

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**KANSER HASTALARININ SOSYAL DESTEK ALGISI VE
YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
(İKİ HASTANE ÖRNEĞİ-ANKARA)**

Dr. Mustafa Soner YILMAZ

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Birgül PİYAL**

**ANKARA
2014**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**KANSER HASTALARININ SOSYAL DESTEK ALGISI VE
YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
(İKİ HASTANE ÖRNEĞİ-ANKARA)**

Dr. Mustafa Soner YILMAZ

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Birgül PİYAL**

**ANKARA
2014**

KABUL VE ONAY

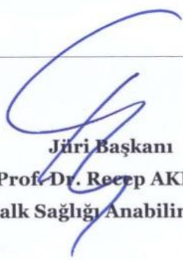
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN	
Adı, Soyadı	: M. SONER YILMAZ
Anabilim/Bilim Dalı	: HALK SAĞLIĞI
Tez Danışmanı	: PROF. DR. BİRGÜL PİYAL
Tarih: 18 /02 / 2014	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Tezin Başlığı: Kanser Hastalarının Sosyal Destek Algısı ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi (İki Hastane Örneği-ANKARA)	
Tezin Niteliği:	<input checked="" type="checkbox"/> Ana Dal Uzmanlık Tezi <input type="checkbox"/> Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

III. KARAR	
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak	
<input checked="" type="checkbox"/> Kabulüne	
<input type="checkbox"/> Reddine	
<input type="checkbox"/> Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine	
oy birliği / oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

IV. AÇIKLAMALAR	
Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız	


Jüri Başkanı
Prof. Dr. Recep AKDUR
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Jüri Üyesi
Prof. Dr. Birgül PİYAL (Danışman)
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Jüri Üyesi
Doç. Dr. Deniz ÇALIŞKAN
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR

Ankara Üniversitesi Tıp Fakülte Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda eğitimim süresince bana her konuda yol gösteren ve benimle bilgi ve tecrübelerini paylaşan tez danışmanım ve hocam Dr. Birgül PİYAL'e, Sayın Hocam, Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Recep AKDUR'a ve Anabilim Dalında görevli diğer tüm hocalarıma teşekkürlerimi sunarım.

İkinci ailem olarak saydığım Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı'nda görevli tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve diğer personele;

Hayatımın her döneminde ve zorlu tıp eğitimimin başladığı günden bugüne kadar her zaman yanımda olan aileme, bana sonsuz sabır gösteren ve yardımlarını esirgemeyen değerli eşime ve canım oğullarıma;

Tez verisi toplama süresince her an ümit ve ümitsizliklerine, acı ve mutluluklarına şahit olduğum tüm kanser hastalarına teşekkür ederim.

Dr. Mustafa Soner YILMAZ

Ankara 2014

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
GRAFİKLER DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tanım.....	3
2.2. Epidemiyoloji	3
2.3. Kanser ve Yaşam Kalitesi	4
2.4. Kanser ve Sosyal Destek	9
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	11
3.1. Araştırmanın Tipi	11
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	11
3.3. Çalışma Grubu.....	11
3.4. Çalışma Grubu Büyüklüğü.....	11
3.4.1. Çalışma Grubuna Dahil Etme Ölçütleri.....	12
3.4.2. Çalışma Grubundan Dışlama Ölçütleri.....	12
3.5. Araştırmanın Hipotez ve Değişkenleri	13
3.5.1. Araştırmada Test Edilecek Hipotezler:.....	13
3.5.2. Araştırmanın Değişkenleri.....	14
3.5.2.1. Bağımlı değişkenler	14
3.5.2.2. Bağımsız değişkenler	15

3.6. Verilerin Toplanması.....	15
3.6.1. (WHOQOL-Tr 8) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği	16
3.6.2. Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Modülü (European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire, EORTC QLQ-C30).....	16
3.6.3. Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği.....	17
3.6.4. Performans Statüsü (Eastern Cooperative Oncology Group- ECOG).....	18
3.7. Verilerin Analizi.....	19
3.8. İzinler ve Etik Konular	19
4. BULGULAR.....	21
4.1. Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik/Sosyo-Ekonomik Özellikler ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı	21
4.2. Çalışma Grubunun Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Sosyo-Demografik/Sosyo-Ekonomik Özelliklerinin ve Hastalık Özelliklerine Göre Karşılaştırılması... 31	
4.3. Çalışma Grubunun Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Sosyo-Demografik/Sosyo-Ekonomik Özelliklerinin ve Hastalık Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	66
4.4. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Korelasyonel Karşılaştırılması.	78
5. TARTIŞMA.....	81
5.1. Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik/Sosyo-Ekonomik ve Hastalık Özellikleri.....	81
5.2. Çalışma Grubunun Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Sosyo-Demografik/Sosyo-Ekonomik ve Hastalık Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	86
5.3. Çalışma Grubunun Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Sosyo-Demografik/Sosyo-Ekonomik ve Hastalık Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	96

5.4. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Korelasyonel Karşılaştırılması	103
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	106
6.1. Sonuç	106
6.1.1. Yaşam Kalitesi.....	106
6.1.2. Sosyal Destek.....	109
6.1.3. Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi İlişkisi	110
6.2. Öneriler.....	111
7. ÖZET.....	113
8. SUMMARY	116
9. KAYNAKLAR	119
10. EKLER.....	131
Ek-1. Veri Toplama Formu	131
Ek- 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	142
Ek 3. A.Ü.T.F. Dekanlığı İzin Yazısı.....	145
Ek 4. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hastane Yöneticiliği İzin Yazısı	146
Ek 5. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı.....	147

SİMGELER VE KISALTMALAR

IARC	Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı-The International Agency for Research on Cancer
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
A.Ü.T.F.	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
ABD	Amerika Birleşik Devletleri)
FDA	ABD Gıda ve İlaç İdaresi- U.S. Food and Drug Administration
ASCO	Amerikan Klinik Onkoloji Derneği - American Society of Clinical Oncology
WHOQOL-8.Tr	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği
EORTC QLQ-C30	Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi- European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire
FACT-G	Functional Assessment of Cancer Therapy-General
POMS	Profile of Mood States
VAS-C	Visual Analogue Scale-Cancer
RSCL	Rotterdam Symptom Checklist
N	Hedef kitledeki birey sayısı
d	Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örneklem hatası
p	İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)
q	İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)
t	Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer
n	Örnekleme alınacak birey sayısı

TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Modülü (EORTC QLQ-C30)	17
Tablo 4.1. Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (I)...	22
Tablo 4.2. Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (II) .	23
Tablo 4.3. Çalışma Grubunun Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı.....	26
Tablo 4.4. Çalışma Grubunun Ek Hastalık Öyküsü.....	27
Tablo 4.5. Çalışma Grubunun Evde Hastalığı ile İlgili Sorun Yaşadığında İlk Başvuru Yeri.....	27
Tablo 4.6. Çalışma Grubunun Hastalığı Hakkında Bilgilendirilme Özellikleri.....	28
Tablo 4.7. Uygulanmakta Olan Tedavi Süreciyle İlgili Bilgilendirme Özellikleri....	29
Tablo 4. 8. Çalışma Grubunun Son Bir Ayda Bakım Gereksinimi Özellikleri.....	29
Tablo 4.9. Çalışma Grubunun Sağlık Personelinden Tıbbi Tedavi Uygulanması Dışında Destek Alma Durumu	30
Tablo 4.10. Çalışma Grubunun Kendi Bildirimlerine Göre Hastalık Nedenleri.....	30
Tablo 4.11. Çalışma Grubunun Hastalıklarına İlişkin Görüşleri	31
Tablo 4.12. Çalışma Grubunun Sigara ve Alkol Kullanma Öyküsü.....	31
Tablo 4.13. WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Ölçeklerinden Alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar ile Çalışma grubunun Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	32
Tablo 4.14. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	34
Tablo 4.15. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı	35
Tablo 4.16. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Medeni Duruma Göre Dağılımı.....	36

Tablo 4.17. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı	38
Tablo 4.18. Hastaların WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı.....	40
Tablo 4.19. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Algılanan Ekonomik Durumlarına Göre Dağılımı.....	44
Tablo 4.20. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Yetiştği Yer Özelliklerine Göre Dağılımı.....	47
Tablo 4.21. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Tanı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	49
Tablo 4.22. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Ayaktan ya da Yatan Hasta Oluşuna Göre Dağılımı.....	50
Tablo 4.23. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Hastalığın Primer ya da Metastatik Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	51
Tablo 4.24. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Tanı Sonrası Geçen Süre Özelliklerine Göre Dağılımı.....	55
Tablo 4.25. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, ECOG Performans Statüsü Özelliklerine Göre Dağılımı.....	56
Tablo 4.26. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Kansere Hastalığıyla İlgili Ameliyat Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	57

Tablo 4.27. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Halen Uygulanan Tedavi Özelliklerine Göre Dağılımı.....	59
Tablo 4.28. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Uygulanmakta Olan Tedavi Süreciyle İlgili Yan Etki Olma Durumuna Göre Dağılımı	60
Tablo 4.29. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Ek Hastalık Varlığı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	61
Tablo 4.30. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Hastalığıyla İlgili Bilgilendirilme Durumuna Göre Dağılımı.....	62
Tablo 4.31. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Hastalığı Hakkında Verilen Bilginin Yeterli Gelip, Gelmeme Özelliklerine Göre Dağılımı	64
Tablo 4.32. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Yaşanılan Yerde Bakım Gereksinim Durumlarına Göre Dağılımı	65
Tablo 4.33. Çalışma grubunun “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” Alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar ile Ortalamalarının Dağılımı.....	66
Tablo 4.34. Çalışma Grubunun “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” Puan Ortalamalarının, Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Dağılımı.....	67
Tablo 4.35. Çalışma Grubunun “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” Puan Ortalamalarının, Medeni Duruma Göre Dağılımı	68
Tablo 4.36. Çalışma Grubunun “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” Puan Ortalamalarının, Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı	69
Tablo 4.37. Hastaların “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” Puan Ortalamalarının, Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı	70

Tablo 4.38. Hastaların “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” Puan Ortalamalarının, Algılanan Ekonomik Durumlarına Göre Dağılımı.....	72
Tablo 4.39. Çalışma Grubunun “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” Puan Ortalamalarının, Evde Yalnız Başına Yaşama Durumuna Göre Dağılımı.....	73
Tablo 4.40. Çalışma Grubunun “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” Puan Ortalamalarının, Yetiştığı Yere Göre Dağılımı	74
Tablo 4.41. Çalışma Grubunun “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” Puan Ortalamalarının, Çalışmanın Yapıldığı Yere, Tanı Özelliklerine ve Tedavi Alış Biçimi (Ayaktan ya da Yatan Hasta) Oluşuna ve Tanı Sonrası Geçen Süre Özelliklerine Göre Dağılımı.....	75
Tablo 4.42. Çalışma Grubunun “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” Puan Ortalamalarının, ECOG Performans Statüsü Özelliklerine Göre Dağılım.....	76
Tablo 4.43. Çalışma Grubunun “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” Puan Ortalamalarının, Kansere Hastalığıyla İlgili Ameliyat Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	76
Tablo 4.44. Çalışma Grubunun “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” Puan Ortalamalarının, Ek Hastalık Varlığı Özelliklerine Göre Dağılımı	77
Tablo 4.45. Çalışma Grubunun “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” Puan Ortalamalarının, Son Bir Ayda Bakım Gereksinim Durumlarına Göre Dağılımı.....	78
Tablo 4.46. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Korelasyonel Karşılaştırılması.....	80
Tablo 5.1. Ölçeklerin Güvenilirlik Analizi Sonuçları	87
Tablo 5.2. Çalışmanın EORTC QLQ-C30 Puan Ortalamalarının, Kansere Hastası Olmayan Nüfus’ ta Yürütülen Farklı Çalışmaların Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması.....	88

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 4.1. Çalışma Grubunun Tanı Dağılımı	24
Grafik 4.2. Çalışma Grubunun Cinsiyete Göre Tanı Dağılımı	25
Grafik 4.3. Çalışma Grubuna Yapılan Bilgilendirmenin Yeterli Gelme Durumu	28
Grafik 4.4. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	35
Grafik 4.5. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyut Puan Ortalamalarının, Tanı Özelliklerine Göre Dağılımı	49

1. GİRİŞ

Kanser anormal yapıdaki hücrelerin kontrolsüz şekilde bölünmesi ile karakterize hastalıklar grubudur. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (The International Agency for Research on Cancer- IARC) tahminlerine göre dünya genelinde 2008 yılında 12,7 milyon yeni kanser olgusunun 5,6 milyonu gelişmiş ülkelerde 7,1 milyonu gelişmekte olan ülkelerde tespit edildi. 2030 yılı küresel kanser yükünün dünya genelinde 21,4 milyon yeni kanser olgusu ve 13,2 milyon kanser ölümü ve son beş yıl içinde kanser tanısı konmuş 75 milyon kişi rakamlarına ulaşacağı tahmin edilmektedir. Bu yük 2008 ile karşılaştırıldığında düşük ve orta gelirli ülkelerde % 81’lik yüksek ve çok yüksek gelirli ülkelerde % 69’luk bir artışı temsil etmektedir. Gelecekte dünya genelinde kanser yükü, batılı yaşam tarzının gelişmekte olan ülkelerde benimsenmesi ile (örneğin; sigara kullanımının artması, kötü beslenme, fiziksel inaktivite vb.) yukarıda tahminlerden çok daha yüksek olacaktır. Bu da göstermektedir ki kanserde en hızlı artış ülkemizin de içinde bulunduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde olacaktır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1948 yılında yaptığı tanımda sağlığın sadece hastalık veya sakatlık halinin yokluğu değil, tam bir fiziksel, mental ve sosyal iyilik halinin varlığı olduğunu dile getirmiştir. Bu tanımın sonrasında ise yaşam kalitesi klinik araştırmalarda artan bir öneme sahip olmaya başlamıştır. Günümüzde, kanser hastalarında yapılan tüm randomize klinik çalışmaların yaklaşık % 10’unda ana araştırma konusu olarak yaşam kalitesi tercih edilmektedir.

Sosyal destek 1980’li yıllardan itibaren “stres altındaki ya da zor durumdaki bireye çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardım” olarak tanımlanmıştır. Günümüzde sosyal destek “zor durumdaki bireye yakından bağlı olduğu eş, aile, arkadaş gibi insanlar tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım” olarak kabul edilmektedir. Sağlık koşullarının giderek bozulması, sıkıntıların süreklilik kazanması ve hastalıkla ilgili stres yaratan koşulların gittikçe artması özellikle kronik hastalığı olan kişileri sosyal desteğe daha çok gereksinim duyar hale getirmektedir. Bu

nedenle duygusal ve araçsal destek ile bilgilendirme yardımları, kanser gibi kronik hastalığı olan kişilerde yaşamsal önem taşımaktadır.

Bu çalışma Türkiye’de en sık saptanan ilk dört kanserin, kanserli bireylerin aldıkları sosyal destek ve yaşam kalitelerini etkileyen etmenlerin, eğitim ve araştırma hastanesi onkoloji hastaları ile üniversite hastanesi onkoloji hastalarının birlikte değerlendirildiği ilk araştırma olup, bu konuda yapılacak diğer araştırmalar için aydınlatıcı kaynak ve bilimsel veri tabanı olabilir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Kanser tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu ve ölüm nedenidir. Kanser oluşturduğu fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik sorunlar nedeni ile bireyin yaşam sürecinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Kanser yönetiminde ana amaç; bireyin ve ailenin yaşamı tehdit eden hastalığa ve tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan semptomları kontrol etmek, sosyal destek ve yaşam kalitesini arttırmak olmalıdır.

Bu çalışmada; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (A.Ü.T.F.) İbn-i Sina ve Cebeci Hastaneleri ile Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi onkoloji kliniklerinde lokalize ve metastatik akciğer, meme, mide ve kolorektal kanser tanısı ile izlenmekte olan hastaların, kanser hastalığını öğrendikten sonra aldıkları sosyal destek ve yaşam kalitelerini etkileyen etmenlerin irdelenmesi amaçlandı. Böylelikle giderek daha yaygın görülen bu sorunla baş etmede hastalara ve hasta yakınlarına daha sistematik ve kurumsal destek sağlanması konusuna ışık tutulabileceği umulmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde çalışma ile ilgili genel tanımlar, bu tanımlarla ilgili genel açıklamalar ve ilgili alan yazın çalışmalarına yer verilmiştir.

2.1. Tanım

Kanser anormal yapıdaki hücrelerin kontrolsüz şekilde bölünmesi ile karakterize hastalıklar grubudur. Kanserli hücreler, kan ve lenf sistemi yoluyla vücudun diğer bölümlerine yayılabilirler. Kanser sadece bir hastalık değil, hastalıklar bütünüdür. Kanserlerin yüzden fazla tipi vardır. Kanserlerin çoğu orjin aldığı dokuya göre isimlendirilir. Kanser hem dış ögeler (tütün, kimyasal maddeler, radyasyon, bulaşıcı enfeksiyonlar) hem de iç ögeler (kalıtsal mutasyonlar, hormonlar, bağışıklık koşulları ve metabolizmada meydana gelen mutasyonlar) nedeniyle gelişebilir (1-2).

2.2. Epidemiyoloji

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı tahminlerine göre dünya genelinde 2008 yılında 12,7 milyon yeni kanser olgusunun 5,6 milyonu gelişmiş ülkelerde 7,1 milyonu gelişmekte olan ülkelerde tespit edildi (3). 2030 yılı küresel kanser yükünün dünya genelinde 21,4 milyon yeni kanser olgusu ve 13,2 milyon kanser ölümü ve son beş yıl içinde kanser tanısı konmuş 75 milyon kişi rakamlarına ulaşacağı tahmin edilmektedir. Bu yük 2008 ile karşılaştırıldığında düşük ve orta gelirli ülkelerde % 81'lik yüksek ve çok yüksek gelirli ülkelerde % 69'luk bir artışı temsil etmektedir (4-6).

Gelecekte dünya genelinde kanser yükü, batılı yaşam tarzının gelişmekte olan ülkelerde benimsenmesi ile (örneğin; sigara kullanımının artması, kötü beslenme, fiziksel inaktivite vb.) yukarıda tahminlerden çok daha yüksek olacaktır (3). Bu da göstermektedir ki kanserde en hızlı artış ülkemizin de içinde bulunduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde olacaktır (7).

Kanser yüzyılın başlarında ölüme neden olan hastalıklar arasında 7-8 sırada yer alırken, Amerika Kanser Derneğinin 2010 yılı verilerine göre Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yeni kanser olgularında ve mortalitede azalma olmasına ve hayatta kalma sürelerinde artma olmasına rağmen, kanser hala 85 yaş altı insanlarda, kalp hastalıklarından da fazla Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer almaktadır. Kanser 2008 yılında 7.6 milyon ölüm ile (tüm ölümlerin yaklaşık % 13'ü) dünya çapındaki ölümlerin önde gelen nedenidir. Her yıl tüm kanser ölümlerinin yaklaşık yarısı akciğer, mide, karaciğer, kolorektal ve kadın meme kanserlerinden kaynaklanmaktadır (4,8,9).

Akciğer, kadınlarda meme, kolorektal ve mide kanserleri dünya genelindeki tüm kanser olgularının % 40'ını oluşturmaktadır. Erkeklerde en yaygın saptanankanser, akciğer kanseridir (erkeklerde yeni kanser olgularının % 16,5'i). Kadınlarda en sık karşılaşılan kanser tipi ise meme kanseridir (kadınlarda yeni kanser olgularının % 23'ü) (4).

Kanser tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de önemli bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik çalışmasının sonuçlarına göre, kardiyovasküler hastalıklardan sonra Türkiye'deki tüm ölüm nedenleri arasında kanserden ölüm ikinci sırada yer almaktadır (10).

2005 yılı verilerine göre Türkiye'de en sık saptanan kanser türleri sırasıyla; Akciğer ve Bronş, Prostat, Deri, Meme ve Mide kanseridir. Erkeklerde en sık Akciğer ve Bronş (% 52,7) ve kadınlarda ise Meme (% 35,7) kanseri görülmektedir (11).

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre, ülkemizde kansere bağılı ölümlerden sırasıyla larinks/trakea/bronş/akciğer kanserleri sorumlu tutulmaktayken, bunları mide, lenfoid ve hematopoietik ve kolon maligniteleri izlemektedir (12).

2.3. Kanser ve Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1948 yılında yaptığı tanımda sağlığın sadece hastalık veya sakatlık halinin yokluğu değil, tam bir fiziksel, mental ve sosyal iyilik halinin

varlığı olduğunu dile getirmiştir (13). Bu tanımın sonrasında ise yaşam kalitesi klinik araştırmalarda artan bir öneme sahip olmaya başlamıştır. Yine de 20 yıl öncesine kadar ancak sınırlı sayıda araştırmacı tarafından yaşam kalitesinin yararlarından bahsedilmeye başlanmıştır. Bununla birlikte, son yıllarda, yaşam kalitesinin değerlendirilmesini yapan çalışmalarında büyük bir artış olmuştur. Günümüzde, kanser hastalarında yapılan tüm randomize klinik çalışmaların yaklaşık % 10'unda ana araştırma konusu olarak yaşam kalitesi tercih edilmektedir (14,15) .

ABD Gıda ve İlaç İdaresi (*FDA- U.S. Food and Drug Administration*) için yeni anti-kanser ilaçlarının geliştirilmesi ve birçok uluslararası araştırma gruplarının onayı için, bir temel olarak yaşam kalitesi açısından olumlu etkilerinin gösterilmesinin istemesinin kabulü oldukça zor olmuştur. Bunun çeşitli nedenleri vardır. Bir sorun yaşam kalitesi çalışmalarının sonuçlarını anlamlandıramamak klinisyenlerin bu çalışmaları tercih etmelerini sınırlamaktadır. Dahası yoğun uygulamaların içine bu ölçümleri getirmek oldukça zordur. Neyse ki artık daha fazla araştırmacı, kanser hastalarının bakımında yaşam kalitesinin önemini kritik bir konu olarak değerlendiriyor. ABD Gıda ve İlaç İdaresi ve Amerikan Klinik Onkoloji Derneği (*ASCO- American Society of Clinical Oncology*) ile Kanada Ulusal Kanser Enstitüsü tedavi şemalarının geliştirilmesinde yaşam kalitesine etkilerini araştırmayı şart koşmaktadır (16-20).

Genellikle yaşam kalitesi terimi; fiziksel, duygusal, *sosyal ve* bilişsel işlevler ve daha da önemlisi, hastalık belirtileri ve tedavi yan etkileri de dahil olmak üzere hastaların semptomlarından olumlu ve olumsuz ne algıladıklarını açıklamak için kullanılmaktadır. Yaşam kalitesi (daha açık bir ifade ile “sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi”) değerlendirmeleri; kişinin deneyimleri, inançları, beklentileri ve algıları tarafından düzenlendiğine inanılan sağlığın fiziksel, psikolojik ve sosyal alanları ile finansal giderler gibi konulardaki değişiklikleri saptayabilmektedir ki sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçümü, kanser tedavisi esnasında kanserli hastaların öznel deneyimleri hakkında daha anlamlı veri toplamak için bir gösterge olarak kabul edilebilir (21-24).

Her bireyin farklı sağlık ve performans beklentileri olacağı için yaşam kalitesi değerlendirmeleri de kişiye özeldir. Bütün kronik hastalıklarda olduğu gibi kanser hastaları da, tedavi sürecine uyum sorunu yaşar. Ayrıca bir hastada, özellikle de bir kanser hastasında, yaşam kalitesi değerlendirilirken kişinin hastalığının farklı zaman dilimlerinde bulunabileceği ve zaman içinde farklı beklentilere gireceğinin de altı çizilmelidir. Kanserli hastalar hastalık sürecinden kaynaklanan semptomlar kadar kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri nedeni ile fiziksel ve emosyonel semptomları yoğun bir şekilde yaşamaktadırlar. Yapılan pek çok çalışmada bu semptomların hastanın yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etki yarattığı ve tedavi sürecine uyumu azaltabildiği saptanmıştır. Kanserli hastada yaşam kalitesinin değerlendirilmesi son derece önemli olduğu bir diğer nokta ise, hastanın tedaviye uyumunu engelleyebilecek ve g¼nl¼k yaşantısını olumsuz etkileyecek tedavilerin daha az oranda seçilmesine olanak sağlanacak olmasıdır. Bu açıdan kanser hastalarının tedavi nedeniyle olan yan etkilere rağmen tedavi süresince ve tedavi sonrasında yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi ve devamının sağlanması önemlidir (25-29).

Kanser tedavisi için yeni nesil ilaçların ve radyoterapideki gelişmelerin sıkça kullanılmaya başlanması ile birlikte kansere bağlı ölümler azalmakta ve daha uzun daha uzun sağkalım sürelerine ulaşılabilmektedir. Son zamanlarda kanser tedavisindeki gelişmelerle birlikte farklı tedavi yöntemleri kanser hastalarında birbirine yakın veya eşit sağkalım sürelerine ulaşılabilmektedir. Kanser tedavisinde farklı tedavi seçeneklerinin kullanılması, sadece etkili değil; aynı zamanda hem etkili hem de yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisi en az olan tedavi seçeneklerinin kullanılmasını gerektirmektedir. İşte bu noktada devreye yaşam kalitesi değerlendirme ölçekleri girmektedir. Farklı tedavi yöntemleri arasında yaşam kalitesi açısından önemli düzeyde farklılıklar olabilmektedir. Hastalar için önemli olan ve en çok sıkıntı veren semptomların belirlenmesi, bu olumsuz semptomların giderilmesinde stratejiler geliştirilmesini sağlamaktadır. Bu semptomların saptanması da genellikle hastalar sorgulanarak doldurulan veya hastaların kendi kendilerine doldurabildikleri yaşam kalitesi ölçeklerinin değerlendirilmesiyle olmaktadır. Bu

nedenle kanser hastalarında yaşam kalitesi, en az kanserin tedavisi kadar üzerinde durulması gereken önemli bir konudur (30-32).

Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesini Değerlendirmenin Yararları (33);

- Hastaların karşılaştıkları işlevsel sorunları tanımlamak
- Kanser hastalarında psikososyal problemleri tanımlamak
- Bireye özgü en uygun davranışsal ve psikofarmakolojik tedavileri seçebilmek
- Bakımı monitorize etmek
- Çeşitli tedavi yöntemlerinin etkinliğini karşılaştırmak

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi (34)

Bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik çeşitli ölçekler vardır. Bir yaşam kalitesi ölçeğinin geçerlik, güvenirlik ve duyarlık açısından uygun nitelikte olması istenir.

Yaşam kalitesi ölçekleri ile bireyin;

- Fiziksel işlevleri
- Sosyal işlevleri
- Fiziksel rol işlevleri
- Emosyonel işlevleri
- Enerji (Zindelik)/yorgunluk, ağrı durumu
- Genel sağlık algısı değerlendirilir.

Yaşam kalitesini olumsuz etkileyen durumlar (34)

Bireylerin yaşam kalitesi;

- Temel gereksinimlerinin karşılanmaması,
- Beden imgesinin değişmesi,

- Öz bakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği,
- Kronik yorgunluk, bitkinlik,
- Cinsel işlevlerde bozulma,
- Gelecek ile ilgili kaygılar,
- Destek sistemlerindeki yetersizlikler,
- Akut sağlık sorunları,
- Kronik sağlık sorunları gibi nedenlerle azalabilir.

Yaşam kalitesini olumlu etkileyen durumlar (34)

Yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için bireyin:

- Ekonomik ve sosyal güvence içinde olması,
- Güven içinde yaşaması,
- Rahatlık ve gereken konfora sahip olması,
- Anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olması,
- Yakın çevresiyle olumlu ilişkiler içinde olması,
- Eğlence ve zevk aldığı aktivitelerin olması,
- İtibar görmesi,
- Mahremiyetine değer verilmesi,
- Kendini ifade edebilmesi,
- İşlevsel olarak yeterli olması,
- Özgün birey olarak algılanması,
- Huzur içinde olması, inanç ve değerlerine saygı gösterilmesi gerekmektedir.

Kansere özgü yaşam kalitesi ölçeklerine örnek olarak (35-37);

- Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi (European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire, EORTC QLQ-C30),
- Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G),
- Profile of Mood States (POMS),

- Visual Analogue Scale-Cancer (VAS-C),
- Rotterdam Symptom Checklist (RSCL) gösterilebilir.

EORTC QLQ C-30 hastalığın etkilerine ilaveten terapötik girişimlerin, beklentilerin ve kişisel tatminin de yaşam kalitesi değerlendirmesine dahil edildiği en uygun araç olarak önerilmektedir (35-37).

2.4. Kanser ve Sosyal Destek

Sosyal destek kavramının ilk ele alınışından günümüze kadar geçen sürede, konu ile ilgili birçok çalışma yapılmış olsa da, sosyal desteğin tanımı ve işleyişi konusunda görüş ayrılıkları bulunmaktadır. Carl Roger 1950'lerde sosyal desteği, terapötik ilişkilerinin ana içeriğine benzeterek empati, dürüstlük, olumlu bakış ve yargısız yaklaşım olarak ifade etmiştir. Cassel 1974'te sosyal desteği, bir baş etme kaynağı görerek özellikle kaygı yaratan çevresel koşullar altında bireyi koruyucu bir tampon görevi gördüğünü ve bundan dolayı sosyal bağlardaki kopmaların hastalığa yatkınlığı artırdığını ileri sürmüştür. Sosyal destek 1980'li yıllardan itibaren "stres altındaki ya da zor durumdaki bireye çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardım" olarak tanımlanmıştır. Günümüzde sosyal destek "zor durumdaki bireye yakından bağlı olduğu eş, aile, arkadaş gibi insanlar tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım" olarak kabul edilmektedir (38).

Sağlık koşullarının giderek bozulması, sıkıntıların süreklilik kazanması ve hastalıkla ilgili stres yaratan koşulların gittikçe artması özellikle kronik hastalığı olan kişileri sosyal desteğe daha çok gereksinim duyar hale getirmektedir. Bu nedenle duygusal ve araçsal destek ile bilgilendirme yardımları, kanser gibi kronik hastalığı olan kişilerde yaşamsal önem taşımaktadır. Duygusal destek, bireyi katlanılması zor durumlarda cesaretlendirerek direnme gücünün artmasına; araçsal destek, gereksinim duyduğu pratik ve somut yardımları almasına; bilgi desteği ise aynı durumla diğerlerinin nasıl başa çıktığını öğrenerek hastalık ve hastalığın seyri ile ilgili kontrol algısının artmasına yardımcı olmaktadır (39).

Sosyal desteğin yapısal ve işlevsel olmak üzere iki bileşeni vardır. Yapısal sosyal destek; arkadaş veya aileden gelen, gönüllü kuruluşlar veya dernekler ile dini hizmetler ve diğer sosyal hizmetleri kapsayan gerçek anlamda fiziksel bir desteği temsil ederken, işlevsel sosyal destek; sözlü değerlendirme, yararlı bilgi ve rehberlik ile sosyal alanlardaki arkadaşlıkları içerir. Sosyal çevre, kişiyi stresin zararlı etkilerinden korur; kanser de koruduğu durumlardan biridir. Kanser kişiler arası ilişkileri etkilemektedir, hastanın sosyal aktivitelerini kısıtlamasından dolayı ilişkileri dolaylı olarak etkileyebilmektedir. Böylece kanser tanısı olan kişiler en çok ihtiyaç duydukları zaman sosyal kaynaklara erişmekte zorlanabilmektedirler (40-45).

Kanserli hastaların çoğu, arkadaş ve aile ortamındaki değişiklikler nedeniyle, psikososyal sorunlar yaşamaktadır. Sağlık koşullarının bozulup süreklilik kazandığı ve hastalıkla ilgili kaygı düzeyinin giderek arttığı bu dönem, kanserli bireylerin sosyal desteğe en çok gereksinim duydukları zamanlardır (46).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın gereç ve yöntemi detaylı olarak, çeşitli alt başlıklar halinde ele alınmıştır. Bu başlıklar; araştırmanın tipi, araştırmanın yapıldığı yer, araştırmanın hipotezleri, bağımlı bağımsız değişkenler, kullanılan ölçme araçları ve özellikleri (ölçme araçlarının alt boyutları), çalışma grubu özellikleri olarak özetlenebilir.

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma 18 yaş üstü, lokalize ve metastatik meme, akciğer, mide ve kolorektal kanseri olan hastaların, yaşam kalitelerinin ve aldıkları sosyal desteğin, çeşitli ögeler ve zamanla değişiminin değerlendirildiği “tanımlayıcı” tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırmanın veri toplama çalışmaları, A.Ü.T.F. Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı ile Ankara Abdurrahman Yurtarslan Onkoloji Araştırma ve Eğitim hastaneleri Tıbbi Onkoloji ile Radyasyon Onkolojisi yataklı servis ve ayaktan kemoterapi ünitelerinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle yürütülmüştür.

3.3. Çalışma Grubu

A.Ü.T.F. İbn-i Sina ve Cebeci Hastaneleri ile Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji kliniklerinde (yataklı servis ve ayaktan kemoterapi ünitelerinde) 18 yaş üzeri lokalize ve metastatik akciğer, meme, mide ve kolorektal kanser tanısı almış hastalar çalışma grubunu oluşturmaktadır.

3.4. Çalışma Grubu Büyüklüğü

Geçmiş aylardaki kayıtlara ve gözlemlere dayalı olarak incelendiğinde 4 aylık dönem içinde A.Ü.T.F. İbn-i Sina ve Cebeci Hastaneleri ile Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji kliniklerinde (poliklinik ve yataklı servis) 18 yaş üzeri lokalize ve metastatik akciğer, meme, mide ve kolorektal

kanser tanısı almış hastaların başvuru sayısının yaklaşık 4000 olacağı, bunlar içerisinde tekrarlı başvurular çıkartıldıktan sonra, başvuru sayısının yaklaşık 3000 kişi olacağı öngörülmüştür.

$N=3000;$

$d= 0,05;$

$p= 0,50;$

$q= 0,50;$

$t= 1,96$

Kabul edilerek, evren büyüklüğü bilindiğinde örneklem büyüklüğü hesaplanması için kullanılan formül ile $n=341$ olarak hesaplanmıştır.

$$n = (N \cdot t^2 \cdot p \cdot q) / [d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q]$$

Verilerin tutarlılık analizi sırasında kayıplar olabileceği göz önünde tutularak veri toplama aşaması 364 kişiye ulaşıldığında sonlandırılmıştır.

3.4.1. Çalışma Grubuna Dahil Etme Ölçütleri

- Lokalize veya metastatik akciğer, meme, mide ve kolorektal kanser tanısı almış olmak,
- 18 yaş ve üzerinde olmak,
- Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu (**Ek-3**) okuyup imzalamak, çalışma grubuna dahil edilme ölçütüdür.

3.4.2. Çalışma Grubundan Dışlama Ölçütleri

- Kanser tanısı kesinleşmemiş olmak (tanısı kesin fakat evrelemesi yapılmamış hastalar kabul edilecektir),
- 18 yaşın altında olmak,

- Bilişsel durumu anket sorularını yanıtlamaya uygun olmamak,
- Sözel iletişim kuramıyor olmak (konuşması tam olarak anlaşılmayan ya da Türkçe bilmeyen hastalar),
- Bilgilendirilme yapılmasına karşın gönüllü olur vermemek.

3.5. Araştırmanın Hipotez ve Değişkenleri

Bu kısımda araştırmada ele alınan problemlere bağlı olarak hipotezler kurgulanmıştır.

3.5.1. Araştırmada Test Edilecek Hipotezler:

Çalışma Grubunu oluşturanların;

H1. Sosyo-demografik/sosyo-ekonomik özellikleri ile WHOQOL-8.Tr Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanı arasında ilişki yoktur.

H2. Sosyo-demografik/sosyo-ekonomik özellikleri ile EORTC QLQ-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı ve alt ölçeklerinin puanı arasında ilişki yoktur.

H3. Sosyo-demografik/sosyo-ekonomik özellikleri ile “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek” ölçeği puanı ve alt ölçeklerinin puanı arasında ilişki yoktur.

H4. Hastalığı hakkında bilgilendirme ile WHOQOL-8.Tr Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı arasında ilişki yoktur.

H5. Hastalığı hakkında bilgilendirme ile EORTC QLQ-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı ve alt ölçeklerinin puanları arasında ilişki yoktur.

H6. Hastalığı hakkında bilgilendirme ile “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” puanı ve alt ölçeklerinin puanları arasında ilişki yoktur.

H7. Hastalığın tanısı ile WHOQOL-8.Tr Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı arasında ilişki yoktur.

H8. Hastalığın tanısı ile EORTC QLQ-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanı ve Alt Ölçeklerinin puanları arasında ilişki yoktur.

