçok olumlu-olumsuz tesiri vardır.

KANSERLİ HASTALARA BAKIM VERENLERDE YAŞAM KALİTESİ

Kanser bir aile hastalığıdır. Son yıllarda gelişen tedavi yöntemleri sonucu kanserli hastalar daha uzun süre yaşamaktadır ve uzun süre hastanede kalmanın tedavi ve bakım maliyetini artırması nedeniyle karmaşık kemoterapi ve radyoterapi protokolleri artık evde, taburcu edilmiş hastalara da uygulanmaktadır. Bu nedenlerle kanser tanısı alan birey kadar aile üyelerinin de günlük yaşam düzeninin bozulduğu ve kanserli hasta ailesinin stresinin arttığı düşünülmektedir (60).

Evde iyileşme olanağı hastaneye göre daha çok tercih ediliyor olabilir ancak, kanserli hastaya evde bakım verme, hastalık olayının tamamen aile üyelerinin günlük yaşamına girmesine ve günlük rutinlerinin bozulmasına neden olmaktadır. Kanserlin hasta ve ailesinde neden olduğu fiziksel, ruhsal ve sosyal değişiklikler, bu kişilerin yaşam kalitelerinin tartışılmasına yol açmıştır (61).

Örneğin beyin tümörü olan hastanın bakımını sürdüren aile bireylerinin yaşadığı fiziksel sorunlar yorgunluk, iştah, boşaltım, uyku, dikkat gibi bilişsel fonksiyonlar ve kişisel bakımda değişiklikler olarak sıralanabilir. Aile üyelerinin yaşadığı psikolojik sorunlar ise ağlama isteği, uygunsuz durumlarda gülme, konuşmak istememe, aşırı konuşma isteği, sıkıntı hissi, güçsüzlük, ümitsizlik, korku, anksiyete, depresyondur. Ailelerde sosyo-kültürel

sorunlar, güncel olayların takibinde azalma, komşuluk ilişkilerinde azalma, çevredeki diğer insanlarla olan ilişkilerde azalma (iş arkadaşları, sosyal arkadaşlar, vb), kültürel aktivitelere katılımında azalma, gece sosyal aktivitelere katılımında azalma görülmektedir. Beyin tümörü olan hastanın bakımını sürdüren aileler cerrahi, radyoterapi, kemoterapi gibi tedavi yöntemlerinde sağlık bakım kaynaklarından yararlanmada ekonomik sıkıntı yaşayabilmektedir. Fiziksel yetersizlikleri olan hastaların evde bakımı da ekonomik yük getirmektedir (62).

Hasta genel olarak evinde rahattır, evde bakım ile birçok risk azaldığından hastaneye geri dönüşler azalır; hasta ve ailelerin yaşam kalitelerinde artma görülür ve hastaların tedavilerine aktif katılımlarının sağlanması ile de tedavi planlarının kontrol altına alınarak hastanın otonomisinin sürdürülmesine olanak sağlanır. Ev ortamında hastaneye göre daha çabuk iyileşme görülebilir. Fakat daha önce de vurgulandığı gibi kanserli hastaya evde bakım verme, hastalık olayının tümü ile aile üyelerinin günlük yaşamına girmesine neden olmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanları bütüncül bakım vererek hasta ve ailesini birlikte değerlendirmelidir (56).

Kanser alanında yaşam kalitesi çalışmaları, hastaların algıladıkları sağlık durumlarını ortaya koyarken, çeşitli girişimlerin kanser hastalarının günlük yaşamlarına etkisini belirlemektedir. Bütün bunlara karşın gündelik tıp uygulamasında hastanın tedavisinin planlanması sırasında yaşam kalitesi değişkenleri daha geri planda kalmaktadır.

Kanser hastalarına bakım verenler ve aile üyeleri bir yana, hizmet verenlerin yaşam kalitesine bakışları incelendiğinde farklı sonuçlar çıkmıştır. Onkologların %80'i tedaviye başlamadan önce yaşam kalitesi verilerinin toplanması gereğini vurgularken, ancak %50'si fiilen ölçüm yapmaktadır. Aslında onkologların %59'u yaşam kalitesi verisi toplamayı arzu ettiklerini belirtmektedirler. Ancak, onkologlar yaşam kalitesinin palyatif kemoterapi seçiminde bile en önemli değişken olmadığını vurgulamaktadırlar. Yaşam kalitesinin hastalığın hangi karar aşamasında seçildiği sorulduğunda, %31 oranında palyatif kemoterapi ilk sırada, %18 ile tedavi seçeneğinin belirlenmesi ikinci sırada yer almaktadır. Aslında gündelik uygulamadaki duruma bakıldığında hekimlerin, yaşam kalitesi yerine hastaların işlevsellik durumunu sorguladıkları ortaya çıkmaktadır. Hekimler yaşam kalitesi kavramını önemli kabul etseler bile, gündelik uygulamalarında yaşam kalitesini %77 oranında klinik deneyimleriyle ölçtüklerini bildirmektedirler. Bu sonuçlar, hekimlerin gerek yaşam kalitesi gerekse onu ölçme yöntemiyle ilgili farklı eğilimlerine dikkat çekmektedir (63).

Özellikle kanser gibi ölümlü sonuçlanabilen bir hastalık değerlendirilirken, hastalığın terminal dönemi ön plana çıkar. Bu dönemde aile üyeleri de çok zor anlar yaşarlar. Aile

üyeleri ya artık bunun bitmesini ister, ya da kaybetmek üzere olduğu bireye ümitsizce tutunmaya çalışır. Bu dönemde hastanın fiziksel ve duygusal bakımının yanı sıra, hastanın ailesi ve yakınlarının da desteğe gereksinimleri olduğu unutulmamalıdır. Hastayla aynı şiddette olmamakla birlikte, aile ve tedavi ekibi üyelerinin de hastaların geçirdikleri aşamaları yaşadıkları ileri sürülmektedir. Hastanın ölümü, aile için bir yıkım olabilir. Sevilen kişinin aniden kaybedilmesi ile aile keder yaşamaya başlar. Bu süreç kaybedilen kişinin sağlığında ve ölümcül hastalığın tanısı konulduktan sonraki dönemde farklı boyutlarda yaşanır. Tanıdan sonraki kederde aile üyeleri sevdikleri bu insanı bir gün kaybedeceklerinin farkındadırlar. Keder yaşayan bireyler çaresizlik, suçluluk, inkâr, korku, şaşkınlık ve öfke gibi duygular yaşayabilirler. Beklenen ölüme ilişkin bu duygular, bireyin yitirilmesinden sonra yaşanan duygular kadar şiddetli olabilir. Bazı aileler için ölümün beklenmedik olması, ölüm aşamasında kontrolü sağlamada ve sevilen kişi ile ölümünden önce vedalaşmalarında güç kazandırabilir. Beklendik de olsa ölüm, geride kalanların bir biçimde mücadele etmelerini gerektirir ve ölüme baş etmenin getirdiği karmaşık başka sorunları da yaşatır. Ölümle ilgili tepkiler, bireylerin duygusal ve bilişsel gelişim düzeyine ve sosyokültürel yapının özelliklerine bağlı olmakla beraber genellikle birbirlerine benzer (64).

Kanser hastalığı hastaların olduğu kadar, profesyonel olsun ya da olmasın bakım verenlerin ve diğer yakınlarının yaşam kalitesine hastalığın her aşamasında ve bazen ölümden sonra da büyük tesiri olan bir hastalıktır ve her zaman bu yük göz ardı edilmeden değerlendirilmelidir.

KANSERLİ HASTALARA BAKIM VERENLERDE PSİKOSOSYAL DURUM

Kanser, tıp ve teknolojiye tüm ileri gelişmelerin tanı ve tedavide sağladığı büyük ilerlemelere rağmen anlamı, ima ettikleri ve ölüm korkuları ile hekim ve diğer bakım ekibi elemanları için stres kaynağıdır. Özellikle terminal dönemde tüm teknik, tıbbi ve bilimsel olanaklar sunulsa da sonun değişmemesi, hastayla yaşarken duyulan empati, tedavi ve bakımın getirdiği yorgunluk ekibin işini zorlaştırır. Terminal dönemde bakımın esas olması, yaşam kalitesinin arttırılmasının amaçlanması bakım verenlere yeni rol ve işlevler yükler. Tüm girişimlere, tedavi ve çabalara rağmen durumun kötüleşmesi çaresizlik duyguları yaratır. Ayrıca tedavi süresince çeşitli nedenlerle sıklıkla oluşan organik beyin sendromu ve kişilik-zihinsel süreçlerde çözülme, ekipte kaygı ve çaresizlik duygularını arttırır. Diğer insanlara kıyasla bakım ekibi acı, ağrı ve kayıp duygusunun yarattığı etkiyle, bu duygulardan korunmak için hastadan uzaklaşma eğiliminin denetlenmesi gereğinin gerginliğini yaşarlar. Gerginlik çok yönlüdür. Hasta-aile, hasta-bakım ekibi, aile-bakım ekibi arasında bağımlılık ve kızgınlık

beraber yaşanır. Süreç içinde yaşanan ekonomik güçlükler karşısında bakımın psikososyal unsurlarının en önce feda edilme durumu, bakım kalitesine ilişkin sorunlar yaratır (65).

Kanser hastalığının ailenin diğer fertleri üzerindeki etkileri incelendiğinde çok çeşitlilik arz ettikleri görülecektir. Örneğin meme kanseri olan kadınların yakınlarıyla ilişkilerinin ve tutumlarının multifaktoriyel olduğu anlaşılır.

Yapılan araştırmalarda meme kanserine daha iyi uyum sağladığını bildiren hastaların diğerlerinden daha yaşlı olduğu, daha uzun süredir evli olduğu ve eşinden, çocuklarından, doktorundan, hemşiresinden daha çok destek gördükleri belirtilmektedir. Yapılan bir çalışmada evli olmayan kadınların meme kanseri tanısını öğrendikten sonra, erkek arkadaşlarından ayrıldıkları, meme kanseri tedavisine başladıktan sonra, yeni ilişkilere başladıkları belirlenmiştir. Bekâr kadınlar partnerlerinin kendilerini reddetme/geri çevirme potansiyelinden korkup, bu psikoloji ile ayrıldıklarını belirtmişlerdir. Benzer bir çalışmada, dul veya hiç evlenmemiş kadınların hastalık evrelerinde biraz daha fazla zorluk yaşadıkları belirlenmiştir. Araştırmalar hasta ve eşinin olaya uyum sağlama düzeylerinin anlamlı derecede birbirine bağlı olduğunu göstermiştir.

Hastaların uzun zaman süren kombine tedavileri, kontrolleri evde kendisine düşen eski görev ve sorumlulukların değişmesine neden olacaktır. Bu da aile fertlerinin özellikle eşlerin, bundan sonra ömür boyu sürecek bir sorumluluk paylaşımı ve anlayış geliştirmelerine neden olacaktır. Bunlara da ek olarak hastanın sağlık sorumluluğuna, özbakım gücüne sahip olması, gelişebilecek komplikasyon veya metastazlara karşı uyanık olması ve bunları yaşam biçimi haline getirmesi için de ailesel desteğe gereksinim vardır (66). Örneğin, mastektomi sonrası hastaların evlilik uyumu ve yaşam doyumu üzerinde eş desteği oldukça önemlidir. Meme kanserli hastaların duygularını açıkça ifade edebilmeleri için danışmanlık yapılması ve eşlerin birbirlerine destek olmak için bilgilendirilmesi önerilir (67).

Kanser eşler arasındaki ilişkileri başka yönden de etkileyebilir. Meme kanseri olan genellikle genç yaştaki hastalarda, kadınlığın sembolü olan meme kaybı ile birlikte, kadınlık algısı değişmekte; kilo kaybı/kilo alma ve saç kaybı da oluşunca kendilerini çekici hissetmemeye bağlı cinsel sorunlar yaşanabilmektedir. Hastaların tanı almalarını takiben yaşadıkları psikolojik süreçler çok sayıdaki çalışmada ele alınmış ve tanımlanmış olmasına rağmen, hastaların yakınları örneğin meme kanserli hastaların eşlerinin hastalık sonrası yaşadıkları tam olarak bilinmemektedir ve yeterince araştırılmamıştır (68).

Kanser hastasına bakım veren kişilerin %70-80'ini eşler, %20'sini çocuklar ve %10'unu da arkadaşlar ve diğer yakınlar oluşturmaktadır. Ailenin günlük yaşamının ve

rutinlerinin sürekliliğini sağlamada odak kişiler olan eşlerin, bu işlevler dışında kendi gereksinimlerini karşılama sorumlulukları da vardır. Konu ile ilgili yapılan araştırmalarda bakım verme sırasında eşlerden yarısının mesleki yaşamlarında, evde ve çocuk bakımında ve diğer aktivitelerde sorumluluklarını yerine getirmekte sorun yaşadıkları saptanmıştır. Ayrıca eşlerin, sözü edilen sorun alanları dışında bakım vermekte olduğu eşinin fiziksel ve duygusal gereksinimlerini karşılamada da sorunları olduğu ortaya çıkmıştır. Eşlerin duygusal ve sosyal alandaki sorunları kanserin tanı, tedavi ve terminal aşamalarında ayrı ayrı incelenmiş ve her birinde farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu sorunların şiddeti ve çeşidi hastalığın terminal döneminde diğer dönemlere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu nedenlerle öncelikle eşlerin duygusal ve sosyal iyilik hallerinin iyileştirilmesi ve sağlık çalışanlarının terminal dönemdeki hasta bakımına ve ölümden sonraki yas sürecinde öncelikle bakım veren eşin duygusal ve sosyal sorunlarına yönelmesi gerekmektedir (69).

Yapılan araştırmalarda kanser hastasının eşinin duygusal alanda yaşadığı sorunlardan en sık görülenin ümitsizlik, anksiyete ve ölüm korkusu olduğu belirtilmiştir. Bu sorunların kanserin prognozu kötüleştikçe; yani terminal aşamaya yaklaştıkça şiddeti artarak psikiyatrik bir tanıya dönüşebilmektedir (69).

Bilge ve ark. (70) 2003 yılına 88 kanser hastası yakınıyla yaptığı çalışmada: Kanser hastaları yakınlarının, hastalarına yönelik ölüm korkularının olması, kendilerinin de kanser riski olduğunu düşünmesi, bu nedenle yaşamında değişiklik yapmak zorunda olmaları ve tedavi sürecinde hastalarına eşlik etmeleri nedeniyle sürekli öfke ve kaygı yaşayabileceği düşünülmektedir. Literatürde, ailesinde kanser bulunduğunu bilen birisinin, kendisinde de hastalığın gelişip gelişmeyeceğine yönelik kendisi ve yakınları için kaygılı bir yaşam sürmekte olduğu bildirilmiştir.

Eşinin kanseri ile ilgili olarak kendi duyguları ile baş etmeye çalışırken, bir yandan da hasta eşine destek olmaya çalışan eşlere; annelerine yardımcı olmaya çalışırken kendi kaygıları ile uğraşan çocuklara ve hastanın bakımında rol alan diğer aile büyüklerine yardımcı olunması gerekmektedir. Bazen hastalığı taşımadığını öğrenenlerde suçluluk duygusu da oluşabilir. Araştırma bulgularına göre; kanserden korunma davranışı gösterenlerin, öfkelerini daha iyi kontrol edebildikleri, kanserden korunmak için hiçbir şey yapmayanların öfkelerini dışa yansıttıkları ve sürekli öfke yaşadıkları tespit edilmiştir (70).

Hastalık karşısında verilen tepkilerde sosyodemografik özelliklerin önemli farklar yarattığı bilinmektedir. Hastalığın türüne ve derecesine bakılmaksızın; kadınların, eşlerinin hastalıkları sırasında erkeklere oranla daha yüksek düzeyde psikolojik sorunlar

deneyimledikleri bilinmektedir. Ayrıca genç çiftlerde duygusal problemler ve rol karmaşasına bağlı sorunlarla daha sık karşılaşılırken, daha ileri yaştaki çiftlerde ise tükenmişlik duyguları ve depresif tablo ön plana geçmektedir. Ailelerin yaşam döngüsü açısından bakıldığında küçük çocukları olan aileler ve daha yaşlı aileler risk altındadır (21).

Kanser çok çeşitli şekillerde aile üyelerinin hayatlarına etki eder ve psikososyal durumlarını değiştirir. Bu, tedavi planlanırken ve tedavinin her aşamasında, her zaman dikkate alınması gereken bir durumdur. Ailenin kanser sürecine uyum aşamaları Tablo 8’de özetlenmiştir.

Tablo 8. Aile açısından kansere uyum aşamaları (21)

Akut evre	Bu dönem hem hasta hem de hasta ailesi için ‘tepki’ evresi olarak adlandırılır. Burada en önemli konu tedavi ekibi tarafından doğru ve yeterli bilginin aile bireyleri ile paylaşılmasıdır. Bu durum aileyi duygusal tepki aşamasından, fonksiyonel ‘etkin’ tepki aşamasına taşıyacaktır. Akut evrede hem kendilerini hem de hastayı korumak açısından birçok aile sessiz bir tutum takınmayı tercih eder. Bu hem hastalığın seyri hem de aile içi ilişkiler açısından olumsuz bir yaklaşımdır.
Kronik evre	Bu evre uzun ve zahmetli tedavi sürecinin başladığı ve iyileşmenin hedeflendiği dönemdir. Bu aşamada aileler hem hastanın hem de ailenin diğer üyelerinin gereksinimlerini belirleyip normal gelişim süreçleri içinde yaşantılarını sürdürmelidirler. Aynı zamanda hasta ve ailenin en fazla sosyal izolasyon yaşadıkları dönemdir. Hastalığın ilk ve son evrelerinde arkadaşlar ve diğer akrabalar daha fazla yardıma ve paylaşımına açıkken bu aşamada bu destek azalır. Son olarak alışılması gereken bu yeni yaşam stili içinde aile içinde oluşan yeni roller ve sorumluluklar çeşitli güçlüklerle yol açabilir.
Son evre	Hastalığın son aşaması en güç aşamadır. Tedavinin netice vermemesi halinde hastanın kaybı sonunda hem oldukça travmatik bir dönemden geçen hem de sevdiklerini kaybeden aile üyelerini daha zor bir dönem beklemektedir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamız, 15 Mart 2011 ile 30 Nisan 2011 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesine başvuran 1413 kanser hastasının içinden kabul edilme kriterlerine uyan 810 hasta ve beraberlerindeki 497 hasta yakını üzerinde yürütüldü. Çalışmada, daha önceden 20 hasta ve hasta yakını üzerinde denediğimiz 176 maddelik anketimiz, hasta ile bire bir görüşülerek araştırmacı tarafından dolduruldu (Ek-1). Anketimiz, hastalar ve hasta yakınları için ayrı ayrı sosyodemografik formlar ile başlamakta, ardından her iki popülasyon için de ortak olarak doldurulacak olan yaşam kalitesi ve psikiyatrik komorbidite tarama ve tanı soruları ile devam etmekteydi. Anketin, klinik görüşmeyi de içeren kısmıyla beraber ortalama uygulanma süresi 10-15 dakikaydı. Anketimizde yaşam kalitesi değerlendirmesi için SF-36 Yaşam Kalitesi Formu, psikiyatrik komorbidite değerlendirmesi için PRIME-MD klinik görüşme modülü kullanıldı.

Çalışmamıza ayaktan kemoterapi alan hasta yahut bu hastaların yakını olanlar ve 18 yaşından büyük olanlar dahil edildi.

Tanısal amaçlı psikiyatrik görüşmenin yapılmasına engel olacak dil problemi bulunanlar, organik mental bozukluğu olanlar, ön psikiyatrik değerlendirilmesi sırasında psikoza ve geçmiş kronik psikotik hastalık öyküsü olanlar, mevcut kanser hastalığı görüşmeye engel olacak nitelikte terminal dönemde olanlar ve daha önce çalışmamıza katılmış olanlar çalışmaya dahil edilmedi.

SHORT FORM-36 YAŞAM KALİTESİ İNDEKSİ

Short form 36 birçok dilde çevirisi ve geçerlilik güvenilirliği yapılmış olan ve oldukça sık olarak kullanılan bir yaşam kalitesi değerlendirme ölçeğidir (71,72). Ware ve Sherbourne (73) tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Türkçeye de çevrilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve ark. (75) tarafından 1999 yılında yapılmıştır. Pınar (76) tarafından 2003 yılında geçerlilik ve yapı güvenilirliği tekrar çalışılmıştır. Jenerik ölçüt özelliğine sahip bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Sekiz boyutun ölçümünü sağlayan 36 maddeden oluşmaktadır (31).

1. Fiziksel işlev: Sağlık sorunları nedeniyle fiziksel aktivitelerin kısıtlanması (masa itmek, poşet taşımak, merdiven çıkmak, yürümek gibi günlük aktivitelerin etkilenmesi).

2. Sosyal işlev: Fiziksel ve duygusal nedenlerle sosyal aktivitelerin kısıtlanması (arkadaşlarını ve akrabalarını ziyaret gibi).

3. Fiziksel rol: Fiziksel sağlık sorunlarına bağlı rol kısıtlılıkları (çalışma saatleri ya da günlük aktivitelerden kaynaklanan fiziksel sağlık sorunlarına etkileri gibi).

4. Mental rol: Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (çalışma ya da günlük aktiviteler üzerine depresyon ya da anksiyete gibi emosyonel sorunların etkisi).

5. Mental işlev: Psikolojik sıkıntı ve iyilik ile ilgili olarak genel mental sağlık.

6. Yaşamsallık: Enerji, yorgunluk düzeyinin objektif değerlendirilmesi konusunda sorular.

7. Ağrı: Ağrının şiddeti ve çalışma gücünü nasıl etkilediği.

8. Genel sağlık: Kendi sağlığı konusunda hisleri.

Değerlendirme bazı maddeler dışında Likert tipi yapılmakta ve son 4 hafta göz önünde bulundurulmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirir ve puan yükseldikçe yaşam kalitesinin iyi olduğu şeklinde değerlendirilir. Bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği bildirilmektedir (74).

Fiziksel boyut fiziksel işlev, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlaması, ağrı, zindelik/yorgunluk (yaşamsallık) ve genel sağlık algısı alt boyutlarından; mental boyut sosyal fonksiyon, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlaması (mental rol), mental sağlık, zindelik/yorgunluk (yaşamsallık) ve genel sağlık algısı alt boyutlarından oluşur. Zindelik/yorgunluk ve genel sağlık algısı alt boyutları hem fiziksel boyut, hem de mental boyutta yer alır (77,78). Skorların elde edilme detayları ve yorumlanması Ek-2'de verilmiştir.

BİRİNCİ BASAMAK RUHSAL BOZUKLUKLARI DEĞERLENDİRME FORMU

Bu form Prime MD adıyla yaygın olarak bilinmekte olup, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar ve olası alkol kötüye kullanımı gibi, birinci basamak sağlık kuruluşlarında en yaygın görülen ruhsal bozuklukların birinci basamak hekimlerince kısa sürede ve doğru olarak teşhisi için tasarlanmış, tam yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Ölçek Spitzer ve ark. (79) tarafından geliştirilmiş olup, birinci basamakta çalışan hekimlerin, ruhsal bozukluk tanısı koyabilmeleri için tasarlanmış ilk görüşme ölçeğidir. Türkiye’de geçerlik-güvenirlik çalışması Abay ve ark. (80) tarafından yapılan ölçek, araştırmalarda yararlı görülmüş ve yaygın olarak kullanılmıştır. Bu birinci basamak için yapılandırılmış görüşme modülü sayesinde kısa bir sürede 16 değişik klinik sonuca ulaşılabilmektedir (81-83).

Formdaki Tanılar

1. Majör depresif bozukluk
2. Majör depresif bozukluğun kısmi remisyonu
3. Minör depresif bozukluk
4. Bipolar bozukluk şüphesi
5. Organik hastalığa, tedavi için kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı depresif bozukluk şüphesi
6. Panik bozukluğu
7. Yaygın anksiyete bozukluğu
8. Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu
9. Organik hastalığa, tedavi için kullanılan ya da diğer ilaçlara bağlı anksiyete bozukluğu şüphesi
10. Olası alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı
11. Multisomatoform bozukluk
12. Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluk
13. Kronik ağrı bozukluğu
14. Hipokondriazis

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu araştırmanın tüm istatistiksel analizleri “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS 19) paket programı (Seri No: 10240642) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Veriler normal dağılıma uymadığından nonparametrik testler kullanılmıştır. Kategorik değişkenler için Kikare, numerik-kategorik değişkenler için Mann Whitney U ve Kruskall Wallis, iki numerik değişken için Spearman korelasyon testi kullanılmıştır.

ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİ

Araştırmada elde edilen veriler araştırmanın istatistiksel hesaplarının planlanması açısından bağımlı ve bağımsız değişkenler olarak Tablo 9-10'daki gibi gruplandı. Her grup bağımlı ve bağımsız değişkenlerin kendi içlerinde çoklu karşılaştırılması ile incelendi. Hastalar ve hasta yakınlarının grupları birbirleriyle karşılaştırılmadı.

Tablo 9. Hastalar için araştırma değişkenleri

Bağımsız değişkenler (Hastalar)	Bağımlı değişkenler (Hastalar)
1. Cinsiyet	A. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği
2. Medeni durum	1. Fiziksel işlev alt ölçeği
3. Yaş	2. Fiziksel rol alt ölçeği
4. Çocuk varlığı	3. Mental rol alt ölçeği
5. Öğrenim durumu	4. Ağrı alt ölçeği
6. Meslek	5. Genel sağlık alt ölçeği
7. Çalışma durumu	6. Sosyal işlev alt ölçeği
8. Ekonomik durum	7. Mental işlev alt ölçeği
9. Sosyal güvence	8. Yaşamsallık
10. Tütün kullanımı	B. Prime MD (Birinci Basamak için yapılandırılmış psikiyatrik görüşme modülü)
11. Kiminle yaşandığı	
12. Ek kronik hastalık	
13. Malignite türü	
14. Tanı süresi	
15. Kemoterapi süresi	
16. Kaçıncı kür	
17. Metastaz	

SF-36: Short Form-36; **Prime MD:** Primary care evaluation of mental disorders.

Tablo 10. Hasta yakınları için araştırma değişkenleri

Bağımsız değişkenler (Hasta yakını)	Bağımlı değişkenler (Hasta yakını)
1. Cinsiyet	A. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği
2. Medeni durum	1. Fiziksel işlev alt ölçeği
3. Yaş	2. Fiziksel rol alt ölçeği
4. Çocuk varlığı	3. Mental rol alt ölçeği
5. Öğrenim durumu	4. Ağrı alt ölçeği
6. Meslek	5. Genel sağlık alt ölçeği
7. Çalışma durumu	6. Sosyal işlev alt ölçeği
8. Ekonomik durum	7. Mental işlev alt ölçeği
9. Sosyal güvence	8. Yaşamsallık
10. Tütün kullanımı	B. Prime MD (Birinci Basamak için
11. Kiminle yaşadığı	yapılandırılmış psikiyatrik görüşme modülü)
12. Kronik hastalık	
13. Hastaya yakınlık derecesi	
14. Hastayla mı yaşıyor?	
15. Başka bakım veren var mı?	
16. Bakım yükü	

SF-36: Short Form-36; **Prime MD:** Primary care evaluation of mental disorders.

DESTEK VE İZİNLER

Bu araştırmada uluslar arası etik kurallara uyulmuştur ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonundan etik onay alınmıştır (Ek-3).

BULGULAR

Çalışmamız, 15 Mart 2011 ile 30 Nisan 2011 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesine başvuran 1413 kanser hastasının içinden kabul edilme kriterlerine uyan 810 hasta ve beraberlerindeki 497 hasta yakını üzerinde yürütüldü.

TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Hasta ve hasta yakınları toplu olarak değerlendirildiğinde, yaşlarının 18 ile 86 yıl arasında değiştiği ve yaş ortalamalarının 51,9 yıl olduğu hesaplanmıştır. Çalışmaya katılanların 707'si kadın (%54), 600'ü (%46) erkekti. Katılımcıların 992'si evli (%75,9), 140'ı bekâr (%10,7), 175'i duldu (%13,4).

Katılımcıların 33'ü (%2,5) öğrenim görmemişken, 641'i (%49) 0-8 yıl arası, 468'i (%35,8) 9-12 yıl arası, 165'i (%12,6) 13 yıl ve üstü öğrenim gördüklerini belirtmiştir.

Çalışmamıza katılanlara ne iş yaptıkları sorulduğunda; 12'si bakıcı (%0,9), 157'si çiftçi (%12), 148'i esnaf (%11), 410'u (%31,3) ev hanımı, 214'ü (%16,3) işçi, 184'ü (%14) memur, 38'i (%2,9) öğrenci, 65'i (%4,9) serbest meslek cevabını vermiştir. Katılımcıların geriye kalan %6,6'sı 'diğer meslekler' kategorisinde değerlendirilmiştir.

Toplam 201 kişinin sigara (tütün) kullandığı, sigaraya başlama yaşının 10 ile 31 arasında değiştiği ve başlama yaşının ortalama 18 olduğu bulunmuştur.

Hastalar İçin Yapılan İstatistikler

Yaşları 18 ile 86 yaş arasında değişen 810 hastanın yaş ortalamaları 57,9 olarak bulundu. Çalışmaya dâhil edilen hastaların 426'sı (%52,5) kadın, 384'ü (%47,5) erkektir. Hastaların medeni durumu incelendiğinde 573'ü (%70,7) evli, 237'si bekâr (%29,3); bekârların içinde 167'si (toplamın %20,1'i) duldur. Hastaların 740'mının (%91,3) çocuğu varken, 70'inin (%8,7) çocuğu yoktur.

Hastaların 33'ü (%4) hiç öğrenim görmediğini belirtirken; 475'i (%58,6) 0-8 yıl arası (ilköğretim) öğrenim gördüğünü, 220'si (%27,1) 9-12 yıl arası (lise) öğrenim gördüğünü, 82'si (%10,1) ise 13 ve üzeri yıl boyunca (üniversite) öğrenim gördüğünü belirtmiştir. Hastaların 713'ü (%88) çalışmıyorken, 97'si (%11,9) halen çalışmaya devam etmektedir. Hastalardan 107'si (%13,2) ekonomik durumunu 'kötü' olarak tanımlarken; 623'ü (%76,9) 'orta', 75'i (%9,2) 'iyi', 5'i (%0,6) 'çok iyi' olarak tanımlamıştır. Çalışmaya katılan hastaların tamamının sosyal güvencesi mevcuttur. Hastaların meslek grupları Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11. Hastaların meslek grupları

Meslek Grubu	Sayı (n)	Oran (%)
Çiftçi	123	15,2
Serbest	47	5,8
Esnaf	79	9,8
Ev hanımı	285	35,2
İşçi	124	15,3
Memur	91	11,2
Öğrenci	19	2,3
Diğer	42	5,2
Toplam	810	100,0

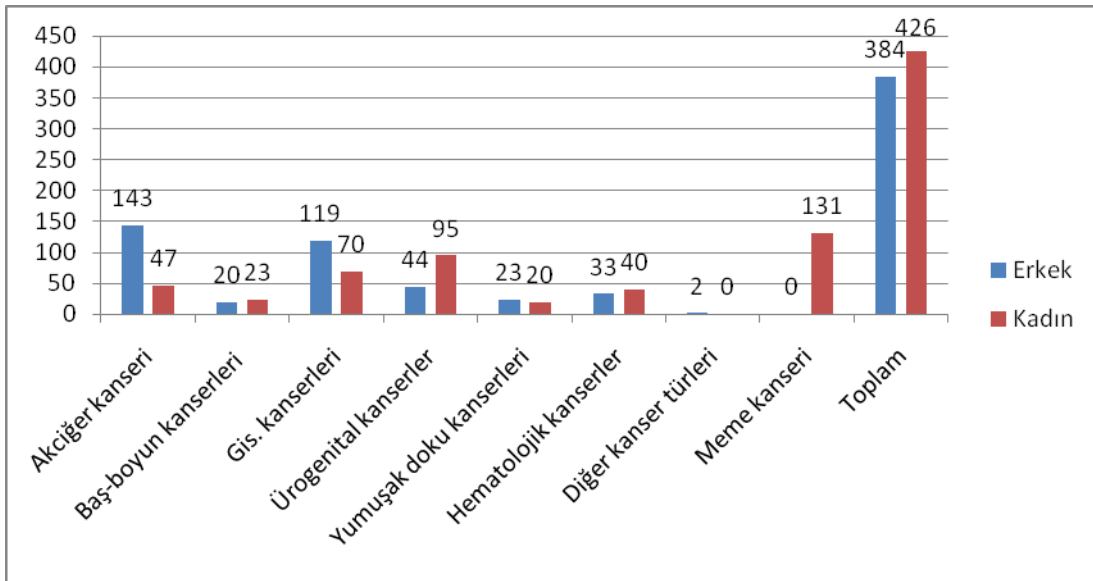
Hastalar arasında tütün kullanan 20 kişinin tütüne başlama yaşı 15 ile 22 yıl arasında değişiyordu. Tütüne başlama yaş ortalaması 18 yıl olarak bulundu. Hastaların 20'si (%2,4) halen aktif olarak sigara içmeye devam ederken, geri kalan 790 hastanın (%97,5) ya hiç sigara içmemiş yahut sigarayı bırakmış olduğu tespit edildi.

Hastaların 94'ü (%11,6) yalnız yaşadığını belirtirken; 575'i (%70,9) ailesiyle, 115'i (%14,1) çocuklarının yanında, 2'si bakımevinde (%0,2), 24'ü (%2,9) bakıcıyla beraber yaşadığını söylemiştir.

Hastaların 453'ü (%55,9) kronik ek bir ek hastalığı olmadığını belirtirken; 39'u kalp hastası (%4,8), 118'i (%14,5) hipertansiyon, 51'i (%6,2) diyabet, 30'u hiperlipidemi (%3,7), 60'ı (%7,4) solunum sistemi hastası, 27'si (%3,3) gastrointestinal sistem hastası, 25'i (%3) eklem hastası olduğunu belirtmiştir.

Kronik ek hastalığı olduğunu belirten 357 hastanın (toplamın %44'ü) 212'si (ek hastalığı olanların %59,3'ü), bu hastalıkla ilgili en az bir ilaç kullandığını belirtirken; sadece 34'ü (ilaç kullananların %16'sı) kullandığı ilacın adı ve dozajını net söyleyebilmiştir.

Hastalar malignite türlerine göre dağıtıldığında; 190'ı (%23,4) akciğer kanseri, 43'ü (%5,3) baş-boyun kanseri, 189'u (%23,3) gastrointestinal kanser, 131'i (%16,1) meme kanseri, 139'u (%17,1) ürogenital kanser, 43'ü (%5,3) yumuşak doku-deri kanseri, 73'ü (%9) hematolojik kanser olarak değerlendirildi. Hastaların 128'inde (%15,8) metastaz mevcutken, 682'sinde (%84,1) metastaz yoktu. Erkek hastalarda %37,2 ile akciğer kanseri, kadınlarda %30,8 ile meme kanseri en sık görülen kanser türleri olarak tespit edildi. Cinsiyetlere göre kanser türleri dağılımı Şekil 1'de verilmiştir.



Şekil 1. Cinsiyetlere göre kanser türleri dağılımı

Hastaların tanı süreleri 0 ile 60 ay arasında değişirken, ortalama 8,6 ay olduğu hesaplandı. Kemoterapi süreleri 0 ile 59 ay arasında değişen hastaların, ortalama kemoterapi alma süreleri 7,3 ay olarak hesaplandı. Hastaların kür sayıları 1 ile 22 arasında değişirken, ortalama olarak 7,8 olduğu tespit edildi.

Tablo 12. Hastaların SF-36 alt ölçeklerinin ortalama değerleri

SF-36 alt ölçeği	Değeri
Fiziksel işlev	53,71
Fiziksel rol	32,16
Mental rol	55,52
Ağrı	65,40
Genel sağlık	39,04
Sosyal işlev	48,25
Mental işlev	51,44
Yaşamsallık	39,31

SF-36: Short form-36.

Hastaların psikiyatrik tanı özetleri: Hastaların 525'inde (%64,8) psikiyatrik ek tanı olmadığı bulundu. Bu katılımcıların 291'i erkek (%55,4), 234'ü kadındı (%44,6).

Toplam 285 (%35) psikiyatrik ek tanısı olan hastadan 204'ünün (psikiyatrik tanısı olanların %71,5, toplamın %25'i) ikinci bir psikiyatrik tanısı olduğu gözlemlendi. Sadece 3 hastanın (%1) 3. bir psikiyatrik tanısı bulundu. Psikiyatrik tanısı olan 285 hastada toplam 492 psikiyatrik tanı mevcuttu.

203 hastada (%25) majör depresif bozukluk, 73'ünde (%9) minör depresif bozukluk, 190 kişide (%23,4) BTA anksiyete bozukluğu, 6 kişide (%0,7) panik bozukluk, 8 kişide (%0,9) yaygın anksiyete bozukluğu, 9 kişide (%1) BTA somatoform bozukluk, 3 kişide (%0,3) olası alkol kötüye kullanımı tanılarına ulaşıldı. Kanser hastalarında saptanan psikiyatrik ek tanıların cinsiyete göre dağılımı Tablo 13'de verilmiştir.

Tablo 13. Kanser hastalarında cinsiyete göre psikiyatrik ek tanıları

Psikiyatrik ek tanıları	Erkek	Kadın
Majör depresif bozukluk	50	153
Minör depresif bozukluk	34	39
BTA anksiyete bozukluğu	62	128
Yaygın anksiyete bozukluğu	8	0
BTA somatoform bozukluk	0	9
Panik bozukluğu	0	6
Olası alkol kötüye kullanımı	3	0
Toplam psikiyatrik tanıli hasta	93 (%26,7)	192 (%45,1)
Toplam psikiyatrik ek tanı	157	335

BTA: Başka türlü adlandırılmayan.

Hasta Yakınları İçin Yapılan İstatistikler

Araştırmaya hastalarla beraber gelen hasta yakınlarından kriterlere uyan 497'si katılmıştır. Hasta yakını katılımcıların 281'i (%56,5) kadın, 216'sı (%43,4) erkektir. Yaşları 18 ile 75 yıl arasında değişen hasta yakınlarının yaş ortalaması 42 yıl olarak bulundu.

Hasta yakınlarından 419'u (%84,3) evli, 78'i (%15,6) bekâr; bekârların arasından 8'i (bekârların %10,2'si, toplamın %1,6'sı) duldu. Hasta yakınlarının 413'ü (%83) çocuk sahibi iken, 84'ü (%16,9) çocuksuzdur.

Hasta yakınlarından 166'sı (%33,4) 0-8 yıl arası öğrenim gördüğünü belirtirken, 248'i (%49,8) 9-12 yıl, 83'ü (%16,7) 13 yıl ve üzeri öğrenim gördüğünü belirtmiştir. Hasta yakınlarından 59'u (%11,8) ekonomik durumunu 'kötü' olarak tariflerken, 392'si (%78,8) 'orta', 46'sı (%9,2) 'iyi' olarak tanımlamıştır. Hasta yakınlarının tamamının sosyal güvencesi mevcuttur. Hasta yakınlarının 160'ı (%32,1) çalışmıyor iken, 337'sinin (%67,8) çalıştığı tespit edilmiştir. Hasta yakınlarının meslek grupları Tablo 14'de verilmiştir.

Tablo 14. Hasta yakınlarının meslek grupları

Meslek Grubu	Sayı	Oran (%)
Bakıcı	12	2,4
Çiftçi	34	6,8
Serbest	18	3,6
Esnaf	69	13,9
Ev hanımı	125	25,2
İşçi	90	18,1
Memur	86	17,3
Öğrenci	19	3,8
Diğer	44	8,9
Toplam	497	100,0

Hasta yakınlarından 315'i (%63,3) sigara kullanmadığını belirtirken, 182'si (%36,6) sigara kullandığını belirtmiştir. Tütün kullananların tütüne başlama yaşları 10 ile 31 yıl arasında değişiyordu. Tütüne başlama yaş ortalaması 18 yıl olarak bulundu.

Hasta yakınlarından 446'sı (%89,7) kronik bir hastalığının olmadığını belirtirken, 51'i (%10,2) kronik bir hastalığı olduğunu belirtmiştir. Kronik hastalığı olduğunu belirtenlerin 2'si kalp hastalığı, 6'sı hipertansiyon, 6'sı diyabet, 2'si hiperlipidemi, 9'u solunum sistemi hastalığı, 17'si gastrointestinal sistem hastalığı, 5'i eklem hastalığı olduğunu belirtmiştir. Dört

katılımcıdan mevcut kronik hastalıkları ile ilgili bilgi alınamamıştır. Hasta yakını olup kronik hastalığı olanlardan 17'si (kronik hastalığı olanların %33,3'ü) bu hastalık için ilaç kullandığını belirtirken, 34'ü (%66,6) ilaç kullanmadığını belirtmiştir. İlaç kullananların 7'si (%41,1) kullandığı ilacın adını, kullanım şeklini ve dozajını tam olarak hatırlarken, geriye kalan 10 kişi (%58,8) kullandığı ilaçla ilgili bilgileri eksik hatırlamıştır.

Hasta yakını olarak araştırmaya dahil edilen kişilerin 24'ü (%4,8) bakıcı olarak hastayla gelmiş iken; 173 hasta yakını (%34,8) annesini, 149 hasta yakını (%30,0) babasını, 18 hasta yakını (%3,6) kardeşini, 130 hasta yakını (%26,2) eşini kemoterapi seansına getirdiği için araştırma mahallinde bulunmaktadır. 3 katılımcı da (%0,6) 'diğer' kategorisinde değerlendirilmiştir.

Hasta yakınlarından 251'i (%50,5) hasta ile beraber yaşadığını belirtirken, 246'sı (%49,5) hasta ile farklı evlerde yaşamaktadır. Hasta yakınlarından 9'u (%1,8) yalnız yaşadığını belirtirken, 475'i (%95,6) ailesiyle yaşadığını, 2'si (%0,4) çocuklarının yanında, 11'i de (%2,2) hastayla yalnız yaşadığını belirtmiştir.

Hasta yakınlarının 351'inin (%70,6) ailelerinde hastaya bakım veren başka birileri de varken, 146'sı (%29,4) tek başına bakım yükünü karşıladıklarını belirtmiştir.

Hastaların bakım yükleri sorgulandığında 18 kişi (%3,6) 'vaktini almadığını' belirtirken; 320'si (%64,4) 0-3 saat arasında, 86'sı (%17,3) 3-6 saat arasında, 70 (%14,1) kişi de 7-12 saat arasında, 3 kişi (%0,6) 13 saat ve üzeri süre boyunca hasta bakımıyla uğraştıklarını belirtmiştir.