H9. Hastalığın tanısı ile “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” puanı ve alt ölçeklerinin puanları arasında ilişki yoktur.

H10. Ek hastalık varlığı ile WHOQOL-8.Tr Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı arasında ilişki yoktur.

H11. Ek hastalık varlığı ile EORTC QLQ-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı ve alt ölçeklerinin puanları arasında ilişki yoktur.

H12. Ek hastalık varlığı ile “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” puanı ve alt ölçeklerinin puanları arasında ilişki yoktur.

3.5.2. Araştırmanın Değişkenleri

Bu kısımda araştırmanın hipotezlerinde kullanılan bağımlı ve bağımsız değişkenler listelenmiştir.

3.5.2.1. Bağımlı değişkenler

- Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-8.Tr) ile ölçülen “*genel yaşam kalitesi*”
- Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi (EORTC QLQ-30) ile ölçülen “*kanser hastalarının yaşam kalitesi*”
 - Genel İyilik Hali
 - İşlevsellik (araştırmada beş alt boyutta ele alınmıştır)

- Semptom (araştırmada dokuz alt boyutta ele alınmıştır)
- Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek
 - Aile
 - Arkadaş
 - Özel Bir İnsan
 - Toplam Algılanan Destek

3.5.2.2. Bağımsız değişkenler

- Sosyo-demografik/Sosyo-ekonomik özellikleri
 - Yaş
 - Cinsiyet
 - Medeni Durum
 - Öğrenim Düzeyi
 - Çalışma Durumu
 - Ekonomik Durum Algısı
 - İkamet Ettiği Yer
 - Halen Yaşadığı Yer
 - Yetiştiği Yer
- Hastalığı Hakkında Bilgilendirme
- Hastalığın Tanısı
- Ek Hastalık Varlığı

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler, tedavi amaçlı onkoloji kliniğine ve ayaktan kemoterapi merkezine başvuran ve çalışmaya katılmaya gönüllü hastalarla, araştırmacının yüz yüze görüşmesi ile toplanmıştır. Veri toplama formu; sosyo-demografik özellikler ve hastalığa ilişkin özelliklere yönelik sorular, WHOQOL-Tr 8, EORTC QLQ C- 30 ve Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeğinden oluşturulmuştur. Veri toplama süresi

katılımcıların yaşı, ek hastalık varlığı, hastalık tipi, fiziksel ve duygusal durumu gibi nedenler ile değişiklik göstermiş, formların doldurulması ortalama 20-60 dk.'da tamamlanmıştır. Araştırmacı tarafından alan yazın bilgileri ışığında hazırlanan hasta tanıtım formunda hastaların tanıtıcı özelliklerine (cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, sosyal güvence, hastalık evresi, patolojik tipi, alınan kür sayısı vb.) ilişkin sorular yer almaktadır. Hasta tanıtım formu iki bölümden oluşmakta olup, birinci bölümde sosyo-demografik ve bilgilendirilmeye ilişkin özellikleri içeren toplam 31 soru ve ikinci bölümde hastalığa ilişkin özellikleri içeren 12 soru bulunmaktadır.

3.6.1. (WHOQOL-Tr 8) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

WHOQOL-Tr 8: WHOQOL-Bref ve WHOQOL-100 ölçeğinden belirli maddelerin seçilmesiyle oluşturulmuş 8 maddelik bir indeks yaşam kalitesi ölçeğidir. WHOQOL-Tr 8) ölçeğinin Türkçe sürümünün Türk toplumu ve kültürü için geçerliliğini ve güvenilirlik (0.85), Eser ve arkadaşları yapmıştır (47).

3.6.2. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Modülü (European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire, EORTC QLQ-C30)

EORTC QLQ C- 30 yaşam kalitesi ölçeğine göre, işlevsel ve semptom ölçeklerini gösteren ilk 28 soru, 4'lü Likert tipi olmak üzere; Hiç: 1, Biraz: 2, Oldukça: 3, Çok: 4 puan olarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin 29. sorusunda, hastadan 1'den 7'ye kadar olan derecelendirme ile sağlığını ve 30. soruda genel yaşam kalitesini değerlendirmesi istenmiştir. Genel iyilik hali alanını oluşturan sorular, 29. ve 30. sorulardır. Bu bölümden alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin yükseldiğini, düşük puanlar ise düştüğünü göstermektedir. Diğer sorular ise işlevsel alan ve semptomlar bölümüne ait sorulardır. Bu bölümlerde alınan puanların düşük olması ise yaşam kalitesinin yükseldiğini, yüksek olması düştüğünü yansıtmaktadır.

EORTC yaşam kalitesi skoru hesaplaması EORTC QLQ-C30 *Scoring Manual Third Edition*, 2001 baskısında yayımlanan özel formülasyon ile hesaplanmış olup değer aralığı 0-100 arasındadır (48).

EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği; Avrupa Kanser Tedavi ve Organizasyon Komitesi (EORTC) tarafından, kanser hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmek için geliştirilmiş, Güzelant ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmış, geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptanmıştır (49).

Tablo 3.1. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Modülü (EORTC QLQ-C30)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Soru Numaraları
Genel İyi Hali	29-30
İşlevsellik	
Fiziksel İşlev	1-5
Rol İşlevi	6-7
Duygusal İşlev	21-24
Bilişsel İşlev	20,25
Sosyal İşlev	26-27
Semptom	
Yorgunluk	10,12,18
Bulantı-Kusma	14,15
Ağrı	9,19
Nefes Darlığı	8
Uykusuzluk	11
İştah Kaybı	13
Kabızlık	16
İshal	17
Maddi Zorluk	28

3.6.3. Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği

1988 yılında Zimet ve ark. tarafından geliştirilen (50), Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren bir ölçektir. “kesinlikle hayır” 1, “kesinlikle evet” 7 şeklinde

kategorize edilmiş 7'li likert tipi bir ölçektir ve 12 maddeden ve üç boyuttan oluşmaktadır (50).

“Aileden alınan destek” boyutu 3, 4, 8 ve 11 maddelerinin toplamıyla, “Arkadaştan alınan destek” boyutu 6, 7, 9 ve 12 maddelerinin toplamıyla ve “Özel kişiden alınan destek” boyutu 1, 2, 5 ve 10 maddelerinin toplamıyla elde edilmektedir. Ölçek son halinde her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmiş ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmiştir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (50).

Ölçeğin gözden geçirilmiş formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 2001 yılında Eker ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (51).

Bu çalışmada cevap bulunmaya çalışılan sorular ile ilgili yapılandırılan hipotezleri analiz ederken mevcut ölçme araçlarına ilave olarak hastaların genel performans durumlarının değerlendirildiği aşağıdaki performans statüsü göstergesi de kullanılmıştır.

3.6.4. Performans Statüsü (Eastern Cooperative Oncology Group- ECOG)

ECOG (*eastern cooperative oncology group*) performans skalası sıfırdan dörde kadar puan verir (52).

- 0 - Asemptomatik (Tam aktif, tüm hastalık öncesi aktivitelerini kısıtlama olmaksızın yapabilir)
- 1 - Semptomatik fakat tamamen ayakta (Zorlu fizik aktivitede kısıtlama var, ancak ayakta ve hafif işleri yapabilir. Örneğin hafif ev ve ofis işleri)
- 2 - Semptomatik, % 50' den daha az yatakta (Ayakta ve kendi bakımını yapabilir, ancak herhangi bir işte çalışamaz ve gündüz saatlerinin % 50'sinden fazlasını ayakta geçirebilir)
- 3 - Semptomatik, % 50' den daha fazla yatakta (Kendi bakımını yapmakta zorlanıyor, gündüz saatlerinin % 50' sinden fazlasında yatakta)

- 4 – Yatağa bağımlı (Kendi bakımını yapamıyor, tam olarak sandalye veya yatağa bağımlı)

3.7. Verilerin Analizi

Bu çalışmada kurulan hipotezlerin test edilmesinde aşağıda açıklanan istatistikler kullanılmıştır;

Verilerin analizinde SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) sürüm 15.0 paket programı kullanılmıştır.

- Verilerin tanımlanmasında, sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmış,
- Normal dağılıma uygunluğu değerlendirilmiş,
- Sürekli değişkenlerde ikiden fazla gruptaki ortalamaların karşılaştırılmasında “*tek yönlü varyans analizi*” (ANOVA), post-hoc test olarak Bonferroni testi kullanılmıştır.
- İki grupta ortalamaların karşılaştırılmasında bağımsız grupta “*t testi*” kullanılmıştır.
- Hastaların yaş, tanıdan itibaren geçen süre, yaşam kaliteleri ve algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla “*Pearson Korelasyon Analizi*” yapılmıştır.
- $P < 0,05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.8. İzinler ve Etik Konular

A.Ü.T.F. Dekanlığından (**Ek-3**) ve T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hastane Yöneticiliğinden (**Ek4**) araştırma için gerekli izinler alınmış olup, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu çalışmaya etik yönden onay vermiştir (**Ek 5**).

Araştırmaya katılan hastalara, araştırmaya katılıp katılmama konusunda tamamen özgür oldukları, gerekli rutin tıbbi yaklaşım ve tedavinin düzenlenmesi ve kontroller açısından bir değişiklik olmayacağı ve tedavinin aynı titizlikle devam ettirileceği, çalışmanın yürütülmesi hastaya ya da güvencesi altında bulunduğu Sosyal Güvenlik Kurumu'na ya da özel hiçbir kurum ve/veya kuruluşa ek bir gidere yol açmayacağı, çalışmadan elde edilecek verilerin, bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacağı, hastaların hassas olabilecekleri kişisel bilgilerin yalnızca araştırma amacıyla toplanıp ve işleneceği, çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken hasta isimlerinin kullanılmayacağı ve veriler izlenerek çalışma grubundan herhangi bir bireye ulaşılmayacağı konusunda bilgilendirilerek, “gönüllülük” ilkesi yerine getirilmiştir.

Hastalar ile iletişimi geliştirmek, kendilerini rahat hissetmelerini sağlamak için araştırmacı kendisini tanıtmış, durumlarına yönelik duygu ve düşünceleri paylaşılmıştır. Rahat olduklarını ifade etmeleri sağlandıktan sonra hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek çalışmaya katılım ile ilgili görüşleri alınmıştır. Çalışma grubuna girmeye kabul eden bireylerden Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (**Ek-2**) aracılığıyla izinler alınan hastalara veri toplama formları, ayaktan kemoterapi ünitesinde kemoterapi aldıkları esnada, yatan hasta grubuna ise yatakları başında yüz yüze görüşme yoluyla tek tek uygulanmıştır. Soruların bazı hastalar için yeterince açık bulunmaması durumunda yönlendirme yapılmadan sadece açıklamalar yapılmıştır. Görüşme sırasında hastaların fiziksel ve duygusal olarak rahat olmasına dikkat edilmiş, fiziksel sorun (bulantı, kusma, ağrı, baş dönmesi, halsizlik) veya duygu yoğunluğu (ağlama, gözleri yaşarma, öfkelenme) tespit edildiğinde görüşmelere ara verilmiş, hastanın gereksinimlerine göre soruna göre destekleyici yaklaşım sağlanmış (ağlamasına izin verme, yanında bulunma, kendini ifade etmesini sağlama vb.) ve hasta eğer kendini rahat hissettiğini ifade etmişse görüşmeye devam edilmiş, fiziksel ya da duygusal yönden görüşmeye devam edemeyeceğini söyleyen hastalar ile yapılan çalışma sonlandırılıp, çalışma grubu dışında bırakıldı.

4. BULGULAR

Bu çalışmada kanser hastaların sosyo-demografik/sosyo-ekonomik durumları, hastalıkları ile ilgili bilgilendirilme durumları, hastalık tanı tipleri ve ek hastalıklarının olup-olmamasının sosyal destek algısı ve yaşam kalitelerine etkisi incelenmiştir. Bu amaçla araştırma hipotezleri test edilmiştir. Bulgular hipotezler doğrultusunda tartışılmaktadır.

AÜTF İbn-i Sina ve Cebeci Hastaneleri ile AAYO EAH Tıbbi Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisi Kliniklerinde, yataklı servislerde ve kemoterapi, radyoterapi ünitelerinde ayaktan kanser tanısı ile izlenmekte olanlara veri toplama formunun yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanması sonucu elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında dört bölümde sunulmuştur.

- Çalışma grubunun sosyo-demografik/sosyo-ekonomik özellikleri ve hastalık özellikleri dağılımı
- Çalışma grubunun yaşam kalitesi düzeylerinin sosyo-demografik/sosyo-ekonomik özelliklerinin ve hastalık özelliklerine göre karşılaştırılması
- Çalışma grubunun algıladıkları sosyal destek düzeylerinin sosyo-demografik/sosyo-ekonomik özelliklerinin ve hastalık özelliklerine göre karşılaştırılması
- Çalışmada kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarının korelasyonel karşılaştırılması

4.1. Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik/Sosyo-Ekonomik Özellikler ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı

Çalışma; AÜTF İbn-i Sina ve Cebeci Hastaneleri Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı ve AAYO EAH Tıbbi Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisi Kliniklerinde, yataklı servislerde ve kemoterapi, radyoterapi ünitelerinde ayaktan izlenen ve çalışmaya katılmayı kabul eden, araştırma kriterlerine uygun 364 kanser hastası ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışma grubunun sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1. ve Tablo 4.2.'de verilmektedir. Çalışma grubunun yaş ortalaması $56,3 \pm 10,3$ (Min-Maks 25-90)

arasındadır. Çalışma grubunun % 25'lik yaş grubu dilimleri, sırasıyla; 22-49 (% 26,9), 50-57 (% 26,1), 58-64 (% 24,5) ve 65-90 (% 22,5) yaşlar arasında hastalardan oluşmaktadır.

Çalışma grubunun % 59,6'sı kadın, % 40,4'ü erkektir. Kadınların yaş ortalaması $54,5 \pm 11,3$ (Min-Maks 27-90) ve erkeklerin yaş ortalaması $59,0 \pm 9,4$ (Min-Maks; 25-81) olup erkeklerin yaş ortalaması istatistiksel yönden anlamlı olarak kadınlardan daha yüksektir ($p < 0.001$). Çalışma grubunun beden kitle indeksi (BKİ) ortalaması $27,1 \pm 5,7$ (Min-Maks; 15,2-50,9) olup, kadınların BKİ'si ortalaması ($29,0 \pm 5,9$) istatistiksel yönden anlamlı olarak erkeklerden ($24,3 \pm 4,0$) daha yüksektir ($p < 0.001$).

Tablo 4.1.Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (I)

Sosyo-Demografik Özellik			
Yaş	Ortalama/SS¹/Min²-Maks³		
	56,3±10,3 (25-90)		
Yaş Grupları	n	%	
25-49	98	26,9	
50-57	95	26,1	
58-64	89	24,5	
65-90	82	22,5	
Cinsiyet			
Kadın	217	59,6	
Erkek	147	40,4	
Cinsiyete Göre Yaş	Ortalama/SS¹/Min²-Maks³	Önemlilik	
Kadın	54,5±11,3 (27-90)	t=-3,921	
Erkek	59,0±9,4 (25-81)	p<0.001⁴	
BKİ⁵			
	27,1±5,7 (15,2-50,9)		
Cinsiyete Göre BKİ⁵			
Kadın	29,0±5,9 (15,6-50,9)	t=8,483	
Erkek	24,3±4,0 (15,2-36,3)	p<0.001⁴	

¹ Standart Sapma

² Minimum

³ Maksimum

⁴ Student t testi

⁵ Beden Kitle İndeksi

Çalışma grubunu oluşturanların; % 82,1'i evli, % 17,9'u bekar, dul ya da boşanmıştır. Çalışma grubunun, % 51,9'u ilkokul mezunu, % 22'si ortaokul / lise mezunu, % 50,8'i ev hanımı, % 28,0'i emeklidir. Çalışma grubunun ekonomik durum algısı sorgulandığında % 54,7'si orta gelir grubunda olduklarını belirtmişlerdir. Çalışma grubunun kendi bildirimlerine göre % 89,8'inin yalnızca

ebeveyn ve çocuklardan oluşan çekirdek ailesi vardır. % 94,5'i evde yalnız yaşamamaktadır. Çalışma grubunun ikamet ettikleri yer ayrımı, Ankara içi ve dışı olarak yapıldığında % 53,3'ü Ankara dışında ikamet ettiklerini, halen yaşadığı yer ayrımı il, ilçe ya da köy olarak yapıldığında % 60,7'si il'de yaşadıklarını, yetiştiği yer ayrımı il, ilçe ya da köy olarak yapıldığında ise % 50,3'ü köyde yetiştiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.2.Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (II)

Sosyo-Demografik Özellik	n	%
Medeni Durum		
Evli	299	82,1
Bekar/Dul/Boşanmış	65	17,9
Öğrenim Durumu		
OYD/OY ¹	68	18,7
İlkokul	189	51,9
Ortaokul/Lise	80	22,0
Yüksekokul/ve Üstü ²	27	7,4
Çalışma Durumu		
Ev Hanımı	185	50,8
Emekli	102	28,0
Çalışan	54	14,9
İşsiz	23	6,3
Ekonomik Durum Algısı		
İyi/Çok iyi	91	25,0
Orta	199	54,7
Kötü/Çok kötü	74	20,3
Aile Tipi		
Çekirdek	327	89,8
Geniş	37	10,2
Evde Yalnız Yaşama		
Evet	20	5,5
Hayır	266	94,5
Sürekli İkamet Ettiği Yer		
Ankara İçi	169	46,7
Ankara Dışı ³	194	53,3
Halen Yaşadığı Yer		
İl	221	60,7
İlçe	95	26,1
Köy	48	13,2
Yetiştigi Yer		
İl	105	28,8
İlçe	76	20,9
Köy	183	50,3
TOPLAM	364	100

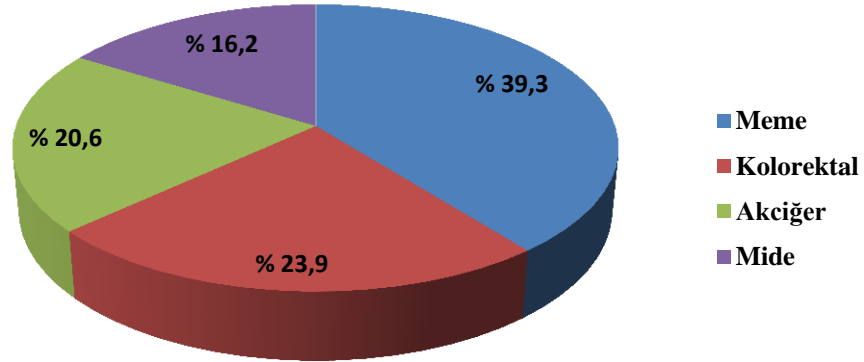
¹ Okur yazar değil (OYD) 51 (% 14.0) ve Okur yazar (OY) 17 (% 4.7) birlikte gruplanmışlardır.

² Öğrenim durumları Yüksekokul, Lisans, Yüksek lisans ve Doktora düzeyi olan hastalar birlikte "Yüksekokul/ve Üstü" şeklinde gruplanmışlardır.

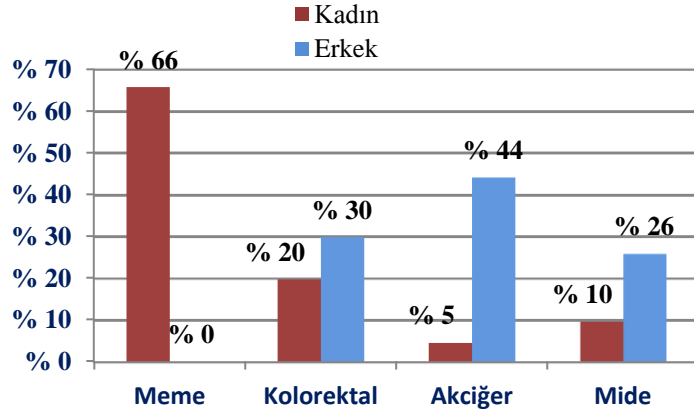
³ Yurt dışında ikamet eden 1 hasta (% 0.3) "Ankara Dışı" grubuna dahil edilmiştir.

Çalışma grubu, % 26,1'i tedavilerini A.Ü.T.F. Hastanelerinde, % 73,9'u Ankara Abdurrahman Yurtarslan Onkoloji Araştırma ve Eğitim Hastanelerinde sürdürmekte olan kanser tanılı hastalardan oluşmaktadır. Çalışma grubunu oluşturanların, % 39,3'ü meme, % 23,9'u kolorektal, % 20,6'sı akciğer ve % 16,2'si mide kanseri tanısı ile tedavi almaktadır. (Tablo 4.3., Grafik 4.1).

Çalışma grubunu oluşturanların cinsiyete göre tanı dağılımı, Grafik 2'de görülmekte olup, kadınların % 65,9'u (n=143) meme kanseri, % 19,8'i (n=43) kolorektal, % 9,7'si mide (n=21) ve % 4,6'sına (n=10) akciğer kanseri tanısı almışlardır. Erkeklerin ise % 44,2'si (n=65) akciğer kanseri, % 29,9'u (n=44) kolorektal (n=44) ve % 25,9 (n=38) mide kanseri tanısı almış hastalardır.



Grafik 4.1. Çalışma Grubunun Tanı Dağılımı



Grafik 4.2. Çalışma Grubunun Cinsiyete Göre Tanı Dağılımı

Çalışma grubunun hastalık ve tedavilerine ilişkin özellikleri Tablo 4.3.'de özetlenmiş olup % 53'ü ayaktan tedavi görmektedir. Çalışma grubundaki 155 hastada kanser hastalığının % 60,6'sının organa sınırlı olduğu görülmüştür.

Tanı sonrası geçen süre gruplamasında % 66,2'sinin bir yıldan kısa süre önce tanı aldıkları bilgisine ulaşılmış, genel performans durumlarının değerlendirildiği ECOG performans puanlaması açısından % 50,8'inin 0, % 49,2'sinin 1 ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Çalışma grubunun % 60,2'sinin ailesinde herhangi bir kanser hastalığı olmadığı bilgisine ulaşılmıştır. Çalışma grubunu oluşturanların % 65,9'u kanser hastalığı ile ilgili ameliyat olmuş, % 39,8'i radyoterapi tedavisi, % 86,3'ü kemoterapi tedavisi almıştır. Grubun % 51,7'sinin dört kür ve altında kemoterapi tedavisi aldıkları ve % 60,5'inin veri toplama döneminde de kemoterapi tedavisi almakta oldukları bilgisine ulaşılmıştır. Grubun % 80,5'i görüşmenin yapıldığı dönemde aldıkları tedavilerin yan etkilerini gördüklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.3. Çalışma Grubunun Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	n	%
Çalışmanın Yapıldığı Yer		
AÜTFH. ¹	95	26,1
AAYO EAH ²	269	73,9
Kanser Tipi		
Meme	143	39,3
Kolorektal	87	23,9
Akciğer	75	20,6
Mide	59	16,2
Tedavi Alış Biçimi		
Ayaktan	193	53,0
Yatan	171	47,0
Kanserin primer ya da Metastatik Olma Durumu³ (n=155)		
Primer	61	60,6
Metastatik	94	39,4
Tam Sonrası Geçen Süre		
<1Yıl	241	66,2
1-5 Yıl	102	28,0
>5Yıl	21	5,8
ECOG⁴ Performans Statüsü		
0	185	50,8
≥1	179	49,2
Ailede Kanser		
Var	145	39,8
Yok	219	60,2
Hastalık İlgili Ameliyat Olma Durumu		
Evet	240	65,9
Hayır	124	34,1
Hastalık ile İlgili RT⁵ Alma Durumu		
Evet	145	39,8
Hayır	219	60,2
Hastalık ile İlgili KT⁶ Alma Durumu		
Evet	314	86,3
Hayır	50	13,7
KT Alma ve Kür Sayısı		
KT Yok	50	13,7
>4	188	51,7
≤4	126	34,6
Halen Uygulanan Tedavi		
RT	62	17,0
KT	220	60,5
KT+RT	51	14,0
Diğer ⁷	31	8,5
Tedavi Yan Etkisi		
Var	273	80,5
Yok	91	19,5

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri

²Ankara Abdurrahman Yurtarslan Onkoloji Araştırma ve Eğitim Hastaneleri

³Bu bilgiye çalışma grubunun % 42,6'sında (n=155) ulaşılabilmektedir.

⁴Eastern Cooperative Oncology Group

⁵Radyoterapi

⁶Kemoterapi

⁷Semptomatik tedavi almak, tetkik, kontrol ve komplikasyonlara yönelik başvuran hastalar "Diğer" olarak gruplandırılmıştır.

Çalışma grubunun ek hastalıkları sorgulandığında, grubun % 41,5’inde ek hastalık olduğu ve öykülerinde en çok kardiyak hastalık varlığı bilgisine ulaşılmıştır (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. Çalışma Grubunun Ek Hastalık Öyküsü

Ek Hastalık Özellikleri	n	%
Ek Hastalık Varlığı		
Var	151	41.5
Yok	213	58.5
Çalışma Grubunun Ek Hastalık Tipi (n=151)¹		
Kardiyak Hastalık (HT...)	89	24,5
Metabolik Hastalık (DM...)	55	15,1
Akciğer Hastalığı (KOA...)	18	4,9
Nörolojik Hastalık (Migren...)	10	2,7
Diğer	66	18,1

¹Çalışma grubunda kimi hastalar birden fazla ek hastalık öyküsü vermiştir.

Çalışma grubunun % 72,8’i hastalığı ile ilgili herhangi bir sorun yaşadığında ilk olarak kendi olanakları ile hastaneye başvurduklarını ifade etmiştir. (Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. Çalışma Grubunun Evde Hastalığı ile İlgili Sorun Yaşadığında İlk Başvuru Yeri

İlk Başvuru Yeri	n	%
Kendi olanakları ile hastane	265	72,8
Aile hekimi	67	18,4
112 ambulans hizmetleri	14	3,9
Diğer ¹	18	4,9
TOPLAM	364	100

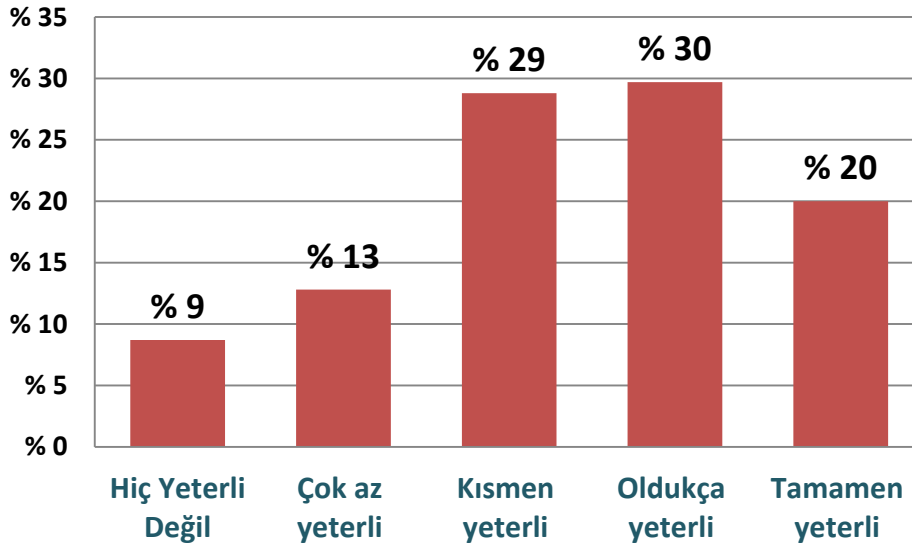
¹Sağlıkçı komşu vb.

Çalışma grubunun hastalığı ile ilgili bilgilendirme özelliği sorgulandığında % 87,9’u kendisine hastalığı ile ilgili bilgilendirilme yapıldığını, buna karşın % 9,6’sı bilgilendirilme yapılmadığını, bilgi sahibi olan hastaların % 63,1’i (n=320) bu bilgilendirmenin kendisine yalnızca doktor tarafından yapıldığını, % 70,3’ü ise hastalığı hakkında her konuda bilgilendirildiğini (tanı, tedavi, kontroller, yan etkiler, yan etkilerle baş etme vb.) belirtmişlerdir. Grubun % 29,7’si hastalığı hakkında verilen bilgileri oldukça yeterli bulduklarını, % 8,7’si ise hiç yeterli gelmediğini bildirmişlerdir. (Tablo 4.6., Grafik 4.3.).

Tablo 4.6. Çalışma Grubunun Hastalığı Hakkında Bilgilendirilme Özellikleri

Özellik	n	%
Bilgilendirilme		
Evet	320	87,9
Hayır	35	9,6
Diğer ¹	9	2,5
Bilgilendiren (n=320)		
Yalnızca Hekim	202	63,1
Hekim ve Hemşire	66	20,6
Hekim/Hemşire/Aile Birey(ler)i/Arkadaş(lar)	40	12,6
Aile birey(ler)i/Arkadaş(lar)	9	2,8
Yalnızca Hemşire	3	0,9
Bilgilendirilme Konusu (n=320)		
Her konuda	256	70,3
Tanı	33	9,1
Tanı, tedavi, diğer bazı	17	4,7
Tanı ve tedavi	14	3,8
Bilginin Yeterliliği (n=320)		
Hiç yeterli değil	28	8,7
Çok az yeterli	41	12,8
Kısmen yeterli	92	28,8
Oldukça yeterli	95	29,7
Tamamen yeterli	64	20,0

¹ Farklı bir hastalığı olduğunu düşünen 9 hasta (% 2,5) “Diğer” şeklinde sınıflandırılmıştır.



Grafik 4.3. Çalışma Grubuna Yapılan Bilgilendirmenin Yeterli Gelme Durumu

Çalışma grubunun uygulanmakta olan tedavi (ya da kontrol) süreciyle ilgili bilgilendirilme özelliklerine bakıldığında, % 64,3'ü süreç hakkında bilgilendirildiğini, % 35,7'si ise bilgilendirilmediğini, bilgilendirildiğini belirtenlerin % 72,2'si (n=234) ise bu bilgilendirmenin yalnızca hekim tarafından yapıldığını belirtmişlerdir. (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Uygulanmakta Olan Tedavi Süreciyle İlgili Bilgilendirme Özellikleri

Özellik	n	%
Bilgilendirilme Durumu		
Evet	234	64,3
Hayır	130	35,7
Tedavi Süreciyle İlgili Bilgilendiren (n=234)		
Yalnızca Hekim	169	72,2
Hekim ve Hemşire	48	20,5
Yalnızca Hemşire	13	5,6
Yalnızca aile birey(ler)i ve arkadaş(lar)	4	1,7

Son bir ay içerisinde bakım gereksinimi sorgulandığında, grubun % 76,6'sı herhangi bir konuda bakım gereksinimi olmadığını, % 23,4'ü ise en az bir konuda bakım gereksinimi duyduğunu belirtmiştir. Çalışma grubunda bakım gereksinimi olanlara (n=85) en çok kızı ve/veya gelini yardım etmekte ve bu yardım en çok banyo konusunda olmaktadır. (Tablo 4.8.).

Tablo 4. 8. Çalışma Grubunun Son Bir Ayda Bakım Gereksinimi Özellikleri

Özellikler	n	%
Bakım gereksinimi		
Var	85	23,4
Yok	279	76,6
Bakım gereksinimini karşılayan(lar)¹		
Kızı ve/veya gelini	47	12,9
Eşi	37	10,2
Diğer yakın akrabalar	25	6,9
Bakıcı/yardımcı/arkadaş	5	1,4
Bakım gereksinimi tür(leri)¹		
Banyo	81	22,3
Tuvalet/getirip-götürme	28	7,7
Yemek yedirme	8	2,2
Yürüyüş yaptırma	5	1,4
Her türlü gereksinim	4	1,1

¹Çalışma grubunda kimi hastalar birden fazla bakım gereksinimi karşılayan kimse ve birden fazla bakım gereksinimi türü bilgisi vermiştir.

Çalışma grubunun % 29,7'si, sağlık personelinden tıbbi tedavi uygulaması dışında herhangi bir destek aldığını, destek alanların % 43,5'i (n=108) ise bu desteğin bilgilendirme desteği (açıklama/aracılık etme) şeklinde olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.9.).

Tablo 4.9. Çalışma Grubunun Sağlık Personelinden Tıbbi Tedavi Uygulanması Dışında Destek Alma Durumu

Özellikler	n	%
Destek alma durumu		
Evet	108	29,7
Hayır	256	70,3
Destek türü (n=108)		
Bilgilendirme desteği (açıklama/ aracılık etme)	47	43,5
Maddesel destek (yatak sağlama, ilaç sağlama, maddi destek vb.)	27	25,0
Psikolog/psikiyatristten psikolojik destek	27	25,0
Psikolog/psikiyatrist dışı sağlık personelinden psikolojik destek	7	6,5

Çalışma grubunun hastalığıyla ilişkili gereksinimleri için (tıbbi tedavi dışında) herhangi bir kurumdan destek alma durumu ve destek aldıkları kurum sorgulandığında, grubun % 99,5'i (n=362) destek almadığını, % 0,5'i (n=2) ise Büyükşehir Belediyesi ve Kaymakamlıktan maddi destek aldığını belirtmiştir.

Çalışma grubundan hastalığa (tanı) ilişkin bilgisi olanlar, (n=320) hastalıklarından sorumlu olabilecek etmenler olarak en çok stresi, alışkanlıklarını ve sağlıksız beslenmeyi gördüklerini bildirmişlerdir (Tablo 4.10.).

Tablo 4.10. Çalışma Grubunun Kendi Bildirimlerine Göre Hastalık Nedenleri

Çalışma Grubunun Hastalığına Yol Açtığını Düşündüğü En Önemli Etmenler ¹ (n=312)	
Stres	156
Alışkanlıklar (sigara ve veya alkol)	59
Sağlıksız beslenme	46
Kader	41
Genetik	29
İş	25
Ekonomik sorunlar	12
Diğer ²	35
Fikri yok, Bilmiyor	52

¹çalışma grubunda kimi hastalar birden fazla etmen belirtmiştir

²emzirememe, hastalıklar, ilaç kullanma...

Çalışma grubundan hastalığı hakkında bilgisi olanların (n=320) % 35'i zaman içinde hastalığının nasıl gelişeceğini bilmediğini, % 34,2'si ise hastalığı hakkında geleceğe umutlu baktığını ve hastalığını yenebileceğini belirtmiştir (Tablo 4.11.).

Tablo 4.11. Çalışma Grubunun Hastalıklarına İlişkin Görüşleri

Hastalıklarına İlişkin Görüşler (n=320)	n	%
Bilmiyor, fikri yok	125	35,0
Umutlu	122	34,2
Kaderci	60	16,8
Umutsuz	33	9,2
Kararsız	17	4,8

Çalışma grubunun sigara ve alkollü içecek tüketme öyküleri sorgulandığında, % 49,7'si bugüne kadar hiç sigara kullanmadığını, % 3'ü ise aktif sigara içicisi olduğunu grubun % 92'si son bir yılda hiç alkollü içecek tüketmediğini, % 0,8'i ise hemen her gün alkollü içecek tükettiğini belirtmiştir (Tablo 4.12.).

Tablo 4.12. Çalışma Grubunun Sigara ve Alkol Kullanma Öyküsü

Alışkanlıklar	n	%
Sigara İçme Öyküsü		
Sigara içme öyküsü yok	181	49,7
Belirli bir süre hemen her gün sigara içme öyküsü var	172	47,3
Aktif sigara içicisi	11	3,0
Son Bir Yılda Alkol Tüketme		
Alkollü içecek tüketme öyküsü yok	335	92,0
Haftada bir kereden az alkol tüketme öyküsü var	26	7,2
Hemen her gün alkol tüketme öyküsü var	3	0,8
TOPLAM	364	100

4.2. Çalışma Grubunun Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Sosyo-Demografik/Sosyo-Ekonomik Özelliklerinin ve Hastalık Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Avrupa Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-8.TR/ WHOQOL-8.Tr); WHOQOL-Bref ve WHOQOL-100 ölçeklerinden belirli maddelerin seçilmesiyle oluşturulmuş 8 maddelik bir indeks yaşam kalitesi ölçeği olup, değer aralığı 1-5 puan arasındadır ve puan yükseldikçe yaşam kalitesi de iyileşmektedir.

Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği (EORTC QLQ-C30) yaşam kalitesi puan ortalamaları, EORTC QLQ-C30 Scoring Manual Third Edition, 2001 baskısında yayımlanan özel formülasyon kullanılarak hesaplanmıştır (48). Genel iyilik hali puanı; 0-100 arasında değişmektedir; yüksek puan, yüksek genel iyilik halini göstermektedir. İşlevsel ölçek puanları; 0-100 arasında değişmektedir; yüksek puanlar, yüksek işlevsel düzeyleri göstermektedir. Semptom ölçek puanları; 0-100 arasında değişmektedir; yüksek puanlar, semptomların şiddetli olduğunu göstermektedir.