Tablo 15. Hasta yakınlarının SF-36 alt ölçeklerinin ortalama değerleri

SF-36 alt ölçeği	Değeri
Fiziksel işlev	93,26
Fiziksel rol	97,33
Mental rol	87,12
Ağrı	86,86
Genel sağlık	61,88
Sosyal işlev	49,79
Mental işlev	65,47
Yaşamsallık	57,73

SF-36: Short form-36.

Hasta yakınlarının psikiyatrik tanı özetleri: Araştırmaya katılan hasta yakınlarının 387'sinin (%77,8) psikiyatrik bir hastalığa sahip olmadı tespit edildi. Hasta yakınlarından 33'ü (%6,6) majör depresif bozukluk tanısı aldı. 50'si (%10) minör depresif bozukluk tanısı alırken, 24'ü (%4,8) olası alkol kötüye kullanımı tanısı aldı. 15 hasta yakınında (%3) panik bozukluk tanısı kondu. 23'ünde (%4,6) BTA anksiyete bozukluğu saptandı. 9 hasta yakınında (%1,8) hipokondriazis bulundu.

Yapılan çalışmada hasta yakınları arasından 110 kişinin (%22) psikiyatrik bir tanısı olduğu bulundu. Toplam 38 hasta yakınının (psikiyatrik tanısı olanların %34,5, toplamın %7,6) psikiyatrik ikinci bir tanısı olduğu gözlemlendi. Ayrıca 9 hasta yakınının (psikiyatrik tanılıların %8, toplamın %1,8'i) 3. bir psikiyatrik sorunu olduğu bulundu.

Tablo 16. Hasta yakınları için tanılar

Tanılar	Erkek	Kadın
Majör depresif bozukluk	0	33
Minör depresif bozukluk	9	41
Hipokondriazis	3	6
BTA anksiyete bozukluğu	6	17
Panik bozukluğu	0	15
BTA somatoform bozukluk	0	3
Olası alkol kötüye kullanımı	27	0
Toplam psikiyatrik tanılı hasta yakını	27 (%12,5)	83 (%29,5)
Toplam psikiyatrik ek tanı	45	115

BTA: Başka türlü adlandırılmayan.

ÇOKLU KARŞILAŞTIRMALAR

Hastalar İçin Yaşam Kalitesi Karşılaştırmaları

Short Form 36 alt ölçekleri ile hastaların cinsiyetlerinin karşılaştırılması: SF 36 alt ölçekleri ile hastaların cinsiyetleri karşılaştırıldığında fiziksel işlev, mental rol, ağrı, genel sağlık, mental işlev ve yaşamsallık alt ölçekleri ile hastaların cinsiyetleri arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Erkeklerin ölçek ortalamaları daha yüksekti. Tüm alt ölçeklere ait detaylar Tablo 17'de verilmiştir.

Tablo 17. Short Form 36 alt ölçekleri ile hastaların cinsiyetlerinin karşılaştırılması

SF 36	Cinsiyet	N	Ortalama	Medyan	SS	Mann-Whitney U	P
Fiziksel İşlev	Kadın	426	51,70	50,00	25,24	74928,5	0,038*
	Erkek	384	55,94	50,00	25,37		
	Toplam	810	53,71	50,00	25,37		
Fiziksel Rol	Kadın	426	31,92	0	46,00	79571,5	0,428
	Erkek	384	32,42	0	44,51		
	Toplam	810	32,16	0	45,27		
Mental Rol	Kadın	426	42,10	0	48,90	58057,0	0,000**
	Erkek	384	70,40	100,00	44,94		
	Toplam	810	55,52	100,00	49,11		
Ağrı	Kadın	426	61,62	70,00	24,43	66358,5	0,000**
	Erkek	384	69,58	70,00	22,36		
	Toplam	810	65,40	70,00	23,79		
Genel Sağlık	Kadın	426	36,12	40,00	13,69	60137,5	0,000**
	Erkek	384	42,29	45,00	11,90		
	Toplam	810	39,04	40,00	13,23		
Sosyal İşlev	Kadın	426	48,77	50,00	5,95	76535,5	0,057
	Erkek	384	47,68	50,00	9,21		
	Toplam	810	48,25	50,00	7,68		
Mental İşlev	Kadın	426	48,95	52,00	21,77	69734,5	0,000**
	Erkek	384	54,20	56,00	18,89		
	Toplam	810	51,44	52,00	20,61		
Yaşamsallık	Kadın	426	38,10	35,00	16,44	74273,5	0,023*
	Erkek	384	40,44	40,00	15,06		
	Toplam	810	39,31	40,00	15,83		

SF 36: Short Form 36; N: Kişi sayısı; SS: Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Short Form 36 alt ölçekleri ile hastaların medeni durumlarının karşılaştırılması:

Tüm alt ölçekler ile hastaların medeni durumları arasında istatistiksel anlamlılık saptandı. Fiziksel işlev ve sosyal işlev alt ölçek puanları bekârlarda en yüksek iken; fiziksel rol, mental rol, ağrı, genel sağlık, mental işlev ve yaşamsallık alt ölçek puanları evlilerde en yüksek olarak bulundu. Ayrıntılar Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18. Short Form 36 ile hastaların medeni durumlarının karşılaştırılması

SF 36 alt ölçekleri	Medeni Durum	N	Ortalama	SS	Kruskal-Wallis	P
Fiziksel İşlev	Evli	573	55,65	24,211	41,151	0,000**
	Bekâr	70	59,71	26,985		
	Dul	167	44,52	26,521		
Fiziksel Rol	Evli	573	35,69	46,492	12,115	0,002*
	Bekâr	70	15,71	33,560		
	Dul	167	26,95	43,474		
Mental Rol	Evli	573	61,14	48,307	34,847	0,000**
	Bekâr	70	26,19	43,919		
	Dul	167	48,50	48,917		
Ağrı	Evli	573	69,58	22,637	66,319	0,000**
	Bekâr	70	50,00	23,529		
	Dul	167	57,49	23,251		
Genel Sağlık	Evli	573	40,77	12,443	30,174	0,000**
	Bekâr	70	34,93	13,392		
	Dul	167	34,85	14,514		
Sosyal İşlev	Evli	573	47,53	7,853	19,412	0,000**
	Bekâr	70	51,53	7,544		
	Dul	167	49,37	6,663		
Mental İşlev	Evli	573	54,51	19,506	55,754	0,000**
	Bekâr	70	36,34	17,859		
	Dul	167	47,23	21,935		
Yaşamsallık	Evli	573	41,53	15,254	47,400	0,000**
	Bekâr	70	31,00	13,951		
	Dul	167	21,935	16,632		

SF 36: Short Form 36; N: Kişi sayısı; SS: Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Short Form 36 alt ölçekleri ile hastaların çocuk sahibi olma durumlarının karşılaştırılması: SF 36 alt ölçekleri ile hastaların çocuk sahibi olma durumlarının karşılaştırıldığında, fiziksel işlev ve sosyal işlev alt ölçek puanları ile hastaların çocuk sahibi olma durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Bu ölçeklerde çocuğu olmayanların ölçek puanı ortalaması daha yüksekti.

Ağrı, genel sağlık, mental işlev, yaşamsallık ve mental rol alt ölçek puanları ile hastaların çocuk sahibi olma durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Bu ölçeklerde çocuğu olanların ölçek puanı ortalaması daha yüksekti. Tüm alt ölçeklere ait detaylar Tablo 19'da verilmiştir.

Tablo 19. Short Form 36 ile hastaların çocuk sahibi olma durumlarının karşılaştırılması

SF 36 alt ölçekler	Çocuk Varlığı	N	Ortalama	SS	Mann-Whitney U	P
Fiziksel İşlev	Var	740	52,82	25,314	17755,500	0,000**
	Yok	70	63,14	24,289		
	Toplam	810	53,71	25,379		
Fiziksel Rol	Var	740	32,91	45,650	24410,500	0,344
	Yok	70	24,29	40,596		
	Toplam	810	32,16	45,277		
Ağrı	Var	740	66,95	23,070	15813,000	0,000**
	Yok	70	49,00	25,318		
	Toplam	810	65,40	23,797		
Genel Sağlık	Var	740	39,41	13,082	20937,500	0,007*
	Yok	70	35,14	14,294		
	Toplam	810	39,04	13,236		
Sosyal İşlev	Var	740	47,99	7,610	21800,000	0,008*
	Yok	70	51,01	8,032		
	Toplam	810	48,25	7,689		
Mental İşlev	Var	740	52,78	20,286	15154,000	0,000**
	Yok	70	37,20	18,716		
	Toplam	810	51,44	20,615		
Yaşamsalılık	Var	740	39,89	15,593	18952,500	0,000**
	Yok	70	33,21	17,174		
	Toplam	810	39,31	15,837		
Mental Rol	Var	740	57,89	48,768	18715,500	0,000**
	Yok	70	30,47	46,014		
	Toplam	810	55,52	49,117		

SF 36: Short Form 36; N: Kişi sayısı; SS: Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Short Form 36 ile hastaların öğrenim durumlarının karşılaştırılması: Hastaların öğrenim durumları ile sosyal işlev hariç tüm yaşam kalitesi alt ölçekleri arasında istatistiksel anlamlılık saptandı. Fiziksel işlev alt ölçek puanı öğrenim görmemiş olanlarda ölçek puanı en yüksek, öğrenim yılı 0-8 arası olanlarda en düşük iken; geri kalan ölçeklerde 0-8 yıl arası eğitim görmüş olan hastalarda en yüksek, 13-16 yıl arası eğitim görmüş olanlarda en düşük olarak bulundu. Ayrıntılar Tablo 20’de verilmiştir.

Tablo 20. Short Form 36 ile hastaların öğrenim durumlarının karşılaştırılması

SF 36 alt ölçekleri	Öğrenim Durumu	N	Ortalama	SS	Kruskal-Wallis	P
Fiziksel İşlev	Yok	33	59,85	35,366	17,658	0,001*
	0-8 yıl	475	51,40	25,834		
	9-12 yıl	220	58,02	23,140		
	13-16 yıl	82	53,05	22,093		
Fiziksel Rol	Yok	33	36,36	45,109	27,978	0,000**
	0-8 yıl	475	38,11	47,463		
	9-12 yıl	220	26,48	41,936		
	13-16 yıl	82	11,28	31,464		
Ağrı	Yok	33	75,76	17,683	71,610	0,000**
	0-8 yıl	475	69,22	21,681		
	9-12 yıl	220	63,59	23,859		
	13-16 yıl	82	43,90	25,228		
Mental İşlev	Yok	33	58,79	9,565	95,956	0,000**
	0-8 yıl	475	55,74	20,060		
	9-12 yıl	220	48,60	19,737		
	13-16 yıl	82	31,17	15,238		
Mental Rol	Yok	33	54,52	48,475	75,515	0,000**
	0-8 yıl	475	64,92	47,036		
	9-12 yıl	220	50,61	49,706		
	13-16 yıl	82	14,63	35,562		
Yaşamsallık	Yok	33	38,48	11,825	54,649	0,000**
	0-8 yıl	475	41,27	16,112		
	9-12 yıl	220	39,41	15,219		
	13-16 yıl	82	28,05	12,367		
Sosyal İşlev	Yok	33	47,91	7,200	3,530	0,317
	0-8 yıl	475	47,97	7,926		
	9-12 yıl	220	48,41	7,965		
	13-16 yıl	82	49,63	5,328		
Genel Sağlık	Yok	33	42,73	11,117	47,621	0,000**
	0-8 yıl	475	40,48	13,527		
	9-12 yıl	220	38,50	12,733		
	13-16 yıl	82	30,67	10,115		

SF 36: Short Form 36; N: Kişi sayısı; SS: Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Short Form 36 ile hastaların çalışma durumlarının karşılaştırılması: SF 36 alt ölçekleri ile hastaların çalışma durumlarının karşılaştırıldığında, fiziksel işlev, fiziksel rol, genel sağlık ve yaşamsallık alt ölçekleri ile hastaların çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlılık saptandı. Çalışanların ölçek ortalamalarının daha yüksek olduğu gözlemlendi. Tüm alt ölçeklere ait detaylar Tablo 21’de verilmiştir.

Tablo 21. Short Form 36 ile hastaların çalışma durumlarının karşılaştırılması

SF 36 alt ölçekler	Çalışma Durumu	N	Ortalama	SS	Mann-Whitney U	P
Fiziksel İşlev	Çalışıyor	97	68,71	24,519	20453,000	0,000**
	Çalışmıyor	713	51,67	24,819		
	Toplam	810	53,71	25,379		
Fiziksel Rol	Çalışıyor	97	43,30	46,564	28863,000	0,002*
	Çalışmıyor	713	30,65	44,920		
	Toplam	810	32,16	45,277		
Ağrı	Çalışıyor	97	69,59	20,712	31531,000	0,148
	Çalışmıyor	713	64,82	24,143		
	Toplam	810	65,40	23,797		
Genel Sağlık	Çalışıyor	97	43,09	12,919	28256,000	0,003*
	Çalışmıyor	713	38,49	13,192		
	Toplam	810	39,04	13,236		
Sosyal İşlev	Çalışıyor	97	48,59	6,230	33946,000	0,723
	Çalışmıyor	713	48,21	7,870		
	Toplam	810	48,25	7,689		
Mental İşlev	Çalışıyor	97	51,18	16,911	33582,000	0,643
	Çalışmıyor	713	51,47	21,079		
	Toplam	810	51,44	20,615		
Yaşamsallık	Çalışıyor	97	43,20	14,310	28289,500	0,003*
	Çalışmıyor	713	38,79	15,969		
	Toplam	810	39,31	15,837		
Mental Rol	Çalışıyor	97	52,24	49,980	33261,000	0,484
	Çalışmıyor	713	55,96	49,017		
	Toplam	810	55,52	49,117		

SF 36: Short Form 36; N: Kişi sayısı; SS: Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Short Form 36 alt ölçekleri ile hastaların ekonomik durumlarının karşılaştırılması: SF 36 alt ölçekleri ile hastaların ekonomik durumlarının karşılaştırıldığında, sosyal işlev alt ölçeği dışındaki alt ölçeklerde istatistiksel anlamlılık gözlemlendi. Diğer tüm alt ölçeklerde kötü ekonomik durumun düşük SF-36 puanları ile ilişkili olduğu bulundu. Tüm alt ölçeklere ait detaylar Tablo 22’de verilmiştir.

Tablo 22. Short Form 36 ile hastaların ekonomik durumlarının karşılaştırılması

SF 36 alt ölçekler	Ekonomik Durum	N	Ortalama	SS	Kruskal-Wallis	P
Fiziksel İşlev	Kötü	107	35,37	25,942	98,848	0,000**
	Orta	623	55,43	23,466		
	İyi	75	64,53	27,585		
	Çok iyi	5	70,00	27,386		
Fiziksel Rol	Kötü	107	9,11	26,687	34,382	0,000**
	Orta	623	35,67	46,765		
	İyi	75	35,33	44,284		
	Çok iyi	5	40,00	54,772		
Ağrı	Kötü	107	55,98	21,450	28,601	0,000**
	Orta	623	67,78	23,226		
	İyi	75	60,13	26,329		
	Çok iyi	5	48,00	38,341		
Genel Sağlık	Kötü	107	32,01	16,553	30,269	0,000**
	Orta	623	39,94	12,155		
	İyi	75	41,93	13,529		
	Çok iyi	5	35,00	13,693		
Sosyal İşlev	Kötü	107	47,80	7,447	2,049	0,562
	Orta	623	48,13	7,695		
	İyi	75	49,80	8,139		
	Çok iyi	5	50,00	,000		
Mental İşlev	Kötü	107	43,44	14,531	26,713	0,000**
	Orta	623	53,23	20,782		
	İyi	75	48,16	22,324		
	Çok iyi	5	48,80	39,436		
Yaşamsallık	Kötü	107	30,33	12,406	42,424	0,000**
	Orta	623	40,90	15,591		
	İyi	75	38,80	17,042		
	Çok iyi	5	42,00	30,125		
Mental Rol	Kötü	107	29,89	44,611	34,586	0,000**
	Orta	623	60,46	48,458		
	İyi	75	52,01	49,397		
	Çok iyi	5	40,00	54,772		

SF 36: Short Form 36; N: Kişi sayısı; SS: Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Short Form 36 ile hastaların meslek gruplarının karşılaştırılması: Fiziksel rol alt ölçeği dışındaki tüm alt ölçekler ile hastaların meslek grupları istatistiksel anlamlılık saptandı. Fiziksel işlev ve ağrı alt ölçek puanları öğrencilerde en yüksek, ev hanımlarında en düşük olarak bulunurken; genel sağlık ölçek puanları öğrencilerde en yüksek, memurlarda en düşük; sosyal işlev ölçek puanları öğrencilerde en yüksek, esnaflarda en düşük; mental işlev ve mental rol ölçek puanları çiftçilerde en yüksek, memurlarda en düşük; yaşamsallık ölçek

puanları öğrencilerde en yüksek, memurlarda en düşük olarak bulundu. Ayrıntılar Tablo 23'te verilmiştir.

Tablo 23. Short Form 36 ile hastaların meslek gruplarının karşılaştırılması

SF 36 alt ölçekler	Meslek	N	Ortalama	SS	Kruskal-Wallis	P
Fiziksel İşlev	Diğer	37	59,73	25,521	30,556	0,000**
	Çiftçi	128	52,46	23,917		
	Esnaf	79	61,14	23,737		
	Ev hanımı	285	50,28	25,466		
	İşçi	124	51,77	25,143		
	Memur	91	56,43	24,224		
	Öğrenci	19	70,53	37,708		
	Serbest	47	53,72	23,277		
Fiziksel Rol	Diğer	37	28,38	42,558	9,660	0,209
	Çiftçi	128	39,06	47,553		
	Esnaf	79	27,53	41,137		
	Ev hanımı	285	35,96	47,522		
	İşçi	124	23,79	40,431		
	Memur	91	26,65	43,589		
	Öğrenci	19	31,58	47,757		
	Serbest	47	34,04	45,572		
Ağrı	Diğer	37	55,68	24,099	34,503	0,000**
	Çiftçi	128	74,61	19,356		
	Esnaf	79	67,22	21,893		
	Ev hanımı	285	65,68	22,735		
	İşçi	124	63,87	26,830		
	Memur	91	57,14	26,969		
	Öğrenci	19	64,21	18,353		
	Serbest	47	63,62	22,882		
Genel Sağlık	Diğer	37	39,05	16,576	28,720	0,000**
	Çiftçi	128	41,91	11,226		
	Esnaf	79	42,09	13,507		
	Ev hanımı	285	37,63	13,463		
	İşçi	124	39,35	12,925		
	Memur	91	35,22	11,688		
	Öğrenci	19	47,63	13,781		
	Serbest	47	37,77	13,745		
Sosyal İşlev	Diğer	37	48,81	8,209	24,898	0,001*
	Çiftçi	128	46,56	8,991		
	Esnaf	79	45,82	9,562		
	Ev hanımı	285	48,94	6,067		
	İşçi	124	48,27	8,255		
	Memur	91	48,20	6,890		
	Öğrenci	19	53,95	9,366		
	Serbest	47	50,11	5,832		

SF 36: Short Form 36; N: Kişi sayısı; SS: Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Tablo 23 (devam). Short Form 36 ile hastaların meslek gruplarının karşılaştırılması

SF 36 alt ölçekler	Meslek	N	Ortalama	SS	Kruskal-Wallis	P
Mental İşlev	Diğer	37	44,11	18,487	30,616	0,000**
	Çiftçi	128	58,47	17,200		
	Esnaf	79	51,59	19,623		
	Ev hanımı	285	52,51	21,527		
	İşçi	124	48,39	19,392		
	Memur	91	43,78	21,278		
	Öğrenci	19	51,58	17,173		
	Serbest M.	47	54,13	23,082		
Yaşamsallık	Diğer	37	37,84	14,792	16,085	0,024*
	Çiftçi	128	41,37	14,482		
	Esnaf	79	39,75	17,076		
	Ev hanımı	285	40,09	15,858		
	İşçi	124	37,86	15,646		
	Memur	91	34,40	14,811		
	Öğrenci	19	42,11	17,742		
	Serbest M.	47	41,70	18,066		
Mental Rol	Diğer	37	45,95	49,292	46,019	0,000**
	Çiftçi	128	78,91	40,309		
	Esnaf	79	53,58	49,907		
	Ev hanımı	285	48,89	49,292		
	İşçi	124	61,28	48,354		
	Memur	91	40,66	49,392		
	Öğrenci	19	47,37	51,299		
	Serbest M.	47	59,60	48,126		

SF 36: Short Form 36; N: Kişi sayısı; SS: Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Short Form 36 ile hastaların kiminle yaşadıklarının karşılaştırılması: Fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, mental işlev ve yaşamsallık alt ölçekleri ailesi ile yaşayanlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Sosyal işlev alt ölçeği yalnız yaşayanlarda, mental rol ölçeği ise çocuklarıyla yaşayanlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Detaylar Tablo 24’te verilmiştir.

Tablo 24. Short Form 36 ile hastaların kiminle yaşadıklarının karşılaştırılması

SF 36 alt ölçekler	Kiminle Yaşanıyor	N	Ortalama	SS	Kruskal-Wallis	P
Fiziksel İşlev	Yalnız	94	50,32	23,803	27,727	0,000**
	Ailemle	575	55,64	24,276		
	Çocuklarla	115	52,39	29,716		
	Bakımevinde	2	0	0		
	Bakıcıyla	24	31,46	19,081		
Fiziksel Rol	Yalnız	94	11,17	29,698	23,109	0,000**
	Ailemle	575	35,78	46,701		
	Çocuklarla	115	33,26	44,638		
	Bakımevinde	2	0	0		
	Bakıcıyla	24	25,00	44,233		
Ağrı	Yalnız	94	47,13	18,986	90,348	0,000**
	Ailemle	575	69,50	22,250		
	Çocuklarla	115	63,91	25,502		
	Bakımevinde	2	20,00	0		
	Bakıcıyla	24	49,58	25,449		
Genel Sağlık	Yalnız	94	29,84	12,919	63,632	0,000**
	Ailemle	575	40,64	12,390		
	Çocuklarla	115	40,43	13,205		
	Bakımevinde	2	10,00	0		
	Bakıcıyla	24	32,50	15,948		
Sosyal İşlev	Yalnız	94	50,50	8,091	11,989	0,017*
	Ailemle	575	47,69	7,879		
	Çocuklarla	115	49,14	5,944		
	Bakımevinde	2	50,00	0		
	Bakıcıyla	24	48,63	7,592		
Mental İşlev	Yalnız	94	35,40	17,301	75,370	0,000**
	Ailemle	575	54,10	19,299		
	Çocuklarla	115	52,63	22,357		
	Bakımevinde	2	16,00	0		
	Bakıcıyla	24	47,67	24,627		
Yaşamsallık	Yalnız	94	29,79	13,358	66,623	0,000**
	Ailemle	575	41,25	15,296		
	Çocuklarla	115	40,26	17,153		
	Bakımevinde	2	10,00	0		
	Bakıcıyla	24	28,13	11,307		
Mental Rol	Yalnız	94	9,93	29,663	94,843	0,000**
	Ailemle	575	60,76	48,396		
	Çocuklarla	115	66,08	45,679		
	Bakımevinde	2	0	0		
	Bakıcıyla	24	62,50	49,454		

SF 36: Short Form 36; N: Kişi sayısı; SS: Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Short Form 36 alt ölçekleri ile hastaların ek kronik hastalık varlıklarının karşılaştırılması: Fiziksel rol ve mental işlev alt ölçekleri dışındaki ölçekler ile ek kronik hastalık bulunma durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Diğer ölçekler incelendiğinde, ağrı ve sosyal işlev alt ölçeklerinde ‘diğer’ hastalık grubu içerisine giren hastaların puanları en yüksek bulunurken, GIS hastalığı olanları en düşük bulundu. Genel sağlık alt ölçeğinde hipertansiyon hastalığı olanların puanı en yüksekken, eklem hastalığı olanların puanı en düşük bulundu. Yaşamsallık alt ölçeğinde kalp hastası olanların puanları en yüksekken, eklem hastalığı olanları en düşük bulundu. Mental rol alt ölçeğinde de kalp hastası olduğunu belirtenlerin puanı en yüksekken, GIS hastalığı olanları en düşük bulundu. Detaylar Tablo 25’te verilmiştir.

Tablo 25. Short Form 36 ile hastaların ek hastalık varlıklarının karşılaştırılması

SF 36 alt ölçekler	Ek Kronik Hastalık	N	Ortalama	SS	Kruskal Wallis	P
Fiziksel İşlev	Yok	453	58,25	24,779	51,401	0,000**
	Kalp Hastalığı	39	44,23	20,181		
	Hipertansiyon	118	53,05	28,232		
	Diyabet	51	44,12	19,690		
	Hiperlipidemi	30	56,33	33,112		
	Solunum Sistemi	60	43,92	24,445		
	GİS hastalığı	27	45,74	15,299		
	Eklem hastalığı	25	38,40	21,101		
	Diğer	7	52,14	9,063		
Fiziksel Rol	Yok	453	32,67	45,911	13,934	0,084
	Kalp Hastalığı	39	32,05	44,035		
	Hipertansiyon	118	32,42	43,154		
	Diyabet	51	24,51	41,680		
	Hiperlipidemi	30	53,33	50,742		
	Solunum Sistemi	60	30,00	46,212		
	GİS hastalığı	27	19,44	37,553		
	Eklem hastalığı	25	24,00	43,589		
	Diğer	7	57,14	53,452		
Ağrı	Yok	453	67,17	24,413	33,575	0,000**
	Kalp Hastalığı	39	60,26	22,182		
	Hipertansiyon	118	70,34	20,462		
	Diyabet	51	61,37	28,356		
	Hiperlipidemi	30	62,33	21,121		
	Solunum Sistemi	60	56,50	24,274		
	GİS hastalığı	27	54,81	18,053		
	Eklem hastalığı	25	58,80	17,635		
	Diğer	7	78,57	10,690		

SF 36: Short Form 36; **N:** Kişi sayısı; **SS:** Standart sapma; **GİS:** Gastrointestinal sistem.

* P<0,05, ** P<0,001.

Tablo 25 (devamı). Short Form 36 ile hastaların ek hastalık varlıklarının karşılaştırılması

SF 36 alt ölçekler	Ek Kronik Hastalık	N	Ortalama	SS	Kruskal Wallis	P
Genel Sağlık	Yok	453	40,34	12,879	39,668	0,000**
	Kalp Hastalığı	39	36,79	10,606		
	Hipertansiyon	118	42,33	13,488		
	Diyabet	51	35,49	14,773		
	Hiperlipidemi	30	36,17	11,867		
	Solunum Sistemi	60	35,08	12,402		
	GİS hastalığı	27	31,48	15,368		
	Eklemler hastalığı	25	31,40	12,460		
	Diğer	7	40,71	5,345		
Sosyal İşlev	Yok	453	48,56	7,987	27,592	0,001*
	Kalp Hastalığı	39	49,74	4,494		
	Hipertansiyon	118	46,81	7,110		
	Diyabet	51	46,94	5,282		
	Hiperlipidemi	30	46,40	5,593		
	Solunum Sistemi	60	49,72	8,659		
	GİS hastalığı	27	46,11	8,382		
	Eklemler hastalığı	25	48,80	9,734		
	Diğer	7	55,57	6,949		
Mental İşlev	Yok	453	50,91	19,897	15,493	0,050
	Kalp Hastalığı	39	55,28	23,698		
	Hipertansiyon	118	55,66	15,563		
	Diyabet	51	46,35	23,842		
	Hiperlipidemi	30	54,13	24,852		
	Solunum Sistemi	60	51,93	27,864		
	GİS hastalığı	27	45,33	17,889		
	Eklemler hastalığı	25	48,48	19,229		
	Diğer	7	48,00	5,657		
Yaşamsallık	Yok	453	40,41	15,933	27,647	0,001*
	Kalp Hastalığı	39	42,05	13,751		
	Hipertansiyon	118	41,23	15,063		
	Diyabet	51	37,16	16,771		
	Hiperlipidemi	30	39,50	17,828		
	Solunum Sistemi	60	33,67	17,415		
	GİS hastalığı	27	32,78	13,253		
	Eklemler hastalığı	25	32,40	10,320		
	Diğer	7	34,29	5,345		
Mental Rol	Yok	453	57,76	49,051	40,390	0,000**
	Kalp Hastalığı	39	74,36	44,236		
	Hipertansiyon	118	62,72	46,777		
	Diyabet	51	34,65	46,657		
	Hiperlipidemi	30	51,13	49,319		
	Solunum Sistemi	60	55,00	50,169		
	GİS hastalığı	27	22,22	42,366		
	Eklemler hastalığı	25	52,00	50,990		
	Diğer	7	0	0		

SF 36: Short Form 36; **N:** Kişi sayısı; **SS:** Standart sapma; **GİS:** Gastrointestinal sistem.

* P<0,05, ** P<0,001.

Short Form 36 ile hastaların malignite türleri arasında karşılaştırma: Mental işlev ve yaşamsallık alt ölçekleri dışındaki ölçekler ile malignite türleri arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Fiziksel işlev ve fiziksel rol alt ölçekleri puanları deri-yumuşak doku kanserlerinde en yüksekken, akciğer kanseri kategorisindeki hastalarda en düşük bulundu. Ağrı alt ölçeği puanları deri-yumuşak doku kanserlerinde en yüksekken, ‘diğer’ kategorisindeki hastalarda en düşük bulundu. Genel sağlık alt ölçeği puanları kan-lenf kanserlerinde en düşükken, gastrointestinal kanserlerde en yüksek bulundu. Sosyal işlev alt ölçeği puanları baş-boyun kanserlerinde en yüksekken, ‘diğer’ kategorisindeki hastalarda en düşük olarak bulundu. Mental rol alt ölçeği puanları akciğer kanserlerinde en yüksekken, ‘diğer’ kategorisindeki hastalarda en düşük bulundu. Detaylar Tablo 26’da verilmiştir.

Tablo 26. Short Form 36 ile hastaların malignite türleri arasında karşılaştırma

SF 36 alt ölçekler	Malignite türü	N	Ortalama	SS	Kruskal-Wallis	P
Fiziksel İşlev	Akciğer	190	46,58	24,873	33,457	0,000**
	Baş-Boyun	43	53,26	24,878		
	GİS	189	53,28	28,337		
	Meme	131	55,15	23,785		
	Ürogenital	139	58,60	20,886		
	Deri-YD	43	66,16	26,656		
	Kan-Lenf	73	54,45	24,574		
	Diğer	2	52,50	10,607		
Fiziksel Rol	Akciğer	190	24,87	40,865	16,700	0,019*
	Baş-Boyun	43	27,91	45,385		
	GİS	189	33,20	45,825		
	Meme	131	40,27	47,593		
	Ürogenital	139	32,73	46,513		
	Deri-YD	43	48,84	50,578		
	Kan-Lenf	73	25,68	41,869		
	Diğer	2	25,00	,000		
Ağrı	Akciğer	190	67,37	20,713	16,138	0,024*
	Baş-Boyun	43	65,81	22,492		
	GİS	189	67,94	24,001		
	Meme	131	61,15	26,679		
	Ürogenital	139	60,65	25,600		
	Deri-YD	43	74,65	15,173		
	Kan-Lenf	73	64,79	24,558		
	Diğer	2	60,00	14,142		

SF 36: Short Form 36; **N:** Kişi sayısı; **SS:** Standart sapma; **GİS:** Gastrointestinal sistem; **YD:** Yumuşak doku.

* P<0,05, ** P<0,001.

Tablo 26 (devam). Short Form 36 ile hastaların malignite türleri arasında karşılaştırma

SF 36 alt ölçekler	Malignite türü	N	Ortalama	SS	Kruskal-Wallis	P
Genel Sağlık	Akciğer	190	37,79	12,645	18,707	0,009*
	Baş-Boyun	43	39,30	10,498		
	GİS	189	41,77	13,245		
	Meme	131	38,78	15,027		
	Ürogenital	139	38,31	12,062		
	Deri-YD	43	38,37	13,703		
	Kan-Lenf	73	36,99	13,988		
	Diğer	2	52,50	3,536		
Sosyal İşlev	Akciğer	190	46,02	9,242	33,581	0,000**
	Baş-Boyun	43	50,98	5,784		
	GİS	189	49,06	8,165		
	Meme	131	48,67	5,411		
	Ürogenital	139	50,03	6,110		
	Deri-YD	43	46,65	5,446		
	Kan-Lenf	73	47,47	8,601		
	Diğer	2	38,00	0,000		
Mental İşlev	Akciğer	190	52,55	17,885	7,394	0,389
	Baş-Boyun	43	55,44	21,104		
	GİS	189	52,61	19,558		
	Meme	131	50,93	26,749		
	Ürogenital	139	51,11	22,004		
	Deri-YD	43	48,84	14,647		
	Kan-Lenf	73	46,58	16,778		
	Diğer	2	38,00	2,828		
Yaşamsallık	Akciğer	190	37,92	14,030	5,738	0,571
	Baş-Boyun	43	38,60	14,156		
	GİS	189	40,82	16,127		
	Meme	131	40,92	18,758		
	Ürogenital	139	39,35	17,172		
	Deri-YD	43	39,88	11,927		
	Kan-Lenf	73	36,23	13,989		
	Diğer	2	37,50	3,536		
Mental Rol	Akciğer	190	67,72	45,996	23,714	0,001*
	Baş-Boyun	43	48,84	50,578		
	GİS	189	56,61	49,692		
	Meme	131	44,54	48,684		
	Ürogenital	139	52,53	49,635		
	Deri-YD	43	62,79	48,908		
	Kan-Lenf	73	46,56	49,301		
	Diğer	2	33,00	0,000		

SF 36: Short Form 36; N: Kişi sayısı; SS: Standart sapma; GİS: Gastrointestinal sistem; YD: Yumuşak doku.

* P<0,05, ** P<0,001.

Short Form 36 alt ölçekleri ile hastaların yaşları, tanı süreleri, kemoterapi süreleri, kaçınıcı kürü aldıkları arasındaki korelasyonlar: Hastaların yaşları ile sosyal işlev hariç tüm yaşam kalitesi alt ölçekleri arasında istatistiksel anlamlılık saptandı. Yaş ile fiziksel işlev arasında negatif bağlantı varken, sosyal işlev hariç geri kalan ölçeklerle pozitif bağlantı bulundu.

Hastaların kemoterapi süreleri ile sosyal işlev ve ağrı alt ölçek puanları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Kemoterapi süresi ile sosyal işlev ölçek puanı arasında pozitif, ağrı ölçek puanı arasında negatif bağlantı bulundu.

Hastaların tanı süreleri ile sosyal işlev, ağrı, genel sağlık alt ölçek puanları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Tanı süresi ile sosyal işlev arasındaki bağlantı pozitif, ağrı ve genel sağlık arasındaki bağlantı negatifti.

Hastaların aldıkları kemoterapi sayısı ile mental rol, sosyal işlev, ağrı, genel sağlık alt ölçek puanları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Kemoterapi sayısı ile ağrı, genel sağlık ve mental rol arasındaki bağlantı negatif, sosyal işlev arasındaki bağlantı pozitif. Detaylar Tablo 27’da verilmiştir.

Tablo 27. Short Form 36 alt ölçekleri ile hastaların yaşları, tanı süreleri, kemoterapi süreleri, kaçınıcı kürü aldıkları arasındaki korelasyonlar

SF 36 alt ölçekleri	Spearman	Kemoterapi Süresi	Yaş	Tanı Süresi	Kaçınıcı Kür
Fiziksel İşlev	KK	0,052	-0,104	0,045	-0,048
	P	0,136	0,003*	0,199	0,172
Fiziksel Rol	KK	0,059	0,208	0,028	0,002
	P	0,095	0,000**	0,428	0,947
Mental Rol	KK	-0,039	0,327	-0,043	-0,092
	P	0,271	0,000**	0,220	0,009*
Mental İşlev	KK	0,005	0,375	-0,027	-0,034
	P	0,895	0,000**	0,437	0,336
Sosyal İşlev	KK	0,184	-0,003	0,212	0,193
	P	0,000**	0,943	0,000**	0,000**
Ağrı	KK	-0,182	0,152	-0,202	-0,167
	P	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
Yaşamsallık	KK	0,008	0,185	-0,015	-0,009
	P	0,830	0,000**	0,662	0,800
Genel Sağlık	KK	-0,067	0,192	-0,085	-0,133
	P	0,056	0,000**	0,016*	0,000**

SF 36: Short Form 36; KK: Korelasyon katsayısı.

* P<0.05, ** P<0.001.

Short Form 36 ile hastalarda metastaz varlığının karşılaştırılması: Short Form 36 alt ölçekleri ile hastalarda metastaz varlığının karşılaştırıldığında sosyal işlev alt ölçek puanı dışında tüm ölçeklerde istatistiksel anlamlılık saptandı. Tüm ölçekler puanları metastazı olanlarda daha düşük olarak bulundu. Detaylar Tablo 28’de verilmiştir.

Tablo 28. Short Form 36 alt ölçekleri ile hastalarda metastaz varlığının karşılaştırılması

SF 36 alt ölçekler	Metastaz Varlığı	N	Ortalama	SS	Mann-Whitney U	P
Fiziksel İşlev	Var	128	40,74	20,079	29160,000	0,000**
	Yok	682	56,14	25,543		
Fiziksel Rol	Var	128	4,10	19,536	27575,500	0,000**
	Yok	682	37,43	46,780		
Ağrı	Var	128	47,50	24,846	23518,000	0,000**
	Yok	682	68,75	22,048		
Genel Sağlık	Var	128	29,84	12,781	24006,000	0,000**
	Yok	682	40,77	12,600		
Sosyal İşlev	Var	128	48,05	6,344	43630,000	0,993
	Yok	682	48,29	7,920		
Mental İşlev	Var	128	34,00	15,308	18268,000	0,000**
	Yok	682	54,71	19,831		
Yaşamsallık	Var	128	28,79	12,670	23186,000	0,000**
	Yok	682	41,29	15,597		
Mental Rol	Var	128	13,54	34,094	21459,500	0,000**
	Yok	682	63,39	47,495		

SF 36: Short Form 36; N: Kişi sayısı; SS: Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Hasta Yakınları İçin Yaşam Kalitesi Karşılaştırmaları

Short Form 36 alt ölçekleri hasta yakınlarının cinsiyet durumlarının karşılaştırılması: Sosyal işlev ve ağrı alt ölçekleri dışındaki tüm ölçeklerle hasta yakınlarının cinsiyet durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Tüm ölçeklerde erkeklerin puan ortalaması daha yüksek bulundu. Detaylar Tablo 29’da verilmiştir.

Tablo 29. Short Form 36 ile hasta yakınlarının cinsiyet durumlarının karşılaştırılması

Meslekler	SF 36 alt ölçekler	N	Ortalama	SS	Mann Whitney U	P
Kadın	Fiziksel İşlev	281	90,30	16,141	22698,000	0,000**
	Fiziksel Rol	281	96,35	17,867	29265,000	0,030*
	Mental Rol	281	82,09	37,476	26483,000	0,000**
	Mental İşlev	281	63,22	15,299	23175,000	0,000**
	Sosyal İşlev	281	49,90	7,777	30189,500	0,888
	Ağrı	281	86,26	9,595	30249,000	0,926
	Yaşamsallık	281	53,84	15,283	19027,500	0,000**
	Genel Sağlık	281	59,34	10,741	20435,500	0,000**
Erkek	Fiziksel İşlev	216	97,11	4,782	22698,000	0,000**
	Fiziksel Rol	216	98,61	11,730	29265,000	0,030*
	Mental Rol	216	93,67	23,555	26483,000	0,000**
	Mental İşlev	216	68,41	12,236	23175,000	0,000**
	Sosyal İşlev	216	49,65	4,549	30189,500	0,888
	Ağrı	216	87,64	5,411	30249,000	0,926
	Yaşamsallık	216	62,78	9,120	19027,500	0,000**
	Genel Sağlık	216	65,19	10,228	20435,500	0,000**
Toplam	Fiziksel İşlev	497	93,26	12,976	22698,000	0,000**
	Fiziksel Rol	497	97,33	15,528	29265,000	0,030*
	Mental Rol	497	87,12	32,655	26483,000	0,000**
	Mental İşlev	497	65,47	14,271	23175,000	0,000**
	Sosyal İşlev	497	49,79	6,567	30189,500	0,888
	Ağrı	497	86,86	8,070	30249,000	0,926
	Yaşamsallık	497	57,73	13,695	19027,500	0,000**
	Genel Sağlık	497	61,88	10,903	20435,500	0,000**

SF 36: Short Form 36; N: Kişi sayısı; SS: Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Short Form 36 alt ölçekleri hasta yakınlarının yaşları ve medeni durumlarının karşılaştırılması: Hastaların yaşları ile bütün alt ölçek puanları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Tamamının korelasyon katsayısı negatifti. Detaylar Tablo 30'da verilmiştir. Fiziksel işlev, yaşamsallık ve mental işlev alt ölçek puanları ile hasta yakınlarının medeni durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Ölçek puanları bekarlarda en yüksek, dullarda en düşük çıktı. Mental rol ve ağrı alt ölçek puanı ile hasta yakınlarının medeni durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Ölçek puanları dullarda en yüksek, evlilerde en düşük bulundu. Detaylar Tablo 31'de verilmiştir.

Tablo 30. Short Form 36 alt ölçekleri hasta yakınlarının yaşları arasındaki korelasyon

SF 36 alt ölçekler	Yaşla ilişki (Spearman korelasyon analizi)	
	KK	P
Fiziksel İşlev	-0,539	0,000**
Fiziksel Rol	-0,119	0,008*
Mental Rol	-0,108	0,016*
Mental İşlev	-0,421	0,000**
Sosyal İşlev	-0,126	0,005*
Ağrı	-0,203	0,000**
Yaşamsallık	-0,499	0,000**
Genel Sağlık	-0,293	0,000**

SF 36: Short Form 36; KK: Korelasyon katsayısı.

*P<0,05, ** P<0,001.

Tablo 31. Short Form 36 ile hasta yakınlarının medeni durumlarının karşılaştırılması

SF 36 alt ölçekleri	Medeni Durum	N	Ortalama	SS	Kruskal-Wallis	P
Fiziksel İşlev	Evli	419	92,32	13,822	46,758	0,000**
	Bekar	70	99,36	1,888		
	Dul	8	89,38	6,781		
Fiziksel Rol	Evli	419	97,55	14,724	0,467	0,792
	Bekar	70	95,71	20,400		
	Dul	8	100,00	0,000		
Mental Rol	Evli	419	85,44	34,326	7,929	0,019*
	Bekar	70	95,71	20,400		
	Dul	8	100,00	0,000		
Ağrı	Evli	419	86,44	8,640	6,519	0,038*
	Bekar	70	89,00	3,022		
	Dul	8	90,00	0,000		
Genel Sağlık	Evli	419	61,59	11,284	4,314	0,116
	Bekar	70	64,00	8,623		
	Dul	8	58,75	5,175		
Sosyal İşlev	Evli	419	49,66	7,064	2,302	0,316
	Bekar	70	50,56	2,652		
	Dul	8	50,00	0,000		
Mental İşlev	Evli	419	63,51	14,058	67,563	0,000**
	Bekar	70	77,54	9,492		
	Dul	8	62,50	6,740		
Yaşamsallık	Evli	419	55,84	12,853	81,402	0,000**
	Bekar	70	70,57	10,685		
	Dul	8	44,38	15,222		

SF 36: Short Form 36; N: Kişi sayısı; SS: Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Short Form 36 alt ölçekleri hasta yakınlarının çocuk sahibi olma durumlarının karşılaştırılması: Fiziksel rol, ağrı ve sosyal işlev dışındaki ölçeklerle hasta yakınlarının çocuk sahibi olma durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Tüm ölçeklerde çocuk sahibi olmayanların puan ortalaması daha yüksek bulundu. Detaylar Tablo 32’de verilmiştir.

Tablo 32. Short Form 36 alt ölçekleri hasta yakınlarının çocuk sahibi olma durumlarının karşılaştırılması

Çocuk sahibi olma durumu	SF 36 alt ölçekler	N	Ortalama	SS	Mann Whitney U	P
Çocuk Var	Fiziksel İşlev	413	92,06	13,895	9983,500	0,000**
	Fiziksel Rol	413	97,52	14,828	17307,000	0,918
	Mental Rol	413	85,71	34,027	15681,000	0,022*
	Mental İşlev	413	63,30	13,737	7640,500	0,000**
	Sosyal İşlev	413	49,71	6,798	16745,500	0,479
	Ağrı	413	86,51	8,671	16284,000	0,189
	Yaşamsallık	413	55,29	12,994	6821,000	0,000**
	Genel Sağlık	413	61,39	11,312	14302,500	0,010*
Çocuk Yok	Fiziksel İşlev	84	99,17	2,307	9983,500	0,000**
	Fiziksel Rol	84	96,43	18,669	17307,000	0,918
	Mental Rol	84	94,05	23,802	15681,000	0,022*
	Mental İşlev	84	76,14	11,902	7640,500	0,000**
	Sosyal İşlev	84	50,21	5,298	16745,500	0,479
	Ağrı	84	88,57	3,520	16284,000	0,189
	Yaşamsallık	84	69,70	10,394	6821,000	0,000**
	Genel Sağlık	84	64,29	8,256	14302,500	0,010*

SF 36: Short Form 36; N: Kişi sayısı; SS: Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Short Form 36 alt ölçekleri hasta yakınlarının öğrenim durumlarının karşılaştırılması: Mental rol ve sosyal işlev alt ölçekleri dışındaki tüm ölçeklerle hasta yakınlarının öğrenim durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Fiziksel işlev, ağrı, yaşamsallık, genel sağlık ve mental işlev alt ölçeklerinde öğrenim yılı 13-16 olanların puanı en yüksek, öğrenim yılı 0-8 olanların en düşük olarak bulundu. Fiziksel rol alt ölçeğinde öğrenim yılı 9-12 olanların puanı en yüksek, öğrenim yılı 0-8 olanların en düşük olarak bulundu. Detaylar Tablo 33’te verilmiştir.

Tablo 33. Short Form 36 ile hasta yakınlarının öğrenim durumlarının karşılaştırılması

Öğrenim durumu	SF 36 alt ölçekler	N	Ortalama	SS	Kruskal Wallis	P
0-8 yıl	Fiziksel İşlev	166	86,75	19,155	62,715	0,000**
	Fiziksel Rol	166	93,83	22,935	21,286	0,000**
	Mental Rol	166	83,13	36,104	5,446	0,066
	Mental İşlev	166	61,11	13,275	46,747	0,000**
	Sosyal İşlev	166	49,68	8,013	0,806	0,668
	Ağrı	166	83,55	12,161	24,341	0,000**
	Yaşamsallık	166	51,81	13,384	84,688	0,000**
	Genel Sağlık	166	58,34	11,875	24,611	0,000**
9-12 yıl	Fiziksel İşlev	248	95,83	6,568	62,715	0,000**
	Fiziksel Rol	248	100,00	0,000	21,286	0,000**
	Mental Rol	248	89,78	29,754	5,446	0,066
	Mental İşlev	248	66,27	13,570	46,747	0,000**
	Sosyal İşlev	248	49,77	5,783	0,806	0,668
	Ağrı	248	88,27	4,294	24,341	0,000**
	Yaşamsallık	248	58,06	12,210	84,688	0,000**
	Genel Sağlık	248	63,19	10,097	24,611	0,000**
13-16 yıl	Fiziksel İşlev	83	98,61	3,929	62,715	0,000**
	Fiziksel Rol	83	96,39	18,778	21,286	0,000**
	Mental Rol	83	87,14	33,271	5,446	0,066
	Mental İşlev	83	71,81	15,541	46,747	0,000**
	Sosyal İşlev	83	50,07	5,552	0,806	0,668
	Ağrı	83	89,28	2,605	24,341	0,000**
	Yaşamsallık	83	68,55	11,622	84,688	0,000**
	Genel Sağlık	83	65,06	9,354	24,611	0,000**

SF 36: Short Form 36; N: Kişi sayısı; SS: Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Short Form 36 ile hasta yakınlarının çalışma durumlarının karşılaştırılması:

Fiziksel işlev, fiziksel rol, mental rol, mental işlev, ağrı, yaşamsallık, genel sağlık alt ölçekleriyle hasta yakınlarının çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Sosyal işlev alt ölçeği ile hasta yakınlarının çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmadı. Tüm ölçeklerde çalışanların puan ortalaması daha yüksekti. Detaylar Tablo 34’te verilmiştir.

Tablo 34. Short Form 36 ile hasta yakınlarının çalışma durumlarının karşılaştırılması

Çalışma durumu	SF 36 alt ölçekler	N	Ortalama	SS	Mann Whitney U	P
Çalışıyor	Fiziksel İşlev	337	96,71	5,467	18008,500	0,000**
	Fiziksel Rol	337	100,00	,000	24095,500	0,000**
	Mental Rol	337	91,78	26,404	22771,000	0,000**
	Mental İşlev	337	67,22	14,022	19840,500	0,000**
	Sosyal İşlev	337	49,69	4,967	26691,000	0,799
	Ağrı	337	88,25	4,777	23008,500	0,000**
	Yaşamsallık	337	60,13	12,889	18301,000	0,000**
	Genel Sağlık	337	63,81	10,159	19145,500	0,000**
Çalışmıyor	Fiziksel İşlev	160	86,00	86,00	18008,500	0,000**
	Fiziksel Rol	160	91,72	91,72	24095,500	0,000**
	Mental Rol	160	77,30	77,30	22771,000	0,000**
	Mental İşlev	160	61,80	61,80	19840,500	0,000**
	Sosyal İşlev	160	50,02	50,02	26691,000	0,799
	Ağrı	160	83,94	83,94	23008,500	0,000**
	Yaşamsallık	160	52,66	52,66	18301,000	0,000**
	Genel Sağlık	160	57,81	57,81	19145,500	0,000**

SF 36: Short Form 36; N: Kişi sayısı; SS: Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Short Form 36 ile hasta yakınlarının ekonomik durumlarının karşılaştırılması:

Fiziksel işlev, fiziksel rol, mental rol, mental işlev, ağrı, yaşamsallık, genel sağlık alt ölçekleriyle hasta yakınlarının ekonomik durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Sosyal işlev alt ölçeği ile hasta yakınlarının ekonomik durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmadı. Fiziksel işlev, mental işlev ve mental rol alt ölçeklerinde ekonomik durumunu ‘orta’ olarak tanımlayanların puan ortalaması en yüksek, ‘kötü’ olarak tanımlayanların puan ortalaması en düşük bulundu. Fiziksel rol, genel sağlık ve yaşamsallık alt ölçeklerinde ekonomik durumunu ‘iyi’ olarak tanımlayanların puan ortalaması en yüksek, ‘kötü’ olarak tanımlayanların puan ortalaması en düşük bulundu. Ağrı alt ölçeğinde ekonomik durumunu ‘orta’ olarak tanımlayanların puan ortalaması en yüksek, ‘iyi’ olarak tanımlayanların puan ortalaması en düşük bulundu. Detaylar Tablo 35’te verilmiştir.

Tablo 35. Short Form 36 ile hasta yakınlarının ekonomik durumlarının karşılaştırılması

Ekonomik durum	SF 36 alt ölçekler	N	Ortalama	SS	Kruskal Wallis	P
Kötü	Fiziksel İşlev	59	84,41	20,846	26,804	0,000**
	Fiziksel Rol	59	89,41	30,514	15,430	0,000**
	Mental Rol	59	61,00	48,017	40,451	0,000**
	Mental İşlev	59	52,81	12,557	52,889	0,000**
	Sosyal İşlev	59	48,86	9,194	5,393	0,067
	Ağrı	59	86,78	9,180	6,759	0,034*
	Yaşamsallık	59	45,93	13,374	46,511	0,000**
	Genel Sağlık	59	58,56	9,562	6,193	0,045*
Orta	Fiziksel İşlev	392	94,58	11,155	26,804	0,000**
	Fiziksel Rol	392	98,21	12,516	15,430	0,000**
	Mental Rol	392	91,07	27,544	40,451	0,000**
	Mental İşlev	392	67,21	13,175	52,889	0,000**
	Sosyal İşlev	392	49,65	5,953	5,393	0,067
	Ağrı	392	86,94	8,174	6,759	0,034*
	Yaşamsallık	392	58,93	12,923	46,511	0,000**
	Genel Sağlık	392	62,31	10,985	6,193	0,045*
İyi	Fiziksel İşlev	46	93,37	9,835	26,804	0,000**
	Fiziksel Rol	46	100,00	0,000	15,430	0,000**
	Mental Rol	46	86,96	34,050	40,451	0,000**
	Mental İşlev	46	66,87	17,172	52,889	0,000**
	Sosyal İşlev	46	52,22	7,149	5,393	0,067
	Ağrı	46	86,30	5,316	6,759	0,034*
	Yaşamsallık	46	62,61	12,899	46,511	0,000**
	Genel Sağlık	46	62,50	11,292	6,193	0,045*

SF 36: Short Form 36; N: Kişi sayısı; SS: Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Short Form 36 ile hasta yakınlarının meslek durumlarının karşılaştırılması:

Sosyal işlev alt ölçeği dışındaki tüm ölçeklerle hasta yakınlarının meslek durumlarının arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Fiziksel işlev alt ölçeğinde serbest meslek sahibi olanlarda puan ortalaması en yüksek, ev hanımlarının puan ortalaması en düşük olarak bulundu. Fiziksel rol alt ölçeğinde serbest meslek sahibi, işçi, esnaf, çiftçi, bakıcı ve memur olanlarda puan ortalaması en yüksek; ev hanımlarının puan ortalaması en düşük olarak bulundu. Mental rol alt ölçeğinde bakıcı olanlarda puan ortalaması en yüksek, ev hanımlarının puan ortalaması en düşük olarak bulundu. Mental işlev alt ölçeğinde öğrenci olanlarda puan ortalaması en yüksek, ev hanımlarının puan ortalaması en düşük olarak bulundu. Ağrı alt ölçeğinde bakıcı olanlarda puan ortalaması en yüksek, ev hanımlarının puan ortalaması en düşük olarak bulundu. Yaşamsallık alt ölçeğinde öğrenci olanlarda puan ortalaması en

yüksek, bakıcı olanların puan ortalaması en düşük olarak bulundu. Genel sağlık alt ölçeğinde çiftçi olanlarda puan ortalaması en yüksek, ev hanımlarının puan ortalaması en düşük olarak bulundu. Detaylar Tablo 36’da verilmiştir.

Tablo 36. Short Form 36 ile hasta yakınlarının meslek durumlarının karşılaştırılması

Meslekler	SF 36 alt ölçekler	N	Ortalama	SS	Kruskal Wallis	P
Diğer	Fiziksel İşlev	42	98,69	3,135	88,042	0,000**
	Fiziksel Rol	42	95,24	21,554	34,147	0,000**
	Mental Rol	42	91,26	27,622	35,930	0,000**
	Mental İşlev	42	69,62	13,429	71,498	0,000**
	Sosyal İşlev	42	48,60	4,814	11,020	0,201
	Ağrı	42	88,33	3,772	33,895	0,000**
	Yaşamsallık	42	66,31	11,585	101,833	0,000**
	Genel Sağlık	42	66,07	10,332	73,850	0,000**
Bakıcı	Fiziksel İşlev	12	90,00	7,385	88,042	0,000**
	Fiziksel Rol	12	100,00	0,000	34,147	0,000**
	Mental Rol	12	100,00	0,000	35,930	0,000**
	Mental İşlev	12	65,00	8,549	71,498	0,000**
	Sosyal İşlev	12	47,00	5,427	11,020	0,201
	Ağrı	12	90,00	0,000	33,895	0,000**
	Yaşamsallık	12	47,50	17,516	101,833	0,000**
	Genel Sağlık	12	58,33	4,924	73,850	0,000**
Çiftçi	Fiziksel İşlev	36	96,81	4,653	88,042	0,000**
	Fiziksel Rol	36	100,00	0,000	34,147	0,000**
	Mental Rol	36	94,42	18,780	35,930	0,000**
	Mental İşlev	36	73,33	10,518	71,498	0,000**
	Sosyal İşlev	36	50,00	0,000	11,020	0,201
	Ağrı	36	88,89	3,187	33,895	0,000**
	Yaşamsallık	36	63,06	8,475	101,833	0,000**
	Genel Sağlık	36	68,47	7,153	73,850	0,000**
Esnaf	Fiziksel İşlev	69	95,94	5,305	88,042	0,000**
	Fiziksel Rol	69	100,00	0,000	34,147	0,000**
	Mental Rol	69	90,33	29,216	35,930	0,000**
	Mental İşlev	69	66,32	12,786	71,498	0,000**
	Sosyal İşlev	69	50,07	4,797	11,020	0,201
	Ağrı	69	88,70	4,509	33,895	0,000**
	Yaşamsallık	69	58,12	13,036	101,833	0,000**
	Genel Sağlık	69	64,20	11,460	73,850	0,000**
Ev hanımı	Fiziksel İşlev	125	83,40	21,114	88,042	0,000**
	Fiziksel Rol	125	91,80	26,139	34,147	0,000**
	Mental Rol	125	73,34	43,583	35,930	0,000**
	Mental İşlev	125	58,72	13,684	71,498	0,000**
	Sosyal İşlev	125	50,89	9,711	11,020	0,201
	Ağrı	125	82,96	12,953	33,895	0,000**
	Yaşamsallık	125	49,84	12,507	101,833	0,000**
	Genel Sağlık	125	55,36	10,301	73,850	0,000**

SF 36: Short Form 36; N: Kişi sayısı; SS: Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Tablo 36 (devam). Short Form 36 ile hasta yakınlarının meslek durumlarının karşılaştırılması

Meslekler	SF 36 alt ölçekler	N	Ortalama	SS	Kruskal Wallis	P
İşçi	Fiziksel İşlev	90	96,39	4,859	88,042	0,000**
	Fiziksel Rol	90	100,00	0,000	34,147	0,000**
	Mental Rol	90	95,54	18,867	35,930	0,000**
	Mental İşlev	90	65,24	13,403	71,498	0,000**
	Sosyal İşlev	90	50,19	6,059	11,020	0,201
	Ağrı	90	86,33	7,259	33,895	0,000**
	Yaşamsallık	90	57,50	10,738	101,833	0,000**
	Genel Sağlık	90	63,78	11,075	73,850	0,000**
Memur	Fiziksel İşlev	86	95,81	7,703	88,042	0,000**
	Fiziksel Rol	86	100,00	0,000	34,147	0,000**
	Mental Rol	86	85,66	34,880	35,930	0,000**
	Mental İşlev	86	65,81	16,631	71,498	0,000**
	Sosyal İşlev	86	48,64	5,811	11,020	0,201
	Ağrı	86	89,19	3,149	33,895	0,000**
	Yaşamsallık	86	59,30	14,974	101,833	0,000**
	Genel Sağlık	86	61,40	9,351	73,850	0,000**
Öğrenci	Fiziksel İşlev	19	98,95	2,094	88,042	0,000**
	Fiziksel Rol	19	94,74	22,942	34,147	0,000**
	Mental Rol	19	94,74	22,942	35,930	0,000**
	Mental İşlev	19	77,26	5,971	71,498	0,000**
	Sosyal İşlev	19	50,00	0,000	11,020	0,201
	Ağrı	19	88,42	3,746	33,895	0,000**
	Yaşamsallık	19	70,53	6,213	101,833	0,000**
	Genel Sağlık	19	65,26	8,245	73,850	0,000**
Serbest Meslek	Fiziksel İşlev	18	100,00	0,000	88,042	0,000**
	Fiziksel Rol	18	100,00	0,000	34,147	0,000**
	Mental Rol	18	94,44	23,570	35,930	0,000**
	Mental İşlev	18	71,11	12,237	71,498	0,000**
	Sosyal İşlev	18	48,67	3,881	11,020	0,201
	Ağrı	18	87,22	4,609	33,895	0,000**
	Yaşamsallık	18	67,22	12,274	101,833	0,000**
	Genel Sağlık	18	66,94	10,020	73,850	0,000**

SF 36: Short Form 36; N: Kişi sayısı; SS: Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Short Form 36 ile hasta yakınlarının sigara içme durumlarının karşılaştırılması:

Fiziksel rol, sosyal işlev, yaşamsallık alt ölçekleri ile hasta yakınlarının sigara içme durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Sigara içenlerin puan ortalaması daha yüksekti. Detaylar Tablo 37’de verilmiştir.

Tablo 37. Short Form 36 ile hasta yakınlarının sigara içme durumlarının karşılaştırılması

Sigara kullanımı	SF 36 alt ölçekler	N	Ortalama	SS	Mann Whitney U	P
İçiyor	Fiziksel İşlev	182	95,63	6,198	28416,500	0,860
	Fiziksel Rol	182	100,00	0,000	27118,000	0,001*
	Mental Rol	182	89,01	30,779	27552,500	0,232
	Mental İşlev	182	65,27	13,899	28622,000	0,978
	Sosyal İşlev	182	50,57	6,075	26499,000	0,047*
	Ağrı	182	87,64	5,300	28281,500	0,712
	Yaşamsallık	182	60,85	10,418	23086,500	0,000**
	Genel Sağlık	182	61,70	9,350	28121,500	0,721
İçmiyor	Fiziksel İşlev	315	91,89	15,450	28416,500	0,860
	Fiziksel Rol	315	95,79	19,349	27118,000	0,001*
	Mental Rol	315	86,03	33,692	27552,500	0,232
	Mental İşlev	315	65,59	14,502	28622,000	0,978
	Sosyal İşlev	315	49,35	6,804	26499,000	0,047*
	Ağrı	315	86,41	9,281	28281,500	0,712
	Yaşamsallık	315	55,92	14,993	23086,500	0,000**
	Genel Sağlık	315	61,98	11,721	28121,500	0,721

SF 36: Short Form 36; N: Kişi sayısı; SS: Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Short Form 36 ile hasta yakınlarının kiminle yaşadıklarının karşılaştırılması:

Sosyal işlev alt ölçeği dışındaki tüm ölçeklerle hasta yakınlarının kiminle yaşadığı arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Hastayla beraber iki kişi yaşayanların puan ortalaması en düşük, tek başına ve çocuklarının yanında yaşayanların en yüksek bulundu. Detaylar Tablo 38’de verilmiştir.

Short Form 36 alt ölçekleri ile hasta yakınlarının hasta ile birlikte yaşama durumlarının karşılaştırılması: Sosyal işlev alt ölçeği dışındaki tüm ölçeklerle hasta yakınlarının hasta ile yaşama durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Tüm ölçeklerde hasta ile birlikte yaşayanların ortalamaları daha düşük bulundu. Detaylar Tablo 39’da gösterilmiştir.

Tablo 38. Short Form 36 ile hasta yakınlarının kiminle yaşadıklarının karşılaştırılması

Kiminle Yaşandığı	SF 36 alt ölçekler	N	Ortalama	SS	Kruskal Wallis	P
Yalnız	Fiziksel İşlev	9	98,33	2,500	24,600	0,000**
	Fiziksel Rol	9	100,00	0,000	20,057	0,000**
	Mental Rol	9	100,00	0,000	35,384	0,000**
	Mental İşlev	9	69,33	8,000	15,480	0,001*
	Sosyal İşlev	9	50,00	0,000	4,899	0,179
	Ağrı	9	90,00	0,000	15,748	0,001*
	Yaşamsallık	9	63,33	10,000	19,745	0,000**
	Genel Sağlık	9	61,67	6,614	20,188	0,000**
Ailemle	Fiziksel İşlev	475	93,62	12,652	24,600	0,000**
	Fiziksel Rol	475	97,84	13,849	20,057	0,000**
	Mental Rol	475	88,21	31,332	35,384	0,000**
	Mental İşlev	475	65,73	14,362	15,480	0,001*
	Sosyal İşlev	475	49,70	6,634	4,899	0,179
	Ağrı	475	87,09	7,574	15,748	0,001*
	Yaşamsallık	475	58,06	13,510	19,745	0,000**
	Genel Sağlık	475	62,21	10,853	20,188	0,000**
Çocuklarının yanında	Fiziksel İşlev	2	82,50	3,536	24,600	0,000**
	Fiziksel Rol	2	100,00	0,000	20,057	0,000**
	Mental Rol	2	100,00	0,000	35,384	0,000**
	Mental İşlev	2	68,00	0,000	15,480	0,001*
	Sosyal İşlev	2	50,00	0,000	4,899	0,179
	Ağrı	2	90,00	0,000	15,748	0,001*
	Yaşamsallık	2	55,00	0,000	19,745	0,000**
	Genel Sağlık	2	65,00	0,000	20,188	0,000**
Hastayla yalnız	Fiziksel İşlev	11	75,45	18,902	24,600	0,000**
	Fiziksel Rol	11	72,73	46,710	20,057	0,000**
	Mental Rol	11	27,27	46,710	35,384	0,000**
	Mental İşlev	11	50,55	3,236	15,480	0,001*
	Sosyal İşlev	11	53,55	6,072	4,899	0,179
	Ağrı	11	73,64	17,477	15,748	0,001*
	Yaşamsallık	11	39,09	12,413	19,745	0,000**
	Genel Sağlık	11	47,27	6,068	20,188	0,000**

SF 36: Short Form 36; **N:** Kişi sayısı; **SS:** Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Tablo 39. Short Form 36 alt ölçekleri ile hasta yakınlarının hasta ile birlikte yaşama durumlarının karşılaştırılması

Hasta ile birlikte yaşama durumu	SF 36 alt ölçekler	N	Ortalama	SS	Mann Whitney U	P
Birlikte yaşıyor	Fiziksel İşlev	251	90,34	16,679	25367,000	0,000**
	Fiziksel Rol	251	94,72	21,553	28782,000	0,000**
	Mental Rol	251	76,49	41,435	23695,500	0,000**
	Mental İşlev	251	60,37	16,828	19326,000	0,000**
	Sosyal İşlev	251	50,15	8,231	29389,500	0,190
	Ağrı	251	85,34	10,089	26847,000	0,000**
	Yaşamsallık	251	53,47	16,265	20248,500	0,000**
	Genel Sağlık	251	58,65	10,694	21275,500	0,000**
Birlikte yaşamıyor	Fiziksel İşlev	246	96,24	6,275	25367,000	0,000**
	Fiziksel Rol	246	100,00	,000	28782,000	0,000**
	Mental Rol	246	97,96	13,163	23695,500	0,000**
	Mental İşlev	246	70,68	8,329	19326,000	0,000**
	Sosyal İşlev	246	49,43	4,231	29389,500	0,190
	Ağrı	246	88,41	4,816	26847,000	0,000**
	Yaşamsallık	246	62,07	8,498	20248,500	0,000**
	Genel Sağlık	246	65,18	10,115	21275,500	0,000**

SF 36: Short Form 36; N: Kişi sayısı; SS: Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Short Form 36 alt ölçekleriyle hasta yakınlarının, hastaya başka bakım veren olup olmaması durumlarının karşılaştırılması: Fiziksel işlev, fiziksel rol, mental işlev, mental rol, ağrı, yaşamsallık ve genel sağlık alt ölçekleri hasta yakınlarının, hastaya başka bakım veren olup olmaması durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Sosyal işlev alt ölçeği ile hasta yakınlarının hastaya başka bakım veren olup olmaması durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmadı. Tüm ölçeklerde başka bakım veren olduğu durumlarda ölçek puanlar daha yüksek bulundu. Detaylar Tablo 40'ta verilmiştir.

Tablo 40. Short Form 36 alt ölçekleriyle hasta yakınlarının, hastaya başka bakım veren olup olmaması durumlarının karşılaştırılması

Başka bakım veren	SF 36 alt ölçekler	N	Ortalama	SS	Mann Whitney U	P
Var	Fiziksel İşlev	351	96,78	5,943	13454,000	0,000**
	Fiziksel Rol	351	99,07	9,308	23635,000	0,000**
	Mental Rol	351	96,01	19,114	17065,500	0,000**
	Mental İşlev	351	70,50	11,266	8115,000	0,000**
	Sosyal İşlev	351	49,77	4,763	25531,500	0,929
	Ağrı	351	88,15	4,927	22029,500	0,000**
	Yaşamsallık	351	63,33	10,142	5568,000	0,000**
	Genel Sağlık	351	64,66	9,937	13714,000	0,000**
Yok	Fiziksel İşlev	146	84,79	19,712	13454,000	0,000**
	Fiziksel Rol	146	93,15	24,304	23635,000	0,000**
	Mental Rol	146	65,75	45,988	17065,500	0,000**
	Mental İşlev	146	53,40	13,506	8115,000	0,000**
	Sosyal İşlev	146	49,84	9,630	25531,500	0,929
	Ağrı	146	83,77	12,269	22029,500	0,000**
	Yaşamsallık	146	44,25	11,587	5568,000	0,000**
	Genel Sağlık	146	55,21	10,236	13714,000	0,000**

SF 36: Short Form 36; N: Kişi sayısı; SS: Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Short Form 36 alt ölçekleri hasta yakınlarının bakım yüklerinin karşılaştırılması:

Fiziksel işlev, fiziksel rol, mental işlev, mental rol, sosyal işlev, yaşamsallık ve genel sağlık alt ölçekleri ile hasta yakınlarının bakım yükleri arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Ağrı alt ölçeği ile hasta yakınlarının bakım yüklerinin arasında istatistiksel anlamlılık bulunmadı. Fiziksel işlev ve sosyal işlev alt ölçeklerinde ‘0-3’ saat bakım verenlerde en yüksek, ‘7-12’ saat bakım verenlerde en düşük bulundu. Fiziksel rol, mental işlev ve mental rol alt ölçeklerinde ‘vaktimi almıyor’ diyenlerde en yüksek, ‘7-12’ saat bakım verenlerde en düşük bulundu. Yaşamsallık ve genel sağlık alt ölçeklerinde ‘vaktimi almıyor’ diyenlerde en yüksek, 13 ve üzeri saat bakım verenlerde en düşük bulundu. Detaylar Tablo 41’de verilmiştir.

Tablo 41. Short Form 36 ile hasta yakınlarının bakım yüklerinin karşılaştırılması

Bakım yükü	SF 36 alt ölçekler	N	Ortalama	SS	Kruskal Wallis	P
Vaktimi almıyor	Fiziksel İşlev	18	93,61	7,823	54,049	0,000**
	Fiziksel Rol	18	100,00	0,000	56,488	0,000**
	Mental Rol	18	100,00	0,000	117,045	0,000**
	Mental İşlev	18	72,67	10,198	127,685	0,000**
	Sosyal İşlev	18	50,00	0,000	14,748	0,005*
	Ağrı	18	88,33	3,835	5,757	0,218
	Yaşamsallık	18	65,83	6,243	125,200	0,000**
	Genel Sağlık	18	70,83	10,037	57,535	0,000**
0-3 saat	Fiziksel İşlev	320	96,42	7,723	54,049	0,000**
	Fiziksel Rol	320	99,06	9,652	56,488	0,000**
	Mental Rol	320	96,56	17,677	117,045	0,000**
	Mental İşlev	320	70,36	10,929	127,685	0,000**
	Sosyal İşlev	320	49,04	4,837	14,748	0,005*
	Ağrı	320	87,88	5,298	5,757	0,218
	Yaşamsallık	320	62,20	11,361	125,200	0,000**
	Genel Sağlık	320	63,95	10,553	57,535	0,000**
3-6 saat	Fiziksel İşlev	86	90,47	12,406	54,049	0,000**
	Fiziksel Rol	86	99,71	2,696	56,488	0,000**
	Mental Rol	86	75,20	42,532	117,045	0,000**
	Mental İşlev	86	58,88	13,212	127,685	0,000**
	Sosyal İşlev	86	50,62	8,916	14,748	0,005*
	Ağrı	86	86,40	7,501	5,757	0,218
	Yaşamsallık	86	50,06	12,402	125,200	0,000**
	Genel Sağlık	86	57,91	8,927	57,535	0,000**
7-12 saat	Fiziksel İşlev	70	82,21	23,446	54,049	0,000**
	Fiziksel Rol	70	85,71	33,668	56,488	0,000**
	Mental Rol	70	54,76	47,843	117,045	0,000**
	Mental İşlev	70	49,94	15,496	127,685	0,000**
	Sosyal İşlev	70	52,16	9,734	14,748	0,005*
	Ağrı	70	82,29	15,433	5,757	0,218
	Yaşamsallık	70	46,21	13,145	125,200	0,000**
	Genel Sağlık	70	55,29	10,491	57,535	0,000**
13 saat üstü	Fiziksel İşlev	3	91,67	2,887	54,049	0,000**
	Fiziksel Rol	3	90,00	0,000	56,488	0,000**
	Mental Rol	3	90,00	0,000	117,045	0,000**
	Mental İşlev	3	52,00	0,000	127,685	0,000**
	Sosyal İşlev	3	50,00	0,000	14,748	0,005*
	Ağrı	3	90,00	0,000	5,757	0,218
	Yaşamsallık	3	20,00	0,000	125,200	0,000**
	Genel Sağlık	3	55,00	0,000	57,535	0,000**

SF 36: Short Form 36; N: Kişi sayısı; SS: Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Short Form 36 alt ölçekleri ile hasta yakınlarının hastaya yakınlık derecelerinin karşılaştırılması: Tüm alt ölçeklerle hasta yakınlarının hastaya yakınlık durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Fiziksel işlev, mental işlev ve yaşamsallık alt ölçeklerinde hasta eşlerinde puan ortalaması en düşük, ‘diğer’ kategorisindekilerde en yüksek bulundu. Fiziksel rol ve mental rol alt ölçeklerinde hasta eşlerinde puan ortalaması en düşük; bakıcı, hastanın kardeşi ve ‘diğer’ kategorisindekilerde en yüksek bulundu. Sosyal işlev alt ölçeğinde hastanın bakıcılarında puan ortalaması en düşük; hasta eşlerinde en yüksek bulundu. Ağrı alt ölçeğinde hasta eşlerinde puan ortalaması en düşük; bakıcı ve ‘diğer’ kategorisindekilerde en yüksek bulundu. Genel sağlık alt ölçeğinde hasta eşlerinde puan ortalaması en düşük; babalarına bakım verenlerde en yüksek bulundu. Detaylar Tablo 42’de verilmiştir.

Tablo 42. Short Form 36 ile hasta yakınlarının yakınlık derecelerinin karşılaştırılması

Hastaya yakınlık derecesi	SF 36 alt ölçekler	N	Ortalama	SS	Kruskal Wallis	P
Hastanın bakıcısı	Fiziksel İşlev	24	88,33	11,857	75,667	0,000**
	Fiziksel Rol	24	100,00	0,000	23,692	0,000**
	Mental Rol	24	100,00	0,000	109,711	0,000**
	Mental İşlev	24	67,50	6,909	136,995	0,000**
	Sosyal İşlev	24	47,00	5,308	11,172	0,048*
	Ağrı	24	90,00	0,000	22,859	0,000**
	Yaşamsallık	24	53,13	15,095	129,911	0,000**
	Genel Sağlık	24	60,42	5,090	51,125	0,000**
Çocuğu (Hasta: hasta yakınının annesi)	Fiziksel İşlev	173	96,62	5,929	75,667	0,000**
	Fiziksel Rol	173	99,86	1,901	23,692	0,000**
	Mental Rol	173	95,38	21,062	109,711	0,000**
	Mental İşlev	173	69,80	12,324	136,995	0,000**
	Sosyal İşlev	173	50,29	5,930	11,172	0,048*
	Ağrı	173	87,75	5,717	22,859	0,000**
	Yaşamsallık	173	61,59	13,204	129,911	0,000**
	Genel Sağlık	173	64,48	9,825	51,125	0,000**
Çocuğu (Hasta: hasta yakınının babası)	Fiziksel İşlev	149	97,58	4,052	75,667	0,000**
	Fiziksel Rol	149	97,99	14,093	23,692	0,000**
	Mental Rol	149	95,30	20,163	109,711	0,000**
	Mental İşlev	149	71,19	8,523	136,995	0,000**
	Sosyal İşlev	149	49,36	2,714	11,172	0,048*
	Ağrı	149	88,32	4,256	22,859	0,000**
	Yaşamsallık	149	62,52	10,145	129,911	0,000**
	Genel Sağlık	149	64,53	10,926	51,125	0,000**

SF 36: Short Form 36; N: Kişi sayısı; SS: Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Tablo 42 (devam). Short Form 36 ile hasta yakınlarının yakınlık derecelerinin karşılaştırılması

Hastaya yakınlık derecesi	SF 36 alt ölçekler	N	Ortalama	SS	Kruskal Wallis	P
Hastanın kardeşi	Fiziksel İşlev	18	95,28	6,960	75,667	0,000**
	Fiziksel Rol	18	100,00	0,000	23,692	0,000**
	Mental Rol	18	100,00	0,000	109,711	0,000**
	Mental İşlev	18	71,33	7,670	136,995	0,000**
	Sosyal İşlev	18	47,33	5,134	11,172	0,048*
	Ağrı	18	88,89	3,234	22,859	0,000**
	Yaşamsallık	18	63,89	4,391	129,911	0,000**
	Genel Sağlık	18	62,78	4,918	51,125	0,000**
Hastanın Eşi	Fiziksel İşlev	130	84,31	20,655	75,667	0,000**
	Fiziksel Rol	130	92,31	25,640	23,692	0,000**
	Mental Rol	130	62,31	46,854	109,711	0,000**
	Mental İşlev	130	51,72	14,810	136,995	0,000**
	Sosyal İşlev	130	50,48	9,932	11,172	0,048*
	Ağrı	130	83,08	12,810	22,859	0,000**
	Yaşamsallık	130	46,69	11,920	129,911	0,000**
	Genel Sağlık	130	55,54	11,193	51,125	0,000**
Diğer	Fiziksel İşlev	3	100,00	0,000	75,667	0,000**
	Fiziksel Rol	3	100,00	0,000	23,692	0,000**
	Mental Rol	3	100,00	0,000	109,711	0,000**
	Mental İşlev	3	76,00	0,000	136,995	0,000**
	Sosyal İşlev	3	50,00	0,000	11,172	0,048*
	Ağrı	3	90,00	0,000	22,859	0,000**
	Yaşamsallık	3	75,00	0,000	129,911	0,000**
	Genel Sağlık	3	61,67	2,887	51,125	0,000**

SF 36: Short Form 36; N: Kişi sayısı; SS: Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Hastalar İçin Psikiyatrik Ek Hastalık Karşılaştırmaları

Psikiyatrik ek hastalığı olmayan hastaların yaşam kalitesi ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Detaylar Tablo 43'te verilmiştir.

Tablo 43. Hastaların psikiyatrik ek hastalık durumlarına göre yaşam kaliteleri

SF-36 alt ölçekleri	Tanı var (n=285)	Tanı yok (n=525)	p	Mann-Whitney U
Fiziksel İşlev	41,07	60,57	0,000**	44826,500
Fiziksel Rol	4,74	47,05	0,000**	40864,500
Mental Rol	2,68	84,20	0,000**	12610,000
Mental İşlev	29,74	63,22	0,000**	5422,000
Sosyal İşlev	48,32	48,22	0,682	73731,000
Ağrı	42,60	77,77	0,000**	14807,000
Vitalite	26,53	46,26	0,000**	19070,500
Genel Sağlık	27,40	45,36	0,000**	17938,500

SF 36: Short Form 36; n: Kişi sayısı.

*P<0,05, ** P<0,001.

Psikiyatrik tanılar ile hastaların cinsiyetlerinin karşılaştırılması: Majör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, BTA somatoform bozukluk ve panik bozukluk ile hastaların cinsiyetleri arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Yaygın anksiyete bozukluğu hariç diğer tanıların kadınlarda görülme sıklığı daha fazlaydı. Detaylar Tablo 44'te verilmiştir.

Tablo 44. Psikiyatrik tanılar ile hastaların cinsiyetlerinin karşılaştırılması

Psikiyatrik tanılar	Cinsiyet	Tamı Var			Tamı Yok			P (Pearson χ^2)
		N	Toplamın %	Ağırlıklı %	N	Toplamın %	Ağırlıklı %	
Majör Depresif Bozukluk	Kadın	153	18,9	35,9	273	33,7	64,1	0,000** (56365)
	Erkek	50	6,2	13	334	41,2	87	
	Toplam	203	25,1	25,1	607	74,9	74,9	
Minör Depresif Bozukluk	Kadın	39	4,8	9,2	387	47,8	90,8	0,881 (0,022)
	Erkek	34	4,2	8,9	350	43,2	91,1	
	Toplam	73	9	9	737	91	91	
BTA Anksiyete Bozukluğu	Kadın	128	15,8	30	298	36,8	70	0,000** (21736)
	Erkek	62	7,7	16,1	322	39,8	83,9	
	Toplam	190	23,5	23,5	620	76,5	76,5	
Yaygın Anksiyet Bozukluğu	Kadın	0	0	0	426	52,6	100	0,003* (8964)
	Erkek	8	1,0	2,1	376	46,4	97,9	
	Toplam	8	1,0	1,0	802	99,0	99,0	
Olası Alkol Kötüye Kullanımı	Kadın	0	0	0	426	52,6	100	0,068 (3340)
	Erkek	3	0,4	0,8	381	47,0	99,2	
	Toplam	3	0,4	0,4	807	99,6	99,6	
BTA Somatoform Bozukluk	Kadın	6	0,7	1,4	420	51,9	98,6	0,032* (5449)
	Erkek	0	0	0	384	47,4	100	
	Toplam	6	0,7	0,7	804	99,3	99,3	
Panik Bozukluğu	Kadın	6	0,7	1,4	420	51,9	98,6	0,032* (5449)
	Erkek	0	0	0	384	47,4	100	
	Toplam	6	0,7	0,7	804	99,3	99,3	

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; N: Kişi sayısı.

* P<0,05, ** P<0,001.

Psikiyatrik tanılar ile hastaların yaşlarının karşılaştırılması: Majör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, minör depresif bozukluk ile hastaların yaş ortalamaları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Tanısı olanların yaş ortalaması daha düşüktü. Detaylar Tablo 45'te verilmiştir.

Tablo 45. Psikiyatrik tanılar ile hastaların yaşlarının karşılaştırılması

Psikiyatrik tanılar	Hastalık Varlığı	N	Ortalama Yaş	SS	Mann-Whitney U	P
Majör Depresyon	Var	203	52,63	11,321	38179,50	0,000**
	Yok	607	59,74	11,542		
	Toplam	810	57,96	11,888		
BTA Anksiyete Bozukluğu	Var	190	53,86	10,545	41061,00	0,000**
	Yok	620	59,21	12,001		
	Toplam	810	57,96	11,888		
Minör Depresif Bozukluk	Var	73	54,41	9,465	20186,50	0,000**
	Yok	737	58,31	12,050		
	Toplam	810	57,96	11,888		
Olası alkol kötüye kullanımı	Var	3	63,33	2,517	810,50	0,323
	Yok	807	57,94	11,905		
	Toplam	810	57,96	11,888		
Panik Bozukluk	Var	6	54,50	3,782	1754,50	0,249
	Yok	804	57,98	11,925		
	Toplam	810	57,96	11,888		
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Var	8	53,63	11,250	2415,50	0,229
	Yok	802	58,00	11,893		
	Toplam	810	57,96	11,888		
BTA Somatoform Bozukluk	Var	6	64,50	6,285	1500,00	0,110
	Yok	804	57,91	11,908		
	Toplam	810	57,96	11,888		

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; N: Kişi sayısı; SS: Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Psikiyatrik tanılar ile hastaların medeni durumlarının karşılaştırılması: Majör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, minör depresif bozukluk, BTA somatoform bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ile hastaların medeni durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Majör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu bekârlarda en fazla iken, evlilerde en düşüktü. Minör depresif bozukluk bekarlarda en fazla iken, dullarda en düşüktü. BTA somatoform bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu dullarda en fazla iken, bekârlarda tanı alan yoktu. Detaylar Tablo 46'da verilmiştir.