Çalışma grubunun WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi ölçeğinin puan ortalaması 3.5 ± 0.8 , EORTC QLQ-C30 ölçeğinin genel iyilik puanı ortalaması $55,7 \pm 26,6$ olarak bulunmuştur. EORTC QLQ-C30 ölçeğinin işlevsel ile semptom ölçekleri puan ortalamaları Tablo 4.13.'de sunulmaktadır.

Tablo 4.13. WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Ölçeklerinden Çalışma Grubunun Aldığı En Düşük ve En Yüksek Puanlar ile Puan Ortalamalarının Dağılımı

Yaşam Kalitesi Ölçekleri ve Alt Gruplar	Minimum-Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
WHOQOL-8.Tr	(1,4-5)	3,5	0,8
EORTC- QLQ C30 Genel İyilik Hali	(0-100)	55,7	26,6
EORTC QLQ-C30 İşlevsel Ölçekler			
Fiziksel İşlev	(0-100)	62,7	25,9
Rol İşlev	(0-100)	82,3	24,3
Duygusal İşlev	(0-100)	80,8	21,5
Bilişsel İşlev	(16,7-100)	85,4	16,6
Sosyal İşlev	(0-100)	78,8	25,0
EORTC QLQ-C30 Semptom Ölçekleri			
Yorgunluk	(0-100)	43,0	25,0
Bulantı ve Kusma	(0-100)	25,5	21,0
Ağrı	(0-100)	23,5	26,7
Nefes Darlığı	(0-100)	15,4	25,5
Uykusuzluk	(0-100)	30,2	34,2
İştah Kaybı	(0-100)	32,2	34,7
Kabızlık	(0-100)	21,7	27,6
İshal	(0-100)	13,9	22,2
Maddi Zorluk	(0-100)	21,4	31,2

Çalışma grubunu oluşturanların WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi puan ortalamalarının, yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4.14'de

verilmektedir. Yaş gruplarına göre WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,005$), bu anlamlılık özellikle 25-49 yaş arasındaki hastaların, 65-90 yaş arasındaki hastalara göre WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. (post hoc; $p=0,002$).

Yaş gruplarına göre, yaş ortalaması yükseldikçe genel iyilik puan ortalaması düşmektedir. Yaş gruplarındaki genel iyilik puan ortalamaları açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,012$), bu anlamlılık özellikle 25-49 yaş grubunda yer alanların, 65-90 yaş grubunda yer alanlara göre, genel iyilik puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. (post hoc; $p=0,007$).

Yaş gruplarına göre, yaş ortalaması yükseldikçe fiziksel işlev puan ortalaması düşmektedir. Yaş gruplarındaki fiziksel işlev puan ortalamaları açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$), bu anlamlılık özellikle 65-90 yaş grubunda yer alanların, 25-49, 50-57 ile 58-90 yaş gruplarında yer alanlara göre, fiziksel işlev puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p<0.001$, $p=0,001$, $p=0,011$).

Çalışma grubunda yer alan hastaların yaş gruplarına göre, EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin diğer işlevsel ve semptom alt boyutlarının puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.14. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi Ölçekleri ve Alt Boyutları	Yaş Grupları (Ort±SS)				Test	Önemlilik
	25-49 ^a (n=98)	50-57 ^b (n=95)	58-64 ^c (n=89)	65-90 ^d (n=82)	F	p
WHOQOL-8.Tr Genel İyilik Hali	3,7±0,7 61,0±24,6	3,5±0,9 55,4±27,4	3,6±0,7 57,2±23,6	3,3±0,8 48,1±29,7	4,394 3,703	0,005 0,012
İşlevsel Ölçekler						
Fiziksel İşlev	69,1±20,9	65,5±25,3	63,4±24,7	51,3±29,9	8,107	<0,001
Rol İşlev	85,9±22,4	83,2±24,4	80,3±23,9	79,1±26,7	1,430	0,234
Duygusal İşlev	78,8±21,9	81,3±22,7	81,8±21,0	81,6±20,5	0,397	0,756
Bilişsel İşlev	85,4±17,0	85,3±15,7	86,5±16,1	84,3±18,0	0,244	0,866
Sosyal İşlev	79,9±23,4	78,2±26,3	81,3±23,5	75,4±26,9	0,874	0,455
Semptom Ölçekleri						
Yorgunluk	39,9±23,4	42,1±25,4	43,2±24,0	47,4±27,2	1,401	0,242
Bulantı ve Kusma	22,4±20,7	25,8±23,2	24,5±19,3	30,1±20,2	2,069	0,104
Ağrı	22,1±26,1	24,9±28,2	24,0±26,1	23,2±26,9	0,188	0,904
Nefes Darlığı	13,9±22,4	14,4±26,9	13,5±23,4	20,3±29,0	1,347	0,259
Uykusuzluk	28,6±32,5	26,7±32,5	32,2±35,0	34,1±37,4	0,876	0,454
İştah Kaybı	25,5±31,3	31,9±32,9	34,1±36,2	38,6±37,9	2,260	0,081
Kabızlık	20,1±24,8	19,3±26,0	22,5±28,3	25,6±31,6	0,926	0,428
İshal	11,6±19,2	15,1±23,7	16,5±23,1	12,6±22,6	0,948	0,417
Maddi Zorluk	26,2±33,9	22,8±32,0	21,0±30,3	14,6±26,8	2,148	0,094

Bonferroni post-hoc testleri:

p= 0,002 (WHOQOL-8.Tr;a ve d), p= 0,007 (Genel İyilik Hali; a ve d), p<0,001 (Fiziksel İşlev; a ve d), p= 0,001 (Fiziksel İşlev; b ve d), p= 0,011 (Fiziksel İşlev; c ve d),

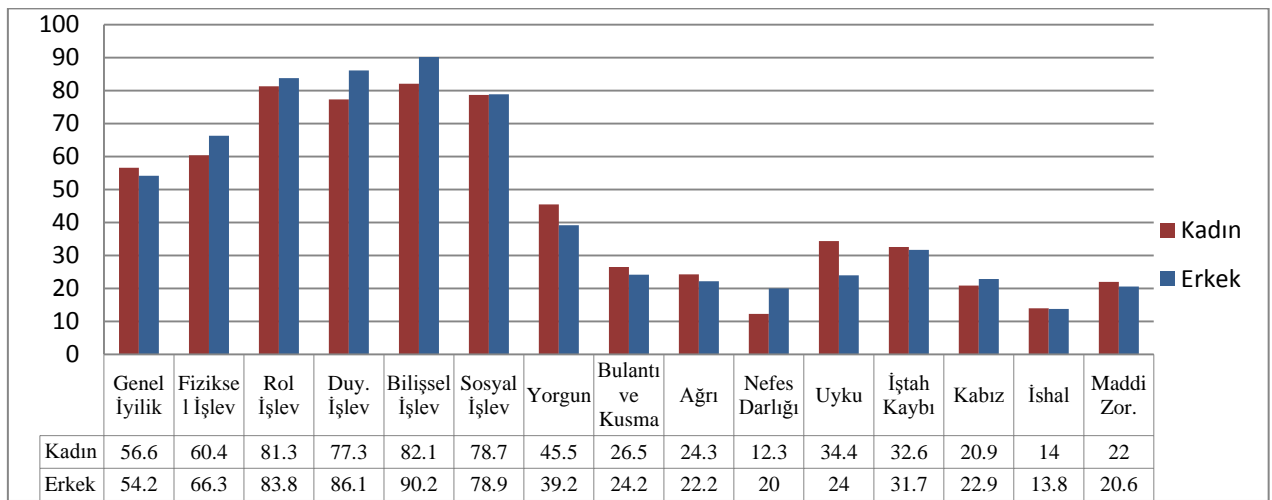
Çalışma grubunun WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi puan ortalamasının cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 4.16'da, EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi puan ortalamalarının cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 4.15. ve Grafik 4.4.'te sunulmaktadır. Erkek hastaların işlevsel ölçeklerdeki; fiziksel, duygusal ve bilişsel işlev puan ortalamaları, kadın hastaların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla; p=0,033, p<0.001, p<0.001).

Erkek hastaların semptom ölçeklerindeki; yorgunluk ve uykusuzluk puan ortalamaları, kadın hastaların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuş (sırasıyla; p=0,018, p=0,004); kadın hastaların nefes darlığı puan ortalaması, erkek hastaların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p=0,005).

Çalışma grubunun cinsiyete göre, WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi ölçek puan ortalaması ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin genel iyilik hali puan ortalaması ile diğer işlev ve semptom alt boyutlarının puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.15. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi Ölçekleri ve Alt Boyutları	Cinsiyet (Ort±SS)		Test	Önemlilik
	Kadın (n=217)	Erkek (n=147)	t	p
WHOQOL-8.Tr	3,5±0,8	3,6±0,8	-0,822	0,412
Genel İyilik Hali	56,6±26,7	54,2±26,6	0,840	0,401
İşlevsel Ölçekler				
Fiziksel İşlev	60,4±25,2	66,3±26,7	-2,136	0,033
Rol İşlev	81,3±24,8	83,8±23,6	-0,972	0,332
Duygusal İşlev	77,3±23,2	86,1±17,6	-3,919	<0,001
Bilişsel İşlev	82,1±18,1	90,2±12,8	-4,717	<0,001
Sosyal İşlev	78,7±25,0	78,9±25,2	-0,070	0,945
Semptom Ölçekleri				
Yorgunluk	45,5±23,8	39,2±26,3	2,369	0,018
Bulantı ve Kusma	26,5±20,9	24,2±21,3	1,045	0,297
Ağrı	24,4±25,5	22,2±28,6	0,770	0,299
Nefes Darlığı	12,3±21,6	20,0±29,9	-2,841	0,005
Uykusuzluk	34,4±36,2	24,0±30,2	2,865	0,004
İştah Kaybı	32,6±34,2	31,7±35,6	0,221	0,826
Kabızlık	20,9±27,3	22,9±28,1	-0,682	0,496
İshal	14,0±21,1	13,8±23,7	0,062	0,951
Maddi Zorluk	22,0±32,1	20,6±29,8	0,399	0,690



Grafik 4.4. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Çalışma grubunu oluşturanların WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi puan ortalamalarının, medeni durumlarına göre dağılımı Tablo 4.16'da sunulmuştur.

Evli hastaların WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi puan ortalamaları, evli olmayanlara göre (bekar, dul, boşanmış) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,032).

Evli hastaların semptom ölçeklerindeki; iştah kaybı puan ortalaması, evli olmayan hastalara göre (bekar, dul, boşanmış) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,037).

Medeni durumlarına göre, EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin genel iyilik hali puan ortalaması ile diğer işlevsel ve semptom alt boyutlarının puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.16. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Medeni Duruma Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi Ölçekleri ve Alt Boyutları	Medeni Durum (Ort±SS)		Test	Önemlilik
	Evli (n=299)	Bekar/Dul/ Boşanmış (n=65)	t	p
WHOQOL-8.Tr	3,6±0,8	3,3±0,8	2,15	0,032
Genel İyilik Hali	56,7±26,2	51,2±28,5	1,513	0,131
İşlevsel Ölçekler				
Fiziksel İşlev	63,5±25,2	59,1±29,0	1,26	0,209
Rol İşlev	82,7±24,0	80,5±25,8	0,646	0,519
Duygusal İşlev	80,5±21,9	82,6±19,9	-0,712	0,477
Bilişsel İşlev	86,1±16,2	82,1±18,2	1,793	0,074
Sosyal İşlev	79,2±25,1	76,9±24,9	0,667	0,505
Semptom Ölçekleri				
Yorgunluk	42,8±24,9	43,6±25,8	-0,217	0,828
Bulantı ve Kusma	25,6±21,3	25,1±19,8	0,178	0,859
Ağrı	23,4±26,9	24,1±26,4	-0,188	0,851
Nefes Darlığı	14,9±25,3	17,4±26,4	-0,715	0,475
Uykusuzluk	29,3±33,9	34,4±35,8	-1,076	0,283
İştah Kaybı	34,0±35,0	24,1±32,5	2,094	0,037
Kabızlık	21,8±27,7	21,0±27,4	0,218	0,827
İshal	14,6±22,5	10,8±20,5	1,265	0,207
Maddi Zorluk	22,5±32,2	16,4±25,8	1,434	0,152

Çalışma grubunu oluşturanların WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi puan ortalamalarının, öğrenim durumlarına göre dağılımı Tablo 4.17'de sunulmuştur. Çalışma grubunda yer alanların öğrenim düzeyleri yükseldikçe WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi puan ortalamaları da artmaktadır. Öğrenim durumu gruplarına göre WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,003$), bu anlamlılık, özellikle okur yazar olmayan/okur yazar grubunda yer alanların, ortaokul/lise ile yüksek okul ve üstü gruplarında yer alanlara göre WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p=0,030$, $p=0,005$).

Çalışma grubunda öğrenim durumu yükseldikçe fiziksel işlev puan ortalamaları da yükselmektedir. Öğrenim durumu gruplarının fiziksel işlev puan ortalamaları açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$), bu anlamlılık özellikle okur yazar olmayan/okur yazar grubundakilerin; ilkokul, ortaokul/lise ile yüksek okul/ve üstü gruplarında yer alanlara göre fiziksel işlev puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p=0,006$, $p<0.001$, $p=0,002$).

Öğrenim durumu gruplarının iştah kaybı puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,015$), bu anlamlılık özellikle okur yazar olmayan/okur yazar grubundakilerin, ortaokul/lise grubunda yer alanlara göre iştah kaybı semptom puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (post hoc; $p=0,014$).

Çalışma grubunda yer alan hastaların öğrenim durumu yükseldikçe maddi zorluk puan ortalamaları düşmektedir. Öğrenim durumu gruplarının maddi zorluk puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,018$).

Çalışma grubunu oluşturanların öğrenim durumlarına göre, EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin genel iyilik hali puan ortalaması ile diğer işlevsel ve semptom alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.17. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi Ölçekleri ve Alt Boyutları	Öğrenim Durumu (Ort±SS)				Test	Önemlilik
	¹ OYD/OY ^a (n=68)	İlkokul ^b (n=189)	Ortaokul/lise ^c (n=80)	Yüksekoku l/ve Üstü ^d (n=27)	F	p
WHOQOL-8.Tr	3,2±0,8	3,5±0,8	3,6±0,8	3,8±0,8	4,674	0,003
Genel İyilik Hali	50,7±27,6	55,8±25,8	56,9±27,0	63,9±28,0	1,700	0,167
İşlevsel İşlev Ölçekler						
Fiziksel	50,9±29,0	62,7±23,2	69,8±25,7	71,9±27,0	8,314	<0,001
Rol İşlev	78,7±27,4	82,8±23,2	83,3±25,2	84,6±21,1	0,654	0,581
Duygusal İşlev	78,9±21,5	81,6±20,8	79,7±23,0	83,6±22,7	0,487	0,691
Bilişsel İşlev	82,1±18,3	85,7±17,1	85,6±15,2	90,7±11,6	1,857	0,137
Sosyal İşlev	76,2±28,8	80,8±23,6	76,3±25,7	79,0±22,5	0,910	0,436
Semptom Ölçekleri						
Yorgunluk	48,5±24,0	43,2±23,4	39,6±27,6	37,9±28,6	2,004	0,113
Bulantı ve Kusma	29,4±21,4	25,9±20,4	23,5±22,3	19,1±20,0	1,876	0,133
Ağrı	28,7±25,4	22,4±26,3	23,8±29,1	17,9±25,7	1,354	0,257
Nefes Darlığı	15,7±25,4	13,8±23,0	20,4±31,6	11,1±20,7	1,558	0,199
Uykusuzluk	32,8±38,8	31,2±33,4	26,2±33,4	28,4±30,2	0,569	0,636
İştah Kaybı	43,6±36,1	31,4±34,8	26,2±31,7	27,2±34,6	3,537	0,015
Kabızlık	23,0±28,4	22,0±28,0	22,1±28,0	14,8±21,4	0,627	0,598
İshal	14,7±21,1	14,1±22,0	13,7±22,9	11,1±24,5	0,178	0,911
Maddi Zorluk	27,5±36,4	23,5±31,8	15,4±26,0	9,9±20,3	3,406	0,018

¹Okur yazar değil/Okur yazar

Bonferroni post-hoc testleri:

p= 0,030 (WHOQOL-8.Tr; a ve c), p= 0,005 (WHOQOL-8.Tr; a ve d), p= 0,006 (Fiziksel İşlev; a ve b), p<0,001 (Fiziksel İşlev; a ve c), p= 0,002 (Fiziksel İşlev; a ve d), p= 0,014 (İştah Kaybı; a ve c)

Hastaların WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi puan ortalamalarının, çalışma durumlarına göre dağılımı Tablo 4.18’de sunulmuştur.

Çalışma durumu grupları arasında WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,004). Bu farklılık özellikle çalışan hastaların WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi puan ortalamalarının, işsiz ve ev hanımı gruplarında yer alanlara göre yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; p=0,031, p=0,006).

Çalışma durumu grupları arasında fiziksel işlev puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001). Bu anlamlılık ev hanımı grubunda yer alanların fiziksel işlev puan ortalamalarının; çalışanlara göre düşük olmasından kaynaklanmaktadır (post hoc; p=0,001).

Çalışma durumu gruplarının rol işlevi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,036$).

Çalışma durumu gruplarının duygusal işlev puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır, ($p=0,004$) bu farklılık özellikle ev hanımı grubunda yer alanların duygusal işlev puan ortalamalarının; emeklilere göre düşük olmasından kaynaklanmaktadır (post hoc; $p=0,014$).

Çalışma durumu gruplarının bilişsel işlev puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$). Bu farklılık özellikle ev hanımı grubunda yer alanların bilişsel işlev puan ortalamalarının; emekli ve çalışan gruplarında yer alanlara göre düşük olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p=0,001$, $p=0,028$).

Çalışma durumu gruplarına göre hastaların sosyal işlev puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,004$), bu farklılık özellikle işsiz olanların sosyal işlev puan ortalamalarının; ev hanımı, emekli ve çalışanlara göre düşük olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p=0,024$, $p=0,002$, $p=0,026$).

Çalışma durumu gruplarına göre hastaların yorgunluk semptomu puan ortalamaları açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,009$), bu anlamlılık özellikle ev hanımı grubunda yer alanların yorgunluk semptomu puan ortalamalarının; çalışan grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (post hoc; $p=0,008$).

Çalışma durumu gruplarının maddi zorluk puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0.001$). Bu farklılık özellikle işsiz grubunda yer alanların puan ortalamalarının; ev hanımı, emekli ve çalışan gruplarındakilere, ayrıca ev hanımı grubunda yer alanların puan ortalamalarının emekli grubunda yer alanlara göre yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p=0,001$, $p<0.001$, $p=0,004$, $p=0,020$).

Çalışma durumu gruplarının, EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin genel iyilik hali puan ortalaması ile diğer işlevsel ve semptom alt boyutlarının puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.18. Hastaların WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi Ölçekleri ve Alt Boyutları	Çalışma Durumu (Ort±SS)				Test	Önemlilik
	İşsiz ^a (n=23)	Ev Hanımı ^b (n=185)	Emekli ^c (n=102)	Çalışan ^d (n=54)	F	p
WHOQOL-8.Tr	3,3±0,6	3,4±0,8	3,6±0,8	3,8±0,8	4,552	0,004
Genel İyilik Hali	47,5±18,7	55,5±26,1	54,7±7,2	61,4±29,5	1,618	0,185
İşlevsel Ölçekler						
Fiziksel İşlev	63,2±23,8	58,2±24,6	65,0±28,2	73,8±23,5	5,607	0,001
Rol İşlev	73,9±29,7	80,6±25,0	83,3±23,3	89,5±19,8	2,886	0,036
Duygusal İşlev	84,8±15,2	76,8±22,2	84,8±20,8	85,5±20,9	4,543	0,004
Bilişsel İşlev	89,9±13,0	81,7±18,3	89,2±13,6	88,9±14,5	6,443	<0,001
Sosyal İşlev	62,3±24,2	78,1±24,4	83,2±24,1	79,9±26,6	4,579	0,004
Semptom Ölçekleri						
Yorgunluk	44,0±20,2	46,7±23,3	40,6±28,0	34,4±24,5	3,878	0,009
Bulantı ve Kusma	26,1±21,8	27,7±20,6	24,8±21,8	19,4±19,9	2,200	0,088
Ağrı	32,6±30,4	24,5±24,5	22,2±29,9	18,8±26,1	1,609	0,187
Nefes Darlığı	27,5±35,7	13,0±22,0	17,6±29,9	14,2±21,1	2,634	0,050
Uykusuzluk	15,9±28,2	34,6±36,0	29,1±33,4	23,5±29,4	3,135	0,026
İştah Kaybı	39,1±37,1	33,9±34,3	29,1±36,5	29,6±31,5	0,820	0,483
Kabızlık	29,0±29,0	22,2±28,4	22,2±26,7	16,0±25,7	1,323	0,267
İshal	21,7±25,8	13,9±21,0	13,1±23,1	12,3±22,7	1,096	0,351
Maddi Zorluk	47,8±31,5	23,1±32,5	12,1±23,8	22,2±31,7	9,326	<0,001

Bonferroni post-hoc testleri:

p= 0,031 (WHOQOL-8.Tr; a ve d), p= 0,006 (WHOQOL-8.Tr; b ve d),

p= 0,001 (Fiziksel İşlev; b ve d), p= 0,014 (Duygusal İşlev; b ve c)

p= 0,001 (Bilişsel İşlev; b ve c), p= 0,028 (Bilişsel İşlev; b ve d)

p= 0,024 (Sosyal İşlev; a ve b), p= 0,002 (Sosyal İşlev; a ve c),

p= 0,026 (Sosyal İşlev; a ve d), p= 0,08 (Yorgunluk; b ve d),

p= 0,001 (Maddi Zorluk; a ve b), p<0,001 (Maddi Zorluk; a ve c)

p= 0,004 (Maddi Zorluk; a ve d), p= 0,020 (Maddi Zorluk; b ve c)

Çalışma grubunu oluşturanların WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi puan ortalamalarının, ekonomik durum algılarına göre dağılımı Tablo 4.19’da sunulmuştur.

Algılanan ekonomik durum gruplarına göre, hastaların ekonomik durumları yükseldikçe WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi puan ortalamaları da artmaktadır. Algılanan ekonomik durum gruplarına göre WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$). Bu farklılık özellikle ekonomik durumunu “kötü/çok kötü” olarak algılayanların WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi puan ortalamalarının, “orta” ile “iyi/çok iyi” olarak algılayanlara, ayrıca “orta” olarak algılayanların puan ortalamalarının, “iyi/çok iyi” olarak algılayanlara göre düşük olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$).

Hastaların algılamalarına göre ekonomik durumları yükseldikçe genel iyilik hali puan ortalamaları da artmaktadır. Ekonomik durum algısı gruplarının genel iyilik hali puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$). Bu farklılık özellikle ekonomik durumunu “kötü/çok kötü” olarak algılayanların genel iyilik hali puan ortalamalarının, “iyi/çok iyi” olarak algılayanlara göre düşük olmasından kaynaklanmaktadır (post hoc; $p<0.001$).

Çalışma grubunu oluşturanların algılamalarına göre ekonomik durumları yükseldikçe fiziksel işlev puan ortalamaları da artmaktadır. Ekonomik durum algısı gruplarının fiziksel işlev puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$). Bu farklılık özellikle ekonomik durumunu “kötü/çok kötü” olarak algılayanların fiziksel işlev puan ortalamalarının, “orta” ile “iyi/çok iyi” olarak algılayanlara göre düşük olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p=0,034$, $p=0,001$).

Hastaların algılamalarına göre ekonomik durumları yükseldikçe duygusal işlev puan ortalamaları da artmaktadır. Ekonomik durum algısı gruplarının duygusal İşlev puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,022$). Bu farklılık özellikle ekonomik durumunu “kötü/çok kötü” olarak algılayanların duygusal işlev puan ortalamalarının, “iyi/çok iyi” olarak algılayanlara göre düşük olmasından kaynaklanmaktadır (post hoc; $p=0,025$).

Çalışma grubunu oluşturanların algılamalarına göre ekonomik durumları yükseldikçe, bilişsel işlev puan ortalamaları da artmaktadır. Ekonomik durum algısı gruplarının bilişsel işlev puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,002$). Bu farklılık özellikle ekonomik durumunu “kötü/çok kötü” olarak algılayanların bilişsel işlev puan ortalamalarının, “iyi/çok iyi” olarak algılayanlara göre düşük olmasından kaynaklanmaktadır (post hoc; $p=0,002$).

Algıladıkları ekonomik duruma göre hastaların sosyal işlev puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$), bu anlamlılık özellikle ekonomik durumunu kötü/çok kötü bulanların, orta ile iyi/çok iyi bulanlara göre sosyal işlev puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p<0.001$, $p=0,006$).

Algıladıkları ekonomik duruma göre, hastaların ekonomik durumları iyileştikçe yorgunluk semptomu puan ortalamaları düşmektedir. Ekonomik durum algısı gruplarına göre hastaların yorgunluk semptomu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,020$), bu anlamlılık özellikle kötü/çok kötü grubunda yer alanların, orta ile iyi/çok iyi gruplarında yer alanlara göre yorgunluk semptomu puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p=0,032$, $p=0,036$).

Çalışma grubunu oluşturanların algılamalarına göre ekonomik durumları iyileştikçe bulantı- kusma semptomu puan ortalamaları düşmektedir. Ekonomik durum algısı gruplarına göre hastaların bulantı- kusma semptomu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,024$), bu anlamlılık özellikle kötü/çok kötü grubunda yer alanların, iyi/çok iyi grubunda yer alanlara göre bulantı- kusma semptomu puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (post hoc; $p=0,019$).

Çalışma grubunu oluşturanların algılamalarına göre ekonomik durumları iyileştikçe ağrı semptomu puan ortalamaları düşmektedir. Ekonomik durum algısı gruplarına göre hastaların ağrı semptomu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$), bu anlamlılık özellikle kötü/çok kötü grubunda yer

alanların, orta ile iyi/çok iyi gruplarında yer alanlara göre ağrı semptomu puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p<0.001$, $p=0,001$)

Ekonomik durum algısı gruplarına göre hastaların kabızlık semptomu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,042$).

Çalışma grubunu oluşturanların algılamalarına göre ekonomik durumları iyileştikçe maddi zorluk puan ortalamaları düşmektedir. Ekonomik durum algısı gruplarına göre hastaların maddi zorluk puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$), bu anlamlılık özellikle kötü/çok kötü grubunda yer alanların, orta ile iyi/çok iyi gruplarında yer alanlara ayrıca orta grubundaki hastaların iyi/çok iyi gurundaki hastalara göre maddi zorluk puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$).

Ekonomik durum algısı gruplarının, EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin diğer işlevsel ve semptom alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.19. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Algılanan Ekonomik Durumlarına Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi Ölçekleri ve Alt Boyutları	Algılanan Ekonomik Durum (Ort±SS)			Test F	Önemlilik p
	Kötü/ Çok Kötü ^a (n=74)	Orta ^b (n=199)	İyi/ Çok İyi ^c (n=91)		
WHOQOL-8.Tr	3,0±0,8	3,5±0,7	3,9±0,7	30,147	<0,001
Genel İyilik Hali	47,2±26,7	55,4±26,0	63,1±26,2	7,561	0,001
İşlevsel Ölçekler					
Fiziksel İşlev	54,2±26,9	63,1±25,0	68,9±25,5	6,804	0,001
Rol İşlev	78,4±28,4	84,5±22,8	80,6±23,7	2,016	0,135
Duygusal İşlev	76,9±24,7	80,0±21,0	85,8±19,3	3,847	0,022
Bilişsel İşlev	79,5±18,8	86,2±16,2	88,5±14,4	6,609	0,002
Sosyal İşlev	68,2±29,2	82,1±22,1	80,2±25,3	8,803	<0,001
Semptom Ölçekleri					
Yorgunluk	50,2±26,2	41,5±24,4	40,4±24,7	3,937	0,020
Bulantı ve Kusma	30,4±21,6	25,6±20,6	21,4±20,8	3,774	0,024
Ağrı	35,1±30,9	20,9±23,2	19,8±28,1	9,177	<0,001
Nefes Darlığı	20,7±32,0	13,6±23,5	15,0±23,4	2,148	0,118
Uykusuzluk	34,2±35,7	30,5±34,8	26,4±31,6	1,09	0,337
İştah Kaybı	36,5±35,0	33,8±35,8	25,3±31,2	2,619	0,074
Kabızlık	28,8±31,9	20,3±26,7	19,0±24,9	3,197	0,042
İshal	14,0±23,4	12,9±21,1	16,1±23,5	0,657	0,519
Maddi Zorluk	39,2±41,4	21,8±27,9	6,2±17,9	25,978	<0,001

Bonferroni post-hoc testleri:

p<0,001 (WHOQOL-8.Tr; a ve b), p<0,001 (WHOQOL-8.Tr; a ve c)

p<0,001 (WHOQOL-8.Tr; b ve c), p<0,001 (Genel İyilik Hali; a ve c)

p= 0,034 (Fiziksel İşlev; a ve b), p= 0,001 (Fiziksel İşlev; a ve c)

p= 0,025 (Duygusal İşlev; a ve c), p= 0,009 (Bilişsel İşlev; a ve b)

p= 0,002 (Bilişsel İşlev; a ve c), p<0,001 (Sosyal İşlev; a ve b)

p= 0,006 (Sosyal İşlev; a ve c), p= 0,032 (Yorgunluk; a ve b)

p= 0,038 (Yorgunluk; a ve c), p= 0,019 (Bulantı ve Kusma; a ve c)

p<0,001 (Ağrı; a ve b), p= 0,001 (Ağrı; a ve c), p<0,001 (Maddi Zorluk; a ve b),

p<0,001 (Maddi Zorluk; a ve c), p<0,001 (Maddi Zorluk; b ve c)

Çalışma grubundaki hastaların aile tipi çekirdek (n=327) ve geniş (n=37) aile oluşlarına ve evde yalnız başına yaşayan hastaların (n=20), yaşamayanlara (n=344) göre; WHOQOL -8.Tr ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ve diğer işlevsel ve semptom alt boyutlarının puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

Çalışma grubunda sürekli ikamet ettiği yer Ankara içi olanların (n=169), Ankara dışı olan gruba göre (n=194) maddi zorluk puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p=0,020). Sürekli ikamet ettiği yer Ankara içi ve dışı olanlar

arasında, WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi ölçek puan ortalaması ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin genel iyilik hali puan ortalaması ile diğer işlevsel ve semptom alt boyutlarının puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışma grubunu oluşturanların halen yaşadığı yer, il ($n=221$), ilçe ($n=95$) ve köy ($n=48$) olmasına göre; maddi zorluk puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$), bu anlamlılık özellikle halen yaşadığı yeri köy olarak belirtenlerin, ilçe ve il olarak belirtenlere göre maddi zorluk puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p=0,012$, $p<0.001$). Halen yaşadığı yer gruplarında WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi ölçek puan ortalaması ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin genel iyilik hali puan ortalaması ile diğer işlevsel ve semptom alt boyutlarının puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışma grubunda yer alan hastaların WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi puan ortalamalarının, yetiştiği yer özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.20'de sunulmuştur.

Yetiştirildiği yere göre hastaların WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$), bu anlamlılık özellikle köyde yetişenlerin, ilçe ve il'de yetişenlere göre WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p=0,006$, $p=0,006$).

Yetiştirildiği yere göre hastaların genel iyilik hali puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,009$), bu anlamlılık özellikle yetiştiği yeri köy olarak bildiren hastaların, ilçe olarak bildiren hastalara göre genel iyilik hali puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklanmaktadır (post hoc; $p=0,014$).

Yetiştiği yere göre hastaların fiziksel işlev puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$), bu anlamlılık özellikle yetiştiği yeri köy olarak bildiren hastaların, ilçe ve il olarak bildiren hastalara göre fiziksel işlev puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p=0,001$, $p<0.001$).

Yetiştiği yere göre hastaların bulantı- kusma semptomu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,025$), bu anlamlılık özellikle yetiştiği yeri köy olarak bildiren hastaların, il olarak bildiren hastalara göre bulantı- kusma semptomu puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (post hoc; $p=0,022$).

Yetiştiği yere göre hastaların ağrı semptomu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,034$).

Yetiştiği yere göre hastaların kabızlık semptomu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,044$), bu anlamlılık özellikle yetiştiği yeri köy olarak bildiren hastaların, ilçe olarak bildiren hastalara göre kabızlık semptomu puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklanmaktadır (post hoc; $p=0,038$).

Yetiştiği yere göre hastaların maddi zorluk puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,020$), bu anlamlılık özellikle yetiştiği yeri köy olarak bildiren hastaların, il olarak bildiren hastalara göre maddi zorluk puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (post hoc; $p=0,016$).

Yetiştiği yere göre EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi leğinin diğer işlevsel ve semptom alt boyutlarının puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.20. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Yetiştığı Yer Özelliklerine Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi Ölçekleri ve Alt Boyutları	Yetiştığı Yer (Ort±SS)			Test	Önemlilik
	İl ^a (n=74)	İlçe ^b (n=199)	Köy ^c (n=91)	F	p
WHOQOL-8.Tr	3,7±0,7	3,7±0,8	3,4±0,8	7,313	0,001
Genel İyilik Hali	58,3±26,1	61,8±27,3	51,6±26,1	4,806	0,009
İşlevsel Ölçekler					
Fiziksel İşlev	70,1±22,6	68,8±23,4	56,0±27,1	13,200	<0,001
Rol İşlev	83,2±24,9	82,2±22,0	81,8±25,0	0,108	0,897
Duygusal İşlev	84,0±20,1	80,0±22,2	79,4±22,0	1,589	0,206
Bilişsel İşlev	87,3±16,9	83,3±17,6	85,2±16,0	1,295	0,275
Sosyal İşlev	80,2±23,9	80,3±22,2	77,4±26,7	0,565	0,569
Semptom Ölçekleri					
Yorgunluk	40,7±26,6	38,9±24,4	46,0±24,1	2,764	0,064
Bulantı ve Kusma	21,4±19,8	24,6±22,7	28,3±20,7	3,744	0,025
Ağrı	19,5±27,8	20,4±25,5	27,1±26,3	3,407	0,034
Nefes Darlığı	16,5±27,4	13,2±23,1	15,7±25,4	0,401	0,670
Uykusuzluk	26,7±31,8	33,3±36,1	31,0±34,8	0,923	0,398
İştah Kaybı	26,3±34,5	31,6±35,7	35,9±34,1	2,556	0,079
Kabızlık	21,3±27,8	28,5±29,7	19,1±26,2	3,161	0,044
İshal	13,3±22,9	14,0±22,0	14,2±21,9	0,053	0,948
Maddi Zorluk	14,9±27,7	20,6±27,2	25,5±34,0	3,937	0,020

Bonferroni post-hoc testleri:

p= 0,006 (WHOQOL-8.Tr;a ve c), p= 0,006 (WHOQOL-8.Tr; b ve c)

p= 0,014 (Genel İyilik Hali; b ve c), p<0,001 (Fiziksel İşlev; a ve c),

p= 0,001 (Fiziksel İşlev; b ve c), p= 0,022 (Bulantı ve Kusma; a ve c),

p= 0,038 (Kabızlık; b ve c), p= 0,016 (Maddi Zorluk; a ve c).

Çalışmanın yapıldığı yerler olan A.Ü.T.F.H. (n=95) ve A.Y.A.O.E.A.H.'ne (n=269) göre WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi ölçek puan ortalaması ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin genel iyilik hali puan ortalaması ile diğer işlevsel ve semptom alt boyutlarının puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Çalışma grubunda yer alan hastaların WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi puan ortalamasının tanı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.22'de ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi puan ortalamalarının, tanı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.21. ve Grafik 4.5'te sunulmuştur.

Hastalık tanılarına göre, bilişsel işlev puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,014).

Hastalık tanılarına göre nefes darlığı semptom puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$), bu anlamlılık özellikle akciğer kanseri hastalarının, meme, kolorektal ve mide kanseri hastalarına göre nefes darlığı semptom puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$).

Hastalık tanılarına göre iştah kaybı semptom puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$), bu anlamlılık özellikle mide kanseri hastalarının, meme, kolorektal ve akciğer kanseri hastalarına göre iştah kaybı semptom puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$).

Hastalık tanılarına göre ishal semptom puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$), bu anlamlılık özellikle kolorektal kanserli hastaların, meme ve akciğer kanseri hastalarına göre ishal semptom puan ortalamalarının istatistiksel olarak yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p<0.001$, $p<0.001$).