Tablo 46. Psikiyatrik tanılar ile hastaların medeni durumlarının karşılaştırılması

Psikiyatrik tanılar	Medeni Durum	Tanı yok			Tanı Var			P (Pearson χ^2)
		N	Toplamın %	Ağırlıklı %	N	Toplamın %	Ağırlıklı %	
Majör Depresif Bozukluk	Evli	454	56,0	79,2	119	14,7	20,8	0,000** (19,743)
	Bekar	43	5,3	61,4	27	3,3	38,6	
	Dul	110	13,6	65,9	57	7,0	34,1	
	Toplam	607	74,9	74,9	203	25,1	25,1	
BTA Anksiyete Bozukluğu	Evli	486	60,0	84,8	87	10,7	15,2	0,000** (87,297)
	Bekar	29	3,6	41,4	41	5,1	58,6	
	Dul	105	13,0	62,9	62	7,7	37,1	
	Toplam	620	76,5	76,5	190	23,5	23,5	
Minör Depresif Bozukluk	Evli	531	65,6	92,7	42	5,2	7,3	0,000** (30,718)
	Bekar	51	6,3	72,9	19	2,3	27,1	
	Dul	155	19,1	92,8	12	1,5	7,2	
	Toplam	737	91,0	91,0	73	9,0	9,0	
BTA Somatoform Bozukluk	Evli	572	70,6	99,8	1	0,1	0,2	0,001* (14,553)
	Bekar	70	8,6	100	0	0	0	
	Dul	162	20,0	97,0	5	0,6	3,0	
	Toplam	804	99,3	99,3	6	0,7	0,7	
Olası Alkol Kötüye Kullanımı	Evli	570	70,4	99,5	3	0,4	0,5	0,536 (1,245)
	Bekar	70	8,6	100	0	0	0	
	Dul	167	20,6	100	0	0	0	
	Toplam	807	99,6	99,6	3	0,4	0,4	
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Evli	570	70,4	99,5	3	0,4	0,5	0,012* (8,835)
	Bekar	70	8,6	100	0	0	0	
	Dul	162	20,0	97,0	5	0,6	3,0	
	Toplam	802	99,0	99,0	8	1,0	1,0	
Panik Bozukluk	Evli	569	70,2	99,3	4	0,5	0,7	0,063 (5,525)
	Bekar	68	8,4	97,1	2	0,2	2,9	
	Dul	167	20,6	100	0	0	0	
	Toplam	804	99,3	99,3	6	0,7	0,7	

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; N: Kişi sayısı.

* P<0,05, ** P<0,001.

Psikiyatrik tanılar ile hastaların çocuk sahibi olma durumlarının karşılaştırılması: Majör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, Minör depresif bozukluk ile hastaların çocuk sahibi olma durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Çocuğu olmayanlarda tanı oranı daha yüksekti. Detaylar Tablo 47’de verilmiştir.

Tablo 47. Psikiyatrik tanılar ile hastaların çocuk sahibi olma durumlarının karşılaştırılması

Psikiyatrik tanılar	Çocuk varlığı	Tanı yok		Tanı Var		P (Pearson χ^2)
		N	%	N	%	
Majör Depresif Bozukluk	Yok	43	61,4	27	38,6	0,006* (7446)
	Var	564	76,2	176	23,8	
BTA Anksiyete bozukluğu	Yok	35	50,0	35	50,0	0,000** (30067)
	Var	585	79,1	155	20,9	
Minör Depresif Bozukluk	Yok	54	77,1	16	22,9	0,000** (17910)
	Var	683	92,3	57	7,7	
BTA Somatoform Bozukluk	Yok	70	100	0	0	0,580 (0,572)
	Var	734	99,2	6	0,8	
Olası Alkol Kötüye Kullanımı	Yok	70	100	0	0	0,762 (0,285)
	Var	737	99,6	3	0,4	
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Yok	70	100	0	0	0,484 (0,764)
	Var	732	98,9	8	1,1	
Panik Bozukluk	Yok	68	97,1	2	2,9	0,088 (4668)
	Var	736	99,5	4	0,5	

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; N: Kişi sayısı.

* P<0,05, ** P<0,001.

Psikiyatrik tanılar ile hastaların öğrenim durumlarının karşılaştırılması: Majör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, Minör depresif bozukluk ile hastaların öğrenim durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Öğrenim yılı arttıkça tanı görülme oranı da artmaktadır. Detaylar Tablo 48’de verilmiştir.

Psikiyatrik tanılar ile hastaların çalışma durumlarının karşılaştırılması: Olası alkol kötüye kullanımı ile hastaların çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Çalışıyor olanlarda olası alkol kötüye kullanımı daha sık olarak bulundu. Detaylar Tablo 49’da verilmiştir.

Tablo 48. Psikiyatrik tanılar ile hastaların öğrenim durumlarının karşılaştırılması

Psikiyatrik tanılar	Öğrenim Durumu	Tanı yok		Tanı Var		P (Pearson χ^2)
		N	%	N	%	
Majör Depresif Bozukluk	Yok	32	97,0	1	3,0	0,000** (59004)
	0-8 yıl	386	81,3	89	18,7	
	9-12 yıl	151	68,6	69	31,4	
	13-16 yıl	38	46,3	44	53,7	
BTA Anksiyete Bozukluğu	Yok	33	100,0	0	0	0,000** (106337)
	0-8 yıl	397	83,6	78	16,4	
	9-12 yıl	162	73,6	58	26,4	
	13-16 yıl	28	34,1	54	65,9	
Minör Depresif Bozukluk	Yok	33	100	0	0	0,000** (44478)
	0-8 yıl	446	93,9	29	6,1	
	9-12 yıl	199	90,5	21	9,5	
	13-16 yıl	59	72,0	23	28	
BTA Somatoform Bozukluk	Yok	32	97	1	3	0,155 (5235)
	0-8 yıl	470	98,9	5	1,1	
	9-12 yıl	220	100	0	0	
	13-16 yıl	82	100	0	0	
Olası Alkol Kötüye Kullanımı	Yok	33	100	0	0	0,547 (2124)
	0-8 yıl	472	99,4	3	0,6	
	9-12 yıl	220	100,0	0	0	
	13-16 yıl	82	100,0	0	0	
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Yok	33	100	0	0	0,140 (5478)
	0-8 yıl	472	99,4	3	0,6	
	9-12 yıl	215	97,7	5	2,3	
	13-16 yıl	82	100	0	0	
Panik Bozukluk	Yok	33	100	0	0	0,882 (0,664)
	0-8 yıl	472	99,4	3	0,6	
	9-12 yıl	218	99,1	2	0,9	
	13-16 yıl	81	98,8	1	1,2	

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; N: Kişi sayısı.

* P<0,05, ** P<0,001.

Tablo 49. Psikiyatrik tanılar ile hastaların çalışma durumlarının karşılaştırılması

Psikiyatrik tanılar	Çalışmıyor (n=713)		Çalışıyor (n=97)		Toplam (n=810)		P (Pearson χ^2)
	n	%	n	%	n	%	
Majör Depresif Bozukluk	178	25,0	25	25,8	203	25,1	0,863 0,030
BTA Anksiyete Bozukluğu	167	23,4	23	23,7	190	23,5	0,950 0,004
Minör Depresif Bozukluk	67	9,4	6	6,2	73	9,0	0,300 1,074
BTA Somatoform Bozukluk	6	0,8	0	0	6	0,7	0,464 0,822
Olası Alkol Kötüye Kullanımı	0	0	3	3,1	3	0,4	0,002* 22,134
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	5	0,7	3	3,1	8	1,0	0,060 4,994
Panik Bozukluk	6	0,8	0	0	6	0,7	0,464 0,822

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; n: Kişi sayısı.

* P<0,05, ** P<0,001.

Psikiyatrik tanılar ile hastaların ekonomik durumlarının karşılaştırılması: Majör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, minör depresif bozukluk, BTA somatoform bozukluk ile hastaların ekonomik durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Majör depresif bozukluk ekonomik durumuna ‘kötü’ diyenlerde en sıkken, ‘çok iyi’ diyenlerde hiç yoktu. BTA anksiyete bozukluğu ekonomik durumuna ‘çok iyi’ diyenlerde en sıkken, ‘orta’ diyenlerde en azdı. Minör depresif bozukluk ekonomik durumuna ‘çok iyi’ diyenlerde en sıkken, ‘kötü’ diyenlerde en azdı. BTA somatoform bozukluk ekonomik durumuna ‘kötü’ diyenlerde en sıkken, diğer gruplarda hiç yoktu. Detaylar Tablo 50’de verilmiştir.

Tablo 50. Psikiyatrik tanılar ile hastaların ekonomik durumunun karşılaştırılması

Psikiyatrik tanılar	Kötü (n=107)		Orta (n=623)		İyi (n=75)		Çok iyi (n=5)		Toplam (n=810)		P (Pearson χ^2)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Majör Depresif Bozukluk	53	49,5	141	22,6	9	12,0	0	0	203	25,1	0,000** 44,560
BTA Anksiyete Bozukluğu	51	47,7	110	17,7	26	34,7	3	60,0	190	23,5	0,021* 55,562
Minör Depresif Bozukluk	6	5,6	47	7,5	17	22,7	3	60,0	73	9,0	0,000** 36,055
BTA Somatoform Bozukluk	6	5,6	0	0	0	0	0	0	6	0,7	0,000** 39,715
Olası Alkol Kötüye Kullanımı	0	0	3	0,5	0	0	0	0	3	0,4	0,925 0,904
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	0	0	8	1,3	0	0	0	0	8	1,0	0,877 2,425
Panik Bozukluk	0	0	6	1,0	0	0	0	0	6	0,7	0,894 1,814

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; **n:** Kişi sayısı.

* P<0,05, ** P<0,001.

Psikiyatrik tanımlar ile hastaların mesleklerinin karşılaştırılması: Majör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, minör depresif bozukluk, olası alkol kötüye kullanımı ile hastaların meslekleri arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Majör depresif bozukluk 'diğer' grubunda, memurlar ve serbest meslek sahiplerinde en fazla iken, çiftçilerde oran en azdı. BTA anksiyete bozukluğu memurlarda ve 'diğer' grubunda en fazla iken, çiftçilerde oran en azdı. Minör depresif bozukluk memurlar ve serbest meslek grubunda en fazla iken, öğrencilerde en azdı. Olası alkol kötüye kullanımı 'diğer' grubunda de en fazla olarak bulundu. Detaylar Tablo 51'de verilmiştir.

Psikiyatrik tanımlar ile hastaların kiminle yaşadıklarının karşılaştırılması: Majör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, minör depresif bozukluk, BTA somatoform bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ile hastaların kiminle yaşadıkları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Majör depresif bozukluk bakımevinde yaşayanlarda en yüksek iken, ailesiyle yaşayanlarda en düşüktü. BTA anksiyete bozukluğu yalnız yaşayanlarda en yüksek iken, ailesiyle yaşayanlarda ve bakımevindekilerde en düşüktü. Minör depresif bozukluk yalnız yaşayanlarda en yüksek iken, bakımevinde ve bakıcıyla yaşayanlarda en düşüktü. BTA somatoform bozukluk bakımevinde yaşayanlarda en yüksek iken, bakıcıyla ve çocuklarının yanında yaşayanlarda en düşüktü. Yaygın anksiyete bozukluğu bakıcıyla yaşayanlarda en yüksek iken, çocuklarının yanında ve bakımevinde yaşayanlarda en düşüktü. Detaylar Tablo 52'de verilmiştir.

Tablo 51. Psikiyatrik tanılar ile hastaların mesleklerinin karşılaştırılması

Psikiyatrik tanılar		Diğer	Çiftçi	Esnaf	Ev Hanımı	İşçi	Memur	Öğrenci	Serbest Meslek	Toplam	P (Pearson χ^2)
		n=37	n=128	n=79	n=285	n=124	n=91	n=19	n=47	n=810	
Majör Depresif Bozukluk	n	15	7	20	85	26	33	7	10	203	0,000** (43278)
	%	40,5	5,5	25,3	29,8	21,0	36,3	36,8	21,3	25,1	
BTA Anksiyete Bozukluğu	n	15	8	17	61	29	41	4	15	190	0,000** (53533)
	%	40,5	6,3	21,5	21,4	23,4	45,1	21,1	31,9	23,5	
Minör Depresif Bozukluk	n	5	7	8	17	11	17	0	8	73	0,002* (22158)
	%	13,5	5,5	10,1	6,0	8,9	18,7	0	17,0	9,0	
BTA Somatoform Bozukluk	n	0	0	0	6	0	0	0	0	6	0,133 (11135)
	%	0	0	0	2,1	0	0	0	0	0,7	
Olası Alkol Kötüye Kullanımı	n	2	0	1	0	0	0	0	0	3	0,000** (29717)
	%	5,4	0	1,3	0	0	0	0	0	0,4	
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	n	0	3	3	0	2	0	0	0	8	0,050 (14059)
	%	0	2,3	3,8	0	1,6	0	0	0	1,0	
Panik Bozukluk	n	0	0	0	5	0	1	0	0	6	0,390 (7380)
	%	0	0	0	1,8	0	1,1	0	0	0,7	

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; **n:** Kişi sayısı.

* P<0,05, ** P<0,001.

Tablo 52. Psikiyatrik tanılar ile hastaların kiminle yaşadıklarının karşılaştırılması

Psikiyatrik tanılar	Yalnız (n=94)		Ailemle (n=575)		Çocukların yanında (n=115)		Bakımevi (n=2)		Bakıcıyla (n=24)		Toplam (n=810)		P (Pearson χ^2)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Majör Depresif Bozukluk	46	48,9	121	21,0	25	21,7	2	100	9	37,5	203	25,1	0,000** 42105
BTA Anksiyete Bozukluğu	65	69,1	88	15,3	31	27,0	0	0	6	25,0	190	23,5	0,000** 132018
Minör Depresif Bozukluk	27	28,7	43	7,5	3	2,6	0	0	0	0	73	9,0	0,000** 54514
BTA Somatoform Bozukluk	3	3,2	1	0,2	0	0	2	100	0	0	6	0,7	0,000** 279229
Olası Alkol Kötüye Kullanımı	0	0	3	0,5	0	0	0	0	0	0	3	0,4	0,873 1231
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	2	2,1	3	0,5	0	0	0	0	3	12,5	8	1,0	0,000** 36220
Panik Bozukluk	3	3,2	3	0,5	0	0	0	0	0	0	6	0,7	0,059 9106

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; **n:** Kişi sayısı.

* P<0,05, ** P<0,001.

Psikiyatrik tanılar ile hastaların ek hastalık durumlarının karşılaştırılması:

Majör Depresif Bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu ve minör depresif bozukluk ile hastaların ek hastalık durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. GIS hastalığı olanlarda majör depresif bozukluk sıklığı en fazla iken, ‘diğer’ kategorisindekilerde majör depresif bozukluk saptanmadı. GIS hastalığı olanlarda BTA anksiyete bozukluğu sıklığı en fazla iken, ‘diğer’ kategorisindekilerde BTA anksiyete bozukluğu saptanmadı. Sinir sistemi hastalığı olanlarda minör depresif bozukluk sıklığı en fazla iken, eklem hastalığı ve hiperlipidemisi olanlarda minör depresif bozukluğa rastlanmadı. Detaylar Tablo 53’te verilmiştir.

Psikiyatrik tanılar ile hastaların malignite türlerinin karşılaştırılması:

BTA anksiyete bozukluğu, minör depresif bozukluk, panik bozukluk ile hastaların malignite türleri arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Baş boyun kanseri ve ‘diğer’ kategorisindeki hastalarda BTA anksiyete bozukluğu en sıkken, akciğer kanserli hastalarda en azdı. Meme kanseri ve ‘diğer’ kategorisindeki hastalarda minör depresif bozukluk en sıkken, yumuşak doku-cilt kanserlerinde minör depresif bozukluk tanısı alan hasta olmadı. Meme kanserli hastalarda panik bozukluk en sıkken, diğer malignite türlerinde panik bozukluk tanısı alan hasta olmadı. Detaylar Tablo 54’te verilmiştir.

Tablo 53. Psikiyatrik tanılar ile hastaların ek hastalık durumlarının karşılaştırılması

Psikiyatrik tanılar		Kalp Hastalığı (n=39)	HT (n=118)	Diyabet (n=51)	HL (n=30)	SSH (n=60)	GİS (n=27)	Eklem Hastalığı (n=25)	Diğer (n=7)	Toplam (n=810)	P (Pearson χ^2)
Majör Depresif Bozukluk	n	9	17	26	13	18	19	9	0	203	0,000** (70464)
	%	23,1	14,4	51	43,3	30	70,4	36	0	25,1	
BTA Anksiyete Bozukluğu	n	13	16	21	13	21	14	6	0	190	0,000** (47850)
	%	33,3	13,6	41,2	43,3	35,0	51,9	24,0	0	23,5	
Minör Depresif Bozukluk	n	1	5	4	0	9	2	0	1	73	0,035* (16523)
	%	2,6	4,2	7,8	0	15,0	7,4	0	14,3	9,0	
BTA Somatoform Bozukluk	n	0	4	0	0	0	0	0	0	6	0,093 (13598)
	%	0	3,4	0	0	0	0	0	0	0,7	
Olası Alkol Kötüye Kullanımı	n	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0,989 (1678)
	%	0	0,8	0	0	0	0	0	0	0,4	
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	n	0	0	3	0	0	0	0	0	8	0,148 (15610)
	%	0	0	5,9	0	0	0	0	0	1,0	
Panik Bozukluk	n	0	0	1	0	0	0	0	0	6	0,845 (4128)
	%	0	0	2,0	0	0	0	0	0	0,7	

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; **HT:** Hipertansiyon; **HL:** Hiperlipidemi; **SSH:** Sinir sistem hastalığı; **GİS:** Gastrointestinal sistem; **n:**Kişi sayısı.

* P<0,05, ** P<0,001.

Tablo 54. Psikiyatrik tanılar ile hastaların malignite türlerinin karşılaştırılması

Psikiyatrik tanılar		Akciğer (n=190)	Baş Boyun (n=43)	GİS (n=189)	Meme (n=131)	Ürogenital (n=139)	Yumuşak Doku - Cilt (n=43)	Hematolojik (n=73)	Diğer (n=2)	Toplam (n=810)	P (Pearson χ^2)
Majör Depresif Bozukluk	n	32	13	45	38	39	16	20	0	203	0,058 (13615)
	%	16,8	30,2	23,8	29,0	28,1	37,2	27,4	0	25,1	
BTA Anksiyete Bozukluğu	n	35	13	35	39	34	10	22	2	190	0,014* (17679)
	%	18,4	30,2	18,5	29,8	24,5	23,3	30,1	100,0	23,5	
Minör Depresif Bozukluk	n	17	3	11	21	11	0	8	2	73	0,000** (35429)
	%	8,9	7,0	5,8	16,0	7,9	0	11,0	100,0	9,0	
BTA Somatoform Bozukluk	n	3	0	0	3	0	0	0	0	6	0,204 (9742)
	%	1,6	0	0	2,3	0	0	0	0	0,7	
Olası Alkol Kötüye Kullanımı	n	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0,199 (9826)
	%	1,6	0	0	0	0	0	0	0	0,4	
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	n	5	0	3	0	0	0	0	0	8	0,175 (10245)
	%	2,6	0	1,6	0	0	0	0	0	1,0	
Panik Bozukluk	n	0	0	0	6	0	0	0	0	6	0,175 (10245)
	%	0	0	0	4,6	0	0	0	0	0,7	

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; **GİS:** Gastrointestinal sistem; **n:** Kişi sayısı.

* P<0,05, ** P<0,001.

Psikiyatrik tanılar ile hastaların tanı konulma sürelerinin karşılaştırılması: Majör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, Minör depresif bozukluk ile hastaların ne kadar süredir tanılı oldukları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Psikiyatrik ek tanısı olanların kanser tanısı alma süreleri ortalamaları daha yüksek bulundu. Detaylar Tablo 55’de verilmiştir.

Tablo 55. Psikiyatrik tanılar ile hastaların tanı konulma sürelerinin karşılaştırılması

Psikiyatrik Tanılar	Hastalık varlığı	N	Tanı Süresi Ortalaması (ay)	SS	Mann-Whitney U	P
Majör Depresif Bozukluk	Var	203	8,83	3,837	55424,500	0,031*
	Yok	607	8,54	5,789		
	Toplam	810	8,61	5,366		
BTA Anksiyete Bozukluğu	Var	190	9,66	3,983	44877,000	0,000**
	Yok	620	8,29	5,688		
	Toplam	810	8,61	5,366		
Minör Depresif Bozukluk	Var	73	11,19	4,672	16955,000	0,000**
	Yok	737	8,36	5,366		
	Toplam	810	8,61	5,366		
Olası alkol kötüye kullanımı	Var	3	10,33	1,528	817,000	0,329
	Yok	807	8,61	5,375		
	Toplam	810	8,61	5,366		
Panik Bozukluk	Var	6	9,67	2,338	1861,000	0,333
	Yok	804	8,61	5,382		
	Toplam	810	8,61	5,366		
Yaygın Anksiyet Bozukluğu	Var	8	10,63	3,852	2113,500	0,095
	Yok	802	8,59	5,377		
	Toplam	810	8,61	5,366		
BTA Somatoform Bozukluk	Var	6	8,83	3,488	2193,500	0,701
	Yok	804	8,61	5,379		
	Toplam	810	8,61	5,366		

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; **N:** Kişi sayısı; **SS:** Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Psikiyatrik tanılar ile hastaların kemoterapi sayılarının karşılaştırılması: Majör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu ile hastaların kemoterapi sayıları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Tanısı olanların kemoterapi sayısı ortalaması, olmayanlardan fazlaydı. Detaylar Tablo 56’da verilmiştir.

Tablo 56. Psikiyatrik tanılar ile hastaların kemoterapi sayılarının karşılaştırılması

Psikiyatrik Tanılar	Hastalık varlığı	N	Kemoterapi Sayısı Ortalaması (ay)	SS	Mann-Whitney U	P
Majör Depresif Bozukluk	Var	203	8,80	2,756	48314,500	0,000**
	Yok	607	7,48	3,793		
	Toplam	810	7,81	3,606		
BTA Anksiyete Bozukluğu	Var	190	8,51	2,790	50318,000	0,002*
	Yok	620	7,59	3,797		
	Toplam	810	7,81	3,606		
Minör Depresif Bozukluk	Var	73	8,23	2,711	24100,000	0,140
	Yok	737	7,77	3,682		
	Toplam	810	7,81	3,606		
Olası alkol kötüye kullanımı	Var	3	6,33	1,528	854,000	0,376
	Yok	807	7,81	3,611		
	Toplam	810	7,81	3,606		
Panik Bozukluk	Var	6	9,67	2,944	1694,000	0,207
	Yok	804	7,79	3,608		
	Toplam	810	7,81	3,606		
Yaygın Anksiyet Bozukluğu	Var	8	10,50	2,563	1785,000	0,030*
	Yok	802	7,78	3,606		
	Toplam	810	7,81	3,606		
BTA Somatoform Bozukluk	Var	6	10,00	1,414	1355,500	0,063
	Yok	804	7,79	3,613		
	Toplam	810	7,81	3,606		

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; **N:** Kişi sayısı; **SS:** Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Psikiyatrik tanılar ile hastaların kemoterapi sürelerinin karşılaştırılması: BTA anksiyete bozukluğu, minör depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ile hastaların kemoterapi alma süreleri arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Tanısı olanların kemoterapi süreleri ortalaması, olmayanlardan fazlaydı. Detaylar Tablo 57’de verilmiştir.

Psikiyatrik tanılar ile hastaların metastaz durumlarının karşılaştırılması: Majör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, minör depresif bozukluk, BTA somatoform bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ile hastaların metastaz durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Metastazı olanlarda tanı oranı daha yüksek bulundu. Detaylar Tablo 58’de verilmiştir.

Tablo 57. Psikiyatrik tanılar ile hastaların kemoterapi sürelerinin karşılaştırılması

Psikiyatrik Tanılar	Hastalık varlığı	N	Kemoterapi Süresi Ortalaması (ay)	SS	Mann-Whitney U	P
Majör Depresif Bozukluk	Var	203	7,52	3,455	56263,500	0,063
	Yok	607	7,31	5,624		
	Toplam	810	7,37	5,165		
BTA Anksiyete Bozukluğu	Var	190	8,08	3,682	47819,000	0,000**
	Yok	620	7,15	5,525		
	Toplam	810	7,37	5,165		
Minör Depresif Bozukluk	Var	73	9,25	4,061	18371,000	0,000**
	Yok	737	7,18	5,227		
	Toplam	810	7,37	5,165		
Olası alkol kötüye kullanımı	Var	3	9,00	1,732	785,500	0,292
	Yok	807	7,36	5,173		
	Toplam	810	7,37	5,165		
Panik Bozukluk	Var	6	8,67	1,751	1701,500	0,212
	Yok	804	7,36	5,181		
	Toplam	810	7,37	5,165		
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Var	8	9,88	3,871	1883,500	0,044*
	Yok	802	7,34	5,172		
	Toplam	810	7,37	5,165		
BTA Somatoform Bozukluk	Var	6	6,83	2,714	2362,500	0,931
	Yok	804	7,37	5,180		
	Toplam	810	7,37	5,165		

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; N: Kişi sayısı; SS: Standart sapma.

* P<0,05, ** P<0,001.

Tablo 58. Psikiyatrik tanılar ile hastaların metastaz durumlarının karşılaştırılması

Psikiyatrik tanılar	Metastaz yok		Metastaz var		Toplam		P (Pearson χ^2)
	n	%	n	%	n	%	
Majör Depresif Bozukluk	124	18,2	79	61,7	203	25,1	0,000** 108,770
BTA Anksiyete Bozukluğu	117	17,2	73	57,0	190	23,5	0,000** 95,445
Minör Depresif Bozukluk	50	7,3	23	18,0	73	9,0	0,000** 14,872
BTA Somatoform Bozukluk	2	0,3	4	3,1	6	0,7	0,007* 11,754
Olası alkol kötüye kullanımı	3	0,4	0	0	3	0,4	0,596 0,565
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	4	0,6	4	3,1	8	1,0	0,025* 7,102
Panik Bozukluk	6	0,9	0	0	6	0,7	0,355 1,135

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; n: Kişi sayısı.

* P<0,05, ** P<0,001.

Hasta Yakınları İçin Psikiyatrik Ek Hastalık Karşılaştırmaları

Hasta yakınlarının psikiyatrik ek hastalık durumları ile yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık bulundu. Psikiyatrik ek hastalığı olmayan hasta yakınlarının yaşam kalitesi ortalamaları daha yüksekti. Detaylar Tablo 59'da verilmiştir.

Tablo 59. Hasta yakınlarının psikiyatrik ek hastalık durumlarına göre yaşam kaliteleri

Short Form 36	Tanı var (n=110)	Tanı yok (n=387)	p	Mann-Whitney U
Fiziksel İşlev	89,77	94,25	0,000**	16191,000
Fiziksel Rol	90,68	99,22	0,000**	18748,500
Mental Rol	51,82	97,16	0,000**	10702,500
Mental İşlev	50,58	69,71	0,000**	7647,000
Sosyal İşlev	53,24	48,81	0,000**	15915,000
Ağrı	83,82	87,73	0,002*	18578,000
Vitalite	47,55	60,62	0,000**	9639,000
Genel Sağlık	56,77	63,33	0,000**	13968,500

n: Kişi sayısı.

* P<0,05, ** P<0,001.

Psikiyatrik tanımlar ile hasta yakınlarının cinsiyetlerinin karşılaştırılması: Majör depresif bozukluk, minör depresif bozukluk, panik bozukluk ve olası alkol kötüye kullanımı ile hasta yakınlarının cinsiyetleri arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Olası alkol kötüye kullanımı hariç tanı oranı kadınlarda daha yüksekti. Detaylar Tablo 60'ta verilmiştir.

Tablo 60. Psikiyatrik tanımlar ile hasta yakınlarının cinsiyetlerinin karşılaştırılması

Psikiyatrik tanımlar	Kadın (n=281)		Erkek (n=216)		Toplam (n=497)		P (Pearson χ^2)
	n	%	n	%	n	%	
Majör Depresif Bozukluk	33	11,7	0	0	33	6,6	0,000** 27,171
BTA Anksiyete Bozukluğu	14	5,0	6	2,8	20	4,0	0,215 1,537
Minör Depresif Bozukluk	41	14,6	9	4,2	50	10,1	0,000** 14,666
BTA Somatoform Bozukluk	3	1,1	0	0	3	0,6	0,261 2,320
Olası Alkol Kötüye Kullanımı	0	0	18	8,3	18	3,6	0,000** 24,297
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	6	2,1	3	1,4	9	1,8	0,396 0,383
Panik Bozukluk	15	5,3	0	0	15	3,0	0,001* 11,889

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; n: Kişi sayısı.

* P<0,05, ** P<0,001.

Psikiyatrik tanılar ile hasta yakınlarının medeni durumlarının karşılaştırılması: Majör depresif bozukluk ve minör depresif bozukluk ile hasta yakınlarının medeni durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Majör depresif bozuklukta tanı oranı evlilerde yüksekti. Minör depresif bozuklukta tanı oranı dullarda yüksek, bekârlarda düşük çıktı. Detaylar Tablo 61’de verilmiştir.

Tablo 61. Psikiyatrik tanılar ile hasta yakınlarının medeni durumlarının karşılaştırılması

Psikiyatrik tanılar	Evli (n=419)		Bekar (n=70)		Dul (n=8)		Toplam (n=497)		P (Pearson χ^2)
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Majör Depresif Bozukluk	33	7,9	0	0	0	0	33	6,6	0,037* 6,580
BTA Anksiyete Bozukluğu	20	4,8	0	0	0	0	20	4	0,144 3,879
Minör Depresif Bozukluk	47	11,2	1	1,4	2	25	50	10,1	0,015* 8,357
BTA Somatoform Bozukluk	3	0,7	0	0	0	0	3	0,6	0,755 0,562
Olası Alkol Kötüye Kullanımı	12	2,9	6	8,6	0	0	18	3,6	0,052 5,903
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	9	2,1	0	0	0	0	9	1,8	0,426 1,706
Panik Bozukluk	15	3,6	0	0	0	0	15	3	0,237 2,879

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; n: Kişi sayısı.

* P<0,05, ** P<0,001.

Psikiyatrik tanılar ile hasta yakınlarının çocuk sahibi olma durumlarının karşılaştırılması: Minör depresif bozukluk ile hasta yakınlarının çocuk sahibi olma durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Tanı oranı çocuğu olanlarda fazlaydı. Detaylar Tablo 62’de verilmiştir.

Psikiyatrik tanılar ile hasta yakınlarının öğrenim durumlarının karşılaştırılması: Majör depresif bozukluk, panik bozukluk ve olası alkol kötüye kullanımı ile hasta yakınlarının öğrenim durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Majör depresif bozukluk ve panik bozukluk öğrenim yılı 0-8 olanlarda en yüksekti. Olası alkol kötüye kullanımı öğrenim yılı 13-16 olanlarda en yüksekti. Detaylar Tablo 63’de verilmiştir.

Tablo 62. Psikiyatrik tanılar ile hasta yakınlarının çocuk sahibi olma durumlarının karşılaştırılması

Psikiyatrik tanıları	Yok (n=84)		Var (n=413)		Toplam (n=497)		P (Pearson χ^2)
	n	%	n	%	n	%	
Majör Depresif Bozukluk	3	3,6	30	7,3	33	6,6	0,215 1,535
BTA Anksiyete Bozukluğu	2	2,4	18	4,4	20	4,0	0,551 0,707
Minör Depresif Bozukluk	0	0	50	12,1	50	10,1	0,001* 11,307
BTA Somatoform Bozukluk	1	1,2	2	0,5	3	0,6	0,427 0,580
Olası Alkol Kötüye Kullanımı	6	7,1	12	2,9	18	3,6	0,099 3,590
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	0	0	9	2,2	9	1,8	0,368 1,864
Panik Bozukluk	0	0	15	3,6	15	3,0	0,087 3,146

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; n: Kişi sayısı.

* P<0,05, ** P<0,001.

Tablo 63. Psikiyatrik tanıları ile hasta yakınlarının öğrenim durumlarıyla karşılaştırılması

Psikiyatrik tanılar	0-8 yıl (n=166)		9-12 yıl (n=248)		13-16 yıl (n=83)		Toplam (n=497)		P (Pearson χ^2)
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Majör Depresif Bozukluk	22	13,3	9	3,6	2	2,4	33	6,6	0,000** 17,734
BTA Anksiyete Bozukluğu	10	6,0	6	2,4	4	4,8	20	4,0	0,173 3,509
Minör Depresif Bozukluk	20	12,0	26	10,5	4	4,8	50	10,1	0,193 3,294
BTA Somatoform Bozukluk	1	0,6	2	0,8	0	0	3	0,6	0,714 0,674
Olası Alkol Kötüye Kullanımı	1	0,6	11	4,4	6	7,2	18	3,6	0,019* 7,900
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	1	0,6	5	2,0	3	3,6	9	1,8	0,230 2,941
Panik Bozukluk	14	8,4	1	0,4	0	0	15	3,0	0,000** 25,010

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; n: Kişi sayısı.

* P<0,05, ** P<0,001.

Psikiyatrik tanılar ile hasta yakınlarının çalışma durumlarının karşılaştırılması:
Majör depresif bozukluk, panik bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu ve olası alkol kötüye kullanımı ile hasta yakınlarının çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Tanı oranı olası alkol kötüye kullanımı hariç çalışmayanlarda yüksekti. Detaylar Tablo 64’te verilmiştir.

Tablo 64. Psikiyatrik tanılar ile hasta yakınlarının çalışma durumlarının karşılaştırılması

Psikiyatrik tanılar	Çalışmıyor (n=160)		Çalışıyor (n=337)		Toplam (n=497)		P (Pearson χ^2)
	n	%	n	%	n	%	
Majör Depresif Bozukluk	26	16,3	7	2,1	33	6,6	0,000** 35,155
BTA Anksiyete Bozukluğu	11	6,9	9	2,7	20	4,0	0,026* 4,965
Minör Depresif Bozukluk	19	11,9	31	9,2	50	10,1	0,354 0,859
BTA Somatoform Bozukluk	1	0,6	2	0,6	3	0,6	0,689 0,002
Olası Alkol Kötüye Kullanımı	0	0	18	5,3	18	3,6	0,003* 8,867
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	0	0	9	2,7	9	1,8	0,064 4,352
Panik Bozukluk	13	8,1	2	0,6	15	3,0	0,000** 21,025

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; n: Kişi sayısı.

* P<0,05, ** P<0,001.

Psikiyatrik tanılar ile hasta yakınlarının ekonomik durumunun karşılaştırılması:
Majör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, minör depresif bozukluk, hipokondiazis ve panik bozukluk ile hasta yakınlarının ekonomik durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Majör depresif bozuklukta, hipokondriaziste ve panik bozuklukta ekonomik durumunu ‘kötü’ olarak tanımlayanlarda tanı oranı daha fazlaydı. BTA anksiyete bozukluğunda ve minör depresif bozuklukta da ekonomik durumunu ‘kötü’ olarak tanımlayanlarda tanı oranı daha fazlaydı ve ekonomik durumunu ‘orta’ olarak tanımlayanlarda oran en düşüktü. Detaylar Tablo 65’te verilmiştir.

Tablo 65. Psikiyatrik tanılar ile hasta yakınlarının ekonomik durumunun karşılaştırılması

Psikiyatrik tanılar	Kötü (n=59)		Orta (n=392)		İyi (n=46)		Toplam (n=497)		P (Pearson χ^2)
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Majör Depresif Bozukluk	10	16,9	23	5,9	0	0	33	6,6	0,001* 13,765
BTA Anksiyete Bozukluğu	8	13,6	10	2,6	2	4,3	20	4,0	0,000** 16,104
Minör Depresif Bozukluk	16	27,1	28	7,1	6	13,0	50	10,1	0,000** 23,114
BTA Somatoform Bozukluk	0	0	3	0,8	0	0	3	0,6	0,667 0,808
Olası Alkol Kötüye Kullanımı	0	0	18	4,6	0	0	18	3,6	0,082 5,003
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	5	8,5	4	1,0	0	0	9	1,8	0,000** 16,960
Panik Bozukluk	5	8,5	9	2,3	1	2,2	15	3,0	0,033* 6,812

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; n: Kişi sayısı.

* P<0,05, ** P<0,001.

Psikiyatrik tanılar ile hasta yakınlarının mesleklerinin karşılaştırılması: Majör depresif bozukluk, minör depresif bozukluk, panik bozukluk ve olası alkol kötüye kullanımı ile hasta yakınlarının meslekleri arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Majör depresif bozukluk ve panik bozukluk ev hanımlarında en yüksekti. Minör depresif bozukluk bakıcılarda en yüksekti. Olası alkol kötüye kullanımı serbest meslekle uğraşanlarda en yüksekti. Detaylar Tablo 66'da verilmiştir.

Tablo 66. Psikiyatrik tanımlar ile hasta yakınlarının mesleklerinin karşılaştırılması

Psikiyatrik tanımlar		Diğer (n=42)	Bakıcı (n=12)	Çiftçi (n=36)	Esnaf (n=69)	Ev Hanımı (n=125)	İşçi (n=90)	Memur (n=86)	Öğrenci (n=19)	S.Meslek (n=18)	Toplam (n=497)	P (Pearson χ^2)
Majör Depresif Bozukluk	n	0	0	0	0	24	2	6	0	1	33	0,000**
	%	0	0	0	0	19,2	2,2	7,0	0	5,6	6,6	47,354
BTA Anksiyete Bozukluğu	n	1	0	0	2	11	1	5	0	0	20	0,078
	%	2,4	0	0	2,9	8,8	1,1	5,8	0	0	4,0	14,157
Minör Depresif Bozukluk	n	1	3	1	8	18	8	11	0	0	50	0,049*
	%	2,4	25	2,8	11,6	14,4	8,9	12,8	0	0	10,1	15,572
BTA Somatoform Bozukluk	n	0	0	0	0	1	1	1	0	0	3	0,978
	%	0	0	0	0	0,8	1,1	1,2	0	0	0,6	2,105
Olası Alkol Kötüye Kullanımı	n	4	0	0	2	0	9	0	0	3	18	0,000**
	%	9,5	0	0	2,9	0	10,0	0	0	16,7	3,6	34,006
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	n	1	0	0	2	0	1	5	0	0	9	0,134
	%	2,4	0	0	2,9	0	1,1	5,8	0	0	1,8	12,407
Panik Bozukluk	n	0	0	0	0	13	2	0	0	0	15	0,000**
	%	0	0	0	0	10,4	2,2	0	0	0	3,0	32,242

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; **n:** Kişi sayısı.

* P<0,05, ** P<0,001.

Psikiyatrik tanılar ile hasta yakınlarının sigara kullanımının karşılaştırılması: Olası alkol kötüye kullanımı, panik bozukluk ve hipokondriazis ile hasta yakınlarının sigara kullanım durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Olası alkol kötüye kullanımı sigara kullananlarda daha yüksekti. Panik bozukluk ve hipokondriazis sigara kullanmayanlarda daha yüksekti. Detaylar Tablo 67’te verilmiştir.

Tablo 67. Psikiyatrik tanılar ile hasta yakınlarının sigara kullanımının karşılaştırılması

Psikiyatrik tanılar	Sigara kullanmıyor (n=315)		Sigara kullanıyor (n=182)		Toplam (n=497)		P (Pearson χ^2)
	n	%	n	%	n	%	
Majör Depresif Bozukluk	26	8,3	7	3,8	33	6,6	0,057 3,615
BTA Anksiyete Bozukluğu	12	3,8	8	4,4	20	4,0	0,749 0,103
Minör Depresif Bozukluk	33	10,5	17	9,3	50	10,1	0,685 0,164
BTA Somatoform Bozukluk	3	1,0	0	0	3	0,6	0,302 1,744
Olası Alkol Kötüye Kullanımı	0	0	18	9,9	18	3,6	0,000** 32,325
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	9	2,9	0	0	9	1,8	0,030* 5,296
Panik Bozukluk	15	4,8	0	0	15	3,0	0,003* 8,936

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; **n:** Kişi sayısı.

* P<0,05, ** P<0,001.

Psikiyatrik tanılar ile hasta yakınlarının hastaya yakınlık derecelerinin karşılaştırılması: Majör depresif bozukluk, panik bozukluk, hipokondriazis, minör depresif bozukluk ve BTA anksiyete bozukluğu ile hasta yakınlarının hastaya yakınlık derecelerinin arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Tanı oranları eşlerde diğerlerinden fazlaydı. Detaylar Tablo 68’de verilmiştir.

Tablo 68. Psikiyatrik tanımlar ile hasta yakınlarının hastaya yakınlık derecelerinin karşılaştırılması

Psikiyatrik tanımlar	Bakıcı (n=24)		Hasta annesi (n=173)		Hasta babası (n=149)		Kardeş (n=18)		Eş (n=130)		Diğer (n=3)		Toplam (n=497)		P (Pearson χ^2)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Majör Depresif Bozukluk	0	0	0	0	2	1,3	0	0	31	23,8	0	0	33	6,6	0,000** 84,337
BTA Anksiyete Bozukluğu	0	0	3	1,7	0	0	0	0	17	13,1	0	0	20	4,0	0,000** 38,068
Minör Depresif Bozukluk	3	12,5	11	6,4	0	0	0	0	36	27,7	0	0	50	10,1	0,000** 66,460
BTA Somatoform Bozukluk	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2,3	0	0	3	0,6	0,130 8,521
Olası Alkol Kötüye Kullanımı	0	0	6	3,5	6	4,0	0	0	6	4,6	0	0	18	3,6	0,829 2,140
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	0	0	0	0	0	0	0	0	9	6,9	0	0	9	1,8	0,000** 25,876
Panik Bozukluk	0	0	6	3,5	0	0	0	0	9	6,9	0	0	15	3,0	0,024* 12,930

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; n: Kişi sayısı.

* P<0,05, ** P<0,001.

Psikiyatrik tanılar ile hasta yakınlarının hastayla birlikte yaşama durumlarının karşılaştırılması: Majör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, minör depresif bozukluk, olası alkol kötüye kullanımı, panik bozukluk ve hipokondriasis ile hasta yakınlarının hastayla birlikte yaşama durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Hastayla birlikte yaşayanlarda tanı oranları daha yüksekti. Detaylar Tablo 69’da verilmiştir.

Tablo 69. Psikiyatrik tanılar ile hasta yakınlarının hastayla birlikte yaşama durumlarının karşılaştırılması

Psikiyatrik tanılar	Hayır (n=246)		Evet (n=251)		Toplam (n=497)		P (Pearson χ^2)
	n	%	n	%	n	%	
Majör Depresif Bozukluk	0	0	33	13,1	33	6,6	0,000** 34,643
BTA Anksiyete Bozukluğu	0	0	20	8,0	20	4,0	0,000** 20,423
Minör Depresif Bozukluk	3	1,2	47	18,7	50	10,1	0,000** 42,077
BTA Somatoform Bozukluk	0	0	3	1,2	3	0,6	0,249 2,958
Olası Alkol Kötüye Kullanımı	0	0	18	7,2	18	3,6	0,000** 18,304
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	0	0	9	3,6	9	1,8	0,004* 8,983
Panik Bozukluk	0	0	15	6,0	15	3,0	0,000** 15,159

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; **n:** Kişi sayısı.

* P<0,05, ** P<0,001.

Psikiyatrik tanılar ile hasta yakınlarının kiminle yaşadıklarının karşılaştırılması: Majör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu ile hasta yakınlarının kiminle yaşadıkları arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Tanı oranları hastayla yalnız yaşayanlarda en yüksek bulundu. Detaylar Tablo 70’te verilmiştir.

Tablo 70. Psikiyatrik tanılar ile hasta yakınlarının kiminle yaşadıklarının karşılaştırılması

Psikiyatrik tanılar	Yalnız (n=9)		Ailemle (n=475)		Çocukların yanında (n=2)		Hastayla yalnız (n=11)		Toplam (n=497)		P (Pearson χ^2)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Majör Depresif Bozukluk	0	0	25	5,3	0	0	8	72,7	33	6,6	0,000** 79,736
BTA Anksiyete Bozukluğu	0	0	17	3,6	0	0	3	27,3	20	4,0	0,001* 16,099
Minör Depresif Bozukluk	0	0	47	9,9	0	0	3	27,3	50	10,1	0,183 4,847
BTA Somatoform Bozukluk	0	0	3	0,6	0	0	0	0	3	0,6	0,987 0,140
Olası Alkol Kötüye Kullanımı	0	0	18	3,8	0	0	0	0	18	3,6	0,834 0,865
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	0	0	9	1,9	0	0	0	0	9	1,8	0,935 0,425
Panik Bozukluk	0	0	15	3,2	0	0	0	0	15	3,0	0,869 0,716

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; n: Kişi sayısı.

* P<0,05, ** P<0,001.

Psikiyatrik tanılar ile hasta yakınlarının bakım konusunda aldıkları destek durumlarının karşılaştırılması: Majör depresif bozukluk, hipokondriazis, panik bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, BTA somatoform bozukluk, minör depresif bozukluk ve olası alkol kötüye kullanımı ile hasta yakınlarının bakım konusunda aldıkları destek arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Olası alkol kötüye kullanımı dışında bakımı tek başına üstlenenlerde tanı oranı daha yüksek bulundu. Detaylar Tablo 71’de verilmiştir.

Tablo 71. Psikiyatrik tanılar ile hasta yakınlarının bakım konusunda aldıkları destek durumlarının karşılaştırılması

Psikiyatrik tanılar	Yok (n=146)		Var (n=351)		Toplam (n=497)		P (Pearson χ^2)
	n	%	n	%	n	%	
Majör Depresif Bozukluk	33	22,6	0	0	33	6,6	0,000** 84,978
BTA Anksiyete Bozukluğu	17	11,6	3	0,9	20	4,0	0,000** 31,077
Minör Depresif Bozukluk	38	26,0	12	3,4	50	10,1	0,000** 58,249
BTA Somatoform Bozukluk	3	2,1	0	0	3	0,6	0,025* 7,256
Olası Alkol Kötüye Kullanımı	0	0	18	5,1	18	3,6	0,005* 7,769
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	9	6,2	0	0	9	1,8	0,000** 22,036
Panik Bozukluk	9	6,2	6	1,7	15	3,0	0,017* 6,991

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; n: Kişi sayısı.

* P<0,05, ** P<0,001.

Psikiyatrik tanılar ile hasta yakınlarının bakım verme sürelerinin karşılaştırılması: Majör depresif bozukluk, BTA somatoform bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, hipokondriazis, minör depresif bozukluk ve panik bozuklukta ile hasta yakınlarının bakım verme sürelerinin arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. BTA anksiyete bozukluğu, majör depresif bozukluk, hipokondriazis ve panik bozuklukta bakım süresi 7-12 saat olanlarda tanı oranı en fazlaydı. Minör depresif bozukluk ile hasta yakınlarının bakım verme sürelerinin arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Bakım süresi 3-6 saat ve 13 saat ve üstü olanlarda tanı oranı en fazlaydı. BTA somatoform bozuklukta bakım süresi 3-6 saat olanlarda tanı oranı en fazlaydı. Olası alkol kötüye kullanımında bakım için vakit harcamayanlarda tanı oranı en fazlaydı. Detaylar Tablo 72’de verilmiştir.

Tablo 72. Psikiyatrik tanılar ile hasta yakınlarının bakım verme sürelerinin karşılaştırılması

Psikiyatrik tanılar	Vaktimi almıyor (n=18)		0-3 saat (n=320)		3-6 saat (n=86)		7-12 saat (n=70)		13 saat üstü (n=3)		Toplam (n=497)		P (Pearson χ^2)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Majör Depresif Bozukluk	0	0	0	0	12	14,0	21	30,0	0	0	33	6,6	0,000** 93,294
BTA Anksiyete Bozukluğu	0	0	0	0	6	7,0	14	20,0	0	0	20	4,0	0,000** 62,497
Minör Depresif Bozukluk	0	0	6	1,9	26	30,2	15	21,4	3	100	50	10,1	0,000** 101,203
BTA Somatoform Bozukluk	0	0	0	0	3	3,5	0	0	0	0	3	0,6	0,006* 14,424
Olası Alkol Kötüye Kullanımı	3	16,7	15	4,7	0	0	0	0	0	0	18	3,6	0,003* 15,792
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	0	0	0	0	4	4,7	5	7,1	0	0	9	1,8	0,000** 21,383
Panik Bozukluk	0	0	1	0,3	3	3,5	11	15,7	0	0	15	3,0	0,000** 47,271

BTA: Başka türlü adlandırılmayan; n: Kişi sayısı.

* P<0,05, ** P<0,001.

TARTIŞMA

Kemoterapi alan hastalar ve onlara bakım veren yakınları ile yürütülen yaşam kalitesi ve psikiyatrik komorbidite konulu çalışmada, elde edilen veriler tanımlayıcı ve çoklu analizlere tabi tutulduğunda, istatistiksel olarak anlamlı birçok sonuç elde edildi. Elde edilen bulgular mevcut literatür bilgisiyle karşılaştırılırken, sonuçların olası nedenleri çalışmanın eksiklikleri ve özgün yönleri de göz ardı edilmeden irdelenip tartışıldı.

Çalışmamız toplam 810 kemoterapi hastası ve 497 hasta yakını üzerinde yürütüldü. Gerek hasta sayısı gerekse hasta yakını sayısı bakımından birçok benzer konulu yerli çalışmadan daha çok kişiyle çalışıldı. Çalışmamızda elde edilen sosyodemografik veriler benzer içerikli çalışmalarla uyumludur (51,52,61,69,85).

Hastaların SF-36 yaşam kalitesi alt ölçeklerinin ortalama değerlerine bakıldığında, fiziksel işlev alt ölçeği 53,71, fiziksel rol alt ölçeği 32,16, mental rol alt ölçeği 55,52, ağrı alt ölçeği 65,40, genel sağlık alt ölçeği 39,04, sosyal işlev alt ölçeği 48,25, mental işlev alt ölçeği 51,44, yaşamsallık 39,31 puan olarak ölçülmüştür. Ölçeğin tam iyilik halini ifade eden puanı 100 olduğu hatırlanırsa özellikle fiziksel rol ve yaşamsallık başta olmak üzere yaşam kalitesinde ciddi düşüşler söz konusudur. Ağrı ve mental rol ölçek puanları görece yüksek bulunmuştur. Gültekin ve ark.'ın (34) 40 hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada fiziksel rol puanı 20,7 olarak hesaplanmış, diğer alt ölçekler de benzer oranlarda düşük çıkmıştır. Farklı veri toplama ve yorumlama araçları kullanılmış olsa da, yapılan birçok çalışmada kanserin yaşam kalitesi üzerine ciddi olumsuz etkilerinin olduğu bulunmuştur (33-35,39).

Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması 57,9 yıl olarak bulundu. Sherman ve ark.'ın (90) çalışmasında kanser hastalarının yaş ortalaması 59,1, Ateşçi ve ark.'ın (51) çalışmasında

55,1 olarak bulunmuştur. Yaşam kalitesi ile hastaların yaşları karşılaştırıldığında sosyal işlev haricinde istatistiksel anlamlılık bulundu. Fiziksel işlev alt ölçeği ile yaş arasında ters yönlü, diğer alt ölçek puanları ile pozitif bir bağlantı bulundu. Yaşla birlikte hastalığın fiziksel kayıpları ve fonksiyonellik yitimi daha fazla olabilirken, daha genç yaştaki hastaların işlev yitiminden ziyade yaşam beklentilerinin fazlalığı, umutlarının kırılması, genç yaşta akranlarına kıyasla bireysel ve toplumsal rol kaybı gibi dinamiklerle fizikselden çok mental içerikli bir yaşam kalitesi düşüşü yaşadıkları düşünülebilir. Kanser fiziksel, mental ve sosyal yükü farklı yaş gruplarına farklı etkiler yapmaktadır.

Çalışmamıza katılan kişilerin cinsiyet dağılımları %52,5 kadın, %47,5 erkekti. Hastaların yaşam kalitesi skorları ile cinsiyetleri karşılaştırıldığında birçok alt ölçekte, erkeklerin yaşam kalitesinin kadınlardan anlamlı oranda yüksek olduğu bulundu, fakat fiziksel rol, sosyal işlev ve yaşamsallık alt ölçeklerinde bağlantı bulunmamıştır. Kızılcı'nın (61) 100 hasta ile yaptığı bir çalışmada cinsiyetin yaşam kalitesi üzerine etkili olmadığı sonucu çıkmıştır. Beşer ve Öz'ün (50) 80 lenfomalı hasta ile yaptığı bir başka çalışmada da cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmamıştır. Bizim çalışmamızdaki bu fark erkeklerin sorulan soruları yanıtlarkenki tavırlarının görece daha saklayıcı olması, toplumsal rol olarak daha güçlü görünme çabaları, psikiyatrik ve yaşam kalitesi ile ilgili sorunlarını dile getirmekte eşik değerlerinin daha yüksek olmasıyla açıklanabilir.

Hastaların medeni durumları %70,7 evli, %20,1 dul ve %9,2 bekâr şeklindeydi. Medeni durumlar irdelendiğinde kansere yakalanan hastaların çoğunluğunun, genç bekârlar yerine evli yahut dul olan orta ileri yaşlı insanlar olması kanserin sıklıkla ileri yaş hastalığı olmasıyla açıklanabilir. Sherman ve ark.'ın (90) çalışmasında kanser hastalarının %73'ü evliydi. Yeşilbalkan ve ark.'ın (89) çalışmasında hastaların %79'u evliydi. Hastaların yaşam kaliteleri ile medeni durumları karşılaştırıldığında tüm alt ölçeklerde istatistiksel anlamlılık bulunmuş, bu ölçeklerin çoğunda bekâr yahut dul olanların yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur. Çocuk sahibi olmak ve evlilik fiziksel, sosyal, psikolojik, ekonomik gibi birçok yönden hastanın destek görmesi ve desteğe rahat ulaşımı ile ilişkilendirilebilir. Bu bağlamda yaşam kalitesine olumlu etkisi düşünülebilir. Benzer çalışmalarda aile desteğinin ve evli olanların yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuştur (34,39,50,61).

Çalışmamızda hastaların %91,3'ü çocuk sahibiydi. Yaşam kalitesi ile hastaların çocuk sahibi olma durumları karşılaştırıldığında, fiziksel rol haricinde tüm alt ölçeklerde anlamlılık bulunmuş ve çocuk sahibi olanların yaşam kalitesi puanlarının büyük oranda yüksek olduğu tespit edilmiştir. Beşer ve Öz'ün (50) 80 lenfoma hastası ile yaptığı çalışmada çocuk sahipliği

ile yaşam kalitesi ilişkili bulunmuştur. Çocuk sahibi olanların mental sıkıntıları kemoterapi sonrası fazla olmuştur (80).

Hastaların büyük çoğunluğu ilkokul mezunuydu. Sherman ve ark.'ın (90) çalışmasında kanser hastalarının %5'i yüksek öğrenime sahipti. Çalışmamızda hastaların %76,9'u ekonomik durumunu orta olarak değerlendirdi. Yaşam kalitesi ile hastaların öğrenim durumları karşılaştırıldığında sosyal işlev alt ölçek puanı hariç tüm ölçeklerde istatistiksel anlamlılık bulundu. Öğrenim yılı arttıkça sıklıkla yaşam kalitesi puanlarında düşüş gözlemlendi. Sosyokültürel durumu ve eğitimi görece daha düşük insanların çoğunun, hastalıklarının durumunu açık olarak bilmedikleri ve hastalıkla ilgili bir içgörüyü daha az oranda geliştirdikleri düşünülebilir. Daha eğitimsiz kişilerin hastalığa karşı tepkileri ve hastalıkla baş etme yolları ile eğitimlilerin hastalığı yaşama biçimleri ve kullandıkları savunma mekanizmaları farklılık arz etmektedir. Kızılcı'nın (61) ve Pınar ve ark.'ın (39) yapmış oldukları çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı bulunmuştur. Yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar son yıllarda gittikçe artmasına rağmen ölçeklerin çeşitliliği ve yaşam kalitesi değerlendirmekteki standardizasyon eksikliği, verilerin yorumlanmasındaki farklılık değişik sonuçlar verebilir (39,61,119).

Hastalar büyük oranda ekonomik durumlarını 'orta' olarak değerlendirmişler, iyi ya da kötü olarak tanımlamamışlardır (34). Bu hem kültürel yapıyla hem de bölgenin ekonomik gelişmişliği, hastaların meslek durumları ve aktif olarak çalışmıyor olmalarıyla ilişkili olabilir. Yaşam kalitesi ile hastaların ekonomik durumları arasında sosyal işlev alt ölçeği hariç tüm kategorilerde istatistiksel anlamlılık bulunmuş olup, ekonomik durumunu kötü olarak tanımlayan hastaların ölçek puanları diğerlerinden düşük bulunmuştur. Ekonomik durumun iyiliği tedavi almada, tedaviye ulaşmada, kendisi ve yakınları açısından gelecek kaygısının azalmasında, hastalık dolayısıyla geçinme problemlerini aşmada vb. birçok yönden hastalığın hasta üzerindeki yükünü azaltır ve yaşam kalitesini artırır. Birçok çalışmada eğitim durumunun iyiliğinin, maddi olanakların, çalışıyor olmanın yaşam kalitesi üzerine olumlu etkilerinden söz edilmektedir (39,61).

Çalışmamızda erkeklerin en sık uğraştığı iş çiftçilikken, kadınların önemli bir kısmı ev hanımı olduğunu belirtti. Yaşam kalitesi ile hastaların meslek grupları karşılaştırıldığında fiziksel rol haricinde tüm alt ölçeklerde istatistiksel anlamlılık gözlemlendi. Ölçek puanları sıklıkla öğrencilerde en yüksek bulunurken, memur ve ev hanımlarında daha düşük olduğu gözlemlendi. Öğrenciliği devam edenlerin muhtemel yaş ortalamalarının düşüklüğü ve bunun neticesinde güçlü ve görece zinde bir yapıya sahip olmaları, yaşam beklentilerinin fazlalığı

yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkenler olabilir. Ev hanımlarının görece çalışmayıp daha sosyal izole yaşamaları ve memurların da yüksek eğitim durumlarıyla muhtemel daha fazla içgörü sahibi olmaları dolayısıyla hastalığın ciddiyetinin farkındalıkları, mental yaşam kalitesine olumsuz etki ediyor olabilir. Birçok çalışmada hastaların çalışma durumları üzerinde durulmuş, %90 oranlarında hastaların çalışmadığı gözlenmiş, fakat meslek grupları üzerinden tam bir karşılaştırılmaya gidilmemiştir (34,39,61).

Çalışmamıza katılan hastaların tamamının sosyal güvencesi mevcuttu. Hastaların %88'i aktif olarak çalışmıyordu. Hastaların yaş ortalaması ve hastalıkları da göz önünde bulundurulursa aktif olarak çalışmayanların oranının çokluğu anlaşılabilir. Yeşilbalkan ve ark.'ın (89) çalışmasında hastaların %84'ü çalışmıyordu. Yaşam kalitesi ile hastaların çalışma durumları karşılaştırıldığında fiziksel işlev, fiziksel rol, genel sağlık ve yaşamsallık alt ölçeklerinde ilişki saptanmıştır. Çalışmakta olanların yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuştur. Genel, özellikle de fiziksel yaşam kalitesi yüksek olanların çalışabiliyor olması ve çalışmaya devam ediyor olması öngörülebilir bir veridir. Ayrıca Kızılcı' nın (61) kanser hastalarının yaşam kalitesi ile ilgili yaptığı çalışmada ev hanımlarının ve emeklilerin bazı yaşam kalitesi ile ilgili semptomları daha sık yaşadıklarını gözlenmiştir (39,61).

Hastaların 94'ü (%11,6) yalnız yaşadığını belirtirken; 575'i (%70,9) ailesiyle, 115'i (%14,1) çocuklarının yanında, 2'si bakımevinde (%0,2), 24'ü (%2,9) bakıcıyla beraber yaşadığını söylemiştir. Kanser hastaları ve yakınlarıyla ilgili çalışmalarda da bakım yükünün genelde aile içinde kaldığı belirtilmiştir (86-90). Yaşam kalitesi ile hastaların kiminle yaşadıkları karşılaştırıldığında tüm alt ölçeklerde istatistiksel anlamlılık bulunmuş olup; bakımevinde veya bakıcıyla veya yalnız yaşadığını belirten hastaların yaşam kalitesi puanı, ailesiyle ya da çocuklarının yanında yaşadığını belirten hastaların yaşam kalitesi puanından düşük olarak bulundu. Bu durumu, aile ve çocukların hastaya sosyal, psikolojik, ekonomik, spiritüel desteklerinin yaşam kalitesi puanını arttırması, bakımevi koşullarının ve yalnız yaşamadaki desteksizliğin puanları düşürmesi ile açıklanabilir. Benzer çalışmalarda da sosyal izolasyonun yaşam kalitesi puanlarını olumsuz etkilediği, sosyal desteğin yaşam kalitesini arttırdığı gözlenmiştir (39,61). Julkunen ve ark.'ın (117) yaptığı bir çalışmada kanser hastaları ve partner desteğinin ehemmiyeti vurgulanmaktadır.

Hastaların 453'ü (%55,9) kronik ek bir hastalığı olmadığını belirtirken; 39'u kalp hastası (%4,8), 118'i (%14,5) hipertansiyon, 51'i (%6,2) diyabet, 30'u hiperlipidemi (%3,7), 60'ı (%7,4) solunum sistemi hastası, 27'si (%3,3) gastrointestinal sistem hastası, 25'i (%3) eklem hastası olduğunu belirtmiştir. Repetto ve ark.'ın (119) 363 kanser hastası üzerinde

yaptığı araştırmada %30,9 artrit, %28,9 hipertansiyon, %23,2 gastrointestinal sorunlar, %20,9 kardiyak sorunlar, %15,2 genitoüriner sistem sorunları komorbidite olarak karşımıza çıkmaktadır. Ek hastalık oranları toplum ortalamasına yakın bulundu. Hastaların yaşlarının ileriliği göz önünde bulundurulursa ek hastalık bulunma sıklığının fazlalığı açıklanabilir (91-94,119). Kronik ek hastalığı olduğunu belirten 357 hastanın (toplamın %44'ü) 212'si (ek hastalığı olanların %59,3'ü), bu hastalıkla ilgili en az bir ilaç kullandığını belirtirken; sadece 34'ü (ilaç kullananların %16'sı) kullandığı ilacın adı ve dozajını net söyleyebilmiştir. Geri kalan önemli bir kısım ilacı şekli ve rengiyle tarif etmeye çalışmıştır. Bu durum hastaların yaşlarının ileriliği ve hastalık yüzünden artmış olabilecek unutkanlık, psikiyatrik ek hastalıklar ve sosyokültürel düzeydeki düşüklükle açıklanabilir. Koroukian'ın (88) çalışmasında hastaların %41,8'inde iki ve daha fazla ek hastalık bulunmuştur. Yaşam kalitesi ile hastaların ek kronik hastalık durumları karşılaştırıldığında fiziksel rol ve mental işlev alt ölçekleri hariç diğer ölçeklerde istatistiksel anlamlılık gözlemlenmiş olup, ek kronik hastalığın olmaması yaşam kalitesi puanlarını sıklıkla olumlu etkilemiştir. Zaten fiziksel ve mental olarak ciddi bir yük olan kansere ek olarak daha fazla ağrı, daha fazla yan etki, daha fazla hastaneye yatış, daha fazla kısıtlılık getirmesi bakımından ek hastalığın yaşam kalitesine olumsuz etkisi öngörülebilir. Özgün ve ark.'ın (92) 358 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada hastalığın evresi, hastanın yaşı ve performansıyla komorbidite arasında ilişki bulunmuştur. Komorbidite arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır.

Hastaların 20'si (%2,4) halen aktif olarak sigara içmeye devam ederken, geri kalan 790'ı (%97,5) ya hiç sigara içmemiş yahut sigarayı bırakmış olduğu tespit edildi. Çalışmamızda bu ayrıma gidilmemiştir.

Hastalar malignite türlerine göre dağıtıldığında; 190'ı (%23,4) akciğer kanseri, 43'ü (%5,3) baş-boyun kanseri, 189'u (%23,3) gastrointestinal kanser, 131'i (%16,1) meme kanseri, 139'u (%17,1) ürogenital kanser, 43'ü (%5,3) yumuşak doku-deri kanseri, 73'ü (%9) hematolojik kanser tanısı almıştır. Kanser türlerinin verileri, cinsiyet ve sıklık göz önünde tutulursa toplumla ve diğer çalışmalarla uyumluydu (6,8). Yeşilbalkan ve ark.'ın (89) çalışmasında hastalar en sık %26 ile gastrointestinal maligniteye sahiptiler. Bazı kanser türleriyle ilgili toplumdakinden farklı oranlar, sadece kemoterapi alan ve ayaktan başvuran hastaların çalışmaya dahil edilmesi ve örneklem boyutuyla açıklanabilir. Bazı hastaların tanımlarını net bilmemeleri de sonuçlar üzerinde etki göstermiş olabilir. Çalışmamızda yaşam kalitesi ile hastaların malignite türleri karşılaştırıldığında mental işlev ve yaşamsallık hariç diğer alt ölçeklerle istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. Deri-yumuşak doku kanserlerinde

yaşam kalitesi puanı diğerlerine oranla daha sıklıkla en yüksek bulunurken, akciğer kanserleri özellikle fiziksel işlev ve rol alt ölçeklerinde en düşük puan aldı. Deri ve yumuşak doku kanserlerinin daha az agresif ve daha lokalize kalma eğilimleri puan yüksekliğini açıklarken, akciğer kanserinin en yaşamsal organlardan birini tutması, sıklıkla agresif seyretmesi ve bir çok ağır semptomla beraber sürmesi yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisini açıklayabilir. Pasetto ve ark'ın (118) İtalya'da 2006 yılında yapmış oldukları bir çalışmada malignite farklılıklarının yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir. Kızılcı'nın (61) yaptığı çalışmada kanser türleri ve yaşam kalitesi arasında bağlantı bulunmamıştır, fakat bazı faktörler göz ardı edilmemelidir. Hastalığın doğası bir yana, farklı malignitelerde kullanılan farklı tedavi yöntemleri de hastaların yaşam kalitesine tesir ettiği birçok çalışmada mevcuttur (41,62).

Hastaların tanı süreleri ortalama 8,6 ay, kemoterapi süreleri ortalama 7,3 ay olarak hesaplandı. Hastaların kür sayılarının ortalama olarak 7,8 olduğu tespit edildi. Ayaktan kemoterapi alan hastalar, yani görece daha iyi durumdaki hastalar popülasyon olarak seçildiğinden; tanı süresi, kemoterapi süre ve sayısının düşük olması beklenebilir. Hastalığın ölümcül seyrebilen doğası beş yıllık sağkalım içinde hastalıklı süre arttıkça hastanede yatarak tedavi sıklığının arttığını göstermektedir (96-98). Kemoterapi süresi, tanı süresi ve kür sayısı hastaların yaşam kalitesi ile karşılaştırıldığında genel sağlık, ağrı ve sosyal işlev alt ölçeklerinde istatistiksel anlamlılık bulundu. Sosyal işlev ile pozitif, genel sağlık ve ağrı ile negatif bir ilişki mevcuttu. Hastalık süresi ve tedavi süreci uzadıkça insanların hastalıkla yaşamayı öğrenmeleri ve sosyalliklerini geri kazanmaları beklenebilir. Hastalığın daha agresif seyrettiği, sağkalım beklentisi düşük olan hastalar genelde ayaktan kemoterapi hastası olmadıklarından bizim hasta grubumuzu çok etkilememektedirler. Hasta olarak gecen sürenin uzaması ve beraberinde sıklıkla devam eden vücut için yıpratıcı kemoterapi süreci genel sağlık ve ağrı puanlarında zamanla düşüş yapmış olabilir. Kötü sağkalım beklentili hastaların birçoğu erken kaybedildiği için ayaktan kemoterapi hastalarının tanı süresi, kür sayısı ve süresi arasındaki ilişki çok yönlüdür. Yüz hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların yaşam kalitesi puanları 6. ayda azalmakta, 13. aydan sonra artmaktadır. Burada da hastalığın ilk evreleri atlatıldıktan sonra yaşam kalitesi değişikliği göze çarpmaktadır (34,39,61,109).

Hastaların 128 tanesinde (%15,8) metastaz mevcutken, 682 tanesinde (%84,1) metastaz yoktur. İzmirli ve ark.'ın (99) SSK Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Merkezi'nde 1999-2004 yılları arasındaki kanser verileriyle yaptığı çalışmada metastaz oranları benzer bulunmuştur. Metastaz oranları malignite türüne göre çok

değişkenlik göstermekte ve yatan hastalarda artmaktadır. Koroukian'ın (88) çalışmasında hastaların %26'sı uzak, yaygın hastalığa sahipti. Yeşilbalkan (89) ve ark.'ın çalışmasında hastaların %14'ünde evre IV hastalık, uzak metastaz vardı. Yaşam kalitesi ile hastaların metastaz durumları karşılaştırıldığında sosyal işlev alt ölçek puanı hariç tüm ölçeklerde istatistiksel anlamlılık bulundu. Yaşam kalitesi puanları metastazı olanlarda daha düşüktü. Yaygın ve ileri hastalığı göstermesi ve sağkalım beklentisini azaltması, daha fazla fonksiyon kaybı oluşturması ve kansere dair olumsuzlukların temel nedenlerinden olması bakımından, metastazı olan hastaların yaşam kalitesindeki düşüşler beklenen bir durumdur (97,98).

Hastaların en az bir tane psikiyatrik ek hastalık sahibi olma durumları ile yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında, sosyal işlev dışındaki tüm ölçeklerde istatistiksel anlamlılık tespit edildi. Psikiyatrik ek hastalığa sahip olmayan kanser hastalarının yaşam kalitesi puanları daha yüksek olarak bulundu. Psikiyatrik ek hastalığın zaten zor şartlara sahip olarak hayatlarını idame ettiren kanser hastalarının yaşam kaliteleri için bir risk olabileceği düşünüldü.

Hastaların 525'inde (%64,8) psikiyatrik ek tanı olmadığı bulundu. Hastaların 203'ünde (%25) majör depresif bozukluk, 73'ünde (%9) minör depresif bozukluk, 190 kişide (%23,4) BTA anksiyete bozukluğu, 6 kişide (%0,7) panik bozukluk, 8 kişide (%0,9) yaygın anksiyete bozukluğu, 9 kişide (%1) BTA somatoform bozukluk, 3 kişide (%0,3) olası alkol kötüye kullanımı tanılarına ulaşıldı. Toplam 285 (%35) psikiyatrik ek tanısı olan hasta yakalandı. Bu hastalardan 204'ünde (psikiyatrik tanısı olanların %71,5, toplamın %25'i) ikinci bir psikiyatrik tanısı olduğu gözlemlendi. Sadece 3 hastanın (%1) üçüncü bir psikiyatrik tanısı bulundu. Kadınlarda psikiyatrik ek tanılar erkeklerden daha fazla iken, erkeklerde olası alkol kötüye kullanımı oranları fazla bulundu. Ateşçi ve ark.'ın (51) 150 kanser hastasıyla yaptığı çalışmada psikiyatrik bozuklukların sırasıyla, %48,8'ini depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu, %39,5'ini majör depresif bozukluk, %7'sini anksiyete ile giden uyum bozukluğu, %2,3'ünün yaygın anksiyete bozukluğu ve yine %2,3'ünün somatizasyon bozukluğu olduğu görüldü. Yapılan farklı araştırmalarda kanser hastalarında psikiyatrik komorbidite ile ilgili çok geniş aralıkta sonuçlar görülmektedir. Hastalığın türü, evresi, hastanın cinsiyeti, tarama ve tanı için kullanılan yöntem ve daha birçok nedene bağlı olarak psikiyatrik komorbidite oranı farklı çalışmalarda %70'ler kadar tespit edilmiştir. Soldato ve ark.'ın (95) 3415 vaka ile yaptığı çalışmada kanser ve depresyon arasında anlamlı bağ bulunmuştur. Bizim kullandığımız tarama ve tanı yönteminin tanı çeşitliliği bakımından kısıtlı

olması yüzünden kanser hastalarında sıklıkla görülen uyum bozukluğu ve uyku bozuklukları atlanmıştır (43,45,52,53).

Hastaların cinsiyetleri ile psikiyatrik ek tanı durumları karşılaştırıldığında majör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, BTA somatoform bozukluk ve panik bozukluk tanılarında istatistiksel anlamlılık bulundu. Yaygın anksiyete bozukluğu erkeklerde, diğer tüm tanılar kadınlarda daha sık görülmekteydi. Bu durum, psikiyatrik hastalıkların önemli bir oranda kadınlarda daha sık görülüyor olması ile açıklanabilir. Tokgöz ve ark.'ın (52) 100 kanser hastası üzerinde yaptığı çalışmada erkeklerin %12,8'inde psikiyatrik hastalık varken, kadın hastaların %43,2'sinde psikiyatrik hastalık mevcuttu. Ateşçi ve ark.'ın (51) 150 kanser hastasıyla yaptığı çalışmada kadınların erkeklerden daha sık psikiyatrik komorbiditesi bulundu. Orada da çalışmamızla uyumlu olarak kadınlarda Yaygın Anksiyete Bozukluğu görülmezken, erkeklerde %0,7 oranında görüldü. Strong ve ark.'nın (123) 3071 kanser hastasıyla yaptığı çalışmada 65 yaşın altında olmak, kadın olmak ve aktif hastalığın olması psikiyatrik ek hastalık için risk faktörü olarak belirtilmiştir.

Hastaların yaşları ile psikiyatrik ek hastalık varlığı karşılaştırıldığında majör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, minör depresif bozukluk tanılarında istatistiksel anlamlılık bulundu. Tanısı olanların yaş ortalaması daha düşüktü. Psikiyatrik ek hastalığın daha genç hastalarda daha sıklıkla gözlendiği bulundu. Genç olmak, daha uzun bir yaşam beklentisi demek olduğu için, olası yaşam beklentisi kaybı beraberinde umutsuzluk ve kaygı getirebilir. Benzer şekilde, görece genç hastaların savunma ve uyum mekanizmaları daha yaşlı hastalara kıyasla daha az gelişmiş olabilir. Genç hastaların beraberinde kendilerine psikososyal desteği sağlayacak bir çekirdek aileleri olmayabilir. Genç hastalar, sıklıkla kendilerini güvencede hissedecekleri kadar ekonomik rahatlığa ulaşamamış olmaktadır. Düşük ekonomik düzey de beraberinde psikiyatrik risk getirir. Tokgöz ve ark.'ın (52) 100 hasta ile yaptığı çalışmada psikiyatrik komorbidite yaş ile ilişkili bulunmamıştır. Strong ve ark.'ın (123) 3071 hasta ile yaptıkları çalışmada 65 yaş altında anksiyete ve stres, 65 yaş üstüne kıyasla daha fazla bulunmuştur. Bazı çalışmalarda genç hastaların daha çok anksiyete sahibi oldukları belirtilmektedir (125).

Hastaların medeni durumları ile psikiyatrik ek hastalık karşılaştırıldığında majör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, minör depresif bozukluk, BTA somatoform bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu tanılarında istatistiksel anlamlılık bulundu. Psikiyatrik ek hastalıklar sıklıkla bekâr ve dullarda fazla iken, evlilerde daha az oranda görüldü. Bu

durum, evli hastaların psikososyal desteğinin bekâr ve dullara göre görece daha iyi olabileceğiyle; aile kurmuş olmak bakımından hayata bağlanmak konusunda evli hastaların daha güçlü olmak durumunda kalmalarıyla; bekâr hastaların sıklıkla genç olmaları bakımından hayat beklentisiyle ilgili umutsuzluk yaşamalarıyla; genç hastaların savunma ve uyum mekanizmalarını henüz geliştirememiş olmalarıyla; dul kalan hastaların sıklıkla eşini bir hastalık sonucu kaybetmiş, psikososyal desteği ve dayanağı azalmış yaşlılar olmalarıyla ilişkilendirilebilir. Tokgöz ve ark.'ın (52) 100 kanser hastasıyla yaptığı çalışmada evli hastaların %19,8'inde psikiyatrik ek tanı varken, bekâr veya dulların %44,5'inde psikiyatrik hastalık mevcuttu. Bazı çalışmalarda bekâr ve dul olmak psikiyatrik hastalık açısından risklidir (124).

Hastaların çocuk sahibi olma durumları ile psikiyatrik ek hastalık varlığı karşılaştırıldığında majör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, minör depresif bozukluk tanılarında istatistiksel anlamlılık bulundu. Çocuk sahibi olmayanlarda psikiyatrik ek hastalık sıklığı daha fazla olarak bulundu. Bu veri, çocuk sahipliğinden ziyade genç ve bekar olmak ya da daha yaşlı ve beraberinde evli olmakla daha ilişkili olarak ortaya çıkmış olabilir. Çalışmamızda çocuk sahibi olmayan hastalar, sıklıkla genç ve bekar olarak daha büyük oranda psikiyatrik ek hastalık riski taşımaktadırlar. Umut kaybı, uyum mekanizması gelişmemişlikleri, yakın sosyal destek azlığı, kendini gerçekleştirememiş olmanın eksikliği gibi çok çeşitli nedenlerle genç ve bekar hastaların psikiyatrik ek hastalık tanıları daha sık olmakta, böylece de çalışmamızda çocuksuz olanlarda psikiyatrik hastalık sıklığı az görünmektedir. Tokgöz ve ark.'ın (52) 100 hasta ile yaptığı çalışmada çocuğu olmayanlarda psikiyatrik hastalık sıklığı daha fazla bulunmuştur. Ayrıca bazı çalışmalarda sosyal destek azlığı psikiyatrik hastalık açısından riskli kabul edilmektedir (125).

Hastaların öğrenim durumları ile psikiyatrik ek hastalık varlığı karşılaştırıldığında majör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, minör depresif bozukluk tanılarında istatistiksel anlamlılık bulundu. Öğrenim durumu arttıkça psikiyatrik ek hastalık oranının arttığı gözlemlendi. Öğrenim durumundaki artışla birlikte hastalığın ciddiyetinin daha fazla kavranması, daha fazla içgörü oluşturulması, hastalıkla ilgili fikir uğraşlarının daha artması beklenebilir. Bu da beraberinde psikolojik stres, ardından da psikiyatrik komorbidite getirebilir. Literatürde düşük sosyoekonomik düzey ve düşük eğitim durumu psikiyatrik komorbidite ile ilişkili bulunmuştur (124). Tokgöz ve ark.'ın (52) 100 hasta ile yaptığı çalışmada psikiyatrik hastalık sıklığı öğrenim durumu ile ters orantılı bulunmuştur.

Hastaların ekonomik durumları ile psikiyatrik ek hastalık durumları karşılaştırıldığında majör depresif bozukluk, minör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu tanılarında istatistiksel anlamlılık bulundu. Majör depresif bozukluk sıklığı ekonomik olanaklarla ters orantılıyken, diğer hastalıkların sıklığının ekonomik olanaklar arttıkça arttığı bulundu. İyi ekonomik durum; iyi eğitim, iyi iş, aktif çalışma, iyi sosyal destekle bağdaştırıldığında, kötü ekonomik durumda psikososyal sıkıntıların artması öngörülebilir bir durumdur, fakat ekonomik durum ile diğer faktörler arasında bu netlikte görünmez bir bağ yoktur. İyi eğitim ile içgörü, ekonomik olanaklar ile kaybedileceklerin fazlalığı, muhtemel yaşanan sosyokültürel pozisyona göre kaderciliğin hastalıkla uyuma etkisi gibi diğer faktörler de göz önüne alınırsa, ekonomik durum ile psikososyal sorun sıklığı arasında farklı ilişkiler de öngörülebilir. Literatürde düşük sosyoekonomik durum psikiyatrik hastalıklar için genel olarak daha riskli kabul edilmektedir (124).

Hastaların çalışma durumları ile psikiyatrik ek hastalık durumları arasında olası alkol kötüye kullanımı hariç istatistiksel anlamlılık bulunmadı. Çalışan hastalarda olası alkol kötüye kullanımı daha sık bulundu. Çalışmaya devam eden hastaların; genel, fiziksel, mental sağlık durumlarının, çalışmayanlardan daha iyi olması ve çalışanların yaş ortalamasının daha düşük olması dolayısıyla hastalığa rağmen sorunlu alkol tüketimine daha meyilli olmaları beklenebilir bir durumdur. Literatürde çalışmayan ev hanımları psikiyatrik ek hastalık açısından riskli kabul edilmektedir (124). Tokgöz ve ark.'ın (52) 100 hasta ile yaptığı çalışmada sosyal desteği olan hastalarda psikiyatrik hastalık sıklığı daha az bulunmuştur. Strong ve ark.'ın (123) 3071 kanser hastası ile yaptığı çalışmada aktif hastalık dönemi stres ve anksiyete için daha riskli bulunmuştur. Nakanishi ve ark.'ın (114) çalışmasında çalışma durumu psikolojik stres ile ilişkili bulunmamıştır.

Hastaların meslekleri ile psikiyatrik ek hastalık durumları karşılaştırıldığında majör depresif bozukluk, minör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, olası alkol kötüye kullanımı tanılarında istatistiksel anlamlılık bulundu. Psikiyatrik tanılar çiftçi ve öğrencilerde daha az iken; memurlar, serbest meslek ve 'diğer' grubunda daha sık bulundu. Hastaların büyük çoğunluğunun çalışmayarak mesleklerini icra etmiyor olmaları ve karıştırıcı birçok etken olması, bu durumun net yorumlanmasını güçleştirebilir, lakin çiftçilerin eğitim durumlarının görece daha düşük olduğu ve buna bağlı olarak birçoğunun hastalığın olası etkilerinin farkında olmadığı durumunu göz önünde bulundurmak gerekir. Çalışmadaki 'diğer' grubu az sayıdaki hastayı kapsadığı da unutulmamalıdır. Memurların diğer hasta gruplarına kıyasla görece daha çok eğitim ve öğretim almış olmaları, hastalığının ne olduğunu

bilmeyen yahut anlamayan hastalara kıyasla hastalığı ve beraberindeki korkuları daha çok yaşamalarına neden olabilir. Bu da beraberinde psikososyal stres ve psikiyatrik hastalık getirecektir. Tokgöz ve ark.'ın (52) 100 hasta ile yaptığı çalışmada psikiyatrik hastalık sıklığı ev hanımı olan hastalarda en fazla, serbest meslekle uğraşanlarda en az bulunmuştur.

Hastaların komorbidite durumları ile psikiyatrik ek hastalık durumları karşılaştırıldığında majör depresif bozukluk, minör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu tanılarında istatistiksel anlamlılık bulundu. Gis hastalığı ve sinir sistemi hastalığı olanlarda psikiyatrik ek hastalık sıklığı daha fazla bulundu. Zaten yaşam kalitesini ciddi oranda düşüren bir hastalığa sahipken, ek olarak bakım yükünü ve sıkıntıyı arttıracak ikinci bir hastalık olmasının, psikiyatrik hastalısız sağkalımı zorlaştırması doğaldır. Tokgöz ve ark.'ın (52) 100 kanser hastası ile yaptığı çalışmada ek sistemik hastalığı olan hastalarda psikiyatrik hastalık sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Ateşçi ve ark.'ın (51) 150 hasta ile yaptığı çalışmada komorbidite ile psikiyatrik hastalık arasında ilişki bulunmamıştır.

Hastaların malignite türleri ile psikiyatrik ek hastalık durumları karşılaştırıldığında minör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, panik bozukluk tanılarında istatistiksel anlamlılık bulundu. Baş boyun kanseri ve 'diğer' kategorisindeki hastalarda BTA anksiyete bozukluğu en sıkken, akciğer kanserli hastalarda en azdı. Meme kanseri ve 'diğer' kategorisindeki hastalarda minör depresif bozukluk en sıkken, yumuşak doku-cilt kanserlerinde minör depresif bozukluk tanısı alan hasta olmadı. Özellikle meme kanserli hastaların panik bozukluğa daha sıklıkla sahip olmaları, her iki rahatsızlığında kadınlarda sık olmasıyla ilişkilendirilebilir. Malignite türü; yeri, ilerlemişliği, yitimine neden olduğu fonksiyonların hastanın hayatındaki önemi, yaşam beklentisi, tedavi şekli gibi bir çok bakımdan yaşam kalitesini ve psikososyal stres faktörlerini etkileyecektir. Bazı kanser türlerindeki duygudurum ve kaygı bozukluklarındaki artış dikkat çekicidir. Tokgöz ve ark.'ın (52) 100 kanser hastası ile yaptığı çalışmada operasyon geçiren hastalar geçirmeyenler göre, kemoterapi almayan hastalar alanlara göre daha az psikiyatrik hastalığa sahip bulundular. Strong ve ark.'ın (123) 3017 kanser hastası ile yaptığı çalışmada jinekolojik kanserlerde psikiyatrik komorbidite yüksek bulunmuştur. Nakanishi ve ark.'ın (114) çalışmasında kanser türü psikolojik stres ile ilişkili bulunmamıştır.