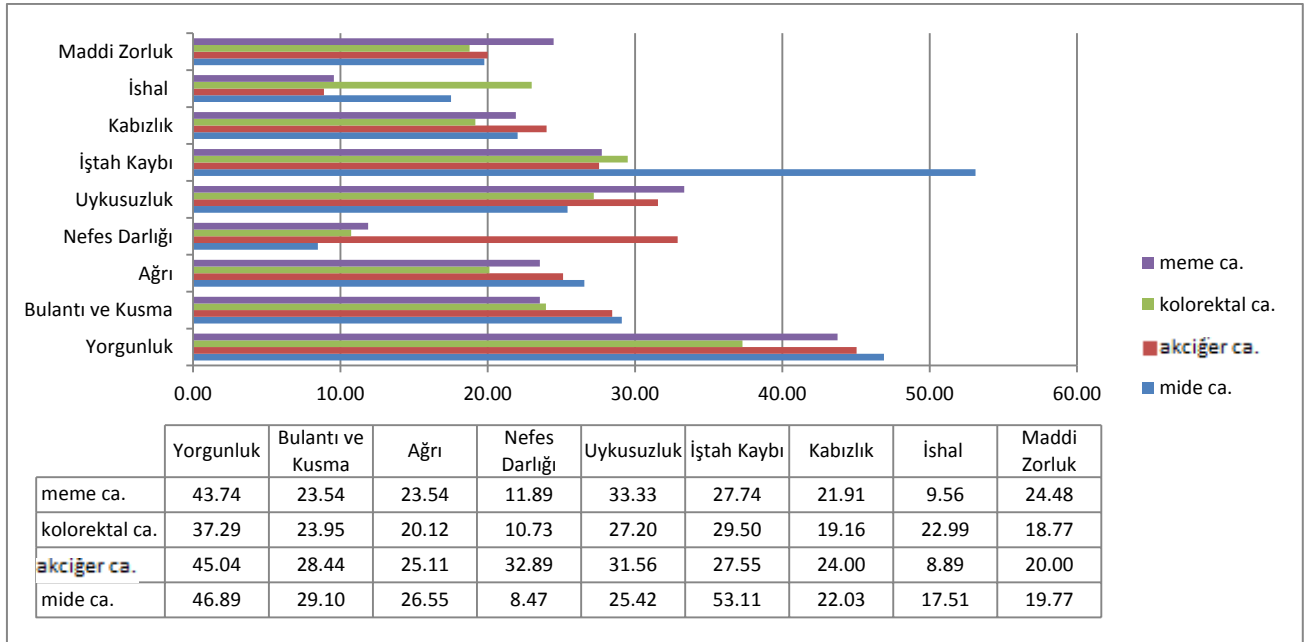
Hastalık tanılarına göre WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi ölçek puan ortalaması ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin genel iyilik hali puan ortalaması ile diğer işlevsel ve semptom alt boyutlarının puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.21. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Tanı Özelliklerine Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi Ölçekleri ve Alt Boyutları	Tanı (Ort±SS)				Test F	Önemlilik p
	Meme ^a (n=143)	Kolorektal ^b (n=87)	Akciğer ^c (n=75)	Mide ^d (n=59)		
WHOQOL-8.Tr	3,5±0,8	3,6±0,8	3,5±0,8	3,5±0,7	0,418	0,740
Genel İyi Hali	58,0±27,3	56,8±25,0	52,0±28,1	53,1±25,2	1,069	0,362
İşlevsel Ölçekler						
Fiziksel İşlev	61,6±25,0	65,7±26,0	60,8±27,3	63,6±26,6	0,645	0,587
Rol İşlev	83,3±23,7	80,8±26,1	82,0±24,6	82,2±23,3	0,193	0,901
Duygusal İşlev	77,4±21,4	82,7±20,2	85,2±20,4	80,9±24,2	2,496	0,060
Bilişsel İşlev	81,9±18,1	87,0±16,9	87,8±15,1	88,4±12,9	3,562	0,014
Sosyal İşlev	78,8±25,5	79,3±23,3	81,3±23,2	74,9±28,4	0,755	0,520
Semptom Ölçekleri						
Yorgunluk	43,7±23,3	37,3±26,0	45,0±26,7	46,9±24,6	2,216	0,086
Bulantı ve Kusma	23,5±18,2	23,9±21,7	28,4±20,8	29,1±26,0	1,643	0,179
Ağrı	23,5±24,3	20,1±27,0	25,1±29,6	26,6±28,4	0,809	0,490
Nefes Darlığı	11,9±20,7	10,7±23,6	32,9±29,6	8,5±18,1	17,092	<0,001
Uykusuzluk	33,3±34,9	27,2±35,4	31,6±30,9	25,4±34,7	1,044	0,373
İştah Kaybı	27,7±31,4	29,5±35,0	27,6±33,1	53,1±37,2	9,119	<0,001
Kabızlık	21,9±28,6	19,2±25,7	24,0±26,6	22,0±29,4	0,424	0,736
İshal	9,6±18,0	23,0±25,6	8,9±20,0	17,5±24,3	9,072	<0,001
Maddi Zorluk	24,5±34,0	18,8±27,2	20,0±29,0	19,8±32,2	0,772	0,510

Bonferroni post-hoc testleri:

p<0,001 (Nefes Darlığı; c ve a), p<0,001 (Nefes Darlığı; c ve b), p<0,001 (Nefes Darlığı; c ve d), p<0,001 (İştah Kaybı; d ve a), p<0,001 (İştah Kaybı; d ve b), p<0,001 (İştah Kaybı; d ve c), p<0,001 (İshal; b ve a), p<0,001 (İshal; b ve c)



Grafik 4.5. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyut Puan Ortalamalarının, Tanı Özelliklerine Göre Dağılımı

Çalışma grubunda yer alan hastaların WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi puan ortalamalarının, ayaktan ya da yatan hasta olma durumlarına göre dağılımı Tablo 4.22’de sunulmuştur.

Ayaktan tedavi gören hastaların, yatan hastalara göre fiziksel işlev ve rol işlev puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek (sırasıyla; $p=0,030$, $p=0,047$), ağrı semptomu puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p=0,001$).

Hastaların ayaktan ya da yatan olması durumu ile WHOQOL -8.Tr ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ve diğer işlevsel ve semptom alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.22. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Ayaktan ya da Yatan Hasta Oluşuna Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi Ölçekleri ve Alt Boyutları	Ayaktan ya da Yatan Hasta Olma Durumu (Ort±SS)		Test t	Önemlilik p
	Ayaktan (n=193)	Yatan (n=171)		
WHOQOL-8.Tr	3,6±0,8	3,5±0,8	1,375	0,170
Genel İyi Hali	55,9±25,6	55,5±27,8	0,148	0,883
İşlevsel Ölçekler				
Fiziksel İşlev	63,9±25,9	61,4±26,0	0,903	0,367
Rol İşlev	84,9±22,3	79,3±26,2	2,184	0,030
Duygusal İşlev	81,3±20,5	80,3±22,7	0,478	0,633
Bilişsel İşlev	83,8±17,1	87,2±15,9	-1,993	0,047
Sosyal İşlev	79,4±22,8	78,1±27,4	0,524	0,601
Semptom Ölçekleri				
Yorgunluk	43,9±24,8	42,0±25,2	0,72	0,472
Bulantı ve Kusma	24,8±20,3	26,4±21,8	-0,737	0,462
Ağrı	19,3±24,6	28,3±28,4	-3,214	0,001
Nefes Darlığı	14,3±24,5	16,6±26,7	-0,834	0,405
Uykusuzluk	28,7±31,7	32,0±36,9	-0,917	0,360
İştah Kaybı	29,4±32,3	35,5±37,1	-1,682	0,093
Kabızlık	19,9±24,8	23,8±30,4	-1,355	0,176
İshal	13,6±21,1	14,2±23,4	-0,251	0,802
Maddi Zorluk	19,3±29,4	23,8±33,0	-1,357	0,176

Çalışma grubunda yer alan hastaların WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi puan ortalamalarının, hastalıklarının primer ya da metastatik olma durumlarına göre dağılımı Tablo 4.23’de sunulmuştur.

Hastalıkları organa sınırlı olanların, metastatik olanlara göre genel iyilik hali puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek ($p=0,001$), yorgunluk semptomu puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p=0,004$).

Hastalıkları organa sınırlı olanların, metastatik olanlara göre WHOQOL -8.Tr ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ve diğer işlevsel ve semptom alt boyutlarının puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.23. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Hastalığın Primer ya da Metastatik Olma Durumuna Göre Dağılımı

Yaşam kalitesi ölçekleri ve alt boyutları	Kanserin Primer ya da Metastatik Olma Durumu (Ort±SS)		Test	Önemlilik
	Ayaktan (n=61)	Yatan (n=94)	t	p
Whoqol-8.tr	3,6±0,8	3,3±0,8	1,779	0,077
Genel iyilik hali	63,0±23,5	49,3±26,5	3,281	0,001
İşlevsel ölçekler				
Fiziksel İşlev	65,7±25,6	59,8±27,6	1,336	0,183
Rol İşlev	75,4±26,5	76,4±28,0	-0,224	0,823
Duygusal işlev	83,3±19,6	78,4±23,1	1,384	0,168
Bilişsel İşlev	85,2±14,9	85,8±16,6	-0,217	0,828
Sosyal İşlev	76,8±24,4	79,4±25,0	-0,653	0,515
Semptom ölçekleri				
Yorgunluk	38,1±20,4	49,9±26,9	-2,924	0,004
Bulantı ve kusma	25,4±23,1	29,8±23,6	-1,139	0,256
Ağrı	23,5±24,8	29,8±30,1	-1,359	0,176
Nefes darlığı	12,6±20,3	17,4±28,0	-1,158	0,249
Uykusuzluk	26,2±36,1	30,1±31,3	-0,715	0,475
İştah kaybı	28,4±34,3	35,8±34,0	-1,32	0,189
Kabızlık	24,6±29,1	20,6±26,8	0,882	0,379
İshal	11,5±19,1	16,3±23,3	-1,351	0,179
Maddi zorluk	20,8±29,9	23,4±32,4	-0,511	0,610

Çalışma grubunda yer alan hastaların WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi puan ortalamalarının, tanı sonrası geçen süre özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.24’de sunulmuştur.

Tanı sonrası geçen süre özelliklerine göre, süre artıkça WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi puan ortalamaları düşmektedir. Tanı sonrası geçen süre özelliklerine göre hastaların WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$), bu anlamlılık özellikle tanı sonrası geçen süre beş yıl üzerinde olanların, bir yıl altı ve bir-beş yıl gruplarında yer alanlara göre WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p<0.001$, $p=0,017$).

Tanı sonrası geçen süre özelliklerine göre, süre artıkça genel iyilik hali puan ortalamaları düşmektedir. Tanı sonrası geçen süre özelliklerine göre hastaların genel iyilik hali puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$), bu anlamlılık özellikle tanı sonrası geçen süre beş yıl üzerinde olanların, bir yıl altı ve bir-beş yıl gruplarında yer alanlara göre genel iyilik hali puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p<0.001$, $p=0,002$).

Tanı sonrası geçen süre özelliklerine göre, süre artıkça fiziksel işlev puan ortalamaları düşmektedir. Tanı sonrası geçen süre özelliklerine göre hastaların fiziksel semptom puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$), bu anlamlılık özellikle tanı sonrası geçen süre beş yıl ve üzerinde olanların, bir yıl altı ve bir-beş yıl gruplarında yer alanlara göre fiziksel işlev puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p=0,007$, $p=0,021$).

Tanı sonrası geçen süre özelliklerine göre, süre artıkça rol işlev puan ortalamaları düşmektedir. Tanı sonrası geçen süre özelliklerine göre hastaların fiziksel işlev puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$), bu anlamlılık özellikle tanı sonrası geçen süre beş yıl üzerinde olanların, bir yıl altı ve

bir-beş yıl gruplarında yer alanlara göre fiziksel işlev puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p=0,013$, $p=0,012$).

Tanı sonrası geçen süre özelliklerine göre, süre artıkça bilişsel işlev puan ortalamaları düşmektedir. Tanı sonrası süre gruplamasına göre hastaların bilişsel işlev puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,022$).

Tanı sonrası geçen süre özelliklerine göre, süre artıkça sosyal işlev puan ortalamaları düşmektedir. Tanı sonrası geçen süre özelliklerine göre hastaların sosyal işlev puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$), bu anlamlılık özellikle tanı sonrası geçen süre beş yıl üzerinde olanların, bir yıl altı grubunda yer alanlara göre sosyal işlev puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklanmaktadır (post hoc; $p=0,003$).

Tanı sonrası geçen süre özelliklerine göre, süre artıkça yorgunluk semptom puan ortalamaları artmaktadır. Tanı sonrası geçen süre özelliklerine göre hastaların yorgunluk semptom puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,003$), bu anlamlılık özellikle tanı sonrası geçen süre beş yıl üzerinde olanların, bir yıl altı grubunda yer alanlara göre yorgunluk semptom puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (post hoc; $p=0,004$).

Tanı sonrası geçen süre özelliklerine göre, süre artıkça bulantı-kusma semptom puan ortalamaları artmaktadır. Buna göre bulantı-kusma semptom puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,002$), bu anlamlılık özellikle tanı sonrası geçen süre beş yıl üzerinde olanların, bir yıl altı ve bir-beş yıl gruplarında yer alanlara göre bulantı-kusma semptom puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p=0,002$, $p=0,013$).

Tanı sonrası geçen süre özelliklerine göre, süre artıkça ağrı semptom puan ortalamaları artmaktadır. Ağrı semptom puan ortalamaları açısından istatistiksel

olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$), bu anlamlılık özellikle tanı sonrası geçen süre beş yıl üzerinde olanların, bir yıl altı ve bir-beş yıl gruplarında yer alanlara göre ağrı semptom puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p<0.001$, $p=0,002$).

Tanı sonrası geçen süre özelliklerine göre, süre artıkça nefes darlığı semptom puan ortalamaları artmaktadır. Nefes darlığı semptom puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$), bu anlamlılık özellikle tanı sonrası geçen süre beş yıl üzerinde olanların, bir yıl altı ve bir-beş yıl gruplarında yer alanlara göre ağrı semptom puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p<0.001$, $p=0,001$).

Tanı sonrası geçen süre özelliklerine göre, süre artıkça ishal semptom puan ortalamaları artmaktadır. Buna göre ishal semptom puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,032$).

Tanı sonrası geçen süre özelliklerine göre WHOQOL -8.Tr ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ve diğer İşlevsel ve semptom alt boyutlarının puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.24. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Tanı Sonrası Geçen Süre Özelliklerine Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi Ölçekleri ve Alt Boyutları	Tanı Sonrası Geçen Süre (Ort±SS)			Test F	Önemlilik p
	1yıl ^a (n=241)	1-5yıl ^b (n=102)	5yıl ^c (n=21)		
WHOQOL-8.Tr	3,6±0,8	3,4±0,8	2,9±0,9	8,117	<0,001
Genel İyilik Hali	57,9±26,2	55,0±24,9	33,3±30,7	8,623	<0,001
İşlevsel Ölçekler					
Fiziksel İşlev	66,1±24,2	57,9±26,5	48,3±34,4	7,256	0,001
Rol İşlev	85,5±21,9	77,3±26,3	69,8±32,8	7,212	0,001
Duygusal İşlev	82,1±20,8	79,4±22,9	73,8±22,4	1,732	0,178
Bilişsel İşlev	86,7±15,6	84,0±17,8	77,0±20,1	3,878	0,022
Sosyal İşlev	81,5±22,4	75,7±27,5	62,7±33,3	6,806	0,001
Semptom Ölçekleri					
Yorgunluk	40,7±24,6	45,2±25,3	58,7±22,8	5,747	0,003
Bulantı ve Kusma	24,0±20,7	26,1±20,9	40,5±20,1	6,15	0,002
Ağrı	19,2±23,6	29,9±29,4	42,9±33,6	12,304	<0,001
Nefes Darlığı	13,6±23,4	15,4±26,0	36,5±36,4	8,132	<0,001
Uykusuzluk	27,9±33,1	32,7±35,7	44,4±37,0	2,635	0,073
İştah Kaybı	31,5±34,8	31,7±34,3	42,9±35,2	1,045	0,353
Kabızlık	19,2±25,4	26,8±31,8	25,4±27,7	2,929	0,055
İshal	11,8±21,0	18,0±22,8	19,0±29,0	3,462	0,032
Maddi Zorluk	19,6±29,7	22,5±32,2	36,5±39,3	2,95	0,054

Bonferroni post-hoc testleri:

p<0,001 (WHOQOL-8.Tr;a ve c), p= 0,017 (WHOQOL-8.Tr; b ve c)

p<0,001 (Genel İyilik Hali; a ve c), p= 0,002 (Genel İyilik Hali; b ve c)

p= 0,007 (Fiziksel İşlev; a ve c), p= 0,021 (Fiziksel İşlev; b ve c)

p= 0,013 (Rol İşlev; a ve c), p= 0,012 (Rol İşlev; b ve c)

p= 0,003 (Sosyal İşlev; a ve c), p= 0,004 (Yorgunluk; a ve c),

p= 0,002 (Bulantı ve Kusma; a ve c), p= 0,013 (Bulantı ve Kusma; b ve c),

p<0,001 (Ağrı; a ve c), p= 0,002 (Ağrı; b ve c),

p<0,001 (Nefes Darlığı; a ve c), p= 0,001 (Nefes Darlığı; b ve c)

Çalışma grubunda yer alan hastaların WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi puan ortalamalarının, ECOG performans statüsü özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.25’de sunulmuştur.

Hastalıkların ECOG performans statüsü 0 olanların, $1 \leq$ olanlara göre WHOQOL - 8.Tr yaşam kalitesi, EORTC QLQ-C30 genel iyilik hali ve tüm işlevsel puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek, yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, nefes darlığı, uykusuzluk, iştah kaybı semptom puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (tüm göstergelerde $p < 0,001$). Hastalıkların ECOG performans statüsü özelliklerine göre, kabızlık, ishal, maddi

zorluk puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.25. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, ECOG Performans Statüsü Özelliklerine Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi Ölçekleri ve Alt Boyutları	ECOG PS (Ort±SS)		Test t	Önemlilik p
	0 (n=185)	1≤ (n=179)		
WHOQOL-8.Tr	3,9±0,6	3,1±0,7	12,67	<0,001
Genel İyilik Hali	69,4±21,3	41,5±24,1	11,68	<0,001
İşlevsel Ölçekler				
Fiziksel İşlev	77,2±18,5	47,8±24,0	13,14	<0,001
Rol İşlev	91,1±15,5	73,2±28,2	7,54	<0,001
Duygusal İşlev	85,7±17,6	75,8±24,0	4,47	<0,001
Bilişsel İşlev	88,6±14,5	82,0±18,0	3,87	<0,001
Sosyal İşlev	86,2±19,3	71,13±27,9	6,02	<0,001
Semptom Ölçekleri				
Yorgunluk	29,8±19,1	56,5±23,1	-12,03	<0,001
Bulantı ve Kusma	15,4±15,5	36,0±20,9	-10,72	<0,001
Ağrı	14,4±19,7	33,0±29,7	-7,04	<0,001
Nefes Darlığı	10,1±19,2	20,9±29,8	-4,11	<0,001
Uykusuzluk	21,3±28,9	39,5±36,8	-5,26	<0,001
İştah Kaybı	20,0±28,7	44,9±35,9	-7,31	<0,001
Kabızlık	20,0±24,1	23,5±30,7	-1,20	0,232
İshal	12,4±20,2	15,5±24,0	-1,30	0,194
Maddi Zorluk	18,4±29,5	24,6±32,6	-1,90	0,058

Kanser hastalığıyla ilgili ameliyat olanların, olmayanlara göre, duygusal ve bilişsel işlev puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük, ishal semptom puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0,023$, $p=0,022$, $p=0,022$).

Kanser hastalığıyla ilgili ameliyat olanların, olmayanlara göre, WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi, EORTC QLQ-C30 genel iyilik hali ve diğer işlevsel ve semptom alt boyutlarının puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.26. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Kanser Hastalığıyla İlgili Ameliyat Olma Durumuna Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi Ölçekleri ve Alt Boyutları	Kanser Hastalığıyla İlgili Ameliyat Olma Durumu (Ort±SS)		Test	Önemlilik
	Evet (n=240)	Hayır (n=124)	t	p
WHOQOL-8.Tr	3,5±0,8	3,6±0,8	1,479	0,140
Genel İyilik Hali	55,9±26,2	55,2±27,5	-0,224	0,823
İşlevsel Ölçekler				
Fiziksel İşlev	61,6±25,2	64,9±27,2	1,163	0,246
Rol İşlev	81,0±24,9	84,7±23,1	1,353	0,177
Duygusal İşlev	79,0±22,1	84,4±20,0	2,286	0,023
Bilişsel İşlev	84,0±17,3	88,2±14,8	2,305	0,022
Sosyal İşlev	77,5±25,5	81,3±24,0	1,381	0,168
Semptom Ölçekleri				
Yorgunluk	43,5±24,6	41,9±25,9	-0,572	0,568
Bulantı ve Kusma	26,0±20,8	24,7±21,6	-0,533	0,594
Ağrı	24,0±27,7	22,7±25,0	-0,42	0,675
Nefes Darlığı	14,0±24,1	18,0±28,0	1,414	0,158
Uykusuzluk	31,7±36,0	27,4±30,4	-1,122	0,262
İştah Kaybı	31,5±34,9	33,6±34,4	0,54	0,590
Kabızlık	22,2±28,9	20,7±25,0	-0,499	0,618
İshal	15,8±23,6	10,2±18,6	-2,305	0,022
Maddi Zorluk	23,6±32,1	17,2±29,0	-1,864	0,063

Çalışma grubunda kanser hastalığıyla ilgili RT alanların (n=145), almayanlara göre (n=219), sosyal işlev puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük, ağrı ve nefes darlığı semptom puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla p=0,009, p=0,015, p=0,001).

Kanser hastalığıyla ilgili RT alanlarla, almayanların, WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi, EORTC QLQ-C30 genel iyilik hali ve diğer işlevsel ve semptom alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p>0,05).

Çalışma grubunda kanser hastalığıyla ilgili KT alanların (n=314), almayanlara göre (n=50), sosyal işlevsel puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p=0,005).

Kanser hastalığıyla ilgili KT alanlarla, almayanların, WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi, EORTC QLQ-C30 genel iyilik hali ve diğer işlevsel ve semptom alt boyutlarının

puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışma grubunun kanser hastalığı ile ilgili KT alma durumu ve alınan kür sayısı özelliklerine göre KT almayan ($n=50$), dört kür altı ($n=186$) ile dört kür ve üstü (126) KT alan hastaların rol işlev puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,030$), bu farklılık özellikle dört kür ve üstü KT alanların, almayanlara göre rol işlev puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklanmaktadır (post hoc; $p=0,030$).

KT almayan, dört kür altı ile dört kür ve üstü KT alan hastaların sosyal işlev puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,034$), bu farklılık özellikle dört kür ve üstü KT alanların, almayanlara göre sosyal işlev puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklanmaktadır (post hoc; $p=0,037$).

Çalışma grubunun kanser hastalığı ile ilgili KT alma durumu ve alınan kür sayısı özelliklerine göre, WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi, EORTC QLQ-C30 genel iyilik hali ve diğer işlevsel ve semptom alt boyutlarının puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışma grubunda yer alan hastaların WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi puan ortalamalarının, halen uygulanan tedavi özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.27'de sunulmuştur.

Halen uygulanan tedavi özelliklerine göre hastaların yorgunluk semptom puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,006$), bu anlamlılık özellikle KT tedavisi alanların, KT ve RT tedavilerini birlikte alan hastalara göre yorgunluk semptom puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (post hoc; $p=0,010$).

Halen uygulanan tedavi özelliklerine göre hastaların ağrı semptom puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$), bu farklılık

özellikle “diğer” grubunda yer alanların yalnızca KT ile KT ve RT tedavilerini birlikte alan hastalara göre ağrı semptom puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p=0,002$, $p=0,007$).

Halen uygulanan tedavi özelliklerine göre WHOQOL -8.Tr ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ve diğer işlevsel ve semptom alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.27. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Halen Uygulanan Tedavi Özelliklerine Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi Ölçekleri ve Alt Boyutları	Halen Uygulanan Tedavi (Ort±SS)				Test	Önemlilik
	RT ^a (n=62)	KT ^b (n=220)	RT+KT ^c (n=51)	¹ Diğer ^d (n=31)	F	p
WHOQOL-8.Tr	3,5±0,8	3,5±0,8	3,7±0,8	3,5±0,9	0,734	0,532
Genel İyilik Hali	56,6±27,8	53,6±25,6	64,1±24,9	54,8±32,5	2,183	0,090
İşlevsel Ölçekler						
Fiziksel İşlev	61,5±23,1	62,3±26,7	68,8±22,2	58,3±30,6	1,288	0,278
Rol İşlev	83,3±23,6	83,9±23,6	79,7±22,2	72,6±32,1	2,23	0,084
Duygusal İşlev	80,1±24,8	80,9±21,1	86,3±16,2	72,8±23,5	2,56	0,055
Bilişsel İşlev	85,5±15,8	85,0±16,5	86,6±17,3	86,0±18,8	0,145	0,933
Sosyal İşlev	84,4±25,0	78,2±24,6	75,5±24,3	77,4±28,1	1,417	0,238
Semptom Ölçekleri						
Yorgunluk	38,7±23,6	46,4±25,2	34,2±20,5	41,9±29,1	4,161	0,006
Bulantı ve Kusma	25,5±20,0	25,6±21,0	21,2±18,3	32,3±26,5	1,775	0,152
Ağrı	28,0±29,1	21,0±25,2	19,6±22,5	39,2±33,2	5,342	0,001
Nefes Darlığı	11,8±21,8	14,1±24,6	21,6±28,1	21,5±31,7	2,208	0,087
Uykusuzluk	33,9±37,9	29,2±32,6	24,8±31,9	38,7±40,5	1,355	0,256
İştah Kaybı	35,5±37,6	32,7±33,4	22,9±29,4	37,6±43,7	1,692	0,168
Kabızlık	25,8±32,2	21,1±26,2	20,3±27,6	20,4±28,1	0,563	0,640
İshal	10,2±23,1	15,3±22,1	13,1±22,2	12,9±20,5	0,909	0,437
Maddi Zorluk	24,7±34,1	19,5±29,1	27,5±33,8	18,3±34,3	1,242	0,294

¹Semptomatik tedavi almak, tetkik, kontrol ve komplikasyonlara yönelik başvuran hastalar “Diğer” olarak gruplandırılmıştır.

Bonferroni post-hoc testleri:

$p= 0,010$ (Yorgunluk; b ve c), $p= 0,002$ (Ağrı; b ve d), $p= 0,007$ (Ağrı; c ve d),

Çalışma grubunda yer alan hastaların WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi puan ortalamalarının, uygulanmakta olan tedavi süreciyle ilgili yan etki görülme durumlarına göre dağılımı Tablo 4.28’de sunulmuştur

Uygulanmakta olan tedavi sürecinde herhangi bir yan etki gören hastaların, görmeyenlere göre duygusal, sosyal ve bilişsel işlevsel puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük, yorgunluk ve ishal semptom puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0,034$, $p=0,008$, $p=0,004$, $p=0,005$, $p=0,006$).

Uygulanmakta olan tedavi sürecinde herhangi bir yan etki gören hastaların, görmeyenlere göre, WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi, EORTC QLQ-C30 genel iyilik hali ve diğer işlevsel ve semptom alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.28. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Uygulanmakta Olan Tedavi Süreciyle İlgili Yan Etki Olma Durumuna Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi Ölçekleri ve Alt Boyutları	Uygulanmakta Olan Tedavi Süreciyle İlgili Yan Etki Olma Durumu (Ort±SS)		Test	Önemlilik
	Var (n=293)	Yok (n=91)	t	p
WHOQOL-8.Tr	3,5±0,8	3,5±0,9	0,010	0,992
Genel İyilik Hali	54,6±25,9	58,8±28,7	-1,289	0,198
İşlevsel Ölçekler				
Fiziksel İşlev	62,2±25,4	64,3±27,5	-0,668	0,504
Rol İşlev	82,2±24,2	82,4±24,9	-0,062	0,950
Duygusal İşlev	79,5±21,8	85,0±20,3	-2,129	0,034
Bilişsel İşlev	84,1±17,2	89,4±14,2	-2,660	0,008
Sosyal İşlev	76,6±25,2	85,3±23,4	-2,912	0,004
Semptom Ölçekleri				
Yorgunluk	45,1±24,3	36,6±26,1	2,823	0,005
Bulantı ve Kusma	26,7±20,9	22,2±21,1	1,779	0,076
Ağrı	23,7±27,0	23,1±26,1	0,188	0,851
Nefes Darlığı	15,1±24,6	16,1±28,3	-0,316	0,752
Uykusuzluk	32,1±34,8	24,5±32,1	1,833	0,068
İştah Kaybı	33,8±33,9	27,5±36,7	1,514	0,131
Kabızlık	23,1±29,0	17,6±22,4	1,649	0,100
İshal	15,8±22,9	8,4±19,0	2,755	0,006
Maddi Zorluk	23,0±32,0	16,8±28,3	1,621	0,106

Çalışma grubunda yer alan hastaların WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi puan ortalamalarının, ek hastalık varlığı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.29'de sunulmuştur.

En az bir ek hastalığı olan hastaların, olmayanlara göre WHOQOL -8.Tr yaşam kalitesi, EORTC QLQ-C30 genel iyilik hali ve fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal işlevsel puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük, yorgunluk ve maddi zorluk puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0,001$, $p=0,008$, $p=0,001$, $p=0,008$, $p<0,001$, $p=0,016$, $p=0,002$, $p=0,001$).

Hastaların ek hastalık varlığı özelliklerine göre, EORTC QLQ-C30 diğer İşlevsel ve semptom alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.29. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Ek Hastalık Varlığı Özelliklerine Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi Ölçekleri ve Alt Boyutları	Ek Hastalık Varlığı (Ort±SS)		Test t	Önemlilik p
	Var (n=151)	Yok (n=213)		
WHOQOL-8.Tr	3,3±0,8	3,6±0,8	-3,432	0,001
Genel İyilik Hali	51,3±27,8	58,8±25,4	-2,681	0,008
İşlevsel Ölçekler				
Fiziksel İşlev	57,2±26,9	66,7±24,5	-3,504	0,001
Rol İşlev	79,9±27,0	84,0±22,2	-1,567	0,118
Duygusal İşlev	77,3±23,5	83,4±19,7	-2,689	0,008
Bilişsel İşlev	79,1±19,5	89,8±12,6	-6,361	<0,001
Sosyal İşlev	75,1±25,9	81,5±24,1	-2,421	0,016
Semptom Ölçekleri				
Yorgunluk	47,7±24,7	39,6±24,8	3,055	0,002
Bulantı ve Kusma	27,7±20,4	24,0±21,4	1,649	0,100
Ağrı	25,7±27,5	22,0±26,2	1,311	0,191
Nefes Darlığı	16,1±25,5	14,9±25,6	0,459	0,646
Uykusuzluk	33,1±35,0	28,2±33,6	1,359	0,175
İştah Kaybı	36,2±35,1	29,4±34,3	1,843	0,066
Kabızlık	23,6±29,0	20,3±26,6	1,117	0,265
İshal	13,0±18,8	14,6±24,3	-0,648	0,517
Maddi Zorluk	27,6±35,4	17,1±27,0	3,217	0,001

Çalışma grubunda yer alan hastaların WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi puan ortalamalarının, hastalığıyla ilgili bilgilendirilme durumlarına göre dağılımı Tablo 4.30’de sunulmuştur.

Hastalığıyla ilgili bilgilendirilme alan hastaların, almayanlara göre WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi ve rol işlev puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0,034$, $p=0,004$).

Hastalığıyla ilgili bilgilendirilme alan hastaların, almayanlara göre EORTC QLQ-C30 genel iyilik hali ve diğer işlevsel ve semptom alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.30. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Hastalığıyla İlgili Bilgilendirilme Durumuna Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi Ölçekleri ve Alt Boyutları	Hastalığıyla İlgili Bilgilendirilme Durumu (Ort±SS)		Test t	Önemlilik p
	Var (n=320)	Yok (n=44)		
WHOQOL-8.Tr	3,5±0,8	3,3±0,8	2,131	0,034
Genel İyilik Hali	55,8±26,9	54,5±25,0	0,300	0,764
İşlevsel Ölçekler				
Fiziksel İşlev	63,1±26,0	59,8±25,8	0,790	0,430
Rol İşlev	83,6±23,9	72,3±25,7	2,917	0,004
Duygusal İşlev	81,2±21,7	78,2±20,7	0,859	0,391
Bilişsel İşlev	85,8±16,6	82,6±16,8	1,199	0,231
Sosyal İşlev	79,6±24,9	72,7±25,7	1,722	0,086
Semptom Ölçekleri				
Yorgunluk	43,1±25,4	42,2±22,0	0,228	0,820
Bulantı ve Kusma	24,9±21,4	29,9±17,8	-1,473	0,142
Ağrı	22,8±26,9	29,2±25,4	-1,491	0,137
Nefes Darlığı	15,2±26,0	16,7±22,2	-0,355	0,723
Uykusuzluk	29,9±34,0	32,6±36,3	-0,486	0,627
İştah Kaybı	31,6±34,1	37,1±38,9	-0,996	0,320
Kabızlık	20,9±26,8	27,3±32,4	-1,43	0,154
İshal	13,9±22,1	14,4±23,2	-0,151	0,880
Maddi Zorluk	20,9±31,4	25,0±29,7	-0,810	0,418

Çalışma grubunda yer alan hastaların WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi puan ortalamalarının, hastalığı hakkında verilen bilginin yeterli gelip, gelmeme özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.31’de sunulmuştur.

Hastalığı hakkında verilen bilginin yeterliliği yükseldikçe WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi puan ortalaması artmakta, bilgilendirilme özellikleri gruplarının WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,002$), hastalığı hakkında verilen bilgiyi “oldukça/tamamen yeterli” olarak tanımlayanların, “bilgilendirme yapılmamış” ve yapılan bilgilendirmeyi “kısmen yeterli” olarak tanımlayanlara göre WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (post hoc; $p=0,015$, $p=0,018$).

Bilgilendirilme özelliklerine göre gruplar arasında rol işlev puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,020$), hastalığı hakkında verilen bilginin “kısmen yeterli” geldi olarak bildiren hastaların, “bilgilendirme yapılmamış” hastalara göre rol işlev puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (post hoc; $p=0,016$).

Çalışma grubunun hastalığı hakkında verilen bilginin yeterli gelip, gelmeme özelliklerine göre, EORTC QLQ-C30 genel iyilik hali ve diğer işlevsel ve semptom alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.31. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Hastalığı Hakkında Verilen Bilginin Yeterli Gelip, Gelmeme Özelliklerine Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi Ölçekleri ve Alt Boyutları	Hastalığı Hakkında Bilginin Yeterli Gelip/Gelmeme Özellikleri				Test	Önemlilik
	Bilgilendirme Yapılmamış ^a (n=44)	Hiç Değil/ Çok az Yeterli ^b (n=93)	Kısmen Yeterli ^c (n=63)	Oldukça/ Tamamen Yeterli ^d (n=164)	F	p
WHOQOL-8.Tr	3,3±0,8	3,3±0,8	3,5±0,7	3,7±0,8	5,110	0,002
Genel İyilik Hali	54,5±25,0	50,0±25,7	54,7±26,0	58,7±27,6	1,759	0,155
İşlevsel Ölçekler						
Fiziksel İşlev	59,8±25,8	60,5±25,7	61,2±26,8	65,2±25,6	0,950	0,416
Rol İşlev	72,3±25,7	84,7±24,4	85,7±22,5	82,1±24,5	3,308	0,020
Duygusal İşlev	78,2±20,7	78,4±24,6	79,3±22,2	83,3±20,0	1,372	0,251
Bilişsel İşlev	82,6±16,8	82,5±17,8	84,9±16,3	87,5±16,1	1,954	0,121
Sosyal İşlev	72,7±25,7	78,6±26,5	78,3±25,5	80,8±23,9	1,226	0,300
Semptom Ölçekleri						
Yorgunluk	42,2±22,0	43,0±26,8	47,1±25,1	40,9±25,0	1,243	0,294
Bulantı ve Kusma	29,9±17,8	25,1±21,1	26,0±20,6	24,3±22,0	0,850	0,467
Ağrı	29,2±25,4	25,7±28,4	22,6±26,4	21,7±26,6	1,066	0,364
Nefes Darlığı	16,7±22,2	13,2±20,3	13,3±25,6	17,1±28,0	0,640	0,590
Uykusuzluk	32,6±36,3	32,3±32,2	29,4±35,0	29,3±34,2	0,204	0,893
İştah Kaybı	37,1±38,9	35,4±35,4	30,5±32,8	30,7±34,4	0,658	0,579
Kabızlık	27,3±32,4	24,9±28,1	16,8±23,4	21,7±28,0	1,848	0,138
İshal	14,4±23,2	10,1±17,6	14,7±24,8	14,8±21,9	0,776	0,508
Maddi Zorluk	25,0±29,7	26,5±32,9	20,4±32,6	19,1±30,0	1,074	0,360

Bonferroni post-hoc testleri:

p= 0,015 (WHOQOL-8.Tr;a ve d), p= 0,018 (WHOQOL-8.Tr;b ve d), p= 0,016 (Rol İşlev; a ve c),

Çalışma grubunda halen uygulanmakta olan tedavi süreci ile bilgilendirilme almayanların (n=130), alanlara göre (n=234), iştah kaybı semptom puan ortalaması ile sağlık personelinden tıbbi tedavi uygulamaları dışında destek almayan hastaların (n=256), alanlara (n=108) göre sosyal işlev puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla p=0,014, p=0,028). Bu iki özellik için kendi grupları içinde WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi, EORTC QLQ-C30 genel iyilik hali ve diğer işlevsel ve semptom alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Çalışma grubunu oluşturanların WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi puan ortalamalarının, yaşanan yerde bakım gereksinim durumlarına göre dağılımı Tablo 4.32’de sunulmuştur.

Hastalardan son bir ayda yaşanan yerde bakım gereksinimi olanların, olmayanlara göre WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi, EORTC QLQ-C30 genel iyilik hali, fiziksel, rol, duygusal, bilişsel, sosyal işlev puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0,002$, $p<0.001$), yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, nefes darlığı, uykusuzluk, iştah kaybı ve maddi zorluk puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0,005$, $p=0,001$). Son bir ayda yaşanan yerde bakım gereksinimi olanların, olmayanlara göre ishal semptom puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.32. Çalışma Grubunun WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının, Yaşanılan Yerde Bakım Gereksinim Durumlarına Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi Ölçekleri ve Alt Boyutları	Yaşanılan Yerde Son Bir Ayda Bakım Gereksinimi (Ort±SS)		Test	Önemlilik
	Var (n=85)	Yok (n=279)	t	p
WHOQOL-8.Tr	3,0±0,8	3,7±0,7	7,836	<0,001
Genel İyilik Hali	40,2±27,0	60,4±24,7	6,454	<0,001
İşlevsel Ölçekler				
Fiziksel İşlev	38,7±23,7	70,1±21,9	11,323	<0,001
Rol İşlev	67,6±30,0	86,7±20,4	6,707	<0,001
Duygusal İşlev	72,9±23,5	83,2±20,4	3,936	<0,001
Bilişsel İşlev	80,6±18,2	86,9±15,9	3,078	0,002
Sosyal İşlev	62,4±29,2	83,8±21,2	7,42	<0,001
Semptom Ölçekleri				
Yorgunluk	60,7±25,3	37,6±22,3	-8,072	<0,001
Bulantı ve Kusma	42,5±19,8	20,4±18,5	-9,495	<0,001
Ağrı	40,6±31,3	18,3±22,9	-7,159	<0,001
Nefes Darlığı	25,1±32,9	12,4±22,0	-4,097	<0,001
Uykusuzluk	45,1±38,4	25,7±31,6	-4,709	<0,001
İştah Kaybı	49,4±38,0	27,0±31,9	-5,411	<0,001
Kabızlık	29,0±34,8	19,5±24,6	-2,819	0,005
İshal	15,7±23,9	13,4±21,6	-0,839	0,402
Maddi Zorluk	31,4±35,0	18,4±29,3	-3,408	0,001

4.3. Çalışma Grubunun Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Sosyo-Demografik/Sosyo-Ekonomik Özelliklerinin ve Hastalık Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

(A.Ç.S.D.Ö.) üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren bir ölçektir.

Alt boyutları “Aileden alınan destek algısı”, “Arkadaştan alınan destek algısı” ve “Özel kişiden alınan destek algısı” olan ölçeğin, tüm alt ölçek puanlarının toplanması ile de toplam puanı elde edilmektedir. Ölçeğin bütününden elde edilecek en düşük toplam puan 12, en yüksek toplam puan 84’dür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin de yüksek olduğunu yansıtmaktadır.

Çalışma grubunun “aileden alınan sosyal destek algısı” puan ortalaması $23,0 \pm 4,4$; “arkadaştan alınan sosyal destek algısı” puan ortalaması $17,6 \pm 6,3$; “özel bir kişiden alınan sosyal destek algısı” puan ortalaması $18,7 \pm 6,2$ ve “algılanan toplam sosyal destek” puan ortalaması $59,4 \pm 14,9$ bulunmuştur. Çalışma grubunun “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar ile puan ortalamaları Tablo 4.33’de bulunmaktadır.

Tablo 4.33. Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği’nden, Çalışma Grubunun Aldığı En Düşük ve En Yüksek Puanlar ile Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları	En Düşük ve En Yüksek Puanlar	Ortalama	Standart Sapma
Aileden Alınan Sosyal Destek	4-28	23,0	4,4
Arkadaştan Alınan Sosyal Destek	4-28	17,6	6,3
Özel Bir Kişiden Alınan Sosyal Destek	4-28	18,7	6,2
Algılanan Toplam Sosyal Destek	12-84	59,4	14,9

Grubun “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” puan ortalamalarının, yaş grubu ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.34’de sunulmuştur.

Yaş grupları ve cinsiyetler arasında “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.34. Çalışma Grubunun “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” Puan Ortalamalarının, Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Özellik	(n)	Aileden A.S.D. (Ort±SS)	Arkadaştan A.S.D. (Ort±SS)	Özel Bir Kişiden A.S.D. (Ort±SS)	Algılanan Toplam S.D. (Ort±SS)
Yaş Grupları					
25-49	98	23,4±3,9	18,1±5,9	19,2±6,0	60,7±13,9
50-54	95	22,9±4,7	17,9±6,6	18,6±6,4	59,4±15,7
57-64	89	23,3±3,7	17,1±6,3	18,6±5,9	59,0±14,2
65-90	82	22,4±5,2	17,4±6,7	18,4±6,4	58,2±16,1
<i>Test</i>	F	0,920	0,441	0,312	0,441
<i>Önemlilik</i>	p	0,431	0,724	0,816	0,724
Cinsiyet					
Kadın	217	22,7±4,6	17,62±6,6	18,3±6,4	58,2±15,7
Erkek	147	23,6±4,0	18,3±5,9	19,3±5,9	61,1±13,7
<i>Test</i>	t	1,928	1,525	1,497	1,835
<i>Önemlilik</i>	p	0,055	0,128	0,135	0,067

Ort: Ortalama,SS: Standart sapma

Çalışma grubunda yer alan hastaların “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” puan ortalamalarının, medeni durumlarına göre dağılımı Tablo 4.35’de sunulmuştur.

Evli hastaların; “aileden”, “arkadaştan alınan sosyal destek algısı” ve algılanan toplam sosyal destek” puan ortalamaları, evli olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla; $p<0.001$, $p=0,039$, $p=0,014$).

Hastaların medeni durumlarına göre “özel bir kişiden alınan sosyal destek algısı” puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.35. Çalışma Grubunun “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” Puan Ortalamalarının, Medeni Duruma Göre Dağılımı

Medeni Durum	(n)	Aileden A.S.D. (Ort±SS)	Arkadaştan A.S.D. (Ort±SS)	Özel Bir Kişiden A.S.D. (Ort±SS)	Algılanan Toplam S.D. (Ort±SS)
Evli	299	23,4±4,1	17,9±6,3	18,9±6,2	60,3±14,7
Bekar/Dul/ Boşanmış	65	21,3±5,2	16,2±6,5	17,8±6,1	55,3±15,3
<i>T</i> est	t	3,539	2,072	1,317	2,460
Önemlilik	p	<0,001	0,039	0,189	0,014

Ort: Ortalama,SS: Standart sapma

Çalışma grubunda yer alan hastaların “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” puan ortalamalarının, öğrenim durumlarına göre dağılımı Tablo 4.36’da sunulmuştur.

Hastaların öğrenim düzeyleri yükseldikçe “aileden”, “arkadaştan” ve “özel bir kişiden” alınan sosyal destek algısı ile “algılanan toplam sosyal destek” puan ortalamaları da artmaktadır.

Öğrenim durumuna göre “aileden alınan sosyal destek algısı” puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,031).

Öğrenim durumuna göre “arkadaştan alınan sosyal destek algısı” puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001), bu anlamlılık özellikle “yüksek okul ve üstü” grubunda yer alanların; “okur yazar olmayan/okur yazar” ile “ilkokul” gruplarında yer alanlara göre “arkadaştan alınan sosyal destek algısı” puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; p<0.001, p=0,011).

Öğrenim durumuna göre “özel bir kişiden alınan sosyal destek algısı” puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001), bu anlamlılık özellikle “yüksek okul ve üstü” grubunda yer alanların; “okur yazar olmayan/okur yazar”, “ilkokul” ve “ortaokul/lise” gruplarında yer alanlara göre “özel bir kişiden alınan sosyal destek algısı” puan ortalamalarının istatistiksel olarak

anlamli düzeyde yuksek olmasından kaynaklanmaktadır (sirasıyla post hoc; $p<0.001$, $p=0,006$, $p=0,039$).

Öğrenim durumuna göre “algılanan toplam sosyal destek” puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$), bu anlamlılık özellikle “yüksek okul ve üstü” grubunda yer alanların; “okur yazar olmayan/okur yazar” ile “ilkokul” gruplarında yer alanlara göre “arkadaştan alınan sosyal destek algısı” puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (sirasıyla post hoc; $p<0.001$, $p=0,009$).

Tablo 4.36. Çalışma Grubunun “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” Puan Ortalamalarının, Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı

Öğrenim Durumu	(n)	Aileden A.S.D. (Ort±SS)	Arkadaştan A.S.D. (Ort±SS)	Özel Bir Kişiden A.S.D. (Ort±SS)	Algılanan Toplam S.D. (Ort±SS)
¹ OYD/OY ^a	68	22,0±4,2	15,7±6,6	17,2±6,7	54,9±15,6
İlkokul ^b	189	22,9±4,7	17,6±6,5	18,6±6,3	59,1±15,4
Ortaokul/lise ^c	80	23,8±3,7	18,0±5,7	19,0±5,6	60,8±12,8
Yüksekokul ve Üstü ^d	27	24,4±4,1	21,6±4,9	22,7±4,1	68,7±10,9
Test	F	2,998	5,932	5,531	6,101
Önemlilik	p	0,031	0,001	0,001	<0,001

¹Okur yazar değil/Okur yazar

Bonferroni post-hoc testleri:

$p<0,001$ (arkadaş A.S.D.;a ve d), $p= 0,011$ (arkadaş A.S.D.;b ve d)

$p<0,001$ (özel kişi A.S.D.;a ve d), $p= 0,006$ (özel kişi A.S.D.;b ve d), $p= 0,039$ (özel kişi A.S.D.;c ve d),

$p<0,001$ (toplam A.S.D.;a ve d), $p= 0,009$ (toplam A.S.D.;b ve d).

Hastaların “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” puan ortalamalarının, çalışma durumlarına göre dağılımı Tablo 4.37’de sunulmuştur.

Çalışma durumuna göre “arkadaştan alınan sosyal destek algısı” puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,015$), bu anlamlılık özellikle “çalışan” grubunda yer alanların; “ev hanımı” grubunda yer alanlara göre “arkadaştan alınan sosyal destek algısı ” puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (post hoc; $p=0,010$).

Çalışma durumuna göre “algılanan toplam sosyal destek” puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,019$), bu anlamlılık özellikle “çalışan” grubunda yer alanların; “ev hanımı” grubunda yer alanlara göre “algılanan toplam sosyal destek” puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (post hoc; $p=0,021$).

Çalışma durumuna göre “aileden alınan sosyal destek algısı” ile “özel bir kişiden alınan sosyal destek algısı” puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.37. Hastaların “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” Puan Ortalamalarının, Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı

Çalışma Durumu	(n)	Aileden A.S.D. (Ort±SS)	Arkadaştan A.S.D. (Ort±SS)	Özel Bir Kişiden A.S.D. (Ort±SS)	Algılanan Toplam S.D. (Ort±SS)
İşsiz ^a	23	23,1±2,7	17,0±6,5	17,9±7,2	58,0±14,9
Ev Hanımı ^b	185	22,5±4,7	16,9±6,7	18,0±6,5	57,4±16,1
Emekli ^c	102	23,6±4,3	17,9±5,8	19,3±5,3	60,8±13,1
Çalışan ^d	54	23,8±3,8	19,9±5,6	20,4±5,9	64,1±12,9
Test	F	2,078	3,515	2,473	3,357
Önemlilik	p	0,103	0,015	0,061	0,019

Bonferroni post-hoc testleri:

$p=0,010$ (arkadaş A.S.D.;b ve d), $p=0,021$ (toplam A.S.D.;b ve d).

Çalışma grubunda yer alan hastaların “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” puan ortalamalarının, ekonomik durum algısına göre dağılımı Tablo 4.38’de sunulmuştur.

Hastaların ekonomik durumları yükseldikçe “aileden”, “arkadaştan” ve “özel bir kişiden” alınan sosyal destek algısı ile “algılanan toplam sosyal destek” puan ortalamaları da artmaktadır.

Ekonomik durum algılarına göre “aileden alınan sosyal destek algısı” puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$), bu anlamlılık özellikle “kötü/çok kötü” grubunda yer alanların; “orta” ile “iyi/çok iyi” gruplarında yer alanlara göre “aileden alınan sosyal destek algısı” puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p=0,015$, $p<0.001$).

Ekonomik durum algılarına göre “arkadaştan alınan sosyal destek algısı” puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$), bu anlamlılık özellikle “kötü/çok kötü” grubunda yer alanların; “orta” ile “iyi/çok iyi” gruplarında yer alanlara göre “arkadaştan alınan sosyal destek algısı” puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p<0.001$, $p<0.001$).

Ekonomik durum algılarına göre “özel bir kişiden alınan sosyal destek algısı” puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$), bu anlamlılık özellikle ekonomik durumunu “kötü/çok kötü” olarak algılayanların; “orta” ile “iyi/çok iyi” olarak tanımlayanlara göre “özel bir kişiden alınan sosyal destek algısı” puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p<0.001$, $p<0.001$).

Ekonomik durum algılarına göre “algılanan toplam sosyal destek” puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$), bu anlamlılık özellikle “kötü/çok kötü” grubunda olanların; “orta” ile “iyi/çok iyi” gruplarında yer alanlara göre “algılanan toplam sosyal destek” puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p<0.001$, $p<0.001$).

Tablo 4.38. Hastaların “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” Puan Ortalamalarının, Algılanan Ekonomik Durumlarına Göre Dağılımı

Algılanan Ekonomik Durum	(n)	Aileden A.S.D. (Ort±SS)	Arkadaştan A.S.D. (Ort±SS)	Özel Bir Kişiden A.S.D. (Ort±SS)	Algılanan Toplam S.D. (Ort±SS)
Kötü/Çok Kötü ^a	74	21,4±5,1	14,1±6,5	15,4±6,7	50,9±16,1
Orta ^b	199	23,1±4,1	18,1±5,9	19,2±5,8	60,4±13,9
İyi/Çok İyi ^c	91	24,2±4,1	19,5±6,1	20,3±5,7	64,0±13,6
<i>Test</i>	F	8,818	17,387	15,333	18,301
<i>Önemlilik</i>	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Bonferroni post-hoc testleri:

p= 0,015 (aileden A.S.D.;a ve b), p<0,001 (aileden A.S.D.;a ve c),
p<0,001 (arkadaş A.S.D.;a ve b), p<0,001 (arkadaş A.S.D.;a ve c),
p<0,001 (özel kişi A.S.D.;a ve b), p<0,001 (özel kişi A.S.D.;a ve c),
p<0,001 (toplam A.S.D.;a ve b), p<0,001 (toplam A.S.D.;a ve c).

Çalışma grubunda çekirdek ailede yaşayanların (n=327), geniş (n=37) ailede yaşayanlara göre; sürekli ikamet ettiği yer Ankara içi olanların (n=169), Ankara dışı olanlara (n=194) göre; ve halen yaşanılan yer il (n=221), ilçe (n=95) ve köy (n=48) ayrımlarına göre; Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Çalışma grubunda yer alan hastaların “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” puan ortalamalarının, evde yalnız yaşama durumuna göre dağılımı Tablo 4.39’da sunulmuştur.

Evde yalnız yaşayanların, yalnız yaşamayanlara göre “aileden”, “arkadaştan” ve “özel bir kişiden” alınan sosyal destek algısı ile “algılanan toplam sosyal destek” puan ortalamaları düşüktür.

Evde yalnız başına yaşayanların; “aileden alınan sosyal destek algısı” ile “algılanan toplam sosyal destek” puan ortalamaları, yalnız yaşamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuş (sırasıyla; p<0.001, p=0,012), “arkadaştan

alınan sosyal destek algısı” ile “özel bir kişiden alınan sosyal destek algısı” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.39. Çalışma Grubunun “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” Puan Ortalamalarının, Evde Yalnız Başına Yaşama Durumuna Göre Dağılımı

Evde Yalnız Başına Yaşama Durumu	(n)	Aileden A.S.D. (Ort±SS)	Arkadaştan A.S.D. (Ort±SS)	Özel Bir Kişiden A.S.D. (Ort±SS)	Algılanan Toplam S.D. (Ort±SS)
Evet	20	18,8±7,1	15,7±8,0	16,8±6,9	51,3±19,6
Hayır	344	23,3±4,1	17,7±6,2	18,8±6,1	59,9±14,5
<i>Test</i>	t	-4,547	-1,435	-1,437	-2,521
<i>Önemlilik</i>	p	<0,001	0,152	0,152	0,012

Çalışma grubunda yer alan hastaların “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” puan ortalamalarının, yetiştiği yer özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.40’da sunulmuştur.

Yetiştirildiği yer özelliklerine göre “aileden alınan sosyal destek algısı” puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$), bu anlamlılık özellikle yetiştiği yeri “köy” olarak bildiren hastaların, “il” ve “ilçe” olarak bildiren hastalara göre “aileden alınan sosyal destek algısı” puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p=0,008$, $p=0,002$).

Yetiştirildiği yer özelliklerine göre “arkadaştan alınan sosyal destek algısı” puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$), bu anlamlılık özellikle yetiştiği yeri “köy” olarak bildiren hastaların, “il” ve “ilçe” olarak bildiren hastalara göre ve “il” olarak bildirenlerin “ilçe” olarak bildiren hastalara göre “arkadaştan alınan sosyal destek algısı” puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p=0,049$, $p<0,001$, $p=0,015$).

Yetiştirildiği yer özelliklerine göre “özel bir kişiden alınan sosyal destek algısı” puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$), bu

anlamlılık özellikle yetiştiği yeri “köy” olarak bildiren hastaların, “il” ve “ilçe” olarak bildiren hastalara göre “özel bir kişiden alınan sosyal destek algısı” puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p=0,030$, $p<0.001$).

Yetiştirildiği yer özelliklerine göre “algılanan toplam sosyal destek algısı” puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$), bu anlamlılık özellikle yetiştiği yeri “köy” olarak bildiren hastaların, “il” ve “ilçe” olarak bildiren hastalara ve “il” olarak bildirenlerin “ilçe” olarak bildiren hastalara “algılanan toplam sosyal destek algısı” puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklanmaktadır (sırasıyla post hoc; $p=0,018$, $p<0.001$, $p=0,043$).

Tablo 4.40. Çalışma Grubunun “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” Puan Ortalamalarının, Yetiştirildiği Yere Göre Dağılımı

Yetiştirildiği Yer	(n)	Aileden A.S.D. (Ort±SS)	Arkadaştan A.S.D. (Ort±SS)	Özel Bir Kişiden A.S.D. (Ort±SS)	Algılanan Toplam S.D. (Ort±SS)
İl ^a	221	23,7±3,9	18,0±6,1	19,0±6,3	60,7±14,1
İlçe ^b	95	24,1±3,7	20,6±5,3	21,3±5,5	66,1±12,6
Köy ^c	48	22,2±4,7	16,2±6,4	17,5±6,1	55,8±15,3
Test	F	7,761	14,221	10,918	14,101
Önemlilik	p	0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Bonferroni post-hoc testleri:

$p= 0,008$ (aileden A.S.D.;a ve c), $p= 0,002$ (aileden A.S.D.;b ve c),

$p= 0,049$ (arkadaş A.S.D.;a ve c), $p= 0,000$ (arkadaş A.S.D.;b ve c), $p= 0,015$ (arkadaş A.S.D.;a ve b),

$p= 0,030$ (özel kişi A.S.D.;a ve c), $p= 0,000$ (özel kişi A.S.D.;b ve c),

$p= 0,018$ (toplam A.S.D.;a ve c), $p= 0,000$ (toplam A.S.D.;b ve c), $p= 0,043$ (toplam A.S.D.;a ve b).

Çalışma grubunda yer alan hastaların “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” puan ortalamalarının, çalışmanın yapıldığı yere, tanı özelliklerine ve ayaktan ya da yatan hasta oluşuna ve tanı sonrası geçen süre özelliklerine göre dağılımı Tablo 41’de olup, tüm bu özellikler açısından “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.41. Çalışma Grubunun “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” Puan Ortalamalarının, Çalışmanın Yapıldığı Yere, Tanı Özelliklerine ve Tedavi Alış Biçimi (Ayaktan ya da Yatan Hasta) Oluşuna ve Tanı Sonrası Geçen Süre Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellik	(n)	Aileden A.S.D. (Ort±SS)	Arkadaştan A.S.D. (Ort±SS)	Özel Bir Kişiden A.S.D. (Ort±SS)	Algılanan Toplam S.D. (Ort±SS)
Çalışmanın Yapıldığı Yer					
AÜTF	95	23,2±4,3	18,0±6,0	18,9±5,7	60,1±13,7
AYAOEA	269	23,0±4,4	17,5±6,5	18,7±6,4	59,1±15,4
<i>Test</i>	t	0,554	0,654	0,339	0,580
<i>Önemlilik</i>	p	0,580	0,514	0,735	0,562
Tanı					
Meme	143	22,4±5,1	17,0±6,7	18,2±6,6	57,6±16,4
Kolorektal	87	23,4±3,3	17,7±6,2	18,9±6,1	60,0±14,0
Akciğer	75	23,6±4,3	18,1±6,0	19,5±5,6	61,2±14,0
Mide	59	23,3±3,8	18,4±5,9	18,9±6,1	60,6±13,5
<i>Test</i>	F	1,819	0,887	0,793	1,266
<i>Önemlilik</i>	p	0,143	0,448	0,498	0,286
Tedavi Alış Biçimi (Ayaktan ya da Yatan Hasta Olma Durumu)					
Ayaktan	193	23,3±4,4	18,1±6,4	19,0±6,1	60,5±15,2
Yatan	171	22,7±4,3	17,1±6,2	18,4±6,3	58,1±14,6
<i>Test</i>	t	1,382	1,621	0,983	1,501
<i>Önemlilik</i>	p	0,168	0,106	0,326	0,134
Tanı Sonrası Geçen Süre					
1yıl>	241	23,3±4,2	17,9±,3	18,9±6,2	60,2±15,0
1-5yıl	102	22,6±4,4	17,4±6,2	18,7±6,0	58,7±14,6
5yıl<	21	21,6±5,8	15,6±6,7	16,6±6,7	53,8±15,6
<i>Test</i>	F	2,012	1,442	1,345	1,895
<i>Önemlilik</i>	p	0,135	0,238	0,262	0,152

Çalışma grubunda yer alan hastaların “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” puan ortalamalarının, ECOG Performans statüsü Özelliklerine Göre Dağılımı Tablo 4.42’de sunulmuştur.

ECOG performans statüsü 0 olan hastaların, bir ve üstü ($1 \leq$) olan hastalara göre; “aileden”, “arkadaştan” ve “özel bir kişiden” alınan sosyal destek algısı ile “algılanan toplam sosyal destek algısı” puan ortalamaları; istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla; $p=0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$).

Tablo 4.42. Çalışma Grubunun “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” Puan Ortalamalarının, ECOG Performans Statüsü Özelliklerine Göre Dağılım

ECOG PS	(n)	Aileden A.S.D. (Ort±SS)	Arkadaştan A.S.D. (Ort±SS)	Özel Bir Kişiden A.S.D. (Ort±SS)	Algılanan Toplam S.D. (Ort±SS)
0	185	23,8±3,7	19,1±5,7	19,9±5,8	62,8±13,5
1≥	179	22,3±4,9	16,1±6,6	17,5±6,4	55,8±15,5
<i>Test</i>	t	3,364	4,780	3,773	4,601
<i>Önemlilik</i>	p	0,001	<0,001	p<0,001	p<0,001

Çalışma grubunda yer alan hastaların “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” puan ortalamalarının, kanser hastalığıyla ilgili ameliyat olma durumuna göre dağılımı Tablo 4.43’de sunulmuştur.

Kanser hastalığıyla ilgili ameliyat olanların, olmayanlara göre, “aileden”, “arkadaştan”, “özeli bir kişiden” alınan sosyal destek algısı ile “algılanan toplam sosyal destek” puan ortalamaları; istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla; p=0,016, p=0,045, p=0,037, p=0,015).

Tablo 4.43. Çalışma Grubunun “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” Puan Ortalamalarının, Kanser Hastalığıyla İlgili Ameliyat Olma Durumuna Göre Dağılımı

Kanser Hastalığıyla İlgili Ameliyat Olma Durumu	(n)	Aileden A.S.D. (Ort±SS)	Arkadaştan A.S.D. (Ort±SS)	Özel Bir Kişiden A.S.D. (Ort±SS)	Algılanan Toplam S.D. (Ort±SS)
Evet	240	23,8±3,8	18,5±5,9	19,7±5,8	62,0±13,6
Hayır	124	22,6±4,6	17,1±6,5	18,2±6,4	58,0±15,4
<i>Test</i>	t	2,424	2,009	2,089	2,433
<i>Önemlilik</i>	p	0,016	0,045	0,037	0,015

Çalışma grubunda kanser hastalığıyla ilgili RT alanların, almayanlara göre; KT alanların, almayanlara göre; KT alma durumu ve alınan kür sayısı özelliklerine göre; halen uygulanan tedavi özelliklerine; uygulanmakta olan tedavi süreciyle ilgili yan etki

durumuna göre “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (tüm göstergelerde $p>0,05$).

Çalışma grubunda yer alan hastaların “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” puan ortalamalarının, ek hastalık varlığı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.44’de sunulmuştur.

En az bir ek hastalığı olan hastaların, olmayanlara “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” puan ortalamaları düşük bulunmuştur.

En az bir ek hastalığı olan hastaların; “arkadaştan”, özel bir kişiden” alınan sosyal destek algısı ile “algılanan toplam sosyal destek” puan ortalamaları, ek hastalığı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuş (sırasıyla; $p=0,018$, $p=0,015$, $p=0,033$), “aileden alınan sosyal destek algısı” puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 4.44. Çalışma Grubunun “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” Puan Ortalamalarının, Ek Hastalık Varlığı Özelliklerine Göre Dağılımı

Ek Hastalık Varlığı	(n)	Aileden A.S.D. (Ort±SS)	Arkadaştan A.S.D. (Ort±SS)	Özel Bir Kişiden A.S.D. (Ort±SS)	Algılanan Toplam S.D. (Ort±SS)
Var	151	22,9±4,6	16,7±6,5	17,8±6,3	57,4±15,2
Yok	213	23,1±4,3	18,3±6,2	19,4±6,0	60,8±14,6
Test	t	-0,391	-2,385	-2,446	-2,136
Önemlilik	p	0,696	0,018	0,015	0,033

Çalışma grubunda yer alan hastaların “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” puan ortalamalarının, bakım gereksinim durumlarına göre dağılımı Tablo 4.45’de sunulmuştur.

Hastaların son bir ayda yaşanan yerde bakım gereksinimi olanların, olmayanlara göre “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” puan ortalamaları düşük bulunmuştur.

Son bir ayda yaşanan yerde bakım gereksinimi olan hastaların; “arkadaştan”, özel bir kişiden” alınan sosyal destek algısı ile “alınan toplam sosyal destek algısı” puan

ortalamları, bakım gereksinimi olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuş (sırasıyla; $p=0,007$ $p=0,06$, $p=0,011$), “aileden alınan sosyal destek algısı” puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.45. Çalışma Grubunun “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” Puan Ortalamalarının, Son Bir Ayda Bakım Gereksinim Durumlarına Göre Dağılımı

Son Bir Ayda Bakım Gereksinimi	(n)	Aileden A.S.D. (Ort±SS)	Arkadaştan A.S.D. (Ort±SS)	Özel Bir Kişiden A.S.D. (Ort±SS)	Algılanan Toplam S.D. (Ort±SS)
Evet	85	23,1±4,5	18,1±6,2	19,2±6,1	60,5±14,8
Hayır	279	22,7±4,2	16,0±6,4	17,1±6,4	55,8±14,8
<i>Test</i>	t	0,884	2,701	2,77	2,551
<i>Önemlilik</i>	p	0,377	0,007	0,006	0,011

4.4. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Korelasyonel Karşılaştırılması.

Aşağıda yalnızca “yaş”, “WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi”, “EORTC QLQ-C30; genel iyilik hali” ve “algılanan toplam sosyal destek” puan ortalamalarının diğer değişkenler ile anlamlı ilişkisine bakılmış olup, hastaların “yaş”, “tanıdan geçen süre/ay”, “WHOQOL-8.Tr” ve “EORTC QLQ-C30” yaşam kalitesi ölçekleri ile “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” puan ortalamalarının, korelasyonel karşılaştırılması Tablo 4.46’da sunulmuştur.

Grubun “yaş” değişkeni ile WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi ($r=-195$, $p<0,001$), EORTC QLQ-C30; genel iyilik hali ($r=-184$, $p<0,001$), fiziksel işlev ($r=-249$, $p<0,001$) maddi zorluk ($r=-114$, $p=0,030$) puan ortalamaları arasında, “negatif yönde”; yorgunluk ($r=110$, $p=0,036$), bulantı-kusma ($r=132$, $p=0,012$), iştah kaybı ($r=175$, $p=0,001$) puan ortalamaları arasında “pozitif yönde” anlamlı ilişki bulunmuştur.

Çalışma grubunda yer alan hastaların WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi puan ortalaması ile yaş ($r=-184$, $p<0,001$), EORTC QLQ-C30; yorgunluk ($r=-570$, $p<0,001$), bulantı-

kusma ($r=-519$, $p<0,001$) ağrı ($r=-336$, $p<0,001$) nefes darlığı ($r=-215$, $p<0,001$), uykusuzluk ($r=-270$, $p<0,001$) iştah kaybı ($r=-317$, $p<0,001$), kabızlık ($r=-103$, $p=0,049$), maddi zorluk ($r=-264$, $p<0,001$), puan ortalamaları arasında, “negatif yönde”; EORTC QLQ-C30; genel iyilik hali ($r=783$, $p<0,001$), fiziksel, ($r=629$, $p<0,001$), rol ($r=344$, $p<0,001$), duygusal ($r=314$, $p<0,001$), bilişsel ($r=310$, $p<0,001$) ve sosyal fonksiyonlar ($r=512$, $p<0,001$), aileden ($r=311$, $p<0,001$), arkadaştan ($r=386$, $p<0,001$), özel bir kişiden ($r=381$, $p<0,001$), alınan sosyal destek algısı ile algılanan toplam sosyal destek ($r=428$, $p<0,001$), puan ortalamaları arasında “pozitif yönde” anlamlı ilişki bulunmuştur.

Grubun EORTC QLQ-C30; genel iyilik hali puan ortalaması ile yaş ($r=-195$, $p<0,001$), EORTC QLQ-C30; yorgunluk ($r=-595$, $p<0,001$), bulatı-kusma ($r=-512$, $p<0,001$) ağrı ($r=-308$, $p<0,001$) nefes darlığı ($r=-193$, $p<0,001$), uykusuzluk ($r=-247$, $p<0,001$) iştah kaybı ($r=-383$, $p<0,001$), kabızlık ($r=-113$, $p=0,031$), maddi zorluk ($r=-191$, $p<0,001$), puan ortalamaları arasında, “negatif yönde”; WHOQOL-8.TR yaşam kalitesi ($r=783$, $p<0,001$), EORTC QLQ-C30 fiziksel ($r=580$, $p<0,001$), rol ($r=277$, $p<0,001$), duygusal ($r=300$, $p<0,001$), bilişsel ($r=253$, $p<0,001$), sosyal fonksiyonlar ($r=428$, $p<0,001$), aileden ($r=275$, $p<0,001$), arkadaştan ($r=276$, $p<0,001$), özel bir kişiden ($r=280$, $p<0,001$), alınan sosyal destek algısı ile algılanan toplam sosyal destek ($r=314$, $p<0,001$), puan ortalamaları arasında “pozitif yönde” anlamlı ilişki bulunmuştur.

Çalışma grubunda yer alan hastaların “algılanan toplam sosyal destek” puan ortalaması ile; EORTC QLQ-C30; yorgunluk ($r=-258$, $p<0,001$), bulatı-kusma ($r=-162$, $p=0,002$), ağrı ($r=-162$, $p=0,002$), uykusuzluk ($r=-124$, $p=0,018$), iştah kaybı ($r=-118$, $p=0,025$), maddi zorluk ($r=-724$, $p<0,001$) puan ortalamaları arasında, “negatif yönde”; WHOQOL-8.TR yaşam kalitesi ($r=428$, $p<0,001$), EORTC QLQ-C30 genel iyilik hali ($r=314$, $p<0,001$), fiziksel ($r=261$, $p<0,001$), duygusal ($r=137$, $p=0,009$), bilişsel ($r=132$, $p=0,0012$), sosyal fonksiyonlar ($r=159$, $p=0,002$), aileden ($r=724$, $p<0,001$), arkadaştan ($r=946$, $p<0,001$), özel bir kişiden ($r=932$, $p<0,001$) alınan sosyal destek algısı puan ortalamaları arasında “pozitif yönde” anlamlı ilişki bulunmuştur.