Hastaların tanı alma süreleri ile psikiyatrik ek hastalık varlığı karşılaştırıldığında majör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, minör depresif bozukluk tanılarında istatistiksel anlamlılık bulundu. Daha eski tanıli hastalarda psikiyatrik ek hastalık sıklığı daha fazla bulundu. Bu durum, kanserli yaşanan sürenin uzaması ile birlikte psikiyatrik ek hastalık

oluşma olasılığının doğal olarak artması ile açıklanabilir. Daha eski tanılı hastalar kanser fikrinin beraberindeki ölüm korkusu, tedavinin zorlukları, sosyal ve ekonomik sorunlar, ağrı, yan etkiler, cinsel fonksiyon kayıpları, aile içi sorunlar, iş kayıpları gibi birçok sorunla daha uzun süredir karşı karşıya kalmaktadır. Daha yeni hastalarda uyum bozukluğu daha ön planda düşünülebilirken, diğer psikiyatrik ek tanımlar eski hastalarda daha sık olabilir. Tokgöz ve ark.'ın (52) 100 hasta ile yaptığı çalışmada tanı alma süresi uzadıkça psikiyatrik ek hastalık sıklığı azalmıştır.

Hastaların aldıkları kemoterapi kürü sayıları ile psikiyatrik ek hastalık varlığı karşılaştırıldığında major depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu tanımlarında istatistiksel anlamlılık bulundu. Daha çok sayıda kemoterapi almış hastalarda psikiyatrik ek hastalık tanısı daha sıktır. Bu da, kemoterapi tedavisinin beraberinde yaşam kalitesini düşüren bir çok yan etki getirmesiyle, başlı başına dolaysız olarak psikiyatrik semptomlara yol açmasıyla, çok sayıda kemoterapinin sıklıkla uzun süredir hastalıkla yaşam yahut nüksle ilgili olmasıyla ilişkilendirilebilir. Tokgöz ve ark.'ın (52) 100 hasta ile yaptığı çalışmada kemoterapi alan hastalarda almayanlara kıyasla psikiyatrik hastalık sıklığı fazla bulunmuştur. Literatürde ileri evre hastalığın psikiyatrik komorbiditeyi arttırdığı gösterilmiştir (125).

Hastaların aldıkları kemoterapi almakta oldukları süre ile psikiyatrik ek hastalık varlığı karşılaştırıldığında minör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu tanımlarında istatistiksel anlamlılık bulundu. Daha uzun süredir kemoterapi alan hastalarda psikiyatrik ek hastalık tanısı daha sıktır. Bu da kemoterapi kürü sayısı gibi kemoterapi tedavisinin yan etkileriyle, psikiyatrik semptomlara yol açmasıyla, uzun süredir kemoterapinin sıklıkla uzun süredir hastalıkla yaşam yahut nüksle ilgili olmasıyla ilişkilendirilebilir. Ateşçi ve ark.'ın (51) 150 kanser hastasıyla yaptığı çalışmada tanı süresi bir yıldan az olan hastalarda psikiyatrik sorun sıklığı anlamlı derecede yüksek çıkmıştır.

Hastaların metastaz durumları ile psikiyatrik ek hastalık durumları karşılaştırıldığında, majör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, minör depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu tanımları ile istatistiksel anlamlılık bulundu. Metastazı olanlarda psikiyatrik tanı oranları daha fazlaydı. Metastaz varlığı kanser hastaları için, hastalığın ilerlemiş olması, bölgesel kalmaması, küratif operasyon olanağını azaltması, beraberinde bulunduğu organla ilgili fonksiyon kayıplarına neden olması, hastalıkla ilgili yaşam beklentisini azaltması bakımından çok önemli bir stres faktörüdür. Bu durum metastazı olanlarda daha sık oranda psikiyatrik ek hastalık olması durumunu açıklamaktadır. Nakanishi

ve ark.'ın (114) çalışmasında evre IV hastalık, uzak metastaz varlığının psikolojik stres puanlarını anlamlı olarak arttırdığı gözlenmiştir. Tokgöz ve ark.'ın (52) 100 hasta ile yaptığı çalışmada metastazı olanlarda psikiyatrik hastalık sıklığı daha fazla bulunmuştur. Literatürde ileri evre hastalığın psikiyatrik komorbiditeyi arttırdığı gösterilmiştir (125).

Hastaların kiminle yaşadıklarıyla psikiyatrik ek hastalık durumları karşılaştırıldığında majör depresif bozukluk, minör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, BTA somatoform bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu tanılarında istatistiksel anlamlılık bulundu. Ailesiyle yaşayanlarda hastalık oranı daha azken, yalnız yaşayanlarda daha yüksek bulundu. Hastaların bakım gereksinimlerinin aile ortamında daha iyi karşılanması, psikososyal ve fiziksel desteğin daha iyi olması, yalnız kalındığı ve bakım gereksiniminin karşılanamadığı, çevre desteğinin eksik olduğu durumlara göre psikiyatrik hastalık bakımından çok daha koruyucudur. Tokgöz ve ark.'ın (52) 100 hasta ile yaptığı çalışmada sosyal desteği olan hastalarda psikiyatrik hastalık sıklığı daha az bulunmuştur. Aynı çalışmada köyde yaşayanlarda ve bekâr ya da dul olanlarda psikiyatrik komorbidite fazladır. Ateşçi ve ark.'ın (51) 150 kanser hastası ile yaptığı çalışmada aile ve sosyal destekle ilgili sorunu olan hastalarda özkıyım düşüncelerinin anlamlı derecede arttığı bulunmuştur.

Hastalarla birlikte fakültemiz ayaktan kemoterapi ünitesine hastalarını getiren 497 hasta yakını ile de çalışma yapılmıştır. Bu kişi sayısı benzer amaçla yapılan çalışmalara kıyasla fazladır, fakat hasta yakınlarına ait yeterli büyüklükte bir bekleme salonu olmaması dolayısıyla her hastanın yakınına ulaşılammıştır. Ulaşılan pek çok hasta yakını da, hastanın bakım yükünü düşük oranda paylaşan, sadece bulunduğu yerden hastanemize kemoterapi alması maksadıyla hastaları getiren görece uzak biri olarak çalışmaya dahil olmuştur. Ayaktan kemoterapi alan hastalara kıyasla, yatarak tedavi gören hastaların refakatçilerinin, bakımın merkezindekilerin bakım yükünü daha iyi yansıtmaları olasılıkları daha yüksektir (56,62).

SF-36 Yaşam Kalitesinin alt ölçeklerinin ortalama değerleri incelendiğinde fiziksel işlev alt ölçeği 93,26, fiziksel rol alt ölçeği 97,33, mental rol alt ölçeği: 87,12, ağrı alt ölçeği 86,86, genel sağlık alt ölçeği 61,88, sosyal işlev alt ölçeği 49,79, yaşamsallık 57,73 olarak ölçülmüştür. Yaşam kalitesi puanları hastalara kıyasla daha yüksekken, özellikle genel sağlık, sosyal işlev ve yaşamsallık alt ölçek puanları oldukça düşük bulunmuştur. Öngörülebileceği üzere hasta bakımının fiziki yükü mevcut olmasına rağmen, mental, sosyal ve spritüel yükü daha fazladır. Ölçeklerdeki farklı düşüklükler bu şekilde açıklanabilir. Weitzner ve ark.'ın (112) 267 bakımveren hasta yakını ile yaptığı ve Kim ve ark.'ın (113) 739 bakımveren hasta

yakını ile yaptığı iki çalışmada da kanser hasta bakımının yaşam kalitesine olumsuz etkileri benzer şekillerde vurgulanmaktadır.

Hasta yakını katılımcıların 281'i (%56,5) kadın, 216'sı (%43,4) erkektir. Hasta yakınlarının yaşam kalitesi ile cinsiyetleri karşılaştırıldığında sosyal işlev ve ağrı alt ölçekleri hariç tüm ölçeklerde istatistiksel anlamlılık bulundu. Genel olarak erkeklerin yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu bulundu. Hasta bakımının, genellikle hasta erkeğe eşler tarafından, kadınsa çocuklar tarafından üstlenilmesi; ebeveynlerinden birinin bakımını üstlenen çocuğun da genellikle kız olması; erkeğin bakım verirkenki rolünün sıklıkla kadınlıkından farklı olması, erkeğin sosyalleşme olanaklarının çoğu zaman fazla oluşu bu durumu izah etmektedir (56,120,121). Malak ve Dicle'nin (62) 40 hasta yakını üzerinde yaptığı çalışmada cinsiyetin yaşam kalitesine etkisi bulunmamıştır. Kızılcı'nın (61) çalışmasında kadın hasta yakınlarının yaşam kalitesi düşük bulunmuştur.

Yaşları 18 ile 75 arasında değişen hasta yakınlarının yaş ortalaması 42 olarak bulundu. Sherman ve ark.'ın (90) çalışmasında hasta yakınlarının yaş ortalaması 56, Miyasitha ve ark.'ın (87) araştırmasında hastaya bakımverenlerin yaş ortalaması 60 olarak bulunmuştur. Hasta yakınlarının yaşları ile yaşam kaliteleri kıyaslandığında tüm alt ölçeklerde ters yönlü istatistiksel anlamlılık saptandı. Genç hastaların yaşam kalitelerinin daha fazla, yaşlı hastaların daha düşük olduğu şeklinde yorumlandı. Kullandığımız ölçek genel bir yaşam kalitesi ölçeği olması bakımından yaşla birlikte yaşam kalitesi skorlarının düşük bulunması beklenen bir durumdur. Ayrıca daha genç hasta yakınlarının, sıklıkla daha yaşlı olan eşler gibi bakım yükünün merkezinde sıklıkla yer almamaları durumu açıklamaktadır. Kızılcı'nın (61) çalışmasında da yaşla birlikte yaşam kalitesinin düştüğü belirtilmiştir. Malak ve Dicle'nin (62) çalışmasında yaş ile bağlantı bulunmamıştır. Hacılioğlu ve ark.'ın (121) Türkiye'de 106 hasta yakını ile yaptıkları çalışmada yaş ile yaşam kalitesi arasında bizimkine benzer bir ilişki bulunmuştur.

Hasta yakınlarından 419'u (%84,3) evli, 78'i (%15,6) bekâr; bekârların arasından 8'i (bekârların %10,2'si, toplamın %1,6'sı) duldur. Sherman ve ark.'ın (90) çalışmasında hasta yakınlarının %80'i evlidir. Hasta yakınlarının yaşam kalitesi ile medeni durumları karşılaştırıldığında fiziksel rol, genel sağlık, sosyal işlev alt ölçek puanları hariç tüm yaşam kalitesi alt ölçeklerinde istatistiksel anlamlılık bulundu. Bekârların yaşam kalitesi puanları evlilerden yüksekti. Bu durum bekâr bakım verenlerin genelde ailenin çocukları olması ve bakım yükünün merkezini teşkil etmemeleriyle açıklanabilir (56,100,120,121). Kim ve Spillers'in (103) 1635 hasta yakınıyla yaptığı çalışmada bakımverenler büyük oranda kadın ve

hastanın eşiydi. Malak ve Dicle'nin (62) çalışmasında medeni durum yaşam kalitesi üzerine etkili bulunmamıştır.

Hasta yakınlarının 413'ü (% 83) çocuk sahibi iken, 84'ü (% 16,9) çocuksuzdur. Hasta yakınlarının çocuk sahibi olma durumları ile yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında fiziksel rol, sosyal işlev ve ağrı alt ölçekleri hariç istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. Çocuğu olmayanların yaşam kalitesi puanları daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu durum, çocuk sahibi olmayanların genç ve bekar olarak bakımın merkezinde yer almayan, daha ziyade hastanın hastaneye transferi esnasında refakatçilik yapması bakımından araştırmaya dahil edilen bir popülasyon olması ile ilişkilendirilebilir. Yeh ve ark.'ın (101) 91 hasta yakınıyla yaptığı çalışmada hasta yakınlarının %62'sinin 1-3 çocuğu olduğu, %23'nün üçten fazla çocuğu olduğu bulunmuştur. Literatürde araştırmalar çocuk sahipliğinden ziyade, medeni durum üzerine daha çok yoğunlaşmıştır. Sherman ve ark.'ın (90) 38 hasta yakını üzerinde yapmış olduğu araştırmada veli olma durumunun yaşam kalitesini etkilediği bulunmuştur. Malak ve Dicle'nin (62) çalışmasında medeni durumun bakım yükünde etkili olmadığı söylenirken, Kızılcı'nın (61) çalışmasında medeni durum ile yaşam kalitesi ilişkili bulunmuştur. Çocuk sahipliği genel olarak ek uğraş ve sorumluluk faktörü olmakla birlikte, beraberinde ek ekonomik yükler ve zaman ayrılması gerekliliği doğurur. Bu manada çocuk sahipliğinin bakım verenin fiziksel, mental ve sosyal yaşam kalitesi üzerinde etkili olabileceği düşünülebilir.

Hasta yakınlarından 166'sı (%33,4) 0-8 yıl arası öğrenim gördüğünü belirtirken, 248'i (%49,8) 9-12 yıl, 83'ü (%16,7) 13 yıl ve üzeri öğrenim gördüğünü belirtmiştir. Babaoğlu ve Öz'ün (69) çalışmasında bakım veren eşlerin %56,3'ü ilkokul mezunu, %55,3'ü ev hanımıdır. Yeşilbalkan ve Okgün'ün (89) çalışmasında da benzer sosyodemografik veriler mevcuttur. Diğer birçok yabancı çalışmada bakım verenlerin eğitim düzeyinin bizdekilerden yüksek olduğu görülmüştür. Yeşilbalkan ve ark.'ın (89) çalışmasında hasta yakınları en sık ortaöğretim mezunuydu. Hasta yakınlarının öğrenim durumları ile yaşam kalitesi puanları karşılaştırıldığında mental rol ve sosyal işlev alt ölçek puanları hariç tüm alt ölçeklerde istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. Öğrenim yılı azaldıkça yaşam kalitesi puanlarının azaldığı görüldü. Bu durum, eğitimin beraberinde hasta yakınlarına daha fazla içgörü, muhtemel daha iyi çalışma şartları, daha iyi ekonomik olanaklar ve buna bağlı olarak genel yaşam kalitesinde artış kazandırmasıyla ilişkilendirilebilir. Ayrıca genellikle erkeklerin eğitim yılı daha fazla iken, bakımın merkezinde yer alan ev kadınlarının eğitim yılı daha azdır. Bu ilişki bu iki temel dinamikte açıklanabilir. Malak ve Dicle'nin (62) 40 hasta yakını ile yaptığı

çalışmada eğitim durumu yaşam kalitesiyle ilişkilendirilmemiştir. Yeh ve ark.'ın (101) Taiwan'da 91 hasta yakını ile yaptıkları çalışmada da eğitim durumu önemli bulunmuş ve nedeni benzer bir şekilde açıklanmıştır. Kim ve Spillers (103) da 1635 hasta yakını üzerinde yaptığı çalışmada eğitimin hasta yakınlarının yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğundan bahsetmiştir. Yeşilbalkan ve Okgün'ün (89) Türkiye'de 80 kişiyle yaptığı çalışmada hasta yakınlarının yarısından çoğunun eğitim seviyelerinin düşük ve istihdam oranlarının az olması açıklamamızı desteklemektedir.

Hasta yakınlarından 59'u (%11,8) ekonomik durumunu 'kötü' olarak tariflerken, 392'si (%78,8) 'orta', 46'sı (%9,2) 'iyi' olarak tanımlamıştır. Çalışma yapılırken nesnel bir kriter konmadan yöneltilen ekonomik durumla ilgili soru, kültürel değer yargılarının muhtemel etkisiyle büyük oranda 'orta' diye cevaplanmıştır. Papastavrou ve ark.'ın (105) yaptığı bir çalışmada hasta yakınlarının %35'i yıllık 17000 Avro'nun altında, %35'i 17000-35000 Avro arasında, geri kalanının 35000 Avro'dan fazla gelir sahibi olduğu görülmüştür. Hasta yakınlarının tamamının sosyal güvencesi mevcuttur. Ayrıca hastanın bakımverenlere saat olarak bakım yükü kadar, önemli miktarlarda ekonomik yükü de mevcuttur. Yun ve ark.'ın (110) Güney Kore'de 738 bakımveren üzerinde yaptığı araştırmada bakımverenlerin %40,2'si aylık 882 dolardan aşağı gelir elde ederken, hastaların %52,7'sinin bakım ihtiyacı bu rakamı aşmaktadır. Hasta yakınlarının yaşam kalitesi ile ekonomik durumları karşılaştırıldığında sosyal işlev alt ölçek puanı hariç tüm alt ölçeklerde istatistiksel anlamlılık bulundu. Ekonomik durum kötüleştiğinde yaşam kalitesinin azaldığı görüldü. Ekonomik durum iyileştiğinde profesyonel bakıma daha rahat ulaşabilme, yardım alabilme, hastalığın tedavisine ulaşmada kolaylıklar, gelecekte ortada kalma korkusunda görece zayıflama, geçinmek ile ilgili daha az kaygı gibi nedenlere bağlı olarak yaşam kalitesi puanları artabilir. Yun ve ark.'ın (110) Güney Kore'de 738 bakımveren üzerinde yaptığı araştırmada bakımverenlerin %40,2'si aylık 882 dolardan aşağı gelir elde ederken, hastaların %52,7'sinin bakım ihtiyacı bu rakamı aşmaktadır. Papastavrou ve ark.'ın (105) yaptığı bir çalışmada hasta yakınlarının %35'i yıllık 17000 Avro'nun altında, %35'i 17000-35000 Avro arasında, geri kalanının 35000 Avro'dan fazla gelir sahibi olduğu görülmüştür. Miyashita ve ark.'ın (87) Japonya'da yaptığı çalışmada hasta yakınlarının %14'ü 8000 Dolar aylık gelir sahibi iken, %4'ü 2000 Dolar aylık gelir sahibidir. Ekonomik olanaklar ve alım gücü, harcama şekilleri çok çeşitlilik arz etmekle birlikte neredeyse hemen her yerde kanser yönetimi ve bakımı pahalı bir iştir.

Hasta yakınlarının 160'ı (%32,1) çalışmıyor iken, 337'sinin (%67,8) çalıştığı tespit edilmiştir. Babaoğlu ve Öz'ün (69) çalışmasında herhangi bir işte çalışan eşlerin %61,2'si işe

devam etmezken, %19,4'ü hem eşine bakım vermekte hem de işine devam etmektedir. Yeşilbalkan ve ark.'ın (89) çalışmasında hasta yakınlarının %64'ü çalışmıyor olarak bulunmuştur. Hasta yakınlarının yaşam kalitesi ile çalışma durumları karşılaştırıldığında sosyal işlev puanı tüm alt ölçekler arasında istatistiksel anlamlılık bulundu. Çalışanların yaşam kalitesi puanları daha fazlaydı. Bunun nedeni olarak bakım verenlerin genelde kadın ve ev hanımı olması, çalışan erkeklerin bakımın merkezinde olmamaları düşünülebilir. Hastalar yapılan çalışmalarda %44 oranında profesyonel bakım ararken, bakımveren hasta yakınlarında bu oran %67'lere çıkabilmektedir. Hasta yakınları diğer hasta yakınlarıyla konuşmak sosyalleşmek istemektedir. Hasta yakınları bazı çalışmalarda hastalardan daha sıkıntılı bulunmuştur. Sosyal izolasyon, çalışma vasıtasıyla hastadan uzaklaşmama gibi nedenler çalışmayan hasta yakınlarının yaşam kalitesini düşürmektedir (86,87).

Hasta yakınlarının meslek durumları ile yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında sosyal işlev alt ölçek puanı hariç tüm alt ölçekler ile istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. Ev hanımı olan hasta yakınlarında yaşam kalitesi puanları en düşük iken, öğrenci ve profesyonel bakıcılarda daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu durum, zaten bir işi olmaması nedeniyle görece daha dar bir sosyal çevrede, daha kısıtlı şartlarda, daha eve bağımlı olarak yaşayan ev hanımlarının, hastanın bakımını üstlenmeleriyle birlikte bağımsızlıklarının büyük oranda kaybolması, zaten zamanın büyük çoğunluğunun geçirildiği evden daha da uzaklaşmalarıyla ilişkilendirilebilir (56). Bakımda rol alabilecek öğrencilerin, ne olursa olsun bakım yüklerinin görece sınırlı kalması ve genellikle bakımın merkezinde yer almamaları yaşam kalitelerine etkiyi azaltıyor ve yaşam kalitesi ölçek puanlarının yüksek kalmasına neden oluyor olabilir. Bakım işini profesyonel olarak yapan bakıcıların yarı zamanlı da olsa tam zamanlı da olsa hasta ve hastalıktan, gerçek yakınların etkilendiği gibi etkilenmemesi öngörülebilir bir durumdur. Kızılcı'nın (61) çalışmasında da ev hanımı olan hasta yakınları, hastalık durumundan, diğer hasta yakınlarına göre daha fazla etkilenmiştir. Çalışmada hasta yakınları arasında esnaf ya da çiftçilerin yaşam kalitesi puanları, diğer meslek gruplarına göre daha yüksektir. Bunun nedeni olarak da, örnekleme esnaf ya da çiftçi olan hasta yakınlarının tamamının erkek olması düşünülmüştür.

Hasta yakınlarından 315'i (%63,3) sigara kullanmadığını belirtirken, 182'si (%36,6) sigara kullandığını belirtmiştir. Tütün kullananların tütüne başlama yaşları 10 ile 31 arasında değişiyordu. Tütüne başlama yaş ortalaması 18 olarak bulundu. Hasta yakınlarının sigara içme durumları ile yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında fiziksel rol, yaşamsallık ve sosyal işlev alt ölçek puanlarında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. Her üç alt ölçekte de sigara içenlerin

yaşam kalitesi puanı daha yüksekti. Bu durum, hastaya bakım veren ve yaşam kalitesi en çok olumsuz yönde etkilenen görece yaşlı, kadın, eş ve ev hanımı popülasyonunun sigara içme oranlarının azlığı ile açıklanabilir. Geriye kalanların yaşam kalitesi ölçek puan ortalaması daha yüksektir. 1998 yılında Türkiye’de 10,4 milyon erkek (%58) ve 3,9 milyon kadının (%22) sigara içtiği saptanmıştır. Tezcan ve Yardım’ın (102) 22 çalışmadan yaptığı derlemede, hastaların yakınlarının dışında, çalışmakta olan doktorlarda sigara içme oranları %66,2’yi, hemşireler arasında %68,6’yı bulmaktadır. Bu, bakımın bir diğer basamağı olan sağlık çalışanlarının durumunu göstermesi bakımından çarpıcı bir rakamdır (102).

Kanserli hastalara bakım verenlerle ilgili çalışmalarda evde bakım verenler, hastanede bakım verenler, hastalığın evresi, hastanın cinsiyeti, bakımın cinsiyeti, hastaya yakınlık derecesi, hastanın bakımveren üzerindeki iş yükü, ekonomik durum farklılıklarına bağlı olarak çeşitli sonuçlar çıksa da, hasta yakınlarının genel sosyodemografik özellikleri benzerdir. Yeşilbalkan ve ark.’ın (89) çalışmasında hasta yakınlarının %73’ü bakım yükünü başkasıyla paylaşmadığını belirtmiştir.

Hasta yakınlarının bizim ulaşabildiğimiz kısmı hastayı hastaneye getiren kesimdir. Bu kesim, bakımın bir parçası olmakla birlikte sıklıkla bakım yükünün merkezini oluşturamayabilmektedir. Yapılan çalışmalar bakım yükünün merkezi olarak genelde kadınlar ve görece daha yaşlıları göstermektedir. Daha genç yaşta ve erkek olanların bakım yükünde daha ziyade hastaneye getirme rolü mevcuttur (69,87,89,90,100-105).

Hasta yakınlarından 446’sı (%89,7) kronik bir hastalığının olmadığını belirtirken, 51’i (%10,2) kronik bir hastalığı olduğunu belirtmiştir. Kronik hastalığı olduğunu belirtenlerin 2’si ‘kalp hastalığı’, 6’sı ‘hipertansiyon’, 6 tanesi ‘diyabet’, 2’si ‘hiperlipidemi’, 9’u ‘solunum sistemi hastalığı’, 17’si ‘gastrointestinal sistem hastalığı’, 5’i ‘eklem hastalığı’ olduğunu belirtmiştir. Hasta yakını olup kronik hastalığı olanlardan 17’si (kronik hastalığı olanların %33,3’ü) bu hastalık için ilaç kullandığını belirtirken, 34’ü (%66,6) ilaç kullanmadığını belirtmiştir. İlaç kullananların 7’si (%41,1) kullandığı ilacın adını, kullanım şeklini ve dozajını tam olarak hatırlarken, geriye kalan 10 kişi (%58,8) kullandığı ilaçla ilgili bilgileri eksik hatırlamıştır. Yeşilbalkan ve ark.’ın (89) çalışmasında hasta yakınlarının %78’inde sağlık problemi yoktu. Hasta yakınları çok farklı yaş gruplarının mensubu olmaları dolayısıyla kronik hastalık oranları da çeşitlidir. Genel toplum ortalamasından daha düşük hastalık oranları bulunmuş olmasına rağmen bunun, muhtemel görüşme hatası, tanılarının farkında olmayan hastalar, yahut mevcut stresli ortamda uzaması tercih edilmeyen görüşmeyi kısa kesmek amacıyla cevapların manipüle edilmesiyle ilgisi olabilir. Hasta yakınlarında

kronik yahut akut hastalık sorgulanırken duygudurum bozukluklarını sıklıkla belirtmedikleri gözlemlendi. Yapılan çalışmalarda hasta yakınlarında psikiyatrik hastalığın %50'lere çıkabildiği gösterilmiştir (105,106).

Hasta yakınlarının 24'ü (%4,8) bakıcı olarak hastayla gelmiş iken; 173 hasta yakını (%34,8) annesini, 149 hasta yakını (%29,9) babasını, 18 hasta yakını (%3,6) kardeşini, 130 hasta yakını (%26,1) eşini kemoterapi seansına getirdiği için araştırma mahallinde bulunmaktadır. Hasta yakınlarının hastaya yakınlık dereceleri ve yaşam kalitesi karşılaştırıldığında tüm alt ölçeklerde istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. Tüm alt ölçeklerde hastaya bakım veren eşlerin yaşam kalitesi puanları en düşük çıkarken, bakıcı ve kardeşlerin puanları diğerlerinden yüksekti. Bu, sürekli hastayla beraber yaşayan eşin, bakımın büyük kısmını üstlenmesi ve çok yönlü bakım yükünün yaşam kalitesine olumsuz yansımalarıyla ilişkilendirilebilir. Profesyonel bakıcıların hasta bakımında, hastalığı şahsileştirmeyip zihinsel, sosyal ve fiziksel olarak görece daha az yıpranması öngörülebilir bir durumdur. Aynı şekilde, özellikle uzakta yaşayan kardeşler, sıklıkla kendi yaşamlarını belli bir düzende idame ettirirken hastanın bakım yükünden pek etkilenmemekte, ziyaretler ve küçük görevler dışında bakımda önemli bir yük almamaktadırlar (122). Gill ve ark.'ın (100) yaptığı çalışmada bakım verenlerin %69'ünün eşler, %15'inin hastanın kızları, %4'ünün hastanın oğulları olduğu görülmüştür. Yeh ve ark.'ın (101) 91 hasta yakınıyla yaptığı çalışmada özellikle kadın olan eşlerin ve hastanın kızlarının bakım yükünün merkezinde olduğu, arkadaş ve kardeşlerinse daha az oranda bakımda görev aldığı görülmüştür. Kızılcı'nın (61) çalışmasında da bakım veren eşlerin yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği vurgulanmıştır.

Hasta yakınlarından 251'i (%50,5) hasta ile beraber yaşadığını belirtirken, 246'sı (%49,5) hasta ile farklı evlerde yaşamaktadır. Hasta yakınlarından 9'u (%1,8) yalnız yaşadığını belirtirken, 475'i (%95,5) ailesiyle yaşadığını, 2'si (%0,4) çocuklarının yanında, 11'i de (%2) hastayla yalnız yaşadığını belirtmiştir. Hasta yakınlarının hasta ile yaşama durumları ve yaşam kaliteleri arasında ilişki araştırıldığında sosyal işlev alt ölçek puanı hariç tüm alt ölçeklerde istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. Hasta ile birlikte yaşayanların yaşam kalitesi ölçek puanları daha düşük bulunmuştur. Bu da hastanın ve hastalığın yükünü en çok taşıyanların ve hastayla en çok vakit geçirenlerin yaşam kalitelerinin bundan olumsuz etkilenmesi ile açıklanabilir. Yapılan benzer araştırmalar hastayla yaşayıp bakımı bizzat üstlenen aile üyelerinin yaşam kalitelerinde düşüş olduğunu göstermiştir (56,61,62,86,87,104).

Hasta yakınlarının 351'inin (%70,6) ailelerinde hastaya bakım veren başka birileri de varken, 146'sı (%29,3) tek başına bakım yükünü karşıladıklarını belirtmiştir. Hasta yakınlarının hastanın bakım yükünü başkaları ile paylaşma durumları ile yaşam kaliteleri arasında sosyal işlev alt ölçek puanı hariç tüm alt ölçeklerde istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. Başka bakımverenlerin de olduğu durumlarda yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu da, bakım yükünün genel olarak azalması, hasta yakınlarının kendi özel hayatlarına daha çok zaman ayırabilmeleri, ekonomik olarak daha az yük altında kalmaları ve tüm bunların yaşam kalitelerine olumlu etki etmesiyle ilişkilidir. Hastalar sıklıkla bakımın merkezinde kendi yakınlarının olmasını tercih ederken, hasta yakınları daha yüksek sıklıkta bakımı profesyonellerle paylaşmak, en azından bakımın şekilleriyle ilgili bilgi almak, profesyonel hizmetler aracılığıyla başka hastaların yakınlarıyla bilgi ve duygu paylaşımı içinde olmak gereksinimi duymaktadırlar. Bakım yükünün paylaşılması olumsuz gereksinimleri genel olarak azaltacaktır. Fleming ve ark.'ın (108) 39 bakım veren üzerinde yürüttükleri araştırmada bakım verenlerin %38,5'u tam zamanlı bakım vermekte ve yaşam kaliteleri bundan etkilenmektedir. Daha öncede belirtildiği gibi bakım yükünün merkezi olan eşler ve kanser hastalarının ebeveynlerinin yaşam kalitesi bu durumdan olumsuz etkilenmektedir (86,109).

Hastaların bakım yükleri sorgulandığında 18 kişi (%3,6) 'vaktini almadığını' belirtirken; 320'si (%64,3) 0-3 saat arasında, 86'si (%17,3) 3-6 saat arasında, 70'i (%14) 7-12 saat arasında, 3'ü (%0,6) 13 saat ve üzeri süre boyunca hasta bakımıyla uğraştıklarını belirtmiştir. Kim ve Spillers'in (103) 1635 hasta yakınında yaptığı çalışmada ortalama günlük bakımın 8 saat olduğu belirtilmiştir. Hastayla hasta olduğu dönem boyunca ortalama günlük geçirilen süre miktarı kadar, toplam hastalığın başlangıcından bu yana geçirilen süre miktarı da başka çalışmalarda gösterilmiştir ki yaşam kalitesi üzerine etkilidir. Babaoğlu ve Öz'ün (69) çalışmasında eşlerin %38,8'i hastanın yanında sürekli kalmakta (24 saat), %23,3'ü 6-12 saat ve %10,7'si de hastaya yarım gün bakım vermektedir (12 saat). Eşlerden %23,3'ü hastanın bakımını tek başına sürdürürken, %37,9'una hastaya bakım verirken en az bir kişi tarafından bakım veya günlük uğraşlarda destek verilmektedir. Eşe destek veren yakınların %45,7'si çocuklar (gelin ve damatları dâhil) %18,4'ü kardeşlerdir (69). Hasta yakınlarının bakım yükleri ile yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında ağrı alt ölçeği hariç tüm yaşam kalitesi alt ölçeklerinde istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. Hastaya bakım verme saati arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı gözlemlendi. Hastaya bakım vermek, bakım verenin kişisel hayatından direkt ödün vermesi ve özbakımının azalması, sosyal ilişkilerinin değişmesi, fiziksel olarak

yıpranması, eğer çalışmasından vazgeçiyorsa ekonomik sorunların baş göstermesi ile doğrudan ilgilidir. Hastaların büyük çoğunun ailesi ve çevresinde hastaya bakım veren başkaları da bulunmaktayken, hasta yakınlarının yarısından fazlası bakım yükünün 0-3 saat olduğunu belirtmektedir. Bakım yükü, hastayı hastaneye getiren kişinin hastaya yakınlık derecesi, yaşadığı yer, medeni durum, cinsiyet gibi birçok durumdan etkilenmekte, farklı kültürlerde farklı sorgulama yöntemleriyle çok çeşitli sonuçlar verebilmektedir (51,86). Kitrungrote'un (86) yaptığı literatür taramasında yaşam kalitesi ile bakım zamanı arasında ters bir ilişki saptanmıştır. Tang ve ark.'ın (111) 253 hasta yakınıyla yaptığı çalışmada hasta yakınlarının %43,5'inin günlük 17-24 saat bakım vermekte olduğu, bu bakımın içinde ev toparlamak ve hasta transportunun da mevcut olduğu gözlenmiştir. Hastayla hasta olduğu dönem boyunca ortalama günlük geçirilen süre miktarı kadar, toplam hastalığın başlangıcından bu yana geçirilen süre miktarı da yaşam kalitesi üzerine etkilidir. Kim'in (103) çalışmasında bu süre ortalama 16 ay olarak bulunmuştur. Hacialioğlu ve ark.'ın (121) çalışmasında hasta yakınlarının %63'ünün 3-12 ay arası bir süredir bakım vermekte olduğu belirlenmiştir. Yeh ve ark.'nın (101) çalışmasında ise hasta yakınlarının %61,5'i bir yıldan kısa bir süredir bakım vermekte olarak bulunmuşlardır.

Daha önce de belirtildiği gibi hastaların eşleri sıklıkla bakım yükünün merkezi durumundayken, görüşme esnasında hastaları hastaneye getirmeleri bakımından genellikle hastaların çocuklarına ulaşılabilmiştir. Hastayla beraber yaşama-yaşamama durumu neredeyse yarı yarıyadır. Hasta yakını olarak eşler hastayla beraber yaşarken, yetişkin çocuklar hastayla farklı evlerde yaşamaktadır. Hastaların büyük çoğunun ailesi ve çevresinde hastaya bakım veren başkaları da bulunmaktayken, hasta yakınlarının yarısından fazlası bakım yükünün 0-3 saat olduğunu belirtmektedir. Bu saat olarak sınıflandırdığımız bakım yükü, hastayı hastaneye getiren kişinin hastaya yakınlık derecesi, yaşadığı yer, medeni durum, cinsiyet gibi birçok durumdan etkilenmekte, farklı kültürlerde farklı sorgulama yöntemleriyle çok çeşitli sonuçlar verebilmektedir (69,103,107-111).

Hasta yakınlarının en az bir tane psikiyatrik ek hastalık sahibi olma durumları ile yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında, tüm ölçeklerde istatistiksel anlamlılık tespit edildi. Psikiyatrik ek hastalığa sahip olmayan hasta yakınlarının yaşam kalitesi puanları daha yüksek olarak bulundu. Psikiyatrik ek hastalığın zaten bakım yükünden olumsuz etkilenen hasta yakınlarının yaşam kaliteleri için bir risk olabileceği düşünüldü.

Hasta yakınlarının 387'si (%77,8) psikiyatrik bir hastalığa sahip olmadığı tespit edildi. Hasta yakınlarından 33'ü (%6,6) majör depresif bozukluk tanısı aldı. 50'si (%10) minör

depresif bozukluk tanısı alırken, 24'ü (%4,8) olası alkol kötüye kullanımı tanısı aldı. 15 hasta yakınında (%3) panik bozukluk tanısı kondu. 23'ünün (%4,6) BTA anksiyete bozukluğu saptandı. 9 hasta yakınında (%1,8) hipokondriazis bulundu.

Yapılan çalışmada hasta yakınları arasından 110 kişinin (%22) psikiyatrik tanısı olduğu bulundu. Toplam 38 hasta yakınının (psikiyatrik tanısı olanların %34,5, toplamın %7,6) psikiyatrik ikinci bir tanısı olduğu gözlemlendi. Ayrıca 9 hasta yakınının (psikiyatrik tanılıların %8, toplamın %1,8'i) 3. bir psikiyatrik sorunu olduğu bulundu.

Öz'ün (69) çalışmasında eşlerin duygusal sorunlarındaki en fazla değişim depresif duygulanımdadır. Korku ve anksiyete de eşlerin bu dönemde en sık yaşadığı duygusal sorunlardır. Nakanishi ve ark.'ın (114) 95 hasta yakını ile yaptığı bir çalışmada hastalara hastalık ile ilgili yeterli bilgi verilmemesi, tekrarlayan yahut ilerlemiş hastalık, geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü hasta yakınlarının psikiyatrik tanılarıyla ilişkili bulunmuştur. Gough ve ark.'ın (115) 106 kanser hastası yakını üzerinde yaptığı benzer bir çalışmada da, bu popülasyonda yer alan bireylerin psikiyatrik durumlarına dikkat çekilmiş ve tarama önerilmiştir. Farklı çalışmalarda sıklıkla Hastane Anksiyete Depresyon Skalası (HADS) kullanılmıştır. HADS ile yapılan çalışmalarda kanser hastalarına bakım veren yakınlarında psikiyatrik hastalıkla ilgili skor puanı, kontrol grubunun yaklaşık iki katı civarında bulunmuştur. Birçok çalışmada hasta yakınlarındaki artmış psikiyatrik hastalık oranı bizimkine benzerdir. Bu artışta, hastalığı tetikleyen stres başta olmak üzere, hastane ortamı, yakınların kaybı, artmış iş yükü, sosyal izolasyon, ekonomik kayıplar gibi çoklu faktörler etkindir (69,114-116).

Hasta yakınlarının cinsiyetleri ile psikiyatrik ek hastalık durumları karşılaştırıldığında majör depresif bozukluk, minör depresif bozukluk, olası alkol kötüye kullanımı, panik bozukluk tanılarında istatistiksel anlamlılık bulundu. Alkol kötüye kullanımı hariç diğer tanımlar kadın hasta yakınlarında daha fazlaydı. Kadınlarda zaten daha sıklıkla görülen panik bozukluk ve duygudurum bozuklarının; eş, anne ya da kız olarak genelde bakım yükünün merkezinde ve dolayısıyla psikososyal stres etkenlerinin baskısında bulunan kadın hasta yakınlarında daha ön plana çıkması beklentiyle uyumludur. Kurtz ve ark.'ın (126) 237 vaka ile yaptığı çalışmada depresif semptomlar ile bakım verenin cinsiyeti arasında bağ bulunmamıştır. Nakanishi ve ark.'ın (114) 95 hasta yakını ile yaptığı çalışmada cinsiyet ile psikolojik stres arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (114,126).

Hasta yakınlarının medeni durumları ile psikiyatrik ek hastalık durumları karşılaştırıldığında, majör depresif bozukluk ve minör depresif bozukluk tanılarında

istatistiksel anlamlılık bulundu. Tanı oranları evli ve dullarda yüksekken, bekârlarda düşük çıktı. Kanserın görece ileri yaş hastalığı olması, hastalığa yakalananların genelde evli olması ve bakım yükünün merkezi rolünü sıklıkla eşlerin üstlenmesi durumlarını göz önünde bulundurursak, bizim hasta yakını ve bekâr olarak ulaştığımız popülasyonun, kapsamlı bakım vermektan çok daha ziyade hastanın hastaneye gelişinde refakatçisi olan ikincil kişilerden oluştuğu düşünülebilir. Bakım veren dulların da, eşlerini bir sebeple yitirmiş olmaları ve başka bir potansiyel kayıpla yüz yüze kalmaları dolayısıyla duygudurum sorunları yaşamaları beklenebilir. Kuşçu ve ark.'ın (127) 51 hasta yakını ile yaptığı çalışmada hasta yakınlarının medeni durumu psikiyatrik hastalıkla ilişkili bulunmamıştır. Literatürde genel olarak bekâr ve dul olmak psikiyatrik hastalık açısından riskli kabul edilmektedir (124).

Hasta yakınlarının çocuk sahibi olma durumları ile psikiyatrik ek hastalık durumları karşılaştırıldığında minör depresif bozukluk haricindeki tanılarda istatistiksel anlamlılık bulunmadı. Minör depresif bozukluk tanı oranı çocuğu olanlarda daha fazlaydı. Bu da, çocuğu olanların daha sıklıkla evli, bakım yükünün merkezinde, görece yaşı daha ileri bireylerden oluşması ve bu insanların hasta bakımı dolayısıyla yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmesi, mevcut psikososyal stres faktörlerinin artmasıyla psikiyatrik ek hastalık oranlarının da yükselmesi durumlarıyla ilişkilendirilebilir (69).

Hasta yakınlarının çalışma durumları ile psikiyatrik ek hastalık durumları karşılaştırıldığında majör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, olası alkol kötüye kullanımı ve panik bozukluk tanılarında istatistiksel anlamlılık bulundu. Tanı oranları alkol kötüye kullanımı hariç çalışmayanlarda daha fazlaydı. Çalışmamıza dâhil olan gönüllü hasta yakınlarının bakımın merkezinde olan kesimi genellikle evli, çalışmayan, ev hanımı bireylerden oluşmaktadır. Bu insanlar bakım yükünün birçok boyutundan biyopsikososyal olarak etkilenmektedirler (69). Zaten mevcut duygudurum bozuklukları da kadınlarda daha sıklıkla görülmektedir. Olası alkol kötüye kullanımı ön plana çıkan kesim ise, hastanın hastaneye gelişini üstlenen, çalışan erkek bireylerdir. Tanı dağılımının durumu, bu şekilde açıklanabilir. Çalışmayan ev hanımları literatürde psikiyatrik hastalık açısından riskli kabul edilmektedir (124). Nakanishi ve ark.'ın (114) 95 hasta yakını ile yaptığı çalışmada çalışma durumu ile psikolojik stres arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Hasta yakınlarının öğrenim durumları ile psikiyatrik ek hastalık durumları karşılaştırıldığında majör depresif bozukluk, alkol kötüye kullanımı ve panik bozukluk tanılarında istatistiksel anlamlılık bulundu. Tanı oranları alkol kötüye kullanımı hariç, öğrenim durumu 0-8 yıl arasında olanlarda daha fazlaydı. Alkol kötüye kullanımında öğrenim

yılı sayısı daha yüksek bulundu. Bakım yükünün merkezini ve psikiyatrik ek tanı alan hasta yakınlarının çoğunluğunu oluşturan eş ve ev hanımı popülasyonun öğrenim durumunun düşüklüğü bu durumu açıklamaktadır. Oysa alkol kötüye kullanımı, hastayı hastaneye getirmekten başka bakıma fazla iştirak etmeyen, çalışan, lise ve üstü eğitilmiş erkek hasta yakını grubu tarafından sıklıkla alınana bir tanıdır. Düşük eğitim düzeyi literatürde psikiyatrik hastalık açısından riskli kabul görmektedir (124). Kuşçu ve ark.'ın (127) 51 kanser hastası yakını ile yaptıkları araştırmada düşük öğretim yılına sahip hasta yakınlarında psikiyatrik hastalık sıklığı artmaktadır.