Tablo 4. 46. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Korelasyonel Karşılaştırılması

		Tamdan sonra geçen süre/ay	WHOQOL -8.Tr	Genel İyilik Hali	Fiziksel İşlev	Rol İşlev	Duygusal Fonksiyon	Bilişsel İşlev	Sosyal İşlev	Yorgunluk	Bulantı-Kusma	Ağrı	Nefes Darlığı	Uykusuzluk	İştah Kaybı	Kabızlık	İshal	Maddi Zorluk	Aileden A.S.D	Arkadaştan A.S.D.	Özel Bir Kişiden A.S.D	Algılanan Toplam S.D.	
Yaş	r	1	0,060	-.195(**)	-.184(**)	-.249(**)	-0,099	0,052	-0,038	-0,045	,110(*)	,132(*)	0,026	0,101	0,078	,175(**)	0,092	0,033	-.114(*)	-0,038	-0,044	-0,034	-0,044
	p		0,256	<0,001	<0,001	<0,001	0,058	0,320	0,469	0,387	0,036	0,012	0,621	0,055	0,136	0,001	0,080	0,531	0,030	0,474	0,405	0,515	0,405
Tamdan sonra geçen süre/ay	r	1	-.141(**)	-.091	-.130(*)	-.065	-.065	-.081	-.094	,108(*)	,129(*)	,197(**)	,170(**)	,117(*)	,013	,003	,135(**)	,079	-.134(*)	-.103(*)	-.054	-.024	
	p		0,007	0,083	0,013	0,218	0,218	0,124	0,073	0,040	0,014	<0,001	0,001	0,025	0,803	0,951	0,010	0,134	0,010	0,050	0,308	0,644	
WHOQOL-8.Tr	r		1	,783(**)	,629(**)	,344(**)	,314(**)	,310(**)	,512(**)	-.570(**)	-.519(**)	-.336(**)	-.215(**)	-.270(**)	-.317(**)	-.103(*)	-0,095	-.264(**)	,361(**)	,386(**)	,381(**)	,428(**)	
	p			<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,049	0,070	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
Genel İyilik Hali	r			1	,580(**)	,277(**)	,300(**)	,253(**)	,428(**)	-.595(**)	-.512(**)	-.308(**)	-.193(**)	-.247(**)	-.383(**)	-.113(*)	-0,053	-.191(**)	,275(**)	,276(**)	,280(**)	,314(**)	
	p				<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,031	0,317	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
Fiziksel İşlev	r				1	,430(**)	,277(**)	,286(**)	,420(**)	-.689(**)	-.743(**)	-.394(**)	-.293(**)	-.307(**)	-.394(**)	-.118(*)	-0,019	-.165(**)	,203(**)	,231(**)	,249(**)	,261(**)	
	p					<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,025	0,721	0,002	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
Rol İşlev	r					1	,247(**)	,270(**)	,481(**)	-.422(**)	-.439(**)	-.478(**)	-.230(**)	-.204(**)	-.208(**)	-.144(**)	-.103(*)	-0,091	-0,002	0,000	0,039	0,016	
	p						<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,006	0,049	0,082	0,972	0,997	0,458	0,768	
Duygusal İşlev	r						1	,353(**)	,347(**)	-.422(**)	-.301(**)	-.428(**)	-.202(**)	-.335(**)	-.246(**)	-.117(*)	-0,097	-.154(**)	,175(**)	0,079	,127(*)	,137(**)	
	p							<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,025	0,065	0,003	0,001	0,133	0,015	0,009	
Bilişsel İşlev	r							1	,280(**)	-.358(**)	-.282(**)	-.291(**)	-.133(*)	-.209(**)	-0,092	-.204(**)	-0,012	-.186(**)	0,096	,106(*)	,141(**)	,132(*)	
	p								<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,011	<0,001	0,081	<0,001	0,826	<0,001	0,067	0,043	0,007	0,012	
Sosyal İşlev	r								1	-.463(**)	-.403(**)	-.429(**)	-.200(**)	-.229(**)	-.275(**)	-.165(**)	-0,107(*)	-.281(**)	,175(**)	,114(*)	,143(**)	,159(**)	
	p									<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,002	0,042	<0,001	0,001	0,029	0,006	0,002	
Yorgunluk	r									1	,627(**)	,498(**)	,311(**)	,436(**)	,489(**)	,175(**)	,120(*)	,196(**)	-.213(**)	-.209(**)	-.258(**)	-.258(**)	
	p										<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	0,022	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
Bulantı - Kusma	r										1	,459(**)	,255(**)	,325(**)	,466(**)	,113(*)	0,092	,157(**)	-.156(**)	-.127(*)	-.151(**)	-.162(**)	
	p											<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,032	0,080	0,003	0,003	0,015	0,004	0,002	
Ağrı	r											1	,260(**)	,369(**)	,377(**)	,173(**)	,127(*)	,221(**)	-.141(**)	-.124(*)	-.163(**)	-.162(**)	
	p												<0,001	<0,001	<0,001	0,001	0,015	<0,001	0,007	0,018	0,002	0,002	
Nefes Darlığı	r												1	,181(**)	0,078	0,046	0,059	,131(*)	-0,066	-0,087	-.110(*)	-0,102	
	p													0,001	0,138	0,380	0,264	0,012	0,208	0,098	0,036	0,053	
Uykusuzluk	r													1	,319(**)	,150(**)	,162(**)	0,094	-.125(*)	-0,078	-.130(*)	-.124(*)	
	p														<0,001	<0,001	<0,001	0,073	0,017	0,136	0,013	0,018	
İştah Kaybı	r														1	0,095	,159(**)	0,061	-0,075	-.114(*)	-.115(*)	-.118(*)	
	p															0,069	0,002	0,242	0,156	0,030	0,028	0,025	
Kabızlık	r															1	-0,06	0,073	-0,04	-.108(*)	-.107(*)	-0,102	
	p																0,254	0,162	0,449	0,039	0,042	0,053	
İshal	r																1	0,063	0,020	0,073	0,025	0,047	
	p																	0,228	0,709	0,166	0,638	0,373	
Maddi Zorluk	r																	1	-.235(**)	-.159(**)	-.201(**)	-.220(**)	
	p																		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
Aileden A.S.D	r																		1	,534(**)	,490(**)	,724(**)	
	p																			<0,001	<0,001	<0,001	
Arkadaştan A.S.D.	r																			1	,882(**)	,946(**)	
	p																				<0,001	<0,001	
Özel Bir Kişiden A.S.D	r																				1	,932(**)	
	p																					<0,001	
Algılanan Toplam S.D.	r																					1	
	p																						<0,001

p<0,05* istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulundu
p<0,01** istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı korelasyon bulundu

5. TARTIŞMA

Tartışma bölümü; bulgular bölümüyle uyumluluk göstermesi açısından aşağıdaki dört bölüme ile ele alınmıştır:

- Çalışma grubunun sosyo-demografik/sosyo-ekonomik ve hastalık özellikleri,
- Çalışma grubunun yaşam kalitesi düzeylerinin sosyo-demografik/sosyo-ekonomik ve hastalık özelliklerine göre karşılaştırılması,
- Çalışma grubunun algıladıkları sosyal destek düzeylerinin sosyo-demografik/sosyo-ekonomik ve hastalık özelliklerine göre karşılaştırılması,
- Çalışmada kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarının anlamlı korelasyonel karşılaştırılması.

5.1. Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik/Sosyo-Ekonomik ve Hastalık Özellikleri

Kanser küresel ölçekte önemli bir sağlık sorunudur. Kanada'da 2012 yılında 186.400 yeni kanser olgusu görülmüş ve 75.700 hasta kanser nedeniyle ölmüştür. Amerika Kanser Topluluğu'nun verilerine göre ABD'de 2011 yılında 1.596.670 yeni kanser tanısı konulmuş ve 571.950 kişi kanser nedeniyle ölmüştür (58). Kanser hastalarının % 60'ı uzun dönem sağ kalım göstermektedir. Tıbbi ilerlemeler kanser sağ kalımını olanaklı kılmakta ise de kanser tedavisine başlanması ve bilinmeyen bir geleceğe doğru yolculuk oldukça sıkıntı ve stres verici bir süreçtir (59).

Globocan 2012 raporuna göre; 2012 yılında Türkiye'de toplam (erişkin nüfus içinde) 145.232 (melanoma harici diğer deri kanseri verileri yoktur) yeni kanser olgusu saptanmış olup; bunların % 10,5'i (15.229) meme kanseri, % 8,2'si (11.917) kolorektal, % 17,1'i (24.779) akciğer ve % 7'si (10.108) mide kanseridir. Erişkin nüfusta saptanan yeni kanser olgularının % 41,9'u (60.845) kadınlarda, % 58,1'i (84.387) erkeklerde görülmüştür. Erişkin kadın nüfusta saptanan kanserlerin (n=60.845) % 25'i (15.229) meme kanseri, % 8,3'ü (5.033) kolorektal kanser, % 5,4'ü (3310) akciğer ve % 6,9'u (4.180) mide kanseridir. Erkeklerde saptanan kanserlerin (n=84.387); % 8,2'si (6.884) kolorektal kanser, % 25,1'i (21.169) akciğer

kanseri ve % 7'si (5.928) mide kanseridir (erkek meme kanseri diğer şekilde sınıflandırılmıştır). Türkiye'de 2012 yılında yeni meme, kolorektal, akciğer ve mide kanser olgularının toplamı; 62.033'dur. Olguların % 39,9'unu akciğer, % 24,5'ini meme, % 19,2'sin, kolorektal, ve % 16,3'ünü mide kanseri olguları oluşturmaktadır (60).

Kılıçkap'ın Hacettepe Üniversitesinde 2007-2009 yılları arasındaki 1.549 kanser hastası üzerinde EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğini uyguladığı çalışmada, hastaların % 51,5'i kadınlardan oluşmaktadır ve yaş ortalaması $53,2 \pm 14,3$ 'tür. En sık izlenen üç tanı sırasıyla meme kanseri % 21, hematolojik kanserler % 18 ve kolorektal kanserdir % 11 (61). Savcı'nın farklı tür kanserlerde; kanserli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeyini etkileyen ögelerin değerlendirildiği çalışmada (n=170) grubun % 55,3'ü kadınlardan oluşmaktadır ve yaş ortalaması $50,75 \pm 14,06$ olarak bulunmuştur (62). Eom ve arkadaşlarının; Güney Kore'de çok merkezli algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi ile ilişkisini irdeledikleri çalışmada (n=1.910) her iki cinsiyette yaş ortalaması $58,1 \pm 12,1$ bulunmuştur. Eom ve ark.'nın çalışmasında grubun; % 50,7'sini erkekler; % 19,3'ünü meme kanseri, % 14,9'unu kolorektal kanser, % 12,4'ünü akciğer kanseri ve % 19,5'ini mide kanseri tanısı alanlar oluşturmaktadır (63). Buffart ve arkadaşlarının; kanser hastalarında fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkisini araştırdığı çalışmasında (farklı tanı kanser grubunda) egzersiz programına alınan hastaların (n=170) % 62'sini meme, % 11'ini kolorektal kanser tanı hastalar oluşturmaktadır (64). Farooqui ve arkadaşları Malezya'da kesitsel düzenekte gerçekleştirdikleri çalışmada 390 kanser hastasını EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi anketi ile değerlendirmişlerdir. Grubu oluşturanların % 36,4'ü meme kanseri, % 22,4'ü gastrointestinal kanser tanı bireylerdir (65).

Çalışma grubunun % 59,6'sı kadınlardan oluşmakta olup, tanılar sırasıyla % 39,3'ü meme, % 23,9'u kolorektal, % 20,6'sı akciğer ve % 16,2'si mide kanserleridir (Tablo 4.3, Grafik 4.1).

Çalışma grubunun kadın yaş ortalaması $54,5 \pm 11,3$ (Min-Maks; 27-90) ve erkek yaş ortalaması $59,0 \pm 9,4$ (Min-Maks; 25-81) 'dır.

Çalışma grubundaki hastaların cinsiyete göre tanı dağılımı Grafik 2’de görülmekte olup, kadınların % 65,9’u (n=143) meme kanseri, % 19,8’i (n=43) kolorektal, % 9,7’si mide kanseri (n=21) ve % 4,6’sı (n=10) akciğer kanseri tanısı almış hastalardır. Erkeklerin % 44,2’si (n=65) akciğer kanseri, % 29,9’u (n=44) kolorektal (n=44) ve % 25,9 (n=38) mide kanseri tanısı almış hastalardır.

Çalışma farklı tip kanserleri içeren araştırmalar ile karşılaştırıldığında; her çalışmanın kendine özgü modellenmesi, öncelikleri ve hedef çalışma grubu vardır. Bu durum araştırmalara göre yaşı, cinsiyeti ve yaş grubu yapılanmasını değiştirmektedir

Farklı kanserlerin farklı cinsiyet ve yaş gruplarında görülmesi beklenir bir bulgudur, meme kanseri olgularının orta yaş kadınlarda, akciğer kanserinin çoğunlukla erkeklerde görülmesi gibi. Erkeklerin kadınlara göre daha yüksek oranda tütün bağımlısı olmaları akciğer kanserinin erkeklerde daha yüksek oranda görülmesine yol açmaktadır. Orta yaş kadınların diğer yaşlardaki kadınlara göre daha yüksek oranda meme kanseri olmalarının bir nedeni de yaşadıkları büyük hormonal değişme dönemidir (66).

Bu çalışmanın kapsamına yalnızca meme, kolorektal, akciğer ve mide kanseri tanılılar alındığından, grubun % 39,3’ünü meme kanseri olguları (cinsiyet etmeni), tanımlayıcı araştırma (kesitsel doğa) yapıldığı ve rastlantısal seçim yapılamadığından dolayı bulgular; genel Türkiye profilini yansıtmamakta, temsiliyet örneklem grubu ile sınırlı kalmaktadır.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 (TNSA, 2008) hane halkı nüfus özelliklerine göre; nüfusunun % 27’si 15 yaşın altında olan Türkiye, genç bir nüfus yapısına sahiptir. Yaşı 65 ve üzeri nüfus ise Türkiye’deki toplam nüfusun % 7’sini, bir başka anlatımla Türkiye’nin tarihindeki en yüksek oranı oluşturmaktadır. Ülke nüfusunun çoğunluğu okula gitmiştir. Okula gidenlerin üçte biri en az ilköğretimin ikinci kademesini tamamlamıştır. En az lise mezunu olan nüfusun oranı erkeklerde % 26, kadınlarda yüzde % 18’dir. TNSA-2008 kapsamındaki hane halklarında kadınların % 33’ü ya hiç eğitim almamış, ya da ilkokulu tamamlamamışken bu rakam erkeklerde % 20’dir. Ekonomik düzeyin bir göstergesi olan hane halkı refah

düzeıı verilerine göre örneğin kırsal alanlardaki hane halklarının yarısından fazlası (% 53) en yoksul yüzde 20'lik dilimde yer almıştır. Yine bu çalışmada 15-49 yaş grubunun % 59,9'u halen çalışmıyor ve boşanmış/ayrı yaşıyor/eşi ölmüş, % 48,7'si son 12 ayda çalışmamış (67).

Çalışma grubunun; % 82,1 evli, % 51,9'u ilkokul mezunu, % 50,8'i ev hanımıdır. Çalışma grubunun ekonomik durum algısı sorgulandığında % 54,7'si orta gelir grubunda olduklarını belirtmişlerdir. Çalışma grubunun kendi bildirimlerine göre % 89,8'inin yalnızca ebeveyn ve çocuklardan oluşan çekirdek ailesi vardır ve % 94,5'i evde yalnız yaşamamaktadır. Çalışma grubunun % 53,3'ü Ankara dışında ikamet etmektedir, % 60,7'si il'de yaşadığını, hastaların % 50,3'ü köyde büyüdüğünü belirtmiştir.

Grubun hastalık ve tedavilerine ilişkin özellikleri Tablo 4.3.'de özetlenmiş olup, % 53,0'ü ayaktan tedavi görmektedir.

Çalışma grubundaki 155 (% 42,6) olgunun % 60,6'sının kanser hastalığı primerdir. Hastaların % 66,2'sinin bir yıldan kısa süre önce tanı aldıkları, ECOG performans statüsünün % 50,8'inin 0, % 49,2'sinin 1 ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Grubun % 60,2'sinin ailesinde kanser hastalığı yoktur. % 65,9'u kanser hastalığı ile ilgili ameliyat olmuş, % 39,8'i radyoterapi, % 86,3'ü kemoterapi tedavisi almıştır. Grubun % 51,7'sinin dört kür ve altında kemoterapi tedavisi almış olup, % 60,5'i veri toplama döneminde de kemoterapi tedavisi almaktadır.

Grubun hastalığı hakkında bilgilendirilme durumu sorgulandığında; % 29,7'si sınırlı konularda bilgi aldığını, kimi hastalar tedavi yan etkileri, semptom kontrolü vb. konularda yeterli bilgisinin olmadığını belirtmiştir. Yapılan bilgilendirmenin çalışma grubuna yeterli gelip, gelmediği sorgulandığında % 21,5'i aldığı bilgiden memnun olmadığını vurgulamıştır. Bu bulgu hastaların beşte birinden biraz fazlasının hastalığı konusunda yeterli bilgisi olmadığını düşündüğünü yansıtmaktadır. (Tablo 4.6, Grafik 4.3).

Çalışma grubunun uygulanmakta olan tedavi (ya da kontrol) süreciyle ilgili bilgilendirilme özellikleri sorgulandığında, % 35,7'si süreç hakkında bilgilendirilmediğini belirtmiş olup, grubun uygulanmakta olan tedavinin (KT, RT) yan etkileri, tedavi sürecinde karşılaşılabilecek sorunlar konularında bilgi gereksinimi olduğunu göstermektedir.

Hastaların son bir ay içinde bakım gereksinimi sorgulandığında % 23,4'ü en az bir konuda bakım gereksinimi duyduğunu belirtmiştir. Kanserli hastaların her aşamada bilgilendirilmeleri, tedavi sürecine uyum ve sürecin başarılı yönetimi açısından önemli bir gerekliliktir.

Herhangi bir kanser tanısı duygusal, sosyal ve fiziki zorlukları da beraberinde taşır. Kanser hastaları, tanıdan başlayarak tedavi sürecinde pek çok stresli, zorlu durumla da yüzleşmek durumunda kalırlar. Kanser tanısı alanların büyük bir kısmı psikolojik semptomlar yaşasalar da, psikiyatrik destek almamaktadırlar. Öte yandan yaşanan bu psikiyatrik ve psikolojik sorunlar, yaşam kalitesinde ciddi bozulmalara yol açmaktadır (68). Çalışma grubunun % 70,3'ü, sağlık personelinin tıbbi tedavi uygulaması dışında herhangi bir destek almadığını belirtmiştir. Bu oran hastaların sağlık personelinin tıbbi destek dışı desteğine olan gereksinimi öne çıkarmaktadır. Sağlık personelinin hastanın psikolojik durumu ile yakından ilgilenmesi ve önleyici yaklaşımla destek vermesi sağlanmalıdır.

Grubun büyük çoğunluğu, hastalığa yol açan en önemli ögenin “stres” olduğunu belirtmektedir (Tablo 4.10). Kanserli hastalar sıklıkla ruhsal stres, yas, ekonomik yük, sıkıntı ve başa çıkma zorluğu yaşarlar. Kanser hastaları pahalı ilaçlar, çalışmama, hayattaki rolleri ve yeteneklerindeki değişim nedeniyle zorluklar yaşarlar ve bu sıkıntı bazen çok ciddi boyutlara varabilir. Bu olumsuz sonuçlar kanser hastalarında uyku bozukluğu, depresyon ve zayıf uyum gibi stresin varlığı ile ilişki göstermektedir (69).

Alan yazın taramasında farklı çalışmalarda farklı sosyo demografik veriler ve hastalık özellikleri görülmekte olup çalışma grubumuzu diğer çalışmalar ile karşılaştırma imkanını sınırlamaktadır, diğer çalışmalar farklı ölçütler ve öncelikler

ile çalışma grubunun verilerini değerlendirmiş, örneğin Arslan ve ark.'nın kemoterapi alan hastalarda hastalık ve tedaviye bağlı yaşanan semptomların sosyo-demografik özellikleri ve algılanan sosyal destek ile ilişkisini konu olan çalışmasında, çalışma grubunun (n=103) %80,6'sı eğitim durumunu orta eğitim ve üzeri şeklinde ifade etmiş, aynı çalışmada kanser hastalarında, hastalığı ile ilgili semptom kontrolünde yardım aldığını ifade edenler grubun %53,4'ünü, yardım alınan kaynağı (n=55) hekim olarak ifade edenler %14,6'sını, hekim ve hemşire olarak ifade edenler grubun %27,2'sini oluşturmaktadır (70).

Ertem ve arkadaşlarının radyoterapi alan kanser hastalarının evde bakım gereksinimleri ve yaşam kalitelerini EORTC QLQ-C30 anketi ile değerlendirdiği çalışmada (n=69); grubun % 69,8'si hastalığı ile ilgili olarak evde bakım gereksinimi olduğunu, gereksinim türü olarak % 32'si "yemek, temizlik" konusunu belirtmiş, tümü bu gereksinimini karşılayanların aile bireyleri olduğunu dile getirmiştir (71). Bu konu çalışma grubumuzda "son bir ayda hastalığınız ile bakım gereksininiz oldu mu?" şeklinde sorgulanmış (Tablo 4.8.) ve grubun %76,6'sı bakım gereksinimi olmadığını, bakım gereksinimi türü olarak en çok banyo ihtiyacını, karşılayan kimse olarak da en sık "kızlarını ve/ya da gelinlerini" (n=47) belirtmişlerdir.

Bu anlamda kimi tanımlayıcı veriler bulgular kısmında ayrıntılı olarak açıklanmış olup, tartışmanın ileriki bölümünde daha anlamlı karşılaştırma olanağı sağladığı için kanser hastalarında sosyo-demografik veriler, "yaşam kalitesi" , "algılanan sosyal destek" düzeyleri ve aralarındaki ilişkiler üzerine odaklanılacaktır.

5.2. Çalışma Grubunun Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Sosyo-Demografik/Sosyo-Ekonomik ve Hastalık Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Çalışma grubunda kanser hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmek için geliştirilen WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi ölçeği QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği, ve Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeğinin, "algılanan toplam sosyal destek" boyutunun güvenilirliğini test etmek için uygulanan Cronbach Alpha test sonuçlarına göre çalışmanın güvenilirliğinin yeterli ve yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 5.1).

Tablo 5.1. Ölçeklerin Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Ölçek	Cronbach Alpha
QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği	,864
WHOQOL-8.Tr Ölçeği	,814
Algılanan Sosyal Destek Toplamı	,949

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi olabildiğince çok boyutlu irdeleme gerektiren zorlu bir çabadır. En azından fiziksel, sosyal, işlevsel ve emosyonel boyutların, bunların yanı sıra genel iyilik durumunun değerlendirilmesini kapsar (72).

Çalışmada Sosyo-Demografik Veriler ve Hastalık Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Tartışılmasında iki farklı yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Ölçeklerden WHOQOL-8.Tr genel yaşam kalitesini belirlemektedir, EORTC QLQ-C30 ölçeği ise hastalığa özgü (işlevlere ya da semptomlara yönelik) bir ölçektir. Bu çalışmada diğer araştırmacıların EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğinde 29. ve 30. sorularla değerlendirdikleri *global health/ quality of life scale scores* (65,72,73) ve Türkçede “genel yaşam kalitesi, genel sağlık durumu” gibi nitelendirdikleri durum, “genel iyilik hali” olarak tanımlanmıştır.

Finck ve arkadaşlarının, Kolombiya’da nüfusu temsil eden kanser hastası olmayan 1500 kişi üzerinde yaptığı EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi çalışmasında; iki maddeli genel iyilik hali puan ortalaması 77,1 bulunmuştur (74). Yun ve ark.’nın Güney Kore’de yaptığı çalışmada sağlıklı nüfus için genel iyilik hali puan ortalaması (n=1000) 70,4 olarak saptanmış (73), Derogar ve ark.’nın İsveç’te yaptığı çalışmada (n=4910) ise genel iyilik hali puan ortalaması 75,3 bulunmuştur. (75).

Yukarıda değinilen üç çalışmada da sağlıklı nüfus ile kanser hastalarını karşılaştırma olanağı sağlayacağı için referans değerler elde etmek açısından yaşa ve cinsiyete göre düzeltme yapılmıştır. Bu çalışmada yaşa ve cinsiyete göre düzeltme uygulaması yapılmamıştır. EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğinde 15 alt boyutta ortalama puanlar, Kolombiya, Güney Kore ve İsveç (73-75,) puan ortalamalarından daha düşük bulunmuştur; (Tablo 5.2).

Tablo 5.2. Çalışmanın EORTC QLQ-C30 Puan Ortalamalarının, Kansere Hastası Olmayan Nüfus'ta Yürütülen Farklı Çalışmaların Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

EORTC QLQ-C30 Ölçeği	Ankara 2013 (n=364)	Kolombiya⁷⁴ 2012 (n=1500)	İsveç⁷⁵ 2012 (n=4910)	Güney Kore⁷³ 2007 (n=1000)
Genel İyilik Hali	55,7	77,1	75,3	70,7
İşlevsel Ölçekler				
Fiziksel İşlev	62,7	92,2	92,4	86,8
Rol İşlev	82,3	92,3	87,7	89,9
Duygusal İşlev	80,8	87,6	80,0	83,7
Bilişsel İşlev	85,4	91,2	88,8	88,2
Sosyal İşlev	78,8	92,7	92,4	93,7
Semptom Ölçekleri				
Yorgunluk	43,0	14,0	18,6	21,7
Bulantı ve Kusma	25,5	5,8	2,9	6,2
Ağrı	23,5	13,6	17,0	9,6
Nefes Darlığı	15,4	6,0	14,0	11,5
Uykusuzluk	30,2	12,6	18,4	10,9
İştah Kaybı	32,2	8,3	4,2	9,0
Kabızlık	21,7	7,2	4,4	13,6
İshal	13,9	5,7	6,0	9,5
Maddi Zorluk	21,4	7,2	5,8	5,4

Kanser hastalarının EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının bilinen bir hastalığı olmayan gruba göre düşük olması beklenir bir bulgudur.

Toplumların yaşlanmasının önemli göstergeleri arasında yer alan doğuştan beklenen yaşam umudu ortalamasının dünya genelinde geçen yüzyıla göre arttığı bilinmektedir. Ancak bu artış her ülkede, bölgede ve toplumda eşit değildir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bir ayrıcalık olarak tanımlanan “sağlıklı yaşlanabilme” hedefine dünyadaki her ülkede eşit olarak ulaşabilmek için sosyo-ekonomik koşulların iyileşmesinin yanı sıra güçlü halk sağlığı politika ve uygulamalarına gereksinim vardır (76).

Kronolojik, biyolojik, sosyal ve psikolojik boyutları olan yaşlanma fizyolojik anlamda kaçınılmaz bir süreçtir. Bu süreç içinde yaşlılarda meydana gelen fizyolojik ve fiziksel değişimler, bireylerin birtakım etkinliklerini kısıtlamakta ya da gerçekleştirmelerine engel olarak, kendilerini mutsuz hissetmelerine neden olmakta ve özellikle sağlık açısından yaşam kalitelerine olumsuz yönde yansımaktadır (77).

Finck ve arkadaşlarının, çalışmasında genel iyilik hali ve işlevsel puan ortalamaları en düşük olan grubun en yaşlı grup olduğu saptanmıştır. Bir başka anlatımla yaş ile yaşam kalitesi ilişkili bulunmuştur (74).

Bu çalışmanın bulguları Finck ve ark.'nın (74) bulguları ile uyumludur. EORTC QLQ-C30 ölçeğine göre en yaşlı grubun (65-90) genel iyilik hali ve 4 işlevsel alt boyut puan ortalamaları en düşük puan ortalamalarıdır. Yaşam kaliteleri diğer yaş gruplarına göre daha düşüktür.

Yine farklı kanser türlerini ele alan bir çalışma ile bu çalışmanın bulguları uyumludur. Değinilen çalışmada da en yaşlı grubun genel iyilik hali puan ortalaması (54.9±23.1) en düşük olarak bulunmuştur (65). Çalışma grubunda da en yaşlı grubun genel iyilik hali puan ortalaması 48,1±29,3'tir ve yaş grupları arasında en düşük genel iyilik puan ortalamasını göstermektedir.

Çalışma grubunda WHOQOL-8.Tr ölçeğine puan ortalamaları açısından yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır (F=4,394 p=0,005). En yaşlı grubun; (65-90), yaşam kalitesi puan ortalaması en düşük bulunmuştur. En yaşlı grup (65-90) EORTC QLQ-C30 ölçeğine göre genel iyilik hali ve 4 işlevsel alt boyutta en düşük yaşam kalitesi yansıtan puan ortalamaları göstermiş, maddi zorluk alt boyutunda ise en yüksek yaşam kalitesi yansıtan puan ortalaması göstermiştir (Tablo 4.14). Yaşlılık dönemi hastaların yaşam kalitelerinin azaldığı ve onları özellikle işlevsel yönden etkilediği bir dönemdir. Fiziksel olarak kısıtlılıklar, sosyal izolasyon gibi etmenlerden dolayı yaşlı hastaların yaşam kalitesi etkilenmektedir. Çalışmada yaşlı grubun maddi zorluk durumunun iyi çıkmasının ise ileri yaşlarda ekonomik koşulların göreceli artması ile ilişkili olabilir.

Yeni tanı almış kanser hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada (n=131) cinsiyet, yaş ve öğrenim durumu gibi demografik değişkenlerin yaşam kalitesi puan ortalamaları üzerine güçlü bir etkisinin olmadığı gösterilmiştir (78). Aynı şekilde Kılıçkap'ın çalışmasında da cinsiyet ve medeni durum ile genel yaşam kalitesi arasında ilişki saptanamamıştır (61). Quinten ve ark. ise sosyo-demografik

değişkenlerin (yaş, cinsiyet) kanser hastalarının yaşam kalitelerinde etkili olduğunu ileri sürmüştür (79).

Farooqui ve arkadaşlarının çalışmasında; kadınların, erkeklere göre, EORTC QLQ-C30 ölçeğine göre genel iyilik hali puan ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,035$) (65). Kılıçkap çalışmasında ise kadınlar ve erkekler arasında genel iyilik hali puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,50$) (61). Çalışmanın bulguları Kılıçkap'ın bulguları ile benzer, Farooqui ve arkadaşlarının bulgularından ise farklıdır.

Çalışmada WHOQOL-8.Tr ölçeğine göre yaşam kalitesi puan ortalaması, cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($t=0,822$ $p=0,412$). EORTC QLQ-C30 ölçeğine göre genel iyilik halinde cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.401$) Fakat erkekler, kadınlara göre üç işlevsel alt boyutta istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan ortalamaları göstermiştir (fiziksel, duygusal, bilişsel) (Tablo 4.15).

Pınar ve arkadaşları çalışmasında evli hastaların genel iyilik hali puan ortalamasını bekarlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (28). Bu çalışmada WHOQOL-8.Tr ölçeğine göre bu bulgu benzer yorumun yapılmasını sağlamakta, genel iyilik hali puan ortalamasında ise medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışma grubunda evli hastaların, bekar/dul/boşanmış hastalara göre WHOQOL-8.Tr ölçeğine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($t= 2,15$ $p=0,032$). EORTC QLQ-C30 ölçeğine göre genel iyilik hali ve işlevsel alt boyutlarda ise istatistiksel yönden anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.16). Evli hastalarda yaşam kalitesinin yüksek bulunmasının nedeni, evli hastaların destek kaynaklarının fazla olması, paylaşma duygusunun verdiği psikolojik rahatlığın yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemesinin olabileceği değerlendirilmektedir.

Pınar ve arkadaşları çalışmasında öğrenim durumu yüksek olan hastaların genel iyilik hali puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (28). Bu çalışmada benzer şekilde; Öğrenim durumlarına göre; WHOQOL-

8.Tr ölçeğine göre yaşam kalitesi gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=4,674$ $p=0,003$), en yüksek yaşam kalitesi puan ortalaması yüksekokul/ve üstü grubundakilerde görülmektedir. Ayrıca EORTC QLQ-C30 ölçeğine göre yüksekokul/ve üstü grubundakiler genel iyilik halinde, üç işlevsel alt boyutta (rol, duygusal, bilişsel) ile maddi zorluk alt boyutunda en yüksek yaşam kalitesi ile ilişkili puan ortalamaları göstermiştir. Özellikle OYD/OY grubu ile yüksek okul/ve üstü grubu arasında maddi zorluk 17,6 puanlık fark dikkat çekicidir (Tablo 4.17). Çalışmada yüksekokul/ve üstü hastalarda yaşam kalitesinin yüksek bulunması, eğitim seviyesi yükseldikçe bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili daha çok bilgiye sahip olmasından kaynaklandığı söylenebilir, diğer bir düşünce ekonomik olanakların artması yaşam kalitesini ve refahı yükseltmektedir. Eğitimli hastaların, kişiler arası ilişkileri daha rahat kurduğu, sosyal ortamlarda çok daha fazla bulunduğu ve toplum içindeki statüsünün yükseldiği değerlendirilmektedir.

Farooqui ve arkadaşlarının çalışmasında işsizler EORTC QLQ-C30 ölçeğine göre düşük genel iyilik hali ortalama puanı göstermişlerdir (65). Buna benzer olarak bu çalışmada da, işsizler en düşük genel iyilik hali puan ortalaması göstermektedir. Hastaların çalışma gruplarına göre WHOQOL-8.Tr ölçeğine göre yaşam kalitesi yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($F=4,552$ $p=0,004$); En düşük yaşam kalitesi ortalama puanı işsizlerde, en yüksek yaşam kalitesi puan ortalaması ise çalışan grubunda görülmektedir. Ayrıca EORTC QLQ-C30 ölçeğine göre işsizler genel iyilik halinde, üç işlevsel alt boyutta (fiziksel, rol, sosyal) ve maddi zorluk alt boyutunda en düşük yaşam kalitesi ile ilişkili puan ortalamaları göstermişlerdir. İşsizler; ev hanımı, emekli ve çalışan gruplarına göre istatistiksel olarak düşük maddi zorluk puan ortalaması göstermiştir. Dünyada işsizlik sorunu, ülkelerin gelişmişlik seviyelerine göre farklılık göstermekte olup, sadece az gelişmiş ülkelerin değil, sanayileşmiş ülkelerin de önemli ortak sorununu oluşturduğu bilinmektedir, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde kronik hastalıkların uzun dönemde ekonomik yükü düşünüldüğünde, işsizliğin kanser hastalarının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği düşünülebilir.

Ekonomik durum algılarına göre, ekonomik durum algısı yükseldikçe WHOQOL-8.Tr ölçeğine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları yükselmektedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($F= 30,147$ $p<0,001$). En düşük yaşam kalitesi puan ortalamasını ekonomik durum algısı kötü ve çok kötü olarak nitelendiren grupta görülmektedir. EORTC QLQ-C30 ölçeğine göre ekonomik durum algısını kötü ve çok kötü olarak nitelendiren grup, genel iyilik halinde, işlevsel alt boyutların tamamında ve maddi zorluk alt boyutunda en düşük yaşam kalitesi ile ilişkili puan ortalamaları göstermiştir. Maddi zorluk alt boyutunda ekonomik durum algısı kötü/çok kötü ile iyi/çok iyi olan gruplar arasındaki 33 puanlık fark dikkat çekmektedir (Tablo 4.19). TNSA 2008 verilerine göre ülkemizde 65 yaş üstü nüfusun oranı yükselmektedir (67). Kronik hastalıklar özellikle hastalığın agresif dönemlerinde özel hastanelerde tedavi almaya zorlayabilmektedir. Çalışma grubunda kanser tedavilerinin olumsuzlukları, düşük gelir düzeyi, hastaların yaşam kalitelerini ve tüm işlevsel özelliklerini etkilediği ileri sürülebilir (Tablo 4.19).

Deng ve arkadaşları mide, kolon ve rektal kanser tanılı hastalarda genel iyilik hali puan ortalamasını sırasıyla $50,7\pm 6,5$, $48,1\pm 7,7$, $47,6\pm 6,4$ bulunmuştur (80), çalışma grubunda genel iyilik hali puan ortalamaları; meme, kolorektal, akciğer ve mide kanserleri için sırasıyla $58\pm 27,3$, $56,8\pm 25,0$ $52,0\pm 28,1$ $53,1\pm 25,2$ şeklinde bulunmuştur. Deng ve arkadaşlarının çalışmasında mide kanseri için ortalama puan bu çalışmadan daha yüksek bulunmuştur. Farooqui ve ark. çalışmasında genel iyilik hali puan ortalamasını meme kanseri tanılı hastalarda ($63,1\pm 21,5$) bulunmuştur ayrıca en yüksek genel iyilik hali puan ortalaması tiroid kanseri tanılı ($79\pm 7,6$) hastalarda bulunmuştur (65). Çalışma grubunda meme kanseri tanılı hastalarda yakın bir puan ortalamasına yakın bir değerde meme kanseri hastalarında bulunmuş olup bu çalışmada genel iyilik hali puan ortalaması en yüksek olarak meme kanseri tanılı hastalarda saptanmıştır ($58,0\pm 27,3$). Hastalık tanılarına göre gruplar arasında istatistiksel yönden anlamlı olarak fark bulamasak da ($F=0,418$ $p<0,05$), WHOQOL-8.Tr ölçeğine göre yaşam kalitesi puan ortalaması en yüksek kolorektal kanser tanılı hastalarda görülmektedir. EORTC QLQ-C30 ölçeğine göre akciğer kanseri hastalarının nefes darlığı semptomu puan ortalaması; meme, kolorektal, mide kanseri hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. [Bonferroni post-hoc

testi: ($p < 0.001$, $p < 0.001$, $p < 0.001$)]. Mide kanserli hastaların iştah kaybı puan ortalaması, diğer tanı gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. [Bonferroni post-hoc testi: ($p < 0.001$, $p < 0.001$, $p < 0.001$)]. Ayrıca; kolorektal kanser tanıli hastalarda, ishal semptomu puan ortalaması meme ve akciğer kanseri tanıli hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. [Bonferroni post-hoc testi: ($p < 0.001$, $p < 0.001$) (Tablo 4.21)]. Bu bulgular çalışma grubunda yaşam kalitesinin tanı ile ilgili olmadığını, semptomların ise kanserin nedeni olan primer organ semptomları ile ilişkili olduğu düşüncesini uyandırmaktadır.

Kılıçkap çalışmasında ayaktan hastaların genel iyilik hali puan ortalamasını yatarak tedavi gören hastalara göre anlamlı olarak yüksek bulmuştur ($p < 0,05$). Kılıçkap'ın çalışmasındaki bulgular (61) ile çalışma grubundaki bulgular farklılıklar göstermektedir.