Hasta yakınlarının ekonomik durumları ile psikiyatrik ek hastalık durumları karşılaştırıldığında majör depresif bozukluk, minör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, hipokondriasis, panik bozukluk tanılarında istatistiksel anlamlılık bulundu. Ekonomik durumunu kötü olarak tanımlayanlarda tanı oranları daha düşüktü. Ekonomik olanaksızlıklar, her ne kadar giderler kurumlar tarafından karşılanıyor olsa da, kanser gibi hastalar ve ailelerini çok yönlü ağır yükler altına sokan bir hastalık söz konusu olunca kaçınılmaz olarak kişilerin hayatındaki zorlukları arttırmakta, zorluklarla baş edebilme olanaklarını kısıtlamaktadır. Kanser, her şey bir yana sıklıkla kişinin çalışabilme olanağını kısıtlaması itibarıyla, aile kurumunu devam ettirebilmek için gerekli temel geçim gereksinimlerinin karşılanmasını zora sokabildiğinden, ekonomik durumun kötülüğü hasta ve yakınlarında bir ek güvensizlik ve kaygı faktörü olacaktır. Ekonomik olanaksızlıklar aile içinde daha öncekinden farklı rol dağılımları oluşturabilir. Hem hasta bakımı hem de çalışmak zorunda kalan aile bireylerinde psikiyatrik hastalık gelişmesi için psikososyal stres faktörleri bu dinamiklerle oluşacaktır. Literatürde düşük sosyoekonomik düzey genel olarak psikiyatrik hastalık açısından riskli kabul edilmektedir (124).

Hasta yakınlarının yaşları ile psikiyatrik ek hastalık durumları karşılaştırıldığında majör depresif bozukluk, minör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, alkol kötüye kullanımı tanılarında istatistiksel anlamlılık bulundu. Alkol kötüye kullanımı hariç tanısı olanların yaş ortalamaları daha yüksekti. Hasta yakınlarından, özellikle eşler ve kanserli anne babalarına bakım veren evli çocuklar bakım yükünün merkezini oluşturmaktadır. Bu kişilerin yaş ortalaması diğer hasta yakınlarından fazladır. Hasta yakınları arasında daha genç, erkek, çalışan ve hastanın bakımında hastayı hastaneye getirme görevi üstlenen bir kısım daha var ki, hasta bakımında aldıkları kısıtlı rol yüzünden bu popülasyonda psikiyatrik ek hastalık oranı az görülmektedir. Alkol kullanım sıklığı ve kötüye kullanımı bu kişilerde, bakım yükünün merkezindeki evli, çocuklu, ileri yaşlı, kadın bireylere kıyasla

fazladır. Kurtz ve ark.'ın (126) 237 vaka ile yaptığı çalışmada bakımverenlerin yaşları ile depresif semptomlar arasında negatif bir bağ bulunmuştur. Nakanishi ve ark.'ın (114) 95 hasta yakını ile yaptığı çalışmada hasta yakını yaşları ile psikolojik stres arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır Butler ve ark.'ın (128) yaptığı çalışmada 57 yaşın altındaki hasta yakınlarında psikiyatrik hastalık daha sık görülmüştür.

Hasta yakınlarının meslek durumları ile psikiyatrik ek hastalık durumları karşılaştırıldığında majör depresif bozukluk, minör depresif bozukluk, olası alkol kötüye kullanımı ve panik bozukluk tanılarında istatistiksel anlamlılık bulundu. Duygudurum bozuklukları ve panik bozukluk ev hanımları ve bakıcılarda fazlayken, alkol kötüye kullanımı serbest meslekle uğraşanlarda daha fazlaydı. Bakımı en çok üstlenen grubun evli, ev hanımı, orta ileri yaşlı ve hastanın eşi konumundaki bireylerden oluştuğu ve bu bireylerde bakım yükünün fazlalığı dolayısıyla psikiyatrik hastalık sıklığının görece fazla olduğunu belirtmiştik. Ayrıca alkol kötüye kullanım sorununun bakım yükünü yoğun olarak paylaşmayan, görece daha genç, orta öğretim mezunu, serbest meslek, işçi yahut esnaf olarak çalışan erkeklerde sıklıkla karşılaşıldığını belirtmek gereklidir (69).

Hasta yakınlarının sigara kullanım durumları ile psikiyatrik hastalık durumları karşılaştırıldığında olası alkol kötüye kullanımı, panik bozukluk, hipokondriasis tanılarında istatistiksel anlamlılık bulundu. Alkol ile sigaranın beraber kullanımı oldukça yaygın olması bakımından öngörülebilir bir durumdur. Diğer iki durum için de tanı oranları sigara kullanmayanlarda daha yüksek olarak bulundu. Bu durum, bakım yüküyle daha fazla ilgilenenlerde psikiyatrik ek hastalık durumuna daha sık rastlanıyor olması ve bu insanların sürekli muhatap olmak durumunda kaldıkları kanser hastalığının temel nedenlerinden birinin sigara kullanımı olduğunu bilmeleri bakımından sigaraya karşı daha uzak durucu bir tavır göstermeleri ile açıklanabilir. Ayrıca kanser hastasına bakım verirken, eş zamanlı olarak sigara kullanımı hasta açısından da hasta yakınları açısından da ön planda tercih edilecek bir durum değildir. Üstelik hipokondriyak ve panik bozukluk rahatsızlığı olan insanların sigara kullanımından özellikle kaçınması beklenebilecek bir durumdur (124,125).

Hasta yakınlarının hastaya yakınlık dereceleri ile psikiyatrik hastalık durumları karşılaştırıldığında majör depresif bozukluk, minör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, hipokondriasis ve panik bozukluk tanılarında istatistiksel anlamlılık bulundu. Tüm tanımlar hastanın eşi pozisyonunda bakım verenlerde daha yüksek oranda bulundu. Hasta eşlerinin bakımın merkezi olarak bakım yükünden en fazla olumsuz etkilenen grup oldukları daha önce belirtilmişti (69). Yeşilbalkan'ın (89) çalışmasında hasta yakınlarının %49'unu

eşler oluşturmaktaydı. Nakanishi ve ark.'ın (114) 95 hasta yakını ile yaptığı çalışmada hastaya yakınlık derecesi ile psikolojik stres arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Hasta yakınlarının kiminle yaşadıklarıyla ilgili soruya verdikleri cevap ile psikiyatrik hastalık durumları karşılaştırıldığında majör depresif bozukluk ve BTA anksiyete bozukluğu tanılarında istatistiksel anlamlılık bulundu. Tanı oranı hastayla yalnız yaşayanlarda daha yüksekti. Hasta ile yalnız yaşayan bireylerin bakım verirken fiziksel, psikolojik, sosyal desteklerinin eksik kalması, görece izole bir vaziyette hastalığın olumsuz tablosuyla tek başına kalmaları ve bunun getirdiği ek yükler bu kişilerde psikiyatrik hastalık sıklığının fazlalığıyla ilişkilendirilebilir. Kuşçu ve ark.'ın (127) 51 hasta yakını ile yaptıkları çalışmada bakımın kapladığı zaman psikiyatrik hastalıkla ilişkili bulunmamıştır.

Hasta yakınlarının hastayla birlikte yaşayıp yaşamamaları ile psikiyatrik hastalık durumları karşılaştırıldığında majör depresif bozukluk, minör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, hipokondriasis, olası alkol kötüye kullanımı ve panik bozukluk tanılarında istatistiksel anlamlılık bulundu. Hasta ile birlikte yaşayanlarda tanı oranları daha yüksekti. Hasta ile beraber yaşayanlar, hastalık ve bakım yükünü en yakından ve bir parçası olarak tecrübe eden insanlar olmaları bakımından, maruz kaldıkları bu ek stres ile psikiyatrik hastalığa sahiplik açısından risk altındadırlar (124,125).

Hasta yakınlarının saat olarak bakım yükleri ile psikiyatrik hastalık durumları karşılaştırıldığında majör depresif bozukluk, minör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, BTA somatoform bozukluk, hipokondriasis, olası alkol kötüye kullanımı ve panik bozukluk tanılarında istatistiksel anlamlılık bulundu. Olası alkol kötüye kullanımı hariç diğer tanıların sıklığının bakım saati arttıkça arttığı gözlemlendi. Bakım saatinin artması beraberinde diğer olaylarda izolasyon, kendine vakit ayıramama, işlevsellik kaybı, fiziksel yorgunluk gibi bir çok etkenle ilişkili olması bakımından, psikiyatrik hastalık için riskin artması demektir. Alkol kötüye kullanımı olan hasta yakınları hasta bakımı için en az vakit harcayan gruptur. Bu grupta daha önce de belirtildiği üzere hastaya aktif bakım vermekten ziyade hastanın hastaneye getirilmesi, ihtiyaçlarının alınması gibi sekonder bakım rolleri üstlenen görece genç erkek bireyler yer almaktadır. Rivera'nın (128) yaptığı çalışmada bakım verenin bakım yükü ile psikiyatrik hastalık arasında ilişki mevcuttur. Tang ve Li'nin (111) 253 hasta yakını ile yaptığı çalışmada katılımcıların %43'ü günde 17-24 saat bakım vermekte olduğu görülmüştür. Nakanishi ve ark.'ın (114) 95 hasta yakını ile yaptığı çalışmada hastayı ziyaret sıklığı ve bakımın ne kadardır devam ettiği ile psikolojik stres arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Hasta yakınlarının bakım konusunda aldıkları destek ile psikiyatrik hastalık durumları karşılaştırıldığında majör depresif bozukluk, minör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, BTA somatoform bozukluk, hipokondriazis, olası alkol kötüye kullanımı ve panik bozukluk tanılarında istatistiksel anlamlılık bulundu. Bakımı tek başına üstlenen bireylerde psikiyatrik hastalık tanısı daha sıklıkla çıktı. Kanser hastası bakımı gibi multidisipliner olması gereken başlı başına çok ağır bir yükü aile ve yakınlar tarafından tak bir kişinin üstlenmesi, bu stres faktörlerinin altına girmesi beraberinde psikiyatrik hastalık sıklığını arttıracaktır. Yeşilbalkan'ın (89) çalışmasında hasta yakınlarının %73'ü bakım yükünü kimseyle paylaşmamaktadır.

Kemoterapi alan kanser hastaları ve onlara bakım veren yakınlarının yaşam kalitesi ve psikiyatrik ek hastalık durumlarını incelediğimiz bu çalışmada bazen beklediğimiz yönde bazen de beklediğimizin tersi yönde verilerle karşılaştık. Elde ettiğimiz verileri ulusal ve uluslararası literatürle karşılaştırdığımızda da farklı sonuçların olabildiğini gözlemledik. Nedenleriyle ilgili açıklamalarda bulunduk. Çalışmamız çalışmaya dâhil olan hastalar ve hasta yakınlarının sayıları bakımından ülkemizdeki konuyla ilgili diğer çalışmalara kıyasla çok daha fazla kişiyi içermekteyken, yurtdışında daha çok vakayla yapılmış çalışmalar mevcuttur.

Yapılan karşılaştırmalar ve analizler sonucu; kanserin genel olarak bütün hastaların yaşam kalitesinin oldukça olumsuz yönde etkileyen ve psikiyatrik ek hastalık oranını ciddi olarak arttıran bir hastalık olmasına rağmen; özellikle orta yaşlı, kadın, ilerlemiş hastalığı olan, uzun süredir hasta olan, kemoterapi sayısı ve süresi uzun olan, çalışmayan, ekonomik durumu kötü olan hastalarda psikososyal olarak daha yıkıcı olabildiğini söyleyebiliriz. Hastalarda ileri miktarda fiziksel ve mental yaşam kalitesi düşüşleri ön planda iken, psikiyatrik olarak da duygudurum ve anksiyete bozukluklarına rastlanmaktadır. Hasta yakınları için de, genel benzer bir yaşam kalitesi düşüşü ve psikiyatrik ek hastalık sıklığı artışı söz konusu olmasına rağmen, özellikle bakım yükünün merkezi olan kadın, eş, ev hanımı, ekonomik olanakları kısıtlı olan, hastayla yalnız yaşayan, bakım saati fazla olan bireyler diğerlerinden riskli olarak ön plana çıkmaktadır. Hasta yakınlarında kanser hastalarına kıyasla yaşam kalitesi düşüşleri görece daha kısıtlı ve daha ziyade mental açıdan olurken, psikiyatrik hastalık olarak da duygudurum bozuklukları sıklıkla görülebilmektedir.

Bu sonuçlar göz önüne alındığında, başta aile hekimleri olmak üzere tüm sağlık çalışanları, hizmet verdikleri kanser hastalarının ve yakınlarının ne gibi yaşam kalitesi sorunları olduğuna, hangi grupların diğerlerine kıyasla daha riskli olduğuna ve bu durumlarla nasıl baş edilebileceğine dikkat ve özen göstermeli; hasta ve yakınlarının gerektiğinde tanı,

tedavi, destek, izlem ve sevk hususlarında ulaşabilecekleri profesyonel çok yönlü sağlık hizmetini en iyi Şekilde sağlamaya alışmaladırlar.

SONUÇLAR

Ayaktan kemoterapi alan hastalar ve bu hastaların yakınlarında yaşam kalitesinin ve psikososyal durumun nasıl etkilendiğini araştırdığımız, 810 kanser hastası ve 497 hasta yakını ile Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'nde yürüttüğümüz bu çalışmamızdan çıkan, bilime katkı sağlayacak, bize yol gösterecek sonuçlar şöyledir:

1. Çalışmamıza katılan hastaların yaş ortalaması 57,9 olarak bulundu. Cinsiyet dağılımları %52,5 kadın, %47,5 erkekti. Medeni durumları %70,7 evli, %20,1 dul ve %9,2 bekâr şeklindeydi. Erkeklerin en sık uğraştığı iş çiftçilikken, kadınların önemli bir kısmı ev hanımı olduğunu belirtti. Büyük çoğunluğu ilkokul mezunuydu. Hastaların %91,3'ü çocuk sahibiydi. Hastaların %76,9'u ekonomik durumunu orta olarak değerlendirdi. Hastaların tamamının sosyal güvencesi mevcuttu. Hastaların %88'i aktif olarak çalışmıyordu.
2. Kanser ve kemoterapi, bütün hastaların yaşam kalitelerini fiziksel, sosyal, psikolojik, ekonomik yönlerden olumsuz etkilemektedir. Özellikle fiziksel rol ve yaşamsallık başta olmak üzere yaşam kalitesinde ciddi düşüşler söz konusudur. Ağrı ve mental rol konusundaki yaşam kalitesi kayıplarının daha az olduğu bulunmuştur.
3. Kanser hastalarının %64,8'inde psikiyatrik bir hastalığa bulunmazken, geriye kalan hastalarda başta majör depresif bozukluk, minör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu olmak üzere 7 çeşit psikiyatrik komorbidite tanısı konuldu.
4. Özellikle orta yaşlı, kadın, ilerlemiş hastalığı olan, uzun süredir hasta olan, kemoterapi sayısı ve süresi uzun olan, çalışmayan, ekonomik durumu kötü olan hastalarda

- psikososyal yükün daha fazla olduğu, psikiyatrik ek hastalık tanılarının daha sık olduğu, yaşam kalitelerinde daha ciddi düşüşler olduğu bulundu.
5. Hasta yakını katılımcıların 281'i (%56,5) kadın, 216'sı (%43,4) erkektir. Yaşları 18 ile 75 arasında değişen hasta yakınlarının yaş ortalaması 42 olarak bulundu. Hasta yakınlarından 419'u (%84,3) evli, 78'i (%15,6) bekârdı. Hasta yakınlarının 413'ü (%83) çocuk sahibi iken, 84'ü (% 16,9) çocuksuzdu. Hasta yakınlarından 166'sı (%33,4) 0-8 yıl arası öğrenim gördüğünü belirtirken, 248'i (%49,8) 9-12 yıl, 83'ü (%16,7) 13 yıl ve üzeri öğrenim gördüğünü belirtmiştir. Hasta yakınlarından 59'u (%11,8) ekonomik durumunu 'kötü' olarak tariflerken, 392'si (%78,8) 'orta', 46'sı (%9,2) 'iyi' olarak tanımlamıştır. Hasta yakınlarının 160'ı (%32,1) çalışmıyor iken, 337'sinin (%67,8) çalıştığı tespit edilmiştir. Hasta yakınlarından 315'i (%63,3) sigara kullanmadığını belirtirken, 182'si (%36,6) sigara kullandığını belirtmiştir.
 6. Hastalara kıyasla hasta yakınlarının yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Genel sağlık, sosyal işlev ve yaşamsallık alt ölçek puanlarının diğer alt ölçeklere kıyasla daha düşük olduğu bulunmuştur. Öngörülebileceği üzere hasta bakımının fiziki yükü mevcut olmasına rağmen, mental, sosyal ve spritüel yükü daha fazladır.
 7. Hasta yakınlarının %77,8'inde psikiyatrik bir hastalık bulunmamaktadır. Geriye kalan hasta yakınları arasında majör depresif bozukluk, minör depresif bozukluk, BTA anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, hipokondriazis, olası alkol kötüye kullanımı sıklıkla tanısı konulan hastalıklar olarak ön plana çıkmaktadır.
 8. Özellikle bakım yükünün merkezi olan kadın, eş, ev hanımı, ekonomik olanakları kısıtlı olan, hastayla yalnız yaşayan, bakım saati fazla olan hasta yakınları psikiyatrik hastalık ve yaşam kalitesi düşüşleri bakımından diğerlerinden riskli olarak ön plana çıkmaktadır.
 9. Başta aile hekimleri olmak üzere tüm sağlık çalışanları, hizmet verdikleri kanser hastalarının ve yakınlarının yaşam kalitesi sorunları iyi bilmeli, hangi grupların daha riskli olduğuna önem vermeli ve dikkat etmeli; kanser yönetiminde hasta ve yakınlarının tanı, tedavi, destek, izlem ve sevk hususlarında ulaşabilecekleri profesyonel çok yönlü sağlık hizmetini en iyi şekilde sağlamaya çalışmalıdırlar.

ÖZET

Bu çalışmada amacımız kanser hastalığının, hastalar ve hasta yakınlarının yaşam kalitelerine etkisi ve ek olarak neden olduğu psikiyatrik hastalıkları incelemektir. Bu çalışma 15 Mart 2011 ile 30 Nisan 2011 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesine başvuran 1413 kanser hastasının içinden kabul edilme kriterlerine uyan 810 hasta ve beraberlerindeki 497 hasta yakını üzerinde yürütüldü.

Hasta ve hasta yakınlarına sosyodemografik veri anketi, Short Form 36 yaşam kalitesi ölçeği, PRIME MD psikiyatrik klinik görüşme modülü bire bir yüz yüze görüşülerek uygulandı.

Bütün hastaların yaşam kalitelerinin fiziksel, sosyal, psikolojik yönlerden olumsuz etkilendiği, özellikle fiziksel rol ve yaşamsallık başta olmak üzere yaşam kalitesinde ciddi düşüşler olduğu bulundu. Hasta yakınlarının hastalara kıyasla yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu; alt ölçekler incelendiğinde genel sağlık, sosyal işlev ve yaşamsallık alt ölçek puanlarının diğerlerine göre daha düşük olduğu bulundu.

Kanser hastalarının %64,8'inde, hasta yakınlarının %77,8'inde psikiyatrik bir hastalık bulunmamaktadır. Majör depresif bozukluk, minör depresif bozukluk, başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu olmak üzere 7 çeşit psikiyatrik komorbidite tanısı konuldu.

Hastalar için; orta yaşlı, kadın, ilerlemiş hastalığı olan, uzun süredir hasta olan, kemoterapi sayısı ve süresi uzun olan, çalışmayan, ekonomik durumu kötü olanlar; hasta yakınları için kadın, eş, ev hanımı, ekonomik olanakları kısıtlı olan, hastayla yalnız yaşayan, bakım saati fazla olanlar psikiyatrik hastalık ve yaşam kalitesi düşüşleri bakımından diğerlerinden riskli olarak ön plana çıkmaktadır.

Başta aile hekimleri olmak üzere tüm sağlık çalışanları, hizmet verdikleri kanser hastalarının ve yakınlarının yaşam kalitesi sorunlarına ve olası risk gruplarına dikkat etmeli, hasta ve yakınlarının gerektiğinde tanı, tedavi, destek, izlem ve sevk hususlarında ulaşabilecekleri profesyonel çok yönlü sağlık hizmetini en iyi şekilde sağlamaya alışmaladırlar.

Anahtar kelimeler: Sağlıkla ilintili yaşam kalitesi, kanser, bakım veren, hasta yakını, psikiyatrik hastalık

HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE IN CHEMOTHERAPY OUT PATIENTS AND THEIR RELATIVES

SUMMARY

The aim of our study is to evaluate the impact of cancer on quality of life of patients and on their caregivers and in addition its effect on causing psychiatric disorders. For this study 1417 patients with cancer who applied to the Trakya University Medical Faculty Hospital Outpatient Chemotherapy Unit between 15 th March 2011 and 30 th April 2011 is evaluated and 810 patients and 497 caregivers who met the inclusion criteria is included in the study.

Questionnaire including sociodemographic data, the Short Form 36 quality of life scale and psychiatric clinical module of the PRIME MD were performed to patients and their caregivers with a face-to-face interview.

It is found out that in all patients' physical, social, psychological aspects of quality of life are affected adversely, there was tremendous decrease in the quality of life especially in physical role functioning and vitality. When compared with the patients, scores of quality of life was higher in the care givers and scores of subscales in general health, social functioning and vitality were measured lower compared to others.

In 64.8% of patients with cancer and 77.8% of the caregivers had no psychiatric disorder. Seven different psychiatric co-morbidity has been diagnosed including major depression, minor depression disorders and other anxiety disorders.

As a patient being a woman, middle aged, advanced malignancy, longer duration of the disease, increase in number and duration of chemotherapy, joblessness and being economically poor, and as a caregiver being a woman, spouse, house wife, economically poor, living alone with the patient and increase in caregiving time, brings them face to face with lower quality of life and psychiatric disorders.

All health professionals especially, family physicians, should pay attention to the cancer patients and their families about the problems of quality of life and the possible risk groups and should provide versatile professional health care for diagnosis, treatment, support, consultation and follow-up whenever necessary.

Key Words: Health related quality of life, cancer, caregiver, relative, psychiatric disorders

KAYNAKLAR

1. Eser Y. Kanser kayıtçılığı ve kanser kayıt merkezleri. İzmir: Sağlık Bakanlığı Kanser Kayıt Merkezi, 2000:47-76.
2. Alıcı S, Mustafa İzmirli M, Doğan E. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'na başvuran kanser hastalarının epidemiyolojik değerlendirilmesi. Türk Onkoloji Derg 2006;21(2):87-97.
3. Güleç G, Büyükkınacı A. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011;3(2):343-67.
4. Karan A. Terminal hasta ve sorunları. 7.Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı s.60, Antalya, 2005.
5. Bayram İ, Reçber D, İbiloğlu İ, Uğraş S. Bir patoloji anabilimdalında kanser sıklığı ve dağılımı. Ege Tıp Derg 2005;44(1):21-7.
6. Haydaroğlu A, Bölükbaşı Y, Özşaran Z. Ege Üniversitesi'nde kanser kayıt analizleri. Türk Onkoloji Derg 2007;22(1):22-8.
7. Andreoli T (Çeviri: S Mısırlıoğlu). Cecil essentials of medicine. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi;2002:486-7.
8. Kılıç S, Kömrcü Ş, Rzayev M, Özet A, Kır T, Arpacı F ve ark. Gata Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'nda izlenen hastaların bazı sosyodemografik özellikleri ve tanıları. Gülhane Tıp Derg 2004;46(2):115-24.
9. Tatar M, Şahin I. Türkiye'de kanser harcamaları. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2007:131-54.

10. Öztürk A, Yirmibeşoğlu E, Erkal H, Egehan İ. Kanser hastalarında tanı ve tedavi sürecini etkileyen değişkenler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg 2005;12(2) :83-7.
11. Irmak M, Bilgin M, Sızlan A. Hasta gözüyle kanser. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2008;7(2):167-72.
12. Ölgen S, Bıçak I, Nebioğlu D. Angiogenesis ve kanser tedavisinde yeni yaklaşımlar. Ankara Ecz Fak Derg 2002;31(3):193-214.
13. Akyol H, Kemoterapinin temel ilkeleri. 13. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi Özet Kitabı s.159-63, Nevşehir, 2004.
14. Karakurt Ö, Melli M. Antineoplastik Kemoterapinin bireyselleştirilmesi ve farmakogenetik. Uluslararası Hemotoloji Onkoloji Derg 2005;15(3):156-64.
15. Dilek İ. Kemoterapide toksisite değerlendirmesi. 36. Ulusal Hematoloji Kongresi Özet Kitabı s.63-70, Antalya, 2010.
16. Demirci U, Benekli M, Büyükberber S, Coskun U. Late side effects of cancer therapy. Ulusal Hemotoloji Onkoloji Derg 2010;20(4):250-61.
17. Cecen E, Bolaman Z. İkincil kanserler. Ulusal Hemotoloji Onkoloji Derg 2010;20(3):190-200.
18. Alıcı Ö, Akbaş E, Alıcı S. Kanser hastalarında fırsatçı enfeksiyonlar. Türk Onkoloji Derg 2008;23(3):153-62.
19. Turan T, Küçükkelçi İ, Özgül N, Bozok S, Boran N, Tulunay G ve ark. Jinekolojik onkolojide first line kemoterapide kullanılan kombinasyonların hematolojik toksisite profillerinin karşılaştırılması. Türk Jinekolojik Onkoloji Derg 2006;9(4);91-6.
20. Yalçın S. Kanserli hastalarda gastrointestinal sorunlara yaklaşım. Klinik Gelişim 2004;17:20-3.
21. Özkan S. Psiko-onkoloji. İstanbul: Novartis İlaç, 2007:50-62.
22. Atasoy B, Ünsal D, Dinçbaş F, Yamaç D, Okkan S, İçli F. Yan etki değerlendirmesi ve kaydı üzerine anket sonuçları. Türk Onkoloji Derg 2007;22(1):13-9.
23. Bostankolu Ö, Öztürk B, Coşkun U, Büyükbereber S, Benekli M. Yaşlı hastalarda kanser kemoterapisi. Uluslararası Hematoloji Onkoloji Derg 2008;18(3):186-92.

24. Yıldırım S, Gürkan A. Müziğin kemoterapi yan etkilerine ve kaygı düzeyine etkisi. Anadolu Psikiyatri Derg 2007;8:37-45.
25. Gündoğdu F. Etkin kemoterapi uygulamaları. 13. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi Özet Kitabı s.164-5, Nevşehir, 2004.
26. Tan M, Şahin Z. Kemoterapi alan hastaların hemşirelik bakımından memnun olma durumlarının incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;12(3):38-45.
27. Özçelik H, Fadiloğlu Ç. Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım nedenleri. Türk Onkoloji Derg 2009;24(1):48-52.
28. Uğurluer G, Karahan A, Edirne T, Şahin H. Ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi alan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarına başvurma sıklığı ve nedenleri. Van Tıp Derg 2007;14(3):68-73.
29. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, Uyar M. Palyatif kanser bakımında tamamlayıcı tedaviler. Ağrı 2006;18(1):26-32.
30. Çokmert S, Yavuzşen T, Ünek İ. Ayaktan tedavi gören kanser hastalarının kemoterapi sırasında uğraşı seçimleri. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2011;2(1):31-6.
31. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. Romatizma 2005;20(1):55-63.
32. Demirağ S. Kronik hastalıklar ve yaşam kalitesi. Sağlıklı Yaşam Tarzı Derg 2009;2:58-65.
33. Bilen C. Böbrek/testis kanserli hastalarda yaşam kalitesi. Üroonkoloji Bülteni 2005;3:19-23.
34. Gültekin Z, Pınar G, Pınar T, Kızıltan G, Doğan N, Algier L ve ark. Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri. Uluslararası Hematoloji Onkoloji Derg 2008;18(2):99-106.
35. Göktalay T, Akın M, Aydemir Ö. Akciğer kanserli hastalarda yaşam kalitesi değerlendirilmesi. Solunum Hastalıkları 2002;13:265-70.

36. Eyigör S, Karapolat H, Korkmaz O, Eyigör C, Uslu R, Durmaz B ve ark. Frequency of fibromyalgia syndrome and effects of the pain distribution on the quality of life in hospitalized cancer patients. *Rheumatism* 2007;22:126-31.
37. Tiryaki A, Özkorumak E, Aslan F, Yavuz A. Remisyonda testis kanseri hastalarında cinsel doyum ve yaşam kalitesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2009;10:233-8.
38. Fleer J, Hoekstra H, Sleijfer D, Tuinman M, Klip E. Quality of life of testicular cancer survivors and the relationship with sociodemographics, cancer related variables, and life events. *Support Care Cancer* 2006;14:251-9
39. Pınar G, Algier L, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *Ulusal Hematoloji Onkoloji Derg* 2008;18(3):141-9.
40. Arslan S, Fadiloğlu Ç. Kanserde uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg* 2009;2:16-27.
41. Kırkalı Z, Turgut Z, Mungan M, Sade M. Radikal sistektomi yapılan hastalarda yaşam kalitesi. *Türk Üroloji Derg* 2000;26(3):292-7.
42. Ünsal D, Tunç E, Pak Y. Rektal kanser tanılı olgularda adjuvant tedavinin uzun dönem yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Derg* 2006;16(3):108-20.
43. Elbi H. Kanser ve depresyon. *Psikiyatri Dünyası* 2001;5:5-10.
44. Onat H. Kanser hastasına yaklaşım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2002:349.
45. Elbi H. Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri* 2008;11:3-18.
46. Ulutin H. Kanserli hastalarda psikolojik sorunlar. *FTR Bil Der* 2006;9(1):39-41.
47. Kaplan H, Sadock B (Çeviri: E. Abay). *Klinik psikiyatri el kitabı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1999:1-48.
48. Arıoğlu S. *Geriatri ve gerontoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2006:27-30.
49. South J, Lewis E (Çeviri: A. Kut). *Current aile hekimliği tanı ve tedavi*. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri, 2007:714.
50. Beser N, Öz F. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Derg* 2003;7:47-58.

51. Ateşci F, Oğuzhanoğlu N, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. Türk Psikiyatri Derg 2003; 14(2):145-52.
52. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatri Derg 2008;9:59-66.
53. Özbek Ö, Özşenol F, Oysul K, Beyzadeoğlu M, Pak Y. Radyoterapi uygulanan kanser hastalarının psikososyal yönden değerlendirilmesi. T Klin J Med Sci 2003;23:189-94.
54. American Psychiatric Association (Çeviri: E. Köroğlu). Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı DSM-IV-TR. İstanbul: Hekimler Yayın Birliği, 2000:154-270.
55. Bilgel N. Aile hekimliği. İstanbul: Medikal Tıp Kitapevi, 2006:506-7.
56. Ünsar S, Fındık Ü, Kurt S, Özcan H. Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Derg 2007;2(5):90-106.
57. Dedeli Ö, Fadıloğlu Ç, Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Türk Onkoloji Derg 2008;23(3):132-39.
58. Topuz E. Klinik onkoloji. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları, 2000:346-7.
59. Ünlü H, Karadağ A, Taşkın L, Terzioğlu F. Onkoloji alanında çalışan hemşirelerin yerine getirdikleri rol ve işlevler. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg 2010;1:13-28.
60. Elbi H. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi ve psikosomatik tıp. İstanbul: Psike Yayınları, 2008:15-85.
61. Kızılcı S. Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg 1999;3(2):18-26.
62. Malak A, Dicle A. Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü. Türk Nöroşirürji Derg 2008;18(2):118-21.
63. Aydemir Ö, Çelik P, Müezzinoğlu T. Kanser hastalarıyla çalışan hekimlerin yaşam kalitesine yönelik inanç ve tutumları. Türk Üroloji Derg 2009;35(2):124-30.
64. Bahar A. Ölüm sürecinde olan hasta. Fırat Sağlık Hizmetleri Derg 2007;2(6):147-58.

65. Özkan S. Psikiyatrik tıp: konsültasyon-liyezon psikiyatrisi. İstanbul: Roche İlaç, 1993:40-84.
66. Güner İ. Meme kanseri ve eşlerin desteği. Gaziantep Tıp Derg 2008;1:46-9.
67. Özkan S. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi psikosomatik tıp. İstanbul: Abdi İbrahim İlaç, 2004:70-96.
68. Hocoğlu Ç, Kandemir G, Civil F. Meme kanserinin aile ilişkilerine etkileri. Meme Sağlığı Derg 2007;3(3):163-5.
69. Babaoğlu E, Öz F. Teminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg 2003;2:24-33.
70. Bilge A, Ünal G. Kanserli hastanın yakınlarının öfke ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Derg 2005;21(2):37-46.
71. Stephanie A, Knox A, Madeleine T. Validation and calibration of the SF-36 health transition question against an external criterion of clinical change in health status. Qual Life Res 2009;18:637-45.
72. Hoopman R, Caroline B, Martin J, Neil K. Translation and validation of the SF-36 health survey for use among Turkish and Moroccan ethnic minority cancer patients in The Netherlands. Eur J Cancer 2006;42:2982-9.
73. Ware J, Sherbourne C. The MOS 36 item short form health survey. Med Care, 1992; 30(6):473-83.
74. Henrica C, Herman J, Caroline B, Pouwer F. Are factor analytical techniques used appropriately in the validation of health status questionnaires? A systematic review on the quality of factor analysis of the SF-36. Qual Life Res 2005;14:1203-18
75. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N. Kısa Form-36'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliği. İlaç ve Tedavi Derg 1999;12:102-6.
76. Pınar R. Reliability and construct validity of the SF-36 in Turkish cancer patients. Qual Life Res 2005;14:259-64.
77. Altay B, Gönener K, İslam K, Göv P. Fizik tedavi alan hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Gaziantep Tıp Derg 2010;16(2):29-35.

78. Üstündağ H, Gül A, Zengin N, Aydın M. Böbrek nakli yapılan hastalarda yaşam kalitesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Derg* 2007;2(6):117-26.
79. Spitzer R, Kroenke K, Williams J. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD. *JAMA* 1999;18(282):1737-44.
80. Bilge U. Bazı Kronik Hastalıklarda Ruhsal Bozuklukların Sıklığı ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi (tez). Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008.
81. Anseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, Smedt J, Haute M et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2004;78:49–55.
82. Linzer M, Spitzer R, Kroenke K, Williams J, Hahn S, Brody D et al. Quality of life and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. *Am J Med* 1996;101(5):526-33.
83. Bakker I, Terluin B, Marwijk H, Mechelen W, Stalman W. Test–retest reliability of the PRIME-MD: limitations in diagnosing mental disorders in primary care. *Eur J Public Health* 2009;3(19):303–7.
84. Fagerström K, Scheiner N. Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerstrom tolerance questionnaire. *J Behav Med* 1989;12(2):159-82.
85. Scherbring M. Effect of caregiver perception of preparedness on burden in an oncology population. *Oncol Nurs Forum* 2002;29(6): 70-6.
86. Kitrungrate L. Quality of life of family caregivers of patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 2006;33(3):625-32.
87. Miyashita M, Misawa T, Abe M, Nakayama Y, Abe K, Kawa M. Quality of life, day hospice needs and satisfaction of community-dwelling patients with advanced cancer and their caregivers in Japan. *J Palliat Med* 2008;11(9):1203-7
88. Koroukian S, Bakaki P, Diaz-Insua M, Towe T, Owusu C. Comorbidities, functional limitations and geriatric syndromes in relation to treatment and survival patterns among elders with colorectal cancer. *J Gerontol* 2010;65(3):322–9.
89. Yeşilbalkan Ö. Patients self reports and caregivers perception of symptoms in Turkish cancer patients. *Eur J Oncol Nurs* 2010;14:119–24.
90. Sherman D. A Comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. *J Assoc Nurses Aids Care* 2010;21(2):99-112.

91. Tuna S. Kanserli geriatric hastalarda komorbidite ve klinik değerlendirme. *Türk Onkoloji Derg* 2007;22(4):192-6.
92. Özgün M, Karagöz B, Bilgi O, Kandemir E, Türken O. Küçük hücreli dışı akciğer kanserinde komorbiditenin prognostik önemi ve diğer prognostik faktörlerle ilişkisi. *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Derg* 2009;19(2):63-8.
93. Saip P, Keskin S, Özkan M. Türkiye’de meme kanserli hastaların tanı ve tedavi yöntemlerine ulaşım hızı. *Meme Sağlığı Derg* 2011;7(2):109-17.
94. Rao D, Debb S, Blitz D. Racial/ethnic differences in the health-related quality of life of cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2008;36(5):488-96.
95. Soldato M, Liperoti R, Landi F. Patient depression and caregiver attitudes. *J Affect Disord* 2008;106:107–15.
96. Eser S, Karakılınç H, Ozdemir R. Yaşa özel kanser insidans hızları ileri yaşlarda neden düşüyor? Kohort etkisi mi, sağkalım yanlılığı mı, yoksa yaşlıların uygun sağlık hizmetine ulaşmasındaki sorunun göstergesi mi? *Türkiye Halk Sağlığı Derg* 2010;8(3):153-64.
97. Türkyılmaz A, Eroğlu A, Aydın Y, Yılmaz Ö, Karaoğlanoğlu N. Survival in esophageal cancer patients with hematogenous distant organ metastases. *Turk J Med Sci* 2009;39(3):415-21.
98. Bekçi T, Erdal N. İleri evre küçük hücreli dışı akciğer kanserinde sağkalımı etkileyen faktörlerin analizi. *Tıp Araştırmaları Derg* 2006;4(3):19-23.
99. İzmirli M, Altın S, Dernek B. SSK Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Merkezi’nin 1999-2004 yılları kanser istatistikleri. *Türk Onkoloji Derg* 2007;22(4):172-82.
100. Gilla P, Kaurb J, Rummanse T, Novotny P. The hospice patient’s primary caregiver What is their quality of life? *J Psychosom Res* 2003;55: 445–51.
101. Yeh P, Wierenga M, Yuan S. Influences of psychological well-being, quality of caregiver-patient relationship, and family support on the health of family caregivers for cancer patients in Taiwan. *Asian Nurs Res* 2009;3(4):154-66.
102. Tezcan S, Yardım N. Türkiye’de çeşitli sağlık kurumlarında doktor, hemşire ve tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme boyutu. *Tüberküloz ve Toraks Derg* 2003; 51(4):390-7.

103. Kim Y, Spillers R. Quality of life of family caregivers at 2 years after a relative's cancer diagnosis. *Psychooncology* 2009;10:440-7.
104. Jansma F, Schure L, Jong B. Support requirements for caregivers of patients with palliative cancer. *Patient Educ Couns* 2005;58:182-6.
105. Papastavrou E, Charalambous A, Tsangari H. Exploring the other side of cancer care: The informal caregiver. *Eur J Oncol Nurs* 2009;13: 128-36.
106. Hebert R, Arnold R, Schulz R. Improving well-being in caregivers of terminally ill patients. *J Pain Symptom Manage* 2007;34(5):539-46.
107. Tang S, Liu T, Lai M. Concordance of preferences for end-of-life care between terminally ill cancer patients and their family caregivers in Taiwan. *J Pain Symptom Manage* 2005;30(6):510-7.
108. Fleming D, Sheppard V, Mangan P. Caregiving at the end of life: Perceptions of health care quality and quality of life among patients and caregivers. *J Pain Symptom Manage* 2006;31(5):407-20.
109. Sherman D. Quality of life of patients with advanced cancer and AIDS and their family caregivers. *J Palliat Med* 2006;9(4):948-63.
110. Yun Y, Rhee Y, Kang I, Lee J. Economic burdens and quality of life of family caregivers of cancer patients. *Oncology* 2005;68:107-14.
111. Tang S, Li C. The important role of sense of coherence in relation to depressive symptoms for Taiwanese family caregivers of cancer patients at the end of life. *J Psychosom Res* 2008;64:195-203.
112. Weitzner M, McMillan S, Jacobsen P. Family caregiver quality of life: Differences between curative and palliative cancer treatment settings. *J Pain Symptom Manage* 1999;17(6):418-28.
113. Kim Y, Baker F, Spillers R. Cancer caregivers quality of life: Effects of gender, relationship and appraisal. *J Pain Symptom Manage* 2007;34(3):294-304.
114. Nakanishi T, Nukariya K, Kasahara H, Ushijima S. Psychological distress of family members with cancer patients in Japan. *Int J Psych Clin Pract* 2002;6:205-10.
115. Gough K, Hudson P. Psychometric properties of the hospital anxiety and depression scale in family caregivers of palliative care patients. *J Pain Symptom Manage* 2009;37(5):797-806.

116. Ratnakar S, Banupriya C, Doureradjou P, Vivekanandam S, Srivastava M, Koner B. Evaluation of anxiety, depression and urinary protein excretion among the family caregivers of advanced cancer patients. *Biol Psychol* 2008;79:234-8.
117. Julkunena J, Gustavsson-Liliusa M, Hietanenc P. Anger expression, partner support, and quality of life in cancer patients. *J Psychosom Res* 2009;66:235-44.
118. Pasettoa L, Falcia C, Compostellaa A, Sinigagliab G. Quality of life in elderly cancer patients. *Eur J Cancer* 2007;43:1508-13.
119. Repetto L, Comandini D, Mammoliti S. Life expectancy, comorbidity and quality of life: the treatment equation in the older cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol* 2002;37:147-52.
120. Tunin R, Uziely B, Woloski-Wruble A. First degree relatives of women with breast cancer: who's providing information and support and who'd they prefer. *Psychooncology* 2009;10:1-8.
121. Hacialioglu N, Özer N, Karabulutlu E, Erdem N, Erci B. The quality of life of family caregivers of cancer patients in the East of Turkey. *Eur J Oncol Nurs* 2010;30:1-7.
122. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Kalaidopoulou O, Vlahos L. The families evaluation on management, care and disclosure for terminal stage cancer patients. *BMC Palliat Care* 2002;1:1-8.
123. V Strong V, Waters R, Hibberd C, Rush R, Cargill A, Storey D et al. Emotional distress in cancer patients: the Edinburgh Cancer Centre symptom study. *Br J Cancer* 2007;96:868-74.
124. Doğan O. *Psikiyatrik epidemiyoloji*. Sivas: Janssen İlaç, 2011:98-172.
125. Özkan S. *Psiko-onkoloji*. İstanbul: Novartis İlaç, 2007:71-193.
126. Kurtz M, PhD, Given C. A Randomized, controlled trial of a patient/caregiver symptom control intervention: Effects on depressive symptomatology of caregivers of cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2005;30(2):112-22.
127. Kuşçu M, Dural U, Yayla M, Başaran G, Turhal S, Bekiroğlu N. The association between individual attachment patterns, the perceived social support, and the psychological wellbeing of Turkish informal caregivers. *Psychooncology* 2009;18:927-35.
128. Rivera H. Depression symptoms in cancer caregivers. *Clin J Oncol Nurs* 2008;13(2):195-202.

EKLER

EK-1:

T.C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AYAKTAN KEMOTERAPİ ALAN HASTALAR
VE YAKINLARINDA SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM
KALİTESİ**

Arş. Gör. Dr. M. Çağatay Deniz

Danışman:

Yrd. Doç. Dr. Serdar Öztora

Tıpta Uzmanlık Tezi Anket Çalışması

Sayın katılımcı;

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak “Ayaktan kemoterapi ünitesi hastaları ve yakınlarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesi”ni saptamak amacıyla hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

Hastalar için Sosyodemografik form

1. Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek
2. Yaşınız:
3. Medeni durumunuz: 1) Evli 2) Bekar
4. Çocuğunuz var mı? 0) Yok 1) Var
5. Öğrenim durumunuz (öğrenim gördüğünüz toplam yıl aralığını işaretleyiniz):
1) 0 2) 0-8 3) 9-12 4) 13-16 5) 17 ve üstü
6. Mesleğiniz:
7. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız? 0) Kötü 1) Orta 2) İyi 3) Çok iyi
8. Sosyal güvenceniz var mı? 0) Yok 1) Var
9. Çalışma durumunuz? 0) Çalışmıyorum 1) Çalışıyorum
10. Tütün (sigara, pipo, puro vs) içiyor musunuz? 0) İçmiyorum 1) İçiyorum
11. Tütüne (sigara, pipo, puro vs) başlama yaşıınız:
12. Ne sıklıkla tütün içersiniz?
 - 1) Birkaç ayda bir
 - 2) Ayda birkaç kez
 - 3) Haftada birkaç kez
 - 4) Günde 10 taneden az
 - 5) Günde 11-20 adet
 - 6) Günde 21-30 adet
 - 7) Günde 31 taneden fazla
13. İlk sigaranızı sabah kalktıktan ne kadar sonra içersiniz?
 - 0) 1 saatten fazla
 - 1) 31-60 dk
 - 2) 6-30 dk
 - 3) İlk 5 dk içinde
14. Sigara içme yasağı olan yerlerde zorlanıyor musunuz?
 - 0) Hayır
 - 1) Evet
15. En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisi?
 - 0) Sabah ilk sigara
 - 1) Diğerleri
16. Günün ilk saatlerinde daha sonraki saatlere göre daha sık mı sigara içiyorsunuz?
 - 0) Hayır
 - 1) Evet
17. Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize yol açan bir hastalığınız olsa da sigara içer misiniz?
 - 0) Hayır
 - 1) Evet
18. Kiminle birlikte yasıyorsunuz?
 - 1) Yalnız
 - 2) Ailemle
 - 3) Çocuklarımin yanında
 - 4) Bakımevinde
 - 5) Hastanede
 - 6) Bakıcıyla
 - 7) Diğer

19. Eşlik eden kronik hastalığınız var mı?

0) Yok

1) Kalp hastalığı

3) Diyabet

5) Solunum sistemi hastalığı

7) Eklem hastalığı

2) Hipertansiyon

4) Hiperlipidemi

6) GIS hastalığı

8) Diğer:

20. Bu hastalığınız için ilaç kullanıyor musunuz? 0) Hayır 1) Evet

21. Kullandığınız ilaç ve dozları:.....

22. Primer malignite türü?

1) Akciğer ca

3) GIS ca

5) Ürogenital ca

7) Yumuşak doku ca

9) Diğer:

2) Beyin ca

4) Meme ca

6) Cilt ca

8) Hematolojik ca

23. Tanı süresi: ay

24. Kemoterapi süresi:..... ay

25. Kaçıncı kür:

26. Metastaz: 0) Yok 1) Var

Bakım verenler için Sosyodemografik form

27. Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek

28. Yaşınız:

29. Medeni durumunuz: 1) Evli 2) Bekâr

30. Çocuğunuz var mı? 0) Yok 1) Var

31. Öğrenim durumunuz (öğrenim gördüğünüz toplam yıl aralığını işaretleyiniz):

1) 0

2) 0-8

3) 9-12

4) 13-16

5) 17 ve üstü

32. Mesleğiniz:

33. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız? 0) Kötü 1) Orta 2) İyi 3) Çok iyi

34. Sosyal güvenceniz var mı? 0) Yok 1) Var

35. Çalışma durumunuz? 0) Çalışmıyorum 1) Çalışıyorum

36. Tütün (sigara, pipo, puro vs) içiyor musunuz? 0) İçmiyorum 1) İçiyorum

37. Tütüne (sigara, pipo, puro vs) başlama yaşıınız:

38. Ne sıklıkla tütün içersiniz?

- 1) Birkaç ayda bir
- 2) Ayda birkaç kez
- 3) Haftada birkaç kez
- 4) Günde 10 taneden az
- 5) Günde 11-20 adet
- 6) Günde 21-30 adet
- 7) Günde 31 taneden fazla

39. İlk sigaranızı sabah kalktıktan ne kadar sonra içersiniz?

- 0) 1 saatten fazla
- 1) 31-60 dk
- 2) 6-30 dk
- 3) İlk 5 dk içinde

40. Sigara içme yasağı olan yerlerde zorlanıyor musunuz?

- 0) Hayır
- 1) Evet

41. En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisi?

- 0) Sabah ilk sigara
- 1) Diğerleri

42. Günün ilk saatlerinde daha sonraki saatlere göre daha sık mı sigara içiyorsunuz?

- 0) Hayır
- 1) Evet

43. Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize yol açan bir hastalığınız olsa da sigara içer misiniz?

- 0) Hayır
- 1) Evet

44. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

- 0) Yok
- 1) Kalp hastalığı
- 2) Hipertansiyon
- 3) Diyabet
- 4) Hiperlipidemi
- 5) Solunum sistemi hastalığı
- 6) GIS hastalığı
- 7) Eklem hastalığı
- 8) Diğer:

45. Bu hastalığınız için ilaç kullanıyor musunuz? 0) Hayır 1) Evet

46. Kullandığınız ilaç ve dozları:.....

47. Hastaya yakınlık dereceniz nedir?

- 0) Bakıcı
- 1) Anne
- 2) Baba
- 3) Kardeş
- 4) Eş
- 5) Diğer

48. Hastayla birlikte mi yaşıyorsunuz?

- 0) Hayır
- 1) Evet

49. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

- 1) Yalnız
- 2) Ailemle
- 3) Çocuklarımla yanında
- 4) Bakımevinde
- 5) Hastanede
- 6) Hastayla yalnız
- 7) Diğer

50. Ailede sizden başka bakım veren var mı? 0) Yok 1) Var

51. Hastanın bakım yükü günlük ne kadar vaktinizi alıyor?

- 0) Vaktimi almıyor
- 1) 0-3 saat
- 2) 3-6 saat
- 3) 7-12 saat
- 4) 13 saat ve üzeri

Aşağıda, son 4 hafta içinde sağlığınız hakkında görüşlerinizi belirlemek için sorular bulunmaktadır. Lütfen her bir soruyu dikkatle okuyarak altında bulunan cevap seçeneklerinden sizin için en uygun cevabı işaretleyiniz.

52. Genel olarak sağlığınız:

1. Mükemmel 2. Çok iyi 3. iyi 4. Orta 5. Kötü

53. Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda, şimdiki sağlığınızı genel olarak nasıl buluyorsunuz?

1. Bir yıl öncesinden çok daha iyi
2. Bir yıl öncesinden biraz daha iyi
3. Hemen hemen aynı
4. Bir yıl öncesinden biraz daha kötü
5. Bir yıl öncesinden çok daha kötü

54. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa, ne kadar engelliyor? (Her satırda uygun rakamı işaretleyiniz)

a. Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde

1. Evet, çok engelliyor
2. Hayır, biraz engelliyor
3. Hayır, pek engellemiyor

b. Masayı, elektrik süpürgesini itmek gibi orta / hafif aktivitelerde

1. Evet, çok engelliyor
2. Hayır, biraz engelliyor
3. Hayır, pek engellemiyor

c. Paket veya çanta taşırken

1. Evet, çok engelliyor
2. Hayır, biraz engelliyor
3. Hayır, pek engellemiyor

d. Birkaç kat merdiven çıkarken

1. Evet, çok engelliyor
2. Hayır, biraz engelliyor
3. Hayır, pek engellemiyor

e. Bir kat merdiven çıkarken

1. Evet, çok engelliyor
2. Hayır, biraz engelliyor
3. Hayır, pek engellemiyor

- f. Eğilirken, çömelirken
1. Evet, çok engelliyor
 2. Hayır, biraz engelliyor
 3. Hayır, pek engellemiyor
- g. Bir kilometreden fazla yürürken
1. Evet, çok engelliyor
 2. Hayır, biraz engelliyor
 3. Hayır, pek engellemiyor
- h. Birkaç yüz metre yürürken
1. Evet, çok engelliyor
 2. Hayır, biraz engelliyor
 3. Hayır, pek engellemiyor
- i. Yüz metrelik bir mesafeyi yürürken
1. Evet, çok engelliyor
 2. Hayır, biraz engelliyor
 3. Hayır, pek engellemiyor
- j. Giyinirken veya yıkanırken
1. Evet, çok engelliyor
 2. Hayır, biraz engelliyor
 3. Hayır, pek engellemiyor

55. Geçen 4 hafta boyunca, isinizde veya diğer rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak, aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikâyetçi oldunuz mu? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz)

- a. İş ve diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?
1. Evet
 2. Hayır
- b. İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?
1. Evet
 2. Hayır
- c. İş ve aktivitelerinizi zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırladınız mı?
1. Evet
 2. Hayır
- d. İş ve aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi?
1. Evet
 2. Hayır

56. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak (örneğin sinirli veya stresli), aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz)

- a. İş veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?
1. Evet
 2. Hayır

b. İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?

1. Evet 2. Hayır

c. İşlerinizi ve diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az dikkatli mi yaptınız?

1. Evet 2. Hayır

57. Geçen 4 hafta boyunca, fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komsularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz.)

1. Pek etkilemedi
2. Çok az
3. Orta
4. Oldukça
5. Aşırı

58. Geçen 4 hafta boyunca, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz.)

1. Hiç
2. Çok hafif
3. Hafif
4. Orta
5. Fazla
6. Çok fazla

59. Geçen 4 hafta boyunca ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi? (Evdeki ve dışarıdaki işleriniz dâhil olmak üzere) (Sadece bir rakamı işaretleyiniz.)

1. Hiç
2. Az
3. Orta
4. Oldukça fazla
5. Aşırı

60. Bu sorular geçen ay boyunca, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır.

Her soru için, size en uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alarak cevaplandırınız.

Geçen ay boyunca ne kadar süre;

a. Tam enerjik (zinde) hissettiniz

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Biraz fazla
4. Bazen
5. Çok az
6. Hiç

b. Çok sinirli biriydiniz

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Biraz fazla
4. Bazen
5. Çok az
6. Hiç

c. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkındı

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Biraz fazla
4. Bazen
5. Çok az
6. Hiç

d. Sakin ve huzurluydunuz

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Biraz fazla
4. Bazen
5. Çok az
6. Hiç

e. Fazla enerjiniz vardı

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Biraz fazla
4. Bazen
5. Çok az
6. Hiç

f. Moralsız ve kederli hissettiniz

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Biraz fazla
4. Bazen
5. Çok az
6. Hiç

g. Çok yorgun (bitkin) hissettiniz

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Biraz fazla
4. Bazen
5. Çok az
6. Hiç

h. Hiç mutlu oldunuz mu?

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Biraz fazla
4. Bazen
5. Çok az
6. Hiç

i. Yorgun hissettiniz

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Biraz fazla
4. Bazen
5. Çok az
6. Hiç

j. Sağlığınız akraba veya arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?

1. Her zaman
2. Çoğu zaman
3. Bazen
4. Nadiren
5. Hiçbir zaman

61. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

a. Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim

1. Kesinlikle doğru
2. Çoğunlukla doğru
3. Emin değilim
4. Çoğunlukla yanlış
5. Kesinlikle yanlış

b. Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım

1. Kesinlikle doğru
2. Çoğunlukla doğru
3. Emin değilim
4. Çoğunlukla yanlış
5. Kesinlikle yanlış

c. Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum

1. Kesinlikle doğru
2. Çoğunlukla doğru
3. Emin değilim
4. Çoğunlukla yanlış
5. Kesinlikle yanlış

d. Sağlığım mükemmel

1. Kesinlikle doğru
2. Çoğunlukla doğru
3. Emin değilim
4. Çoğunlukla yanlış
5. Kesinlikle yanlış

Son bir ay içinde, sıklıkla rahatsız olduklarınızı işaretleyiniz.

- | | | |
|---|----------|---------|
| 62. Karın ağrısı | 0) HAYIR | 1) EVET |
| 63. Sırt ağrısı | 0) HAYIR | 1) EVET |
| 64. Kollarınızda, bacaklarınızda ya da eklemlerinizde ağrı | 0) HAYIR | 1) EVET |
| 65. Adet ağrısı | 0) HAYIR | 1) EVET |
| 66. Cinsel ilişki sırasında ağrı ya da sorunlar | 0) HAYIR | 1) EVET |
| 67. Baş ağrıları | 0) HAYIR | 1) EVET |
| 68. Göğüs ağrısı | 0) HAYIR | 1) EVET |
| 69. Baş dönmesi | 0) HAYIR | 1) EVET |
| 70. Bayılma nöbetleri | 0) HAYIR | 1) EVET |
| 71. Kalp çarpıntısı ya da kalp atışlarında artma | 0) HAYIR | 1) EVET |
| 72. Nefes darlığı | 0) HAYIR | 1) EVET |
| 73. Kabızlık ya da ishal | 0) HAYIR | 1) EVET |
| 74. Bulantı, gaz ya da hazımsızlık | 0) HAYIR | 1) EVET |
| 75. Kendini yorgun hissetme ya da bitkinlik | 0) HAYIR | 1) EVET |
| 76. Uyuma güçlüğü | 0) HAYIR | 1) EVET |
| 77. Tanısı konmamış ciddi bir hastalığınızın olduğu düşüncesi | 0) HAYIR | 1) EVET |

62'den 77'ye kadar olan cevaplardan en az 3 tanesi 'EVET' ise Somatoform modüle git.

- | | | |
|---|----------|---------|
| 78. Yaptığınız şeylere karşı çok az ilgi duyma
ya da bunlardan artık zevk almama | 0) HAYIR | 1) EVET |
| 79. Kendini çökkün, kederli ya da umutsuz hissetme | 0) HAYIR | 1) EVET |

78 ya da 79. soruların cevabı 'EVET' ise Duygudurum modülüne git.

- | | | |
|---|----------|---------|
| 80. Değişik şeyler için büyük ölçüde üzülme, kaygılanma | 0) HAYIR | 1) EVET |
| 81. Bir sıkıntı nöbetiniz oldu mu? | 0) HAYIR | 1) EVET |

80 ya da 81. soruların cevabı 'EVET' ise Anksiyete modülüne git.

- | | | |
|--|----------|---------|
| 82. Alkol alıyor musunuz? | 0) HAYIR | 1) EVET |
| 83. Alkolü bırakmayı düşündünüz mü? | 0) HAYIR | 1) EVET |
| 84. Herhangi biri içki içiyor olmanızdan dolayı yakındı mı? | 0) HAYIR | 1) EVET |
| 85. İçmenizden dolayı suçluluk ya da üzüntü duyduunuz mu? | 0) HAYIR | 1) EVET |
| 86. Beş ya da daha fazla kadeh (şarap, rakı, bira) içtiğiniz bir gün
hiç oldu mu? | 0) HAYIR | 1) EVET |

82'den 86'ya en az bir tanesi 'EVET' ise Alkol modülüne git.

Duygudurum Modülü

Son iki hafta boyunca hemen her gün biraz sonra sayacaklarım içinden bir sorunuz oldu mu?

1. Uykuya dalma ya da uykuyu sürdürme güçlüğü
ya da çok fazla uyuduğunuz? 0) HAYIR 1) EVET
2. Kendinizi yorgun hissettiğiniz ya da bitkin düştüğünüz 0) HAYIR 1) EVET
3. İştahsızlığınız ya da aşırı yemek yediğiniz 0) HAYIR 1) EVET
4. Yaptığınız şeylere karşı ilgisizlik ya da bunlardan zevk
almadığımız 0) HAYIR 1) EVET
5. Kendinizi çökkün, kederli ya da umutsuz hissettiğiniz 0) HAYIR 1) EVET
6. Kendinizi kötü ya da yetersiz hissettiğiniz
ya da hayal kırıklığına uğradığınız
ya da ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınız 0) HAYIR 1) EVET
7. Televizyon seyrederken, gazete okurken ya da
bu gibi alanlarda dikkatinizi toplama güçlüğü 0) HAYIR 1) EVET
8. Yerinde duramayan ya da huzursuz biri gibi her zamankinden
fazla dolanıp durduğunuz ya da bunun tam tersi-başkaları
farkına varacak derecede yavaş hareket ettiğiniz ya da yavaş
konuştuğunuz 0) HAYIR 1) EVET
9. Son iki hafta içinde 'ölsem daha iyi' diye düşündüğünüz
ya da bir şekilde kendinize zarar vermeyi düşündüğünüz 0) HAYIR 1) EVET

10. 1'den 9'a kadar olan sorulardan 5 ve daha fazlası 'EVET' ise Major Depresif Bozukluk

12.adıma geç.

11. Çok daha çökkün, kederli ya da yaptığınız şeylere karşı
daha az ilgili olduğunuz ya da bunlardan daha az zevk aldığımız
bir dönem oldu mu? HAYIR EVET
Yanıt EVET'se: O dönemde uyuma güçlüğü,düşünceleriniz
belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma güçlüğü, kendinizi
yorgun hissetme, iştahsızlık, herşeyle daha az ilgilenme gibi,
biraz önce üzerinde konuştuğumuz sorunların bir çoğu sizde
var mıydı? HAYIR EVET

Geçmişte 1'den 9'a kadar olan semptomlardan 5'i hastada büyük bir olasılıkla görülmüşse;

ayrıca o hasta, o dönemde duygudurumunun bir parça kederli olduğunu ya da ilgilerinde azalma
olduğunu ya da hiçbir şeyden zevk almadığını da kabul ediyorsa ancak o zaman

'EVET' olarak değerlendiriniz.

0) HAYIR 1) EVET

Sonuç 'EVET' ise Major Depresif Bozukluğun kısmi remisyonu ya da rekürrensi

12. Son iki yıl boyunca kendinizi çoğu zaman çökkün, kederli ya da birşeyler yapmaya karşı çok az ilgili ya da birşeyler yapmaktan artık zevk almıyor olarak hissettiniz mi? HAYIR EVET

Aynı zamanda şu soruya da aldığınız yanıt 'EVET'se evet olarak değerlendiriniz.

- Bu, son iki yıl boyunca hemen her gün, günün yarısından çoğunda olan bir durum muydu? HAYIR EVET

Cevap 'HAYIR' ise 14'e geçiniz

0) HAYIR 1) EVET

13. Son iki yıl boyunca bu yaşadıklarınız, işinizi yapmanızı, evde gerekenleri yapmanızı, ya da başkalarıyla geçinmenizi çoğu zaman zorlaştırdı mı? 0) HAYIR 1) EVET

Cevap 'EVET' ise Distimi

Cevap 'HAYIR' ise 16'ya geçiniz

14. 10 ya da 11'de Major Depresyon (burada kısmi remisyon ya da rekürrens de kapsanmalıdır) tanısı kondu mu? 0) HAYIR 1) EVET

Cevap 'EVET'se 16'ya geçiniz

15. 1'den 9'a kadar olan sorulardan ikisinin veya daha fazlasının yanıtı 'EVET' mi? 0) HAYIR 1) EVET

Cevap 'EVET'se Minor Depresif Bozukluk

16. Daha önce bir doktor size 'Manik-Depresif' olduğunuzu hiç söyledi mi ya da lityum verdi mi? 0) HAYIR 1) EVET

Cevap 'EVET'se Bipolar bozukluğu dışlayınız

17. O sıradaki depresif semptomlar, olasılıkla, organik bir hastalığı, tedavi için kullanılan ilaçların ya da diğer ilaçların biyolojik etkilerine mi bağlı? 0) HAYIR 1) EVET

Cevap 'EVET'se bu bozuklukları dışlayınız

Anksiyete Modülü

Hasta soru formunda 81. sorunun cevabı 'HAYIR' ise P.34'e geçiniz

18. Bu ay içinde bir sıkıntı nöbetiniz (birden ortaya çıkan korku ya da panik) olduğuna belirtmişsiniz. Dört haftalık bir dönemde dört nöbet geçirdiğiniz hiç oldu mu? HAYIR EVET
- Hayırsa; başka bir nöbet geçirmekten korkuyor musunuz? HAYIR EVET

Yukarıdaki iki sorudan herhangi birine verilen yanıt EVET ise, cevap EVET olarak değerlendirilir.

0) HAYIR 1) EVET

Cevap HAYIR'sa P. 34'e geçiniz.

19. Bu nöbetlerin bazen birden geldiği oluyor mu?
Böyle bir durumun ortaya çıktığı, gerçekten kötü olan en son durumunuzu düşünün. 0) HAYIR 1) EVET

Hastanın son atağı sırasındaki dört semptomu tarar taramaz 33'e geçin.

20. Nefesiniz daraldı mı? 0) HAYIR 1) EVET
21. Kalp atışlarınız hızlandı mı? Çarpıntınız oldu mu?
Kalp atışınızda düzensizlikler oldu mu? 0) HAYIR 1) EVET
22. Göğüs ağrınız ya da göğsünüzde sıkışma hissi oldu mu? 0) HAYIR 1) EVET
23. Terlediniz mi? 0) HAYIR 1) EVET
24. Boğuluyormuş gibi olduğunuz duygusuna kapıldınız mı? 0) HAYIR 1) EVET
25. Ateş basmalarınız ya da ürpermeleriniz oldu mu? 0) HAYIR 1) EVET
26. Bulantınız, karın ağrınız ya da ishaliniz olacaktı gibi bir duyguya kapıldınız mı? 0) HAYIR 1) EVET
27. Baş dönmeniz oldu mu? Düşecekmiş gibi oldunuz mu?
Bayıldınız mı? 0) HAYIR 1) EVET
28. Vücudunuzun bazı kısımlarında karıncalanma ya da uyuşukluk oldu mu? 0) HAYIR 1) EVET
29. Titrediğiniz ya da sarsıldığınız oldu mu? 0) HAYIR 1) EVET
30. Çevrenizdekiler sanki gerçek değillermiş gibi göründü mü? 0) HAYIR 1) EVET
31. Ölüyor olmaktan korktunuz mu? 0) HAYIR 1) EVET
32. Çıldıırıyor olmaktan korktunuz mu? Ya da bağırıp çağırmak, koşup kaçmak gibi kontrolünüzün dışında bir şey yapabileceğinizden korktunuz mu? 0) HAYIR 1) EVET
33. 20'den 32'ye kadar 4 tanesi ya da fazlası işaretlendi mi? 0) HAYIR 1) EVET

Cevap 'EVET' ise *Panik Bozukluk*

Cevap 'HAYIR' ise *BTA (başka türlü adlandırılmayan) Anksiyete Bozukluğu*

Yaygın Anksiyete

34. Son bir ay içinde hemen her gün, günün yarısından çoğunda kendinizi gergin, sinirli, ya da endişeli hissettiniz mi? 0) HAYIR 1) EVET

Cevap 'HAYIR' ise 45'e geçiniz

Son bir ay içinde aşağıdaki sorulardan herhangi biri sizi çoğu zaman rahatsız etti mi?

35. Sakin bir şekilde oturamayacak derecede kendinizi huzursuz hissettiğiniz 0) HAYIR 1) EVET
36. Çok kolay yorulduğunuz 0) HAYIR 1) EVET
37. Kas gerginliği, ağrı ya da sızılar 0) HAYIR 1) EVET
38. Uykuya dalma ya da uykuyu sürdürme güçlüğü 0) HAYIR 1) EVET
39. Dikkatinizi, televizyon seyretmek, kitap ya da gazete okumak gibi şeyler üzerinde yoğunlaştırmakta güçlük çektiğiniz 0) HAYIR 1) EVET
40. Kolaylıkla kızıp sinirlendiğiniz 0) HAYIR 1) EVET
41. 35'ten 40'a kadar 2 tanesi ya da daha fazlası işaretlendi mi? 0) HAYIR 1) EVET

Cevap 'HAYIR' ise 46'ya geçiniz

42. Bu sorunlarınız son bir ay içinde, işinizi yapmanız, evde gerekenleri yapmanızı ya da başkalarıyla geçinmenizi zorlaştırdı mı? 0) HAYIR 1) EVET

Cevap 'HAYIR' ise BTA Anksiyete Bozukluğu

Cevap 'HAYIR'sa tanıdan sonra 46'ya geçiniz

43. Son bir aydır değişik alanlarda, büyük ölçüde üzüntü duyuyor musunuz? HAYIR EVET
- Şu soruya verilen yanıt de 'EVET'se, 'EVET' olarak değerlendiriniz.
- Son bir ay içinde hemen hergün, günün yarısından çoğunda mı böyle bir üzüntü duyduunuz? HAYIR EVET
- Cevap 'HAYIR'sa BTA Anksiyete Bozukluğu, 46'ya geçiniz** 0) HAYIR 1) EVET

44. Kendinizi, sinirli, gergin ya da endişeli hissetmek gibi ve '35'ten 40'a kadar işaretlenen sorunların hepsi altı ay gibi bir süredir mi oluyor? 0) HAYIR 1) EVET

Cevap 'EVET' ise Yaygın Anksiyete Bozukluğu, 46'ya geçiniz

Cevap 'HAYIR' ise BTA Anksiyete Bozukluğu, 46'ya geçiniz

45. Panik bozukluk ya da BTA Anksiyete Bozukluğu tanısı
kondu mu?

0) HAYIR 1) EVET

Cevap 'HAYIR' ise modülden çıkınız

46. O sırada, anksiyete semptomları, olasılıkla organik bir
hastalığın, tedavi için kullanılan ilaçların ya da diğer
ilaçların biyolojik etkilerine mi bağlı?

0) HAYIR 1) EVET

**Cevap 'EVET' ise ya da emin olunamıyorsa, organik hastalığa yahut ilaçlara bağlı anksiyete
bozukluğunu dışla**

Alkol Modülü

Bölüm A

Hasta soru formunda 83 EVET olarak işaretlenmişse:...alkolü bırakmayı düşündüğünüzü
söylemişsiniz, neden?.....

Hasta soru formunda 84 EVET olarak işaretlenmişse:...birinin içki içmenizden yakındığını
söylemişsiniz, kim?

Hasta soru formunda 85 EVET olarak işaretlenmişse:...içmenizden ötürü suçluluk ya da üzüntü
duyduğunuzu söylemişsiniz, neden?

Hasta soru formunda 86 EVET olarak işaretlenmişse:...son bir ay içinde tek bir günde beş
kadeh ya da daha fazla miktarda içki içtiğinizi söylemişsiniz. Son altı ay içinde bu miktarda içkiyi ne
sıklıkla içtiniz? Böyle içki içiyor olmanız herhangi bir soruna yol açtı mı?

Bölüm B

47'den 51'e kadar olan soruları şunlardan birine göre değerlendiriniz.1) her soruyu hastaya
sorarak.2) yukarıda verilen yanıtları göz önünde bulundurarak ya da, 3) aile bireylerinden elde edilen
bilgiler gibi hasta hakkında diğer bilgileri göz önünde bulundurarak

47. Sağlığınızla ilgili bir sorundan ötürü bir doktor içkiyi
bırakmanızı hiç önerdi mi?

0) HAYIR 1) EVET

Doktor içkiyi bırakmasını önerdikten sonra, hala son

altı aydır içmeyi sürdürüyorsanız EVET olarak değerlendirin.

Aşağıdakilerden herhangi biri son altı ay içinde birden çok kez başınıza geldi mi?

48. İşinizde çalışırken, okuldayken ya da başka birtakım
sorumluluklarınızı yerine getirirken, içki içiyor muydunuz?

0) HAYIR 1) EVET

Alkol içmekten ötürü kendinizden geçmiş miydiniz ya da
Akşamdan kalma mıydınız?

49. İki içmekten ya da akşamdan kalmış olmaktan ötürü, işinize, okula gidemediğiniz ya da geç gittiğiniz, diğer sorumluluklarınızı yerine getiremediğiniz ya da geç yerine getirdiğiniz oldu mu? 0) HAYIR 1) EVET
50. İki içmekten ötürü diğer insanlarla geinmenizden bir sorun oluyor muydu? 0) HAYIR 1) EVET
51. Bir kaç kadeh içki içtikten ya da çok fazla içki içtikten sonra araba kullandığınız oluyor muydu? 0) HAYIR 1) EVET
52. 47'den 51'e kadar olan sorulardan en az bir tanesine verilen yanıt EVET mi?-YA DA- Bölüm A'da verilen yanıtlar son altı ay içinde hastanın alkolle ilişkili önemli bir sorununun olduğunu olasılıkla gösteriyor mu? 0) HAYIR 1) EVET

Cevap 'EVET' ise olası Alkol Kötüye Kullanımı/Bağımlılığı

Somatoform modülü

Hasta soru formundaki maddelerden 62'dan 76'ya kadar olan her bir semptom için:

Bu semptom son bir ay içinde sizi çok rahatsız etti mi? HAYIR EVET

HAYIR ise Somatoform değil.

EVET ise bu semptomun şiddetini ve buna eşlik eden yetersizliği

açıklamaya yetecek organik bir neden var mı? HAYIR EVET

Cevap 'HAYIR' ise somatoform olarak değerlendirilir.

Baş dönmesi, bayılma nöbetleri,kalp çarpıntısı ya da kalp atışlarında artma,nefes darlığı semptomları sadece panik ataklar esnasında ortaya çıkıyorsa somatoform değildir.

Kendini yorgun hissetme, bitkinlik, uyuma güçlüğü semptomları duygudurum ya da anksiyete bozukluğuna bağlı ise somatoform değildir.

Hasta soru formundaki hiç bir semptom somatoform olarak işaretlenmemişe

Hastalık Endişesi modülüne geçiniz.

Multisomatoform

53. Somatoform olarak işaretlenmiş üç ya da daha fazla semptom var mı? 0) HAYIR 1) EVET

Cevap 'HAYIR' ise 55'e geçiniz.

54. Son bir kaç yıldır doktorların tam bir açıklama getiremediği bu tür ya da başka belirtileriniz ya da yakınmalarınız oldu mu? Getirilen açıklama 'sinirden oldu ya da stresten oldu' olsa da evet olarak değerlendiriniz. 0) HAYIR 1) EVET

Cevap 'EVET' ise Multisomatoform Bozukluk.Hastalık Endişesi modülüne geç.

Cevap 'HAYIR' ise BTA Somatoform Bozukluk.Hastalık Endişesi modülüne geç.

55. Somatoform olarak işaretlenen, ağrıyı kapsayan en az bir semptom (madde 62'den 68'e kadar olan) var mı? 0) HAYIR 1) EVET

Cevap 'HAYIR' ise Hastalık Endişesi modülüne geçiniz.

56. Son altı ay içinde hemen her gün, günün yarısından çoğunda bu ağrı(lar) yaşamınızı ya da günlük etkinliklerinizi olumsuz yönde etkiledi mi? 0) HAYIR 1) EVET

Cevap 'EVET' ise Kronik Ağrı Bozukluğu

Hasta soru formunda 77'nin cevabı 'EVET' ise Hastalık Endişesi modülüne git.

Hastalık Endişesi

57. Ciddi bir hastalığınız olabileceğine dair düşünceler sizi bir süredir rahatsız ediyor. Neyiniz olabilir?

Hastalıkla ilgili endişe gerçekçiyse not alıp modülden çıkınız.

58. Bu, sizin sürekli düşündüğünüz ve sizi çok rahatsız eden bir şey mi? 0) HAYIR 1) EVET

Cevap 'HAYIR' ise modülden çıkınız.

59. Doktorlar bu sorunun nedenini size hiç açıkladılar mı ya da bununla ilgili olarak size güvence vermeye çalıştılar mı? 0) HAYIR 1) EVET

Cevap 'HAYIR' ise modülden çıkınız.

60. Ne dediler size?

61. Hasta, doktorların güvence vermeye yönelik girişimlerinden sonra bile, ciddi organik bir hastalığı olduğuna ilişkin gerçekçi olmayan düşüncesiyle uğraşıp duruyor ve bundan sıkıntı duyuyor mu? 0) HAYIR 1) EVET
Hastanın endişesi uygun gibi ise, ya da güvence verilmesine karşın tepkisi belirsizse HAYIR olarak değerlendiriniz.
62. Bunun için yaklaşık altı aydır kaygılanıyor musun? 0) HAYIR 1) EVET

Cevap 'EVET' ise Hipokondriazis

TANI ÖZETİ:

0. HİÇBİR MODÜLDE TANI YOK
1. MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK
2. MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUĞUN KISMİ REMİSYONU YA DA REKÜRRENSİ
3. DİSTİMİ
4. MİNÖR DEPRESİF BOZUKLUK
5. BİPOLAR BOZUKLUĞU DIŞLAYINIZ
6. ORGANİK HASTALIĞA, TEDAVİ İÇİN KULLANILAN YA DA DİĞER İLAÇLARA BAĞLI DEPRESİF BOZUKLUĞU DIŞLAYINIZ
7. PANİK BOZUKLUĞU
8. YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU
9. BTA ANKSİYETE BOZUKLUĞU
10. ORGANİK HASTALIĞA, TEDAVİ İÇİN KULLANILAN YA DA DİĞER İLAÇLARA BAĞLI ANKSİYETE BOZUKLUĞUNU DIŞLAYINIZ
11. OLASI ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI/BAĞIMLILIĞI
12. MULTİSOMATOFORM BOZUKLUK
13. BTA SOMATOFORM BOZUKLUK
14. KRONİK AĞRI BOZUKLUĞU
15. HİPOKONDRIAZİS

Anketimiz bitmiştir. Cevapladığınız için teşekkür ederiz.

EK-2

Short Form-36 Alt Ölçek Puanlarının Hesaplanması

Short Form-36, 36 sorudan ve 8 ayrı bölümden oluşur. Bölüme dâhil edilen soruların skorları ağırlıklı toplanarak bölüm skoru elde edilir. Daha sonra sekiz sağlık bölümünden elde edilen skordardan özet sağlık skorları elde edilir. Özet skorların elde edilmesindeki amaç yorumlama ve karşılaştırmalarda kolaylık sağlamasıdır. Fiziksel sağlık özet skoru, fiziksel sağlık durumunun bir göstergesi olarak fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı ve genel sağlık algısı alt bileşen skorlarından etkilenmektedir. Mental sağlık özet skoru, mental sağlık göstergesi olarak yaşamsallık, sosyal işlev, mental rol ve mental işlev alt bileşenlerinin bir fonksiyonu olarak değerlendirilmektedir. Bizim anketimizde SF-36, 52. soruyla başlayıp 61. soruyla bitmektedir. SF-36'daki 10. soru, anketimizdeki 60. sorunun (J) şıkkı olarak belirtilmiştir. Özet skorların elde edilmesi üç basamakta yapılmaktadır.

1. Sorular puanlanır:

Her soruda işaretlenen şıkkın puan olarak değeri aşağıdaki değişim tablolarıyla bulunur. Sorulara göre puan değişimleri Tablo 9-20' de verilmiştir.

Soru 1 (anketteki 52. soru)

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	5.0
2	4.0
3	3.0
4	2.0
5	1.0

Soru 3a- 3j (anketteki 54. sorunun a' dan j' ye tüm alt soruları)

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0
3	3.0

Soru 4a- 4d (anketteki 55. sorunun a' dan d' ye tüm alt soruları)

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0

Soru 5a- 5c (anketteki 56. sorunun a' dan c' ye tüm alt soruları)

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0

Soru 6 (anketteki 57. soru)

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0
3	3.0
4	4.0
5	5.0

Soru 7 (anketteki 58. soru)

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	6.0
2	5.0
3	4.0
4	3.0
5	2.0
6	1.0

Soru 8 (anketteki 59. soru)

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	5.0
2	4.0
3	3.0
4	2.0
5	1.0

Soru 9a, 9d, 9e ve 9h (anketteki 60. sorunun a, d, e ve h alt soruları)

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	6.0
2	5.0
3	4.0
4	3.0
5	2.0
6	1.0

Soru 9b, 9c, 9f, 9g ve 9i (anketteki 60. sorunun b, c, f, g ve i alt soruları)

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0
3	3.0
4	4.0
5	5.0
6	6.0

Soru 10 (anketteki 60. sorunun j alt sorusu)

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0
3	3.0
4	4.0
5	5.0

Soru 11a ve 11c (anketteki 61. sorunun a ve c alt soruları)

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0
3	3.0
4	4.0
5	5.0

Soru 11b ve 11d (anketteki 61. sorunun b ve d alt soruları)

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	5.0
2	4.0
3	3.0
4	2.0
5	1.0

2. Soruların birleştirilmesi ile ölçekler elde edilir:

Aşağıda hangi alt ölçeklerin, hangi sorulardan oluştuğu ve o soruların toplamının en düşük ve en yüksek puanları belirtilmiştir.

Ölçeklerin elde edilişi

Ölçek	Soruların son puan değerleri toplamı	Olası en düşük ve en yüksek ham puanlar	Olası ham skor aralığı
Fiziksel işlev	3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j	10- 30	20
Fiziksel rol	4a, 4b, 4c, 4d	4- 8	4
Ağrı	7, 8	2- 12	10
Genel sağlık algısı	1, 11a, 11b, 11c, 11d	5- 25	20
Yaşamsallık	9a, 9e, 9g, 9i	4- 24	20
Sosyal işlev	6, 10	2- 10	8

Mental rol	5a, 5b, 5c	3- 6	3
Mental işlev	9b, 9c, 9d, 9f, 9h	5- 30	25

3. Puanlar hesaplanır:

Boyut skoru = $\frac{\text{Alınan ham puan} - \text{Olası en düşük ham puan}}{\text{Olası ham puan aralığı}} \times 100$

Olası ham puan aralığı

Örnek: Fiziksel işlev ham puanı 21 ise

$$Fİ = \frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

20

SF-36 Yaşam Kalite Skalası'nda çıkan skorların değerlendirilmesi

KAVRAMLAR	DÜŞÜK PUANIN ANLAMI	YÜKSEK PUANIN ANLAMI
Fiziksel işlev	Yıkanmayı ve giyinmeyi de kapsayan bütün fiziksel aktiviteleri yapabilmede çok sınırlı	Sağlık için sınırlama yapmaksızın çok enerjik olmayı kapsayan bütün fiziksel aktiviteleri yapabilme
Fiziksel Rol	Fiziksel sağlık sonucu iş veya diğer aktiviteleri yaparken problem yaşama	Son 4 haftadır fiziksel sağlığın iş veya diğer günlük aktivitelere olumsuz etkisi yok
Mental Rol	Ruhsal problemler sonucu iş veya günlük aktiviteleri yaparken problem yaşama	Son 4 haftadır ruhsal problemler sonucu iş veya günlük aktiviteleri yaparken problem yaşamama
Ağrı	Çok şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı	Son 4 haftadır ağrı yahut kısıtlama yapan ağrı yok
Genel Sağlık	Kişi sağlığını kötü görüyor ve daha da kötüleşeceğini düşünüyor	Kişi sağlığının mükemmel olduğunu düşünüyor

Sosyal İşlev	Fiziksel ve ruhsal problemler sonucu normal sosyal aktiviteleri yapabilmede aşırı ve sık sık engellenme	Son 4 haftadır fiziksel ve ruhsal problemler sonucu normal sosyal aktiviteleri yapabilmede kısıtlılık yaşamama
Mental İşlev	Kendini sürekli depresyonda ve çok sinirli hissetme	Son 4 haftadır kendini sürekli mutlu, sakin ve uyumlu hissetme
Yaşamsallık	Kendini sürekli tükenmiş ve yorgun hissetme	Son 4 haftadır kendini enerjik ve çok güçlü hissetme

EK-3: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu etik onay formu.

**T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KOMİSYONU Edirne, Türkiye**

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜBADK 2011/26				
	PROTOKOL ADI	Ayaktan Kemoterapi Alan Hastalar ve Yakınlarında Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi				
	ŞORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Yrd. Doç. Dr. Serdar ÖZTORA				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ					
	DESTEKLEYİCİ					
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	<input checked="" type="checkbox"/> Tek Merkez <input type="checkbox"/> Ulusal	<input type="checkbox"/> Çok Merkez <input type="checkbox"/> Uluslararası			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 03/ 04	Tarih: 09.02.2011				
	Üniversitemiz Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında Görevli Yrd. Doç. Dr. Serdar ÖZTORA'nın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Murat Çağatay DENİZ'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.					
DEĞERLENDİRME KOMİSYONU BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜBADK Yönergesi					
ÜYELER						
Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Hakan KARADAĞ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hasan ÜMİT Başkan Yardımcısı	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Üye	Çocuk Sağ. ve Hast.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Biyoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Biyoloji A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Tunç KUTOĞLU Üye	Anatomi	T.Ü.T.F. Anatomi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Erhan TABAKOĞLU Üye	Göğüs Hastalıkları	T.Ü.T.F. Göğüs Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Fiğen KULOĞLU Üye	Enfeksiyon Hastalıkları	T.Ü.T.F. Enfeksiyon Hastalıkları A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ömer Nuri PAMUK Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yener YÖRÜK Üye	Göğüs Cerrahisi	T.Ü.T.F. Göğüs Cerrahisi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Recep YAĞIZ Üye	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	T.Ü.T.F. K.B.B. Hast. A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ümit Nusret BAŞARAN Üye	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat Üye			K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Murat DİKMENÇİL
Dekan