Hastaların ayaktan ya da yatan hasta olma durumları değerlendirildiğinde ayaktan hastaların WHOQOL-8.Tr ölçeğine göre yaşam kalitesi puan ortalaması yatarak tedavi gören hastalara göre yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildir. ($t = 1,375$ $p = 0,170$). Ayrıca EORTC QLQ-C30 ölçeğine göre hastaların ayaktan ya da yatan hasta olma durumları değerlendirildiğinde genel iyilik halinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p = 0,883$) (Tablo 4.22). Ayakta tedavi gören hastaların hastanede geçen sürelerinin yatan hastalara göre daha az olması ve yaşamları üzerindeki kontrollerinin daha fazla olması nedeniyle daha yüksek yaşam kalitesi beklenmesine rağmen çalışmada bu bulguya ulaşılamamıştır.

WHOQOL-8.Tr ölçeğine göre hastaların tanı sonrası geçen süre gruplamasına göre; tanı aldıkları süre/yıl yükseldikçe yaşam kalitesi puan ortalamaları düşmekte olup ayrıca gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($F = 8,117$ $p < 0,001$). En düşük yaşam kalitesi puan ortalaması, tanıyı beş yıl ve üzerinde süre önce alanlarda bulunmuştur, Ayrıca EORTC QLQ-C30 ölçeğine göre genel iyilik halinde tanı aldığı yıl bir yıl ve altı olanların, beş yıl ve üstü olan hastalara göre, 24,9 puanlık fark dikkat çekmektedir. Tüm işlevsel ölçeklerde tanıyı beş yıl ve üzerinde süre önce alanlarda en düşük işlevsel boyut puan ortalamaları görülmektedir (Tablo 4.24). Hayatta kalma süresinin uzaması hasta bireyde kanser ile daha uzun yıllar yüz yüze

kalmayı, kanser ile savaşmayı, kansere karşı kanser ile birlikte yaşamayı öğrenmeyi ve kaliteli bir yaşam sürdürme zorunluluğunu gündeme getirmektedir (28). Fakat bu çalışmadaki bulgular, hastalık süresi uzadıkça hastaya olan etkilerinin de artmakta olduğunu ve yaşam kalitesine olumsuz yönde etki ettiğini göstermektedir.

Hastaların ECOG performans statüsü 0 olanların 1 ve üstü olanlarla kıyaslandığında WHOQOL-8.Tr ölçeğine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($t=12,67$ $p<0,001$). EORTC QLQ-C30 ölçeğine göre genel iyilik hali, tüm işlevsel alt boyutlarda anlamlı olarak daha düşük puan ortalamaları göstermiştir. (Tablo 4.25).

Esbensen ve arkadaşları kanser hastaları üzerinde 2006 yılında yapmış oldukları bir çalışmada 65 yaş ve üzeri hastalarda KT öncesi ve üç ay sonrası genel yaşam kalitesinde belirgin bir değişiklik olmadığını bulunmuştur (81). Esbensen ve ark'nın çalışması bir izlem çalışmasıdır, Gruplar aldığı tedavi özelliklerine göre ayrıldığında WHOQOL -8.Tr ölçeğine göre yaşam kalitesi düzeyi, diğer gruplara göre en düşük KT ($3,5\pm0,8$) ve RT ($3,5\pm8,8$) alan hastalarda (eşit olarak)görölmüş; EORTC QLQ-C30 ölçeğine göre genel iyilik hali KT alan hastalarda en düşük bulunmuştur (Tablo 4.27).

Kanser tedavilerinin yan etkileri (bulantı-kusma gibi) kanser hastalarının yaşam kalitesini etkilemektedir. 2012'de Lin ve arkadaşları bir grup meme kanseri hastasında güçlükle kontrol edilen bulantı kusma rapor etmişler ve bunun da yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir (82). Ankara çalışma grubunda uygulanmakta olan tedavi sürecinde yan etki durumlarına göre yan etki görülenlerin görülmeyenlere kıyasla WHOQOL-8.Tr ölçeği ile değerlendirildiğinde yaşam kalitesi puan ortalamalarında istatistiksel yönden anlamlı olarak fark bulunamamıştır ($t=0,010$ $p>0,05$). EORTC QLQ-C30 ölçeğine göre genel iyilik hali daha düşük bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ayrıca yan etki olduğunu bildiren hastaların üç işlevsel alt boyutta anlamlı olarak daha düşük puan ortalamaları bulunmuş olup bu veri, çalışma grubunun eşlik eden ek hastalıklardan olumsuz etkilendiğini göstermektedir (Tablo 4.28).

Kanser tedavisinin olumsuzlukları ve hiçbir gelir kaynağının olmayışı, hastaları emosyonel ve psikolojik olarak olumsuz etkilemekte ve düşük yaşam kalitesine yol açmaktadır (83). İşsizlik ve sosyal güvencesizlik ile finansal zorluklar yaşam kalitesini ciddi etkileyen komponentlerinden biri olarak değerlendirilmektedir.

Kanser hastalığı, bireylerin yaşamlarında ciddi ve yoğun bir sağlık sorununun yaşandığı dönemdir. Geleneksel olarak kanser tanısı, acı ve ölüm ile özdeşleştirilmektedir. Kanserli hastaların yaşam sürelerindeki artış ve yeni tedavi olanakları sonucunda kanserin kronik bir hastalık olduğu fikri giderek kabul görmektedir. Kanser tedavisinin özelliği ve bazen sınırlı tedaviye ait etkisinden dolayı onkoloji hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi özellikle önem kazanmıştır (84).

Kanserli hastalar, hastalık sürecinden kaynaklanan semptomlar kadar kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri olan ağrı, anoreksiya, kaşeksi, tat değişiklikleri, alopesi, bulantı, kusma, dehidratasyon, mukozit, yorgunluk, dispne, kemik iliği süpresyonu, depresyon, anksiyete gibi fiziksel ve emosyonel semptomları yoğun bir şekilde yaşamaktadırlar (85). Bu yan etkiler hastaların yaşam kalitesini negatif yönde etkileyebilmektedir.

Ek hastalığı olanlar WHOQOL -8.Tr ölçeğine göre anlamlı olarak daha düşük yaşam kalitesi puan ortalaması ($t=3,432$ $p=0.001$) ve EORTC QLQ-C30 ölçeğine göre genel iyilik hali puan ortalaması göstermişlerdir. Ayrıca tüm işlevsel ölçeklerde düşük yaşam kalitesi göstermiştir (Tablo 4.29). Ek hastalık varlığı çalışma grubunu oluşturanlarda daha kötü yaşam kalitesi ile sonuçlanmıştır.

Farooqui ve arkadaşları farklı evrelerde farklı kanser türleri olan hastaların yaşam kalitesini ortaya koymayı amaçladıkları çalışmada, kanserin hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini kanıtlamıştır (65). Örneğin genel iyilik hali puan ortalaması, işlevsel alt boyutlarının puan ortalamalarından daha düşük bulunmuştur (65).

Çalışma grubunda, hasta bilgilerinden hastalık evresine ve patolojik tipine ulaşılma sorunları yaşandığından, evre, patolojik tip ve yaşam kalitesi yönleri ilişkisine dair veri verememek araştırmanın sınırlılıkları içinde değerlendirilmelidir.

5.3 Çalışma Grubunun Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Sosyo-Demografik/Sosyo-Ekonomik ve Hastalık Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Alanyazın taramasında, kanser hastalarının “Algılanan Sosyal Destek Düzeylerini” belirlemeye yönelik yapılmış çalışmalar; sıklıkla farklı toplumlarda, farklı kanser türleri ile ve farklı ölçüm araçları ile yapılmıştır.

Bu bölümde çalışma grubunun sosyo-demografik özellikleri ve hastalık özelliklerinin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile karşılaştırılması yapılacaktır.

Bazı çalışmalar sosyal destek ve kansere uyum arasındaki ilişkiye aracılık eden olası öğeleri araştırmıştır. Lepore ve ark. travmatik olayların bilişsel olarak kabullenmesinde, sosyal ağların, desteklerin ve rollerin önemine dikkat çekmiştir (86). Devine ve arkadaşları sosyal desteğin rahatsız edici düşüncelerden kaçınma ve psikolojik uyumunu incelemiş ve sosyal destek düzeyi ile psikolojik uyum arasında pozitif ilişki olduğunu ileri sürmüştür (87). Araştırmalar ayrıca aile üyelerinden alınan desteğin kanser hastalarının uyumundaki rolüne bakmış ve desteğin uyumda önemli bir rol oynadığını öne sürmüş, bu durumun depresif semptomları azalttığını belirtmişlerdir (88).

Çalışma grubunda Algılanan Sosyal Destek puan ortalamaları; Aileden Alınan Sosyal Destek Algısı 23.0 ± 4.4 , Arkadaştan Alınan $17.6 \pm 6,3$, Özel Bir Kişiden Alınan Sosyal Destek Algısı 18.7 ± 6.2 ve Algılanan Toplam Sosyal destek 59.4 ± 14.9 bulunmuştur.

Ülkemizde kanser ve algılanan sosyal destek düzeyleri üzerine aynı ölçeğin kullanıldığı Savcı'nın yaptığı çalışmada ise algılanan sosyal destek puan ortalamaları (n=170), Aileden Alınan Sosyal Destek 24.34 ± 5.27 , Arkadaştan Alınan Sosyal Destek Algısı 17.16 ± 8.65 , Özel Bir Kişiden Alınan Sosyal Destek Algısı $17.73 \pm$

7.9 ve Algılanan Toplam Sosyal destek 59.19 ± 17.5 bulunmuştur (62). Bu sonuçlar ise çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Yine ülkemizde jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen öğelerinin araştırıldığı, çalışma ile aynı ölçeğin kullanıldığı Ayaz ve ark.'nın çalışmasında (n=200), hastaların algılanan çok boyutlu sosyal destek ölçeğinden aldıkları toplam puan 69.4 ± 13.1 , aileden alınan sosyal destek 25.2 ± 4.3 , arkadaştan alınan sosyal destek algısı 19.9 ± 7.1 ve özel bir kişiden alınan sosyal destek algısı 24.2 ± 4.6 olarak belirlenmiştir (89). Çalışma, Savcı'nin çalışması ile karşılaştırıldığında algılanan toplam sosyal destek puan ortalamaları birbirine yakın; Ayaz ve ark.'nın çalışması ile karşılaştırıldığında ise algılanan toplam sosyal destek daha düşük bulunmuştur.

Çalışmada aileden alınan destek puan ortalaması daha yüksek saptanmıştır. Uzun ve zahmetli bir tedavinin sonunda, hastalığın sonucu hakkındaki belirsizlikler hem hastayı hem de aileyi etkilemektedir. Özellikle kanser hastalığının başlangıcında hasta ve yakınları, bu hastalığı ağır bir yük olarak görmekteler ve hastalık ve tedavi semptomları ile nasıl başa çıkacaklarını bilememektedirler. Alan yazında tespit edilen kanser tedavisinde ailenin birincil sosyal destek kaynağı olduğu şeklindeki görüşle (90) paralel olarak çalışma grubunda da hastaların, ailelerinden daha yüksek sosyal destek gördükleri saptanmıştır.

Çalışmada algılanan sosyal destek toplam puanı en yüksek 25-49 yaş grubunda saptanmış ancak, yaş gruplarına göre algılanan sosyal destek düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunamamıştır. Dedeli'nin çalışmasında sosyal destek toplam puanı en yüksek 18-27 yaş grubunda saptanmıştır (91).

Çalışmada daha genç yaşta hasta grubunda sosyal desteğin yüksek bulunmasını fiziki olanaklarının fazlalığına ve daha genç yaşta bireylerin daha fazla sosyal alanlara çıkma eğilimleri ve kurdukları sosyal ağların genişliğine bağlanabilir.

Kwon ve arkadaşlarının algılanan sosyal desteğin sağlıklı ilgili yaşam kalitesine etkisinin incelediği, 9 merkezden, farklı tipte, 1930 kanser hastası verisinin ele

alındığı ulusal çalışmasında; erkek olmanın daha düşük algılanan sosyal desteğe neden olduğu belirtilmiştir (92). Kadınlar genel olarak erkeklerden daha çok yakın arkadaşına sahiptirler ve daha çok yakınlaşma gösterirler. Kadınların arkadaşlık ağları daha fazladır. Daha fazla kaynaktan destek almaktadırlar. Öte yandan erkekler akrabalarına güvenmektedir görüşlerine karşılık (94), çalışma grubunda Dedeli'nin çalışmasında olduğu gibi (91); erkekler, kadınlardan daha yüksek algılanan sosyal destek düzeyleri belirtmelerine rağmen bu fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ($t= 1,835$ $p=724$) (Tablo 4.34). Anlamlı olmasa da erkeklerin algıladıkları sosyal desteğin yüksekliğinin kendilerini aile reisi olarak görmelerinden ve aile içinde ekonomik bağımsızlığa daha fazla sahip olmalarından kaynaklandığı değerlendirilmektedir.

QABD'de yapılan Kanser Hastalarında Medeni Durum ve Hayatta Kalma konulu, bir çok farklı tipte 734,889 kanser hastasının verilerini inceleyen bir araştırmada, evliliğin erkeklerde, kadınlara göre kanser hastalarında daha yüksek faydasının olduğu bulunmuş, hatta prostat, meme, kolorektal, özofagus, baş / boyun kanserlerinde evliliğin sağ kalıma etkisinin kemoterapiden daha fazla olduğu tespiti yapılmıştır (94).

Çalışma grubunda evli olmak; aileden, arkadaştan alınan sosyal destek algısı ile toplam sosyal destek düzeyini, evli olmayan hastalara göre anlamlı derecede yükseltmiş olup (sırasıyla $p<0.001$ $p=0.039$ $p= 0.014$), özel bir kişiden alınan sosyal destek algısı düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.35).

Ayaz ve arkadaşlarının çalışmasında ortaokul/lise ve üzeri mezun olanların sosyal destek ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F: 4573$ $P<0.05$) (89). Çalışma grubundaki bulguların Ayaz ve ark. bulgularıyla benzer olduğu; çalışmada, hastaların öğrenim düzeyleri yükseldikçe “aileden”, “arkadaştan” ve “özel bir kişiden” alınan sosyal destek algısı ile “algılanan toplam sosyal destek” puan ortalamalarının da arttığı saptanmıştır. Öğrenim durumu yüksek okul ve üstü grubun algıladığı sosyal destek puan ortalamalarının diğer tüm gruplara göre yüksekliği; hastaların öğrenim

düzeıı artıkça benlik saygılarının yükselmesine neden olmakta, sosyal, kültürel ve ekonomik kazanımları artmakta; sosyal ağları daha fazla gelişmekte, bu da daha kolay şekilde kişiler arası bağlar kurabildiklerini düşündürmektedir.

Daha önceki araştırmacıların “düşük geliri olmanın daha düşük algılanan sosyal desteğe yol açtığı şeklindeki bulgularına ve yüksek geliri olanların daha fazla sosyal ağa sahiptirler” (95), düşünceleriyle aynı doğrultuda olarak çalışma bulguları şunu göstermektedir; hastaların ekonomik durumları yükseldikçe, tüm algılanan sosyal destek puan ortalamaları da yükselmekte, hastanın ekonomik algı düzeıı yükseldikçe en yüksek alınan sosyal destek algısı puanı; aileden alınan destek algısı puanında görölmektedir.

Bu doğrultuda Ayaz ve arkadaşları da çalışanların ve ekonomik durumunu iyi algılayanların ve algıladıkları sosyal destek ortalama puanlarının daha yüksek olduğunu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğunu belirlemişlerdir (89).

Çalışma grubunda ev hanımlarının aileden alınan sosyal destek algısı ve toplam algılanan destek düzeyleri, halen çalışanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur, araştırmacılar işsiz ve çalışan gruplaması yaptıklarında, işsizliğin özellikle aileden alınan sosyal desteği düşürdüğünü bulmuşlardır (63). Bununla birlikte çalışma grubunda işsiz ya da değil gruplamasına gidilmemiştir.

Kanser hastaları, desteği en fazla eşlerinden ve çocuklarından, kısaca çekirdek ailelerinden almaktadırlar. Bu destek kaynaklarının, hastalarına yeterince destek olmaları, onların hastalıklarıyla daha kolay baş etmeleri ve psikososyal sorunları daha az yaşamaları açısından oldukça önemlidir. Araştırmalar, özellikle hastalığın ilk dönemlerinde aileden alınan desteğin hasta açısından çok önemli olduğunu göstermektedir (96). Buna rağmen çalışma grubunda çekirdek ailede yaşayanların, geniş ailede yaşayanlara göre algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Kanserli hastalar sıklıkla ruhsal stres, yas ekonomik yük, sıkıntı ve başa çıkma zorluğu, pahalı ilaçlar, çalışamama, yaşamdaki rolleri ve yeteneklerindeki değişim nedeniyle zorluklar yaşarlar ve bu sıkıntı bazen çok ciddi boyutlara varabilir. Bu olumsuz sonuçlar, kanser hastalarında uyku bozukluğu, depresyon ve zayıf uyum gibi problemlere yol açmaktadır (69).

Çalışmada evde yalnız yaşayan hastaların aileden alınan ve algılanan toplam destek puan ortalamaları evde yalnız yaşamayanlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($t=2,521$ $p= 0,012$). Tıbbi ilerlemeler kanser sağ kalımını mümkün kılmaktadır. Öte yandan kanser tedavisine başlanması ve bilinmeyen bir geleceğe doğru yolculuk oldukça sıkıntı ve stres verici bir süreçtir (97). Yalnızlık sosyal izolasyon anlamına gelmektedir ve hastanın kişiler arası etkileşimini sınırlamakta ve aile desteğinden yoksunluğun zaman içinde sosyo-psikolojik sorunlara yol açabileceğini düşündürmektedir. Buna rağmen Drageset ve arkadaşları yalnız yaşamının mortalite ile ilişkisini araştırmak için, yaşlı kanser hastalarındaki ($n=60$) 5 yıllık izlemlerinde; sosyal izolasyon ve yalnızlığın mortalite ile ilişkili olmadığını bulmuşlardır (98).

Kwon ve arkadaşları metropolde yaşayan hastaları, kırsal alanda yaşayan hastalara göre daha düşük algılanan sosyal desteğe sahip bulmuşlar ve bu bulguyu ‘‘metropolde yaşayan insanlar izole ve daha bireysel yaşadıklarından daha düşük algılanan sosyal desteğe sahipler’’ şeklinde yorumlamışlardır (92).

Çalışma grubunda sürekli ikamet edilen yerin Ankara içi ya da dışına göre ve halen yaşadığı yer köy, ilçe ve il gruplarında algılanan sosyal destek puan ortalamalarında anlamlı farklar bulunamamıştır. Ancak yetişilen yer sorgulandığında il, ilçe ve köyde yetişenler arasında anlamlı olarak algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. ($t=14.101$ $p<0.001$) En yüksek algılanan sosyal destek puan ortalamaları ilçede yetişenlerde, en düşük algılanan sosyal destek puan ortalamaları ise köyde yetişenlerde saptanmıştır (Tablo 4. 40).

Çalışmanın yapıldığı yere göre AÜTFH ve AAYO EA Hastaneleri arasında sosyal destek algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Bu sebebinin

çalışma yapılan hastanelerin her ikisinin de üçüncü basamak kamu hastanesi olması ile açıklanabilir.

Araştırmacılar; birçok kanser tipiyle karşılaştırdıklarında kolorektal kanser tanılı hastaların daha düşük algılanan sosyal desteğe sahip olduklarını bulmuşlar ve bunu “hastanın kolostomisi varsa dışsal aktivitelere daha az katılmakta ve sosyal ilişkilere daha az girmektedir” şeklinde yorumlamışlar (92, 99). Çalışma grubunda örneklem grubundaki hastaların tanıları meme, kolorektal, akciğer ve mide kanserleri olup, toplam algılanan sosyal destek puan ortalamasının akciğer kanseri tanılı hastalarda bulunmasına rağmen hastalık tanısı ile algılanan destek düzeyleri arasında anlamlı farklar bulunamamıştır.

Kwon ve arkadaşları; tedavi çeşidi gruplamasını çalışma ile benzer şekilde yapmış, (cerrahi tedaviyi haricinde) ve tüm tedavi çeşitleri içinde “KT+ RT alanlar, diğer tedavi seçeneklerine göre en düşük algılanan sosyal desteğe sahipler” bulgusuna ulaşmışlardır (92).

Gruba; kanser hastalığıyla ilgili RT alanların, almayanlara göre; KT alanların, almayanlara göre; KT alma durumu ve alınan kür sayısı özelliklerine göre; halen uygulanan tedavi özelliklerine; uygulanmakta olan tedavi süreciyle ilgili yan etki olma/olmama durumuna göre bakıldığında “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği” puan ortalamaları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunamamıştır.

Yapılan bazı çalışmalarda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, teşhisten sonra daha fazla yıl geçmiş olanlarda algılanan sosyal destekte düşüş görülmüştür (92). Hastanın ailesi ve sevenlerinin hastalığın erken dönemlerinde çok destekleyici olabildikleri öte yandan yıllar geçtikçe hasta bakımının yükü ve hastanın iyileşeceğine dair beklentilerin uzamasıyla bu destekleyici tutumların birinci tedaviden sonra zayıflama eğilimi gösterebildikleri saptanmıştır. Kanser hastalarında yaşam kalitesi ve sosyal destek ile ilişkili bir çalışma sosyal ağ büyüklüğünün ve algılanan duygusal desteğin zaman içinde düşüş gösterdiğini ortaya koymuştur (100). Çalışma grubunda tanı sonrası geçen süre gruplaması bir yıl altı, bir-beş yıl ve beş yıl üstü şeklinde yapılmış

ve gruplar arasında algılanan toplam sosyal destek puan ortalamasının en yüksek tanıdan sonra geçen süre bir yıl altı grubunda bulunmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmamıştır (Tablo 4.41).

Çalışma grubunda hastaların EGOG performans statüleri, kanser hastalığı ile ameliyat olma durumları ve son bir yılda bakım gereksinimi ihtiyacı yönlerinden anlamlı çıkan sonuçlar şu şekilde yorumlanabilir: Daha kötü bir fiziksel durum daha düşük algılanan sosyal destekle sonuçlanabilir (92). Uzun süre hayatta kalan meme kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirildiği farklı bir çalışmada sosyal destek ihtiyacının azaltılmasının, fiziksel ve ruhsal işlevselliği artırdığı ve yaşam kalitesini yükselttiği bulunmuştur (101).

Çalışma bulguları da buna paralel olarak şu yorumun yapılmasını sağlamıştır: Eğer bir hastanın fiziksel durumu iyiye, ek hastalığı yok ise ve bakım gereksinimi hissetmiyorsa daha yüksek bir sosyal destek algısına sahiptir ki, kullanılan ölçeklerin korelasyon sonuçları bunu şu şekilde teyit etmektedir; WHOQOL -8.Tr ve EORTC QLQ-C30 ölçeğine göre hastaların genel yaşam kalitesi, iyilik hali, fiziksel, duygusal, bilişsel, sosyal işlevselliği artıkça algıladıkları sosyal desteklerde artmaktadır (Tablo 4.46).

Kanser tanısının şoku, hasta, aile ve diğer bireyler arasındaki iletişim ve etkileşimde değişikliklere neden olabilmektedir. Bu süreçte bazı hastalar, aile üyeleri ve diğer bireylerle daha yakın ilişkiler geliştirirken, bazı hastalar da kişiler arası ilişkilerden kaçınabilmektedir. Belirsizlik ve korku, sıklıkla hastaların sosyal destek gereksinimlerinde artışa neden olmaktadır. Ancak uzun bir tedavi sürecinde hastalar, çoğu zaman sosyal ilişkilerini devam ettirmek için gerekli enerjiyi bulmakta zorlanmakta ve en çok gereksinim duyduklarında da gerekli desteklerden yoksun kalabilmektedirler. Cerrahi girişimler, kemoterapinin yol açtığı beden imajı sorunları, hastalarda sosyal geri çekilme, izolasyon gibi sosyal rol ve etkileşimlerde değişikliklere neden olabilmektedir (91).

Sosyal destekler, stres yaratan durumu ortadan kaldırmaları bile, fiziksel ve psikolojik sağlıkla ilgili kronik hastalıklara uyumu kolaylaştırmakta, moral ve başa çıkma üzerinde olumlu etki yaratmaktadır (102).

5.4. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Korelasyonel Karşılaştırılması

Kanser teşhisi sıklıkla bir yaşam krizi olarak görülebilir, kanser hastaları, hastalıkları süresince pek çok stresli durum yaşayabilirler, algılanan sosyal desteğin seviyesi kanser teşhisi ve tedavisiyle ilgili psikolojik negatif etkileri azaltabilir. 100 yıldan daha fazla bir zaman önce Fransız sosyolog Durkheim intihar'ın zayıf kişiler arası bağlantıları olan bireylerde daha sık olarak görüldüğünü gözledi. Daha önceki çalışmalar baş boyun, prostat ve jinekolojik kanserli hastalarda algılanan sosyal desteğin daha iyi ruh sağlığı ve daha yüksek yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu göstermiştir (103-105). Araştırmalar genellikle sosyal desteğin kanserli hastalarda faydalı olduğunu göstermektedir. Örneğin daha fazla sosyal destek, meme kanserinde daha iyi duygusal uyumla, artmış ümitle ve daha iyi duygu-durumla ilişkili olarak bulunmuştur (87).

Eom ve arkadaşlarının Güney Kore'de çok merkezli (farklı tanıli kanser grubunda) algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi ile ilişkisi çalışmasında (n=1910), algılanan sosyal destek ruh sağlığı ve yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur. Özellikle algılanan sosyal destek, depresyon açısından negatif bir ilişki içinde bulunmuştur. Aynı çalışmada algılanan düşük sosyal destek, düşük yaşam kalitesi ile de ilişkili bulunmuştur (63). Grubun bulguları bu çalışma ile uyumlu olup algılanan toplam sosyal destek WHOQOL-8.Tr ölçeğine göre yaşam kalitesi ($r=0,644$, $p<0,01$) ve EORTC QLQ-C30 ölçeğine göre genel iyilik hali ($r=0,314$, $p<0,01$) (Tablo 4.46) ile pozitif yönde ilişki göstermekte ayrıca kesitsel doğası gereği tam olarak nedensellik belirtilmese de, kanser hastalarında algılanan sosyal destek attıkça, yaşam kalitesinin yükseldiğini düşündürmektedir.

Çalışma grubunda kanser hastalığının belirsizliklerine endişe ve stres eklenince yaşam kalitesini negatif yönde etkilediği, aile ve arkadaş desteğine ilaveten sağlık

çalışanlarının tıbbi bakım harici desteğinin (çalışmada % 29,7) önemli olabileceği ayrıca sağlık personeli tarafından tıbbi uygulamalar haricinde verilen desteğin, destek almayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı olmasa da WHOQOL-8.Tr ve EORTC QLQ-C30 ölçeklerine göre yaşam kalitesini ve genel iyilik halini yükselttiği görülmektedir. ($p<0,05$).

Kanser hastaları arasında morbidite, mortalite ve yaşam kalitesini açıklayan çalışmalar sıklıkla aile ve arkadaşlardan gelen desteğe odaklanmaktadır. Destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkilerin kapsamlı analizleri, kanser hastalarındaki farklı destek kaynakları göz önüne alınarak yapılmalıdır (106,107).

Akciğer kanserli hastalarda Luszczyńska ve ark.'nin sistematik derlemesine konu olan çalışmada analiz edilen yaşam kalitesi ile aile ve arkadaştan gelen destek ilişkilerinde % 53'ünde destek ve yaşam kalitesi yönleri arasında anlamlı ilişkiler gösterilmiştir. Aile ve arkadaş kaynaklı algılanan desteğin rolünü araştıran çalışmalardan, algılanan destek ile yaşam kalitesinin duygusal (üç çalışmanın ikisinde; % 66) ve fiziksel yönleri arasında pozitif ilişkiler olduğunu doğrulayan bulgular alınmıştır (72).

Luszczyńska ve ark.'nin sistematik derlemesine konu olan çalışmalar ile benzer şekilde (72), Çalışma grubunda aileden alınan destek algısı ile ve WHOQOL-8.Tr ölçeğine göre yaşam kalitesi, EORTC QLQ-C30 ölçeğine göre genel iyilik hali, fiziksel, rol, duygusal, bilişsel işlevsellik, maddi zorluk ile pozitif ilişkiler göstermektedir (Tablo 4.46).

Ayrıca arkadaştan alınan destek ile WHOQOL-8.Tr ölçeğine göre yaşam kalitesi, EORTC QLQ-C30 ölçeğine göre genel iyilik hali, fiziksel, rol, bilişsel işlevsellik, maddi zorluk ile pozitif yönde ilişkiler bulunmuş, ancak duygusal işlevsellik ile anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.46).

Çalışma grubunda yaş ile yaşam kalitesi ($r=-195$, $p<0,01$) ve genel iyilik hali ($r=184$, $p<0,01$) arasında anlamlı ve algılanan toplam sosyal destek arasında anlamlı olmayan ($r=0,044$, $p>0,05$) negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki kronolojik yaşlanma

ile birlikte kanser hastalarının daha kırılgan ve sosyal kısıtlılıkları fazla ve fiziksel yönden etkilenmeleri fazla olduğundan dolayı, yaşlanma ile yaşam kaliteleri ve genel iyilik halleri arasında anlamlı ilişkili olabilir düşüncesini hakim kılmaktadır.

Hastalarda tanıdan itibaren geçen süre uzadıkça özellikle yaşam kalitesi anlamlı olarak düşme eğilimindedir ($r=-.147$, $p=0,007$). Fakat tanı alınan süreye bağlı olarak negatif yönde bir ilişki olmasına rağmen sosyal destekteki algı değişikliğinin istatistiksel olarak anlam ifade etmediği söylenebilir ($r=0.24$, $p= 0,644$). Hastalar tanı aldıkları ilk dönemlerde daha fazla tıbbi yardım ve sağlık yardımı almakta, zamanla, hastalarda tedavi olmayı istememe, mali ve psikolojik yükün getirdiği olumsuz koşullar hastaların yaşam kalitesini kötü yönde etkileyebilmektedir. Tanıdan sonra ne kadar yıl geçerse hastalar o ölçüde etkilenmekte, psikolojik süreç daha yıpratıcı olmakta, fiziksel yönden etkilenmenin arttığı düşünülmektedir.

Çalışma bulgularına göre hastalarda toplam sosyal destek algısı; yaşam kalitesi ve genel iyilik hali ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. (sırasıyla; $r=.428$, $p<0,01$ ve $r=.314$, $p<0,01$) (Tablo 4.46). Bu bilgi aile, arkadaş ve özel kişi desteğinin hastaların yaşam kaliteleri açısından önemli olduğunu ve onların uzun soluklu bir mücadele olan kanser tedavisinin hiç bir döneminde bu desteklerini kanser hastalarından eksik etmemeleri gerektiği düşüncesini doğurmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu çalışmada kanser hastalarının sosyo-demografik/sosyo-ekonomik durumları, hastalıkları ile ilgili bilgilendirilme durumları, hastalık tanı tipleri ve ek hastalıklarının olup-olmamasının sosyal destek algısı ve yaşam kalitelerine etkisi incelenmiştir.

Çalışma grubunun WHOQOL-8.Tr ölçeğinin genel yaşam kalitesini 8 soru ile değerlendirdiği ve EORTC QLQ-C30 ölçeğinin ise “*global health/ quality of life scale*” olarak tanımlanan genel iyilik halini yalnızca iki soru ile değerlendirdiği için verilerin değerlendirilmesinde özellikle WHOQOL-8.Tr ölçeği kullanılmıştır. Yapılan değerlendirmeler neticesinde elde edilen sonuçlar aşağıdadır.

6.1.1.Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi ile ilgili sonuçlar aşağıda maddeler halinde özetlenmiştir:

1. Çalışma grubundaki hastalarda korelasyon analizinde yaş'ın; WHOQOL-8.Tr ölçeği yaşam kalitesi ($r=-195$, $p<0,001$), EORTC QLQ-C30 ölçeği genel iyilik hali ve fiziksel işlevsellik ile istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı ilişkisinin olduğu belirlenmiştir.

Yaş gruplarına göre ise, gruplar arasındaki yaşam kalitesinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüş ($F=4,394$ $p=0,005$), en yaşlı grubun; (65-90), yaşam kalitesi puan ortalamasının en düşük olduğu saptanmıştır.

2. Erkeklerin yaşam kalitesi puan ortalaması, kadınlardan yüksek bulunmasına rağmen bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=0,822$ $p=0,412$).

3. Evli hastaların, bekar/dul/boşanmış hastalara göre yaşam kalitesi puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t= 2,15$ $p=0,032$).

4. Öğrenim durumlarına göre; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş olup ($F=4,674$ $p=0,003$) en yüksek yaşam kalitesi puan ortalaması yüksekokul/ve üstü grubundakilerde görülmüştür.

5. Hastaların çalışma gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ($F=4,552$ $p=0,004$); en düşük yaşam kalitesi işsizlerde, en yüksek yaşam kalitesi puan ortalaması ise çalışan grubundakilerde gözlenmiştir.

6. Ekonomik durum algısı gruplarına göre hastaların ekonomik durum algısı yükseldikçe yaşam kalitesi puan ortalamaları da artmaktadır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiş ($F= 30,147$ $p<0,001$). en yüksek yaşam kalitesi puan ortalamasını iyi/çok iyi grubunda yer alanlarda görülmüştür. Ayrıca EORTC QLQ-C30 ölçeğinin maddi zorluk alt boyutunda ekonomik durum algısı kötü/çok kötü ile iyi/çok iyi grubu arasındaki 33 puanlık fark dikkat çekmiştir.

7. Çalışmanın yapıldığı yere göre AÜTF hastanelerindeki hastaların, AAYO EA hastanelerindeki hastalarla kıyaslandığında yaşam kalitesi puan ortalamalarının yüksek olmasına rağmen bu durumun istatistiksel olarak anlam ifade etmediği görülmüştür. ($t=1,678$ $p>0,05$).

8. Hastalık tanılarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamasa da ($F=0,418$ $p<0,05$), yaşam kalitesi puan ortalaması en yüksek kolorektal kanser tanılı hastalarda görülmektedir. EORTC QLQ-C30 ölçeğine göre akciğer kanseri hastalarının nefes darlığı semptomu, mide kanseri hastaları iştah kaybı semptomu ve kolorektal kanser tanılı hastaların ishal semptomu puan ortalamaları ise yüksek bulunmuştur.

9. Çalışma grubunda yer alan hastaların ayaktan ya da yatan hasta durumlarına göre ayaktan tedavi gören hastaların, yatarak tedavi gören hastalara göre yaşam kalitesi puan ortalaması daha yüksek bulunmasına rağmen bu istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t=1,375$ $p>0,05$).

10. Tanıdan itibaren geçen süre/ay ile yaşam kalitesi ($r=-0,141$ $p=0,007$), EORTC QLQ-C30 ölçeğine göre fiziksel işlevsellik ve aileden alınan destek algısı ile yaşam kalitesinin düşmesi yönünde ilişkili olduğu gözlemlenmiştir.

Hastaların tanı sonrası geçen süre gruplamasına göre; tanı aldıkları süre/yıl uzadıkça yaşam kalitesi puan ortalamaları düşmekte olup ayrıca gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. ($F= 8,117$ $p<0,001$) En düşük yaşam kalitesi puan ortalaması, tanıdan itibaren beş yıl ve üzerinde olanlarda saptanmıştır.

11. Hastaların ECOG performans statüsü 0 olanlar ile 1 ve üstü olanların yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=12,67$ $p<0,001$).

12. Hastaların halen uygulanan tedavi özelliklerine göre en düşük yaşam kalitesi puan ortalaması yalnızca RT alan ile yalnızca KT alan gruplarında olup (eşit düzeyde); gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($F=0,734$ $p>0,05$).

13. Çalışma grubunda uygulanmakta olan tedavi sürecinde yan etki durumlarına göre yan etki görülenlerin görülmeyenlerine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($t=0,010$ $p>0,05$).

14. Çalışma grubunda ek hastalık olanların olmayanlara göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=3,432$ $p=0,001$).

15. Çalışma grubunda hastalığı hakkında bilgilendirilme durumu özelliklerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($t=2,131$ $p=0,034$) hastalık hakkında bilgisi olanların, olmayanlara göre yaşam kalitesi puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

16. Çalışma grubunun hastalığı hakkında bilginin (tanı, tedavi, kontrol vb.) yeterli gelip/gelmeme özellikleri sorgulandığında, gruplar arasında istatistiksel olarak

anlamli fark bulunmuştur ($F=5,110$ $p<0,002$). En yüksek yaşam kalitesi puan ortalaması aldığı bilgiyi oldukça/tamamen yeterli olarak tanımlayan grupta saptanmıştır.

6.1.2. Sosyal Destek

Sosyal destek ile ilgili sonuçlar aşağıda maddeler halinde özetlenmiştir:

1. Yaş grupları arasında algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($F=0,441$ $p<0,05$).
2. Çalışma grubunda erkek hastaların algıladıkları sosyal destek daha yüksek olmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t= 1,835$ $p>0,05$).
3. Evli hastaların, bekar/dul/boşanmış hastalara göre algıladıkları sosyal destek puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t= 2,15$ $p=0,032$).
4. Çalışma grubunda öğrenim durumu özelliklerine göre algılanan sosyal destek puan ortalamalarının gruplar arasında istatistiksel olarak farklı olduğu saptanmıştır ($F=6,101$ $p<0,001$). Öğrenim durumu yüksek okul ve üstü grubunun algıladığı sosyal destek puan ortalaması ise hepsinden yüksek bulunmuştur.
5. Hastaların çalışma durumu özelliklerine göre gruplar arasında sosyal destek puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($F=3,357$ $p=0,019$), çalışan grubunun algılanan sosyal destek puan ortalaması en yüksek bulunmuştur.
6. Ekonomik durum algısı özelliklerine göre gruplar arasında algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($F=8,818$ $p<0,001$); algılanan sosyal destek puan ortalaması en yüksek olan grup ekonomik durumunu iyi/çok iyi olarak bildirenlerdir.

7. Hastaların evde yalnız yaşama durumlarına göre, evde yalnız yaşayanların algıladıkları sosyal destek puan ortalaması, anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu görülmüştür ($t=2,521$ $p=0,012$).

8. Çalışma grubunda korelasyon analizinde tanıdan itibaren geçen süre/ay ile algılanan sosyal desteğin negatif yönde anlamlı olarak ilişkili olduğu görülmüştür.

Tanı sonrası geçen süre gruplarına göre ise algıladıkları sosyal destek puan ortalaması en yüksek olarak tanıdan itibaren geçen süre bir yıl ve altı grubunda bulunmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F=1,895$ $p>0,05$).

9. ECOG performans statüsü gruplamasına göre EGOG performans statüsü 0 olan hastaların, statüsü 1 ve üstü olan hastalara göre algıladıkları sosyal destek istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ($t=4,601$ $p<0,001$).

10. Çalışma grubunda kanser hastalığıyla ilgili RT alanların, almayanlara göre; KT alanların, almayanlara göre; KT alma durumu ve alınan kür sayısı özelliklerine göre; halen uygulanan tedavi özelliklerine; uygulanmakta olan tedavi süreciyle ilgili yan etki olma/olmama durumuna göre algılanan sosyal destek puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (tüm göstergelerde $p>0,05$).

6.1.3. Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

Algılanan sosyal destek ile WHOQOL-8.Tr ölçeği yaşam kalitesi ($r=-0,428$ $p=0,001$) ve EORTC QLQ-C30 ölçeğine göre ise genel iyilik hali ve dört işlevsel alt boyutu arasında (fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Bu çalışmadan elde edilen bulgular ve yapılan tartışmalar ışığında kanser hastalarının yaşam kalitelerini ve algıladıkları sosyal desteği iyileştirmekle ilgili aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Kadınlarda yaşam kalitesi ve algılanan sosyal destek daha düşük bulunmuştur. Kadınlarda bu duruma neden olan ögelerin belirlenerek bu yönde desteklenmesi gerekmektedir.
- Çalışma grubunda kanser hastalarında, yaşlanma ile beraber yaşam kalitesi ve algılanan sosyal desteğin azaldığı görülmüştür. Yaşlıların yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik aktivitelerin uygulanabileceği sosyal çevrelerin oluşturulmasının, sosyal çevre ve aktivite sınırlılıklarını giderecek uygulamalar ve politikalar geliştirilmesinin,
- Çalışma grubunda evlilerde, evli olmayanlara göre algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi anlamlı olarak yüksektir, bu durum büyük olasılıkla evli olmayanların yalnız yaşamasından kaynaklanmaktadır. Evli olmayanlara daha fazla sosyal destek imkanı sağlanmasının uygun olacağı değerlendirilmektedir.
- Kanser hastalarında öğrenim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi ve algılanan sosyal destek artmaktadır. Öğrenim seviyesinin yükseltilmesi amacıyla ilave tedbirlerin alınmasının,
- Hastalarda, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi özellikle işsizlerde düşük bulunmuştur. Bu sonucun hastalarda düzenli geliri olamama, kısıtlı sosyal çevreden kaynaklandığı düşünülmektedir. Yüksek gelir seviyesi sağlayacak şekilde istihdamın artırılması yönünde çalışmalara ağırlık verilmesinin,
- Ayaktan tedavi gören kanser hastalarında yaşam kalitesi, genel iyilik hali ve algılanan sosyal destek yatarak tedavi görenlerden daha yüksektir, istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da, bu sonuç yatan hastalarda ki bir çok güçlüğe işaret etmektedir. Hastaların mümkün olduğunca ayakta tedavi edilmesini sağlayacak tüm imkanların sağlanması yönünde ilave tedbirlerin alınmasının,
- Evde yalnız yaşayan kanser hastalarında, yaşam kalitesi ve algılanan sosyal destek düşük bulunmuştur. Özellikle algılanan sosyal destek yalnız

yaşayanlarda anlamlı olarak düşüktür. Evde yalnız yaşayan hastaların sosyal destek imkanlarını artıracak tedbirlerin alınmasının,

- Çalışma grubunda ek hastalık olanların yaşam kalitesinin düştüğü görülmektedir. Kanserli hastalarda ek hastalıkların önemsenerak erken teşhis ve etkin tedavisine yönelik önlemlerin alınmasının,
- Hastaların hastalığı hakkında bilgilendirilme durumlarına göre yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir. Bu sebeple kanser hastalarının kapsamlı ve tatmin edici ölçüde bilgilendirilmesi yönündeki çalışmalara ağırlık verilmesinin uygun olacağı,
- Daha yüksek sosyal desteğin, daha yüksek yaşam kalitesine neden olduğu anlaşılmıştır. Hastalarda sosyal desteğin artırılmasına yönelik çalışmaların, yaşam kalitelerine de olumlu yönde etki edeceği değerlendirilmektedir.

Bu araştırma, birçok demografik ve hastalık ilişkili etmenler ile kanserli bireylerin aldıkları sosyal destek ve yaşam kalitelerini etkileyen etmenlerin, birlikte değerlendirildiği ilk çalışmalardan biridir. Kanser hastaları arasında sosyal destek ile yaşam kalitesi ilişkisine bir iç bakış sağlayabilir ve bu konuda yapılacak diğer araştırmalar için aydınlatıcı kaynak ve bilimsel veri tabanı oluşturabilir.

7. ÖZET

Kanser Hastalarının Sosyal Destek Algısı ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi (İki Hastane Örneği-Ankara)

Kanser tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Tedavi yöntemleri, semptom kontrolü, fizyolojik, psikolojik ve sosyal iyilik halinin sürdürülmesi kanserli bireylerin üstesinden gelmesi gereken bazı önemli sorunlardır. Hastalık ve tedavi nedeni ile ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarının önlenmesi ve sorunlarla baş etme açısından, olumlu sağlık davranışı geliştirme, öz bakım gücünü artırma, sosyal destek ağını kuvvetlendirme, danışmanlık ve bilgilendirme-eğitim vermenin yaşam kalitesi ve algılanan sosyal desteği olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Bu tanımlayıcı araştırma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina ve Cebeci Hastaneleri ve Dr. Abdurrahman Yurtarlan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bölümlerinin yataklı kliniklerinde ve ayaktan kemoterapi, radyoterapi yapılan birimlerinde yürütülmüştür. Çalışmanın amacı, katılımı kabul eden 18 yaş üstü meme, kolorektal, akciğer ve mide kanseri hastalarının, yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal destek düzeyini, demografik ve hastalıkla ilişkili etmenler temelinde tanımlamaktır. Veriler araştırmacı tarafından Mart- Ağustos 2013'te yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

Veri toplama formu; sosyo-demografik özellikler ve hastalığa ilişkin özelliklere yönelik sorular; WHOQOL-8.Tr Yaşam Kalitesi Ölçeği, EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği ve algılanan çok boyutlu sosyal destek ölçeğinden oluşturulmuştur.

Verilerin analizinde Statistical Package for Social Sciences'in 15,0 sürümü kullanılmıştır. Verilerin tanımlanmasında, sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma hesaplanmıştır. Normal dağılıma uygunluk değerlendirilmiştir. Tek yönlü ANOVA testi, Bonferroni testi, *t* testi, Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. $P<0.05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışma grubunun yaş ortalaması $56,3\pm 10,3$ yıl (Min-Maks 25-90), % 59,6'sı kadın, % 82,'i evli, % 51,9'u ilkokul mezunudur. Ev hanımları grubun % 50,8'ini oluşturmaktaydı. Kendi değerlendirmelerine göre %54,7'si orta gelir grubunda idi.

Grubun yarısından fazlası (% 53,0'ü) ayaktan tedavi birimi hastasıdır. Tanıları sırasıyla% 39,3 meme, % 23,9 kolorektal, % 20,6 akciğer ve % 16,2 mide kanseridir.

Grubun % 66,2'si bir yıldan daha kısa bir süre önce tanı aldıklarını bildirmişlerdir, % 50,8'inin "Eastern Cooperative Oncology Group" (ECOG) performans puanı "0"dir, % 60,2'sinin ailesinde herhangi bir kanser öyküsü yoktur, % 65,9'u kanser hastalığı ile ilgili ameliyat olmuştur, % 72,8'i hastalığı ile ilgili herhangi bir sorun yaşadığında ilk olarak kendi olanakları ile hastaneye başvurduğunu, % 87,9'u hastalığı ile ilgili kendisine bilgilendirilme yapıldığını, % 29,7'si sunulan bilgiyi oldukça yeterli bulduğunu, % 76,6'sı son bir ay içinde herhangi bir bakım gereksinimi olmadığını belirtmiştir.

Çalışma grubuna göre kanser hastalığının nedensel bileşenleri arasında (en çok) stres, alışkanlıklar ve sağlıklı beslenme biçimleri yer almaktadır, grubun % 35,0'i zaman içinde hastalığının nasıl seyredeceğini bilmediğini belirtmiştir.

Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 5 iken, grubun WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması $3,5 \pm 0,8$ 'tir. WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları açısından yaş, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, algılanan ekonomik durum, yetişilen sosyal çevre, tanı sonrası süre, ECOG performans durumu, ek hastalık varlığı, bilgilendirilme durumu, verilen bilgiye ilişkin algı durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0.05$) farklılık saptanmıştır.

Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 100 iken, EORTC QLQ-C30 ölçeğinin genel iyilik puanı ortalaması $55,7 \pm 26,6$ bulunmuştur. EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği genel iyilik hali puan ortalamaları açısından yaş, algılanan ekonomik durum, yetişilen sosyal çevre, kanserin primer ya da metastatik olma durumu, tanı sonrası geçen süre, ECOG performans durumu, ek hastalık varlığı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0.05$) farklılık saptanmıştır.

Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 84 iken, grubun Algılanan Toplam Sosyal destek puan ortalaması $59,4 \pm 14,9$ ' tür. Algılanan Toplam Sosyal destek puan ortalaması açısından; medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum algısı, evde yalnız yaşama durumu, yetişilen sosyal çevre, ECOG performans durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p < 0.05$) saptanmıştır.

Yaş ile WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması ($r=0.195$ $p<0.001$), EORTC QLQ-C30 ölçeği fiziksel işlevsellik puan ortalaması ($r=0.249$ $p<0.001$) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Tanıdan geçen süre/ay ile WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması ($r=0.141$, $p=0.007$), EORTC QLQ-C30 ölçeği fiziksel işlevsellik puan ortalaması ($r= 0.130$, $p=0.013$) ve aileden alınan sosyal destek algısı puan ortalaması ($r= 0.134$, $p=0.010$) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Bulgular Toplam Sosyal Destek Algısı puan ortalamasının, WHOQOL-8.Tr ölçeği yaşam kalitesi puan ortalaması ile EORTC QLQ-C30 ölçeği genel iyilik hali puan ortalaması sırasıyla; $r=0.428$ $p<0.001$, $r=0.314$ $p<0.001$) ve dört işlevsel alt boyut (fiziksel, duygusal, bilişsel, sosyal) puan ortalamaları; arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu yansıtmaktadır.

Bu çalışma, sosyodemografik ve hastalık özellikleri açısından kanser hastalarının algıladıkları sosyal desteği ve yaşam kalitelerini değerlendirmeyi denemektedir. Bu konuda gelecekte yapılacak çalışmalara ışık tutabilir ve bilimsel veri tabanı sağlayabilir.

Anahtar Sözcükler: Kanser hastaları, Yaşam kalitesi ve Sosyal destek, WHOQOL-8.Tr yaşam kalitesi ölçeği, EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.

8. SUMMARY

Evaluation of Perceived Social Support and Quality of Life in Cancer Patients (Example of Two Hospitals-Ankara)

Cancer has become an important public health challenge all around the world. Treatment methods, symptom control, sustaining physiological, psychological and social well-being are some important issues that individuals with cancer must to tackle. From the point of view of preventing and coping with health problems related to illness and treatment; positive health behaviors, improving self-care, strengthening social support network, providing counselling and information-education are considered positive affecting factors as regard to quality of life and perceived social support.

The descriptive study has been carried out in the inpatient clinics and in the outpatient chemotherapy and radiotherapy units of the Medical Oncology Departments of the Ankara University Faculty of Medicine Hospitals and of the MD Abdurrahman Yurtarslan Ankara Oncology Training and Research Hospital. The aim of the study was to define the breast, colorectal, lung and gastric cancer patients' (who are older than 18 years of age and accepted participation) quality of life and the perceived social support levels with respect to demographic and illness related characteristics. Data was collected between March-August 2013 with face to face interview technique by the researcher.

The questionnaire has consisted of the questions related to socio-demographic and illness characteristics, WHOQOL-8.Tr quality of life scale, EORTC QLQ-C30 quality of life scale and multi dimensional perceived social support scale

Data was evaluated with the use of Statistical Package for Social Sciences (version 15,0) software program by creating a data base. Numbers, percentages, means and standart deviations have been rated for data interpretation and suitability to the normal distribution have been evaluated. One-way ANOVA test, Bonferroni test and *t*- test, Pearson correlation analysis have been used. $P < 0,05$ level was considered statistically significant.

Mean age of the study group was $56,3 \pm 10,3$ years (Min-Max 25-90), 59,6 % was woman, 82,1 % was married, 51,9 % was primary school graduates. House wives formed 50,8 % of the group. As regard to self perceptions 54,7 % was in the middle income group.

More than half of the group (53,0 %) was outpatient therapy unit patient. Diagnosis' were; 39,3 % breast, 23,9 % colorectal, 20,6 % lung and 16,2 % stomach cancer in order.

The study participants' 66,2 % reported that they are diagnosed less than a year ago, "the Eastern Cooperative Oncology Group" (ECOG) performance score of the 50,8 % was "0" points, 60,2 % had no cancer history in the family, 65,9 % had cancer-related operation, 72,8 % reported that they had admitted to hospital primarily by their own means for any disease related problem, 87,9 % reported that he/she had been informed about the disease and therapy process, 29,7 % suggested that information provided was quite enough, 76,6 % reported that they did not have any care requirement during the last one month.

From the point of view of the study group some of the component causes of the cancer disease were (the most reported) stress, habits and unhealthy dietary patterns, 35,0 % of the group stated that they had no idea about how the disease will keep on over time.

Mean WHOQOL-8.Tr quality of life scale score of the group is $3,5 \pm 0,8$, whereas the maximum is 5 points. With respect to mean WHOQOL-8.Tr quality of life scale scores statistically significant difference ($p < 0,05$) was found between age, marital status, educational level, state of employment, perceived economic status, the social environment grown, time since diagnosis, ECOG performance score status, comorbidity status, information provision status, perception related to information groups.

Mean *EORTC QLQ-C30* scale general well-being score of the group is $55,7 \pm 26,6$, whereas the maximum is 100. With respect to mean *EORTC QLQ-C30* scale general well-being scores, statistically significant difference ($p < 0,05$) was found between age, perceived economic status, the social environment grown, the state of being primary or metastatic cancer, time since diagnosis, ECOG performance score status, comorbidity status groups.

Mean Total Perceived Social Support score of the group is $59,4 \pm 14,9$, whereas the maximum is 84. With respect to mean Total Perceived Social Support scores, statistically significant difference ($p < 0.05$) was found between marital status, educational level, state of employment, perceived economic status, living alone at home, the social environment grown, ECOG performance score status groups.

A negative significant relationship had been found between age and WHOQOL-8.Tr quality of life scale mean scores ($r=0.195$ $p<0.001$), EORTC QLQ-C30 scale physical functioning mean scores ($r=0.249$ $p<0.001$).

A negative significant relationship had been found between time since diagnosis and WHOQOL-8.Tr quality of life scale mean scores ($r=0.141$, $p=0.007$), EORTC QLQ-C30 scale physical functioning mean scores ($r= 0.130$, $p=0.013$) and perceived social support from the family mean scores ($r= 0.134$, $p=0.010$).

Findings reflect a positive significant relationship between Total Perceived Social Support, WHOQOL-8.Tr quality of life scale mean scores and EORTC QLQ-C30 general well-being and for functional subscales' (physical, emotional, cognitive and social) mean scores (respectively; $r=0.428$ $p<0.001$, $r=0.314$ $p<0.001$).

This study attempts to evaluate cancer patients' quality of life and perceived social support with respect to sociodemographic and disease characteristics. Might shed light to future studies and provide a scientific database for similar researches.

Key Words: Cancer patients, quality of life and social support, WHOQOL-8.Tr quality of life scale, EORTC QLQ-C30 quality of life scale, multi dimensional perceived social support scale.

9. KAYNAKLAR

1. National Cancer Institute, Cancer Information Service
<http://cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/what-is-cancer> Erişim tarihi: 20.01.2013.
2. The American Cancer Society.
<http://cancer.org/Research/CancerFactsFigures/GlobalCancerFactsFigures/global-facts-figures-2nd-ed> Erişim tarihi: 20.01.2013.
3. Center M, Siegel R, Jemal A. Global Cancer Facts & Figures 2nd Edition
Atlanta: American Cancer Society; 2011.
<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-027766.pdf> Erişim Tarihi: 10.08.2012
4. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers CD, Parkin D. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase, Int J Cancer. 2010; 127(12):2893-2917.
5. Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study. Lancet Oncol. 2012;13(8):790-801.
6. Boyle P, Levin B. World Cancer Report, IARC-2008.
<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/index.php>
Erişim:25.08.2012
7. Türkiye Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu
http://www.turkcancer.org/newsfiles/60turkiye_kanser_istatistikleri-2.pdf
Erişim tarihi: 15.08.2012
8. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer statistics, Cancer J Clin 2010; 60(5):277-300.

9. Kızılcı, S. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1999; 3(2): 18-26.
10. Tuncer M, T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Daire Başkanlığı. Türkiye’de Kanser Kontrolü Ankara Eylül-2007.
11. TC Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistikleri. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7179/kanser-istatistikleri.html> Erişim: 01.08.2012
12. Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2009 Rapor No: 179-Ankara.
13. Yüce D, Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi Belirleyicileri, Kanser Epidemiyolojisi Programı Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ankara-2012.
14. Ried LD, Tueth MJ, Handberg E, Nyanteh H. Validating a self-report measure of global subjective well-being to predict adverse clinical outcomes. *Qual Life Res.* 2006; 15 (4), 675-686.
15. Sanders C, Egger M, Donovan J. Reporting on quality of life in randomised controlled trials: bibliographic study. *British Medical Journal* 1998; 317:1191-1194.
16. Velikova G, Stark, D, Selby P. Quality of life instruments in oncology. *Eur J Cancer* 1999; 35:1571-1580.
17. Moinpour CM. Do quality of life assessments make a difference in the evaluation of cancer treatments? *Control Clin Trials.* 1997; 18:311-317.
18. Osoba D. Lessons learned from measuring health-related quality of life in oncology. *J Clin Oncol* 1994;12:608-616.
19. Young T, Maher J. Collecting quality of life data in EORTC clinical trials—what happens in practice? *Psychooncology* 1999; 8:260-263.

20. American Society for Clinical Oncology. Outcomes of cancer treatment for technology assessment and cancer treatment guidelines. *Journal of Clinical Oncology* 1996; 14:671-679
21. Leplege A, Hunt S. The problem of quality of life in medicine. *The Journal of the American Medical Association* 1997; 278:47-50.
22. Yüce D, Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi Belirleyicileri, Kanser Epidemiyolojisi Programı Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ankara-2012.
23. Newton FJ, Burney S, Millar JL, Frydenberg M, Disease-specific quality of life among patients with localized prostate cancer: an Australian perspective. *British Journal of Urology Int*, 2006; 97 (6), 1179-1183.
24. Broers S, Kaptein A, LeCessie S, Fibbe W, Hengeveld MW. Psychological functioning and quality of life following bone marrow transplantation: A 3-year follow-up study. *J Psychosom Res.* 2000; 48: 11–21.
25. Tagay S, Herpertz, S, Langkafel, M, Erim Y, Bockisch A, Senf W, Health-related Quality of Life, depression and anxiety in thyroid cancer patients. *Qual Life Res*, 2006; 15 (4), 695-703.
26. Shim EJ, Mehnert A, Koyama A, Cho SJ, Inui H, Paik NS. Health-related quality of life in breast cancer: A cross-cultural survey of German, Japanese, and South Korean patients. *Breast Cancer Res Treat.* 2006; 99 (3), 341-350.
27. Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005; 21(1): 13-31.
28. Gül P, Algıer L, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 2008; 18(3): 141-149.

29. Beser NG, Öz F. Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete- Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2003; 7(1): 47-58.
30. D'cruz AK, Yueh B, Das AK, McDowell JA, Chaukar DA, Ernest AW. Validation of the University of Washington quality of life questionnaires for head and neck cancer patients in India. *Indian J Cancer*. 2007; 44(4):147-54.
31. Morton RP, Izzard ME. Quality-of-life outcomes in head and neck cancer patients. *World J Surg*. 2003; 27(7):884-9.
32. Weymuller EA, Yueh B, Deleyiannis FW, Kuntz AL, Alsarraf R, Coltrera MD. Quality of life in patients with head and neck cancer: lessons learned from 549 prospectively evaluated patients. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000;126(3):329-35.
33. Aaronson NK. Methodologic issues in assessing the quality of life of cancer patients. *Cancer* 1991; 67: 844–50.
34. Akdemir N, Birol L. Yaşam kalitesi, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Vehbi Koç Yayınları. İstanbul: 2003:18-20.
35. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. Cancer: disease and nutrition are key determinants of patients' quality of life. *Support Care Cancer*, 2004; 12 (4), 246-252.
36. Queenan JA, Feldman-Stewart D, Brundage M, Groome PA. Social support and quality of life of prostate cancer patients after radiotherapy treatment, *European Journal of Cancer Care* 2010; 19, 251–259.
37. Bottomley A. The Cancer Patient and Quality of Life, European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Data Center, Brussels, Belgium, *The Oncologist* 2002;7:120-12.

38. Güni Ö. Kanserli Birey ve Ailelerinin Sosyal Destek Algılarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilgiler Enstitüsü Ankara-2005.
39. Eylen B, Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği'nin Geçerlik, Güvenirlik ve Faktör Yapısı Üzerine Bir Çalışma, *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2002; 15 (1), 22-23.
40. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* 1976; 38, 300–314.
41. House JS, Kahn RL. Measures and concepts of social support. In: *Measures and Concepts in Social Support* 1985; 83–108.
42. Wills TA. Supportive functions of interpersonal relationships. In: *Social Support and Health J.* 1985; 61–82.
43. Cutrona CE. Stress and social support: in search of optimal matching. *Clinical Psychology* 1990; 9, 3–14.
44. Krishnasamy M. Social support and the patient with cancer: a consideration of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 23, 757–762.
45. Helgeson VS, Cohen S. Social support and adjustment to cancer: Recording descriptive, correlational and interventional research. *Health Psychology* 1996; 15 (2), 135-148.
46. Isaksen A, Thuen F, Hanested B. Patients with cancer and their close relatives. *Cancer Nurs.* 2003; 26(1): 68-74.
47. Eser E, Lağarlı T, Baydur H. EUROHIS (WHOQOL-8.Tr) Türkçe sürümünün Türk toplumundaki psikometrik özellikleri, *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2010;8(3).

48. Quality of Life Unit, EORTC Data Center, EORTC QLQ-C30 Scoring Manual Copyright © 1995, 1999, 2001 EORTC, Brussels. 2- 9300 64-22-6 Third edition, 2001.
49. Güzelant A, Göksel T, Özkok S. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-30: an examination into the cultural validity and reliability of Turkish version of the EORTC QLQ-30, *European Journal of Cancer Care*, 2004; 13: 135-144.
50. Başer Z, Aileden Algılanan Sosyal Destek ile Kendini Kabul Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum-2006.
51. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12(1): 17-25.
52. Şenkal HA. Baş ve Boyun Kanseri Hastaları için Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Anket Formu Türkçe Versiyonu'nun Geçerliliği ve Güvenilirliğinin Araştırılması, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak-Burun-Boğaz Anabilim Dalı, 2009-Ankara.
53. George S, Garth B, Rock Wohl A, Galvan FH, Garland W, Myers HF. Sources and types of social support that influence engagement in HIV care among Latino and African Americans. *J Health Care Poor Underserved* 2009; 20:1012–1035.
54. Thompson E, Sola I, Subirana M. Non-invasive interventions for improving well-being and quality of life in patients with living cancer—a systematic review of the evidence. *Lung Cancer* 2005; 50:163–176.
55. Boehmer S, Luszczynska A. Two kinds of items in quality of life instruments: “indicator” and “causal” variables. *Qual Life Res* 2006; 15:131–141.

56. Koffman J, Morgan M, Edmonds P, Speck P, Higginson IJ. Vulnerability in palliative care research: findings from a qualitative study of black Caribbean and white British patients with advanced cancer. *J Med Ethics* 2009;35:440–444.
57. Plant H, Moore S, Richardson A, Cornwall A, Medina J, Ream E. Nurses' experience of delivering a supportive intervention for family members of patients with lung cancer. *Eur J Cancer Care* 2011;20: 436–444.
58. American Cancer Society Cancer facts and figures 2011: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-029771.pdf>. Erişim Tarihi: 11.12.2013.
59. Canadian Cancer Society. Canadian cancer statistics. National Cancer Institute of Canada, Statistics Canada, Public Health Agency of Canada, 2012 Toronto.
60. Globocan 2012: Estimated Cencer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 International Agency for Research On Cancer. World Health Organization: [http:// www.globocan.iarc.fr](http://www.globocan.iarc.fr) . Erişim Tarihi: 20.12.2013.
61. Kılıçkap S. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ile Hastalığın Klinikopatolojik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kanser Epidemiyolojisi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara-2009.
62. Savcı AB. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum 2006.
63. Eom CS, shin DW, kim SY, yang HK, jo HS, kweon SS, Kang YK, kim JH, cho BL, park JH. Impact of Perceived Social Support on The Mental Health And Health-Related Quality of Life in Cancer Patients: Results From A Nationwide, Multicenter Survey in South Korea. 2013:*Psycho-Oncology* 22: 1283–1290.

64. Buffart LM, Backer IC, Schep G, Vreugdenhil A, Brug J, Chinapaw MJM. Fatigue mediates the relationship between physical fitness and quality of life in cancer survivors. *Journal of Science and Medicine in Sport* 2013; (16); 99–104.
65. Farooqui M, Hassali MA, Knight A, Shafie AA, Farooqui MA, Saleem F, Haq N, Othman CN, Aljadhey H. Cross Sectional Assessment of Health Related Quality of Life (HRQoL) among Patients with Cancer in Malaysia. *Asian Pacific j Cancer Prev.* 2013; 14 (5): 3017-3021
66. Tuncer AM, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı Türkiye’de Kanser Kontrolü s: 326-Ankara 2009.
67. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008.
[http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf]. Erişim Tarihi: 13/10/2013.
68. Cicero V, Coco LG, Gullo S, Lo Verso G. The role of attachment dimensions and perceived social support in predicting adjustment to cancer. *Psycho-Oncology* 2009; 18: 1045–1052.
69. Preyde M, Macdonald J, Seegmiller M. Exploratory survey of patients’ needs and perceptions of psychosocial oncology. *Support Care Cancer.* 2013; DOI 10.1007/s00520-013-2010-5.
70. Arslan S, Akın B, Kocaoğlu D. Kemoterapi alan hastalarda hastalık ve tedaviye bağlı yaşanan semptomların sosyo-demografik özellikler ve algılanan sosyal destek ile ilişkisi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2008;(1) 47-56.
71. Ertem G, Kalkım A, Bulut S, Sevil Ü. Radyoterapi Alan Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.* 2009;2 (2). 1-12.
72. Luszczynska A, Pawlowska I, Cieslak R, Knoll N, Scholz U. Social support and quality of life among lung cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology*: Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). 2012; DOI: 10.1002/pon.3218. Erişim Tarihi: 30.12.2013.

73. Yun YH, Kim SH, Lee KM, Park SM, Kim YM. Age, sex, and comorbidities were considered in comparing reference data for health-related quality of life in the general and cancer populations. *Journal of Clinical Epidemiology* 60 (2007) 1164-1175.
74. Finck C, Barradas S, Singer S, Zenger M, Hinz A. Health-related quality of life in Colombia: reference values of the EORTC QLQ-C30. *European Journal of Cancer Care*. 2012; 21, 829–836.
75. Derogar M, Schaaf MVD, Lagergren P. Reference values for the EORTC QLQ-C30 quality of life questionnaire in a random sample of the Swedish population. *Acta Oncologica*: 2012; 51: 10–16.
76. Čeremnych J, Alekna V, Valeikienė V. Gender differences in views on ageing in elderly people living in Vilnius. *Gerontologija* 2007; 8(4): 217–221.
77. Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A, Büker N, Cavlak U. Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2009: (1): 48-60.
78. Rustoen, T, Moum, T, Wiklund I, Hanestad BR. Quality of Life in Newly Diagnosed Cancer Patients. *J Adv Nurs*, 1999: 29 (2), 490-498.
79. Quinten C, Martinelli M, Coens C, Sprangers MAG. A Global Analysis of Multitrial Data Investigating Quality of Life and Symptoms as Prognostic Factors for Survival in Different Tumor Sites. *Cancer*. 2014: 15;120(2):302-11.
80. Deng M, Lan Y, Luo S. Quality of life estimate in stomach, colon, and rectal cancer patients in a hospital in China. *Tumor Biology*. 2013: (34) 5; 2809-2815.
81. Esbensen, BA, Osterlind K, Hallberg I.R. Quality of life of elderly persons with cancer: a 3-month follow-up. *Cancer Nursing* 2006: 29, 214-226.

82. Lin LP, Zekaria NS, Mamat NM. Health-related quality of life profile in relation to chemotherapy in induced nausea and vomiting among breast cancer patients. *Asean Journal of Psychiatry* 2012; 13:1.
83. Yen SH, Ak AS, Hasnah H. The socioeconomic impacts of breast cancer patients in Penang. 2011: *Kajian Malaysia*, 29. 111-36.
84. Aslan S, Bölükbaş N. Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2003; (6): 3, 38-47.
85. Ertem G, Kalkım A, Bulut S, Sevil Ü. Radyoterapi Alan Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2009;2(2). 1-12.
86. Lepore SJ, Helgeson VS, Eton DT, Schulz R. Improving quality of life in men with prostate cancer: a randomized controlled trial of group education interventions. *Health Psychol* 2003; 22(5):443–452.
87. Devine D, Parker P, Fouladi RT, Cohen L. The association between social support, intrusive thoughts, avoidance, and adjustment following an experimental cancer treatment. *Psycho-Oncology* 2003;12: 453–462.
88. Hann DM, Oxman TE, Ahles TA, Furstenberg CT, Stuke TA. Social support adequacy and depression in older patients with metastatic cancer. *Psycho-Oncolog* 1995; 4:213–221.
89. Ayaz S, Efe ŞY, Korukluoğlu S. Jinekolojik Kanserli Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* .2008; 28(6): 880-5.
90. Edwards B, Clarke V. The psychological impact of a cancer diagnosis on families: the influence of family functioning and patients' illness characteristics on depression and anxiety. *Psycho-Oncology* 2004;13:562–576.

91. Dedeli Ö, Fadıloğlu Ç, Rüşkan U. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi* 2008;23(3):132-139.
92. Kwon IK, Ryu E, Noh GO, Sung YH. Health-related quality of life in cancer patients between baseline and a three-year follow-up. *European Journal of Oncology Nursing*. 2012; (16) 13-136.
93. Luszczyńska A, Boehmer S, Knoll N. Emotional support for men and women with cancer: do patients receive what their partners provide? *Int J Behav Med* 2007;14:156–163.
94. Aizer AA, Chen MH, McCarthy EP, Mendu ML, Koo S, Wilhite TJ, Graham PL, Choueiri TK, Hoffman KE, Martin NE, Hu CM, Nguyen PL. Marital Status and Survival in Patients With Cancer. *American Society of Clinical Oncology* 2013. DOI: 10.1200/JCO.2013.49.6489.
95. Krause N, Liang J, Gu S. Financial strain, received support, anticipated support, and depressive symptoms in the People's Republic of China. *Psychol Aging* 1998;13:58–68.
96. Özyurt BE. Kanser Hastalarının Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyine İlişkin Betimsel Bir Çalışma *Kriz Dergisi* 2012; 15 (1): 1-15.
97. Holland JC. History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosom Med*.2002; 64: 206–221.
98. Drageset J, Eide GE, Kirkevold M, Ranhoff AH. Emotional loneliness is associated with mortality among mentally intact nursing home residents with and without cancer: a five-year follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, 2012; 22, 106–114.
99. Sprangers MA, Taal BG, Aaronson NK. Quality of life in colorectal cancer. Stoma vs. nonstoma patients. *Dis Colon Rectum* 1995;38:361–369.

100. Courtens AM, Stevens FC, Crebolder HF et al. Longitudinal study on quality of life and social support in cancer patients. *Cancer Nurs* 1996;19:162–169.
101. Holzner B, Kemmler G, Cella D, De Paoli C, Meraner V, Kopp M. Normative data for functional assessment of cancer therapy--general scale and its use for the interpretation of quality of life scores in cancer survivors. *Acta Oncol*, 2004; 43 (2), 153-160.
102. Arslan S, Akın B, Kocaoğlu D. Kemoterapi alan hastalarda hastalık ve tedaviye bağlı yaşanan semptomların sosyo-demografik özellikler ve algılanan sosyal destek ile ilişkisi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2008;(1) 47-56.
103. Karnell LH, Christensen AJ, Rosenthal EL et al. Influence of social support on health-related quality of life outcomes in head and neck cancer. *Head Neck* 2007;29: 143–146.
104. Mehnert A, Lehmann C, Graefen M et al. Depression, anxiety, posttraumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. *Eur J Cancer Care* 2010;19: 736–745.
105. Carpenter KM, Fowler JM, Larry Maxwell G et al. Direct and buffering effects of social support among gynecologic cancer survivors. *Ann Behav Med* 2010; 39: 79–90.
106. Haber MG, Cohen JL, Lucas T, Baltes B. The relationship between self-reported received and perceived social support: ameta-analytic review. *Am J Community Psychol* 2007;39:133–144.
107. Pinguart M, Duberstein PR. Associations of social networks with cancer mortality: a meta-analysis. *Crit Rev Oncol Hematol* 2010; 75:122–137.

10. EKLER

Ek-1. Veri Toplama Formu

Anket No:

Anketin uygulandığı yer:

Sosyal Destek Algısının ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

EORTC QLQ-C30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların günlük aktivitelerine yönelik, bazı belirtiler ve yakınmalar ile ilgili sorular vardır. Günlük aktiviteleriniz ve yakınmalarınızla ilgili size en uygun olan rakamı daire içine alınız.

Lütfen ad ve soyadınızın baş harflerini yazınız:

Doğum gününüz (Gün, Ay, Yıl): .../.../ 19... Bugünkü tarih (Gün, Ay, Yıl): .../.../ 201...

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1. Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	1	2	3	4
2. Uzun bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	1	2	3	4
3. Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4. Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tualeti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
Geçtiğimiz hafta zarfında:				
6. İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7. Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8. Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9. Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10. Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12. Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13. İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14. Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15. Kustunuz mu?	1	2	3	4

Geçtiğimiz hafta zarfında:						
16. Kabız oldunuz mu?						
	1	2	3	4		
17. İshal oldunuz mu?						
	1	2	3	4		
18. Yoruldunuz mu?						
	1	2	3	4		
19. Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?						
	1	2	3	4		
20. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?						
	1	2	3	4		
21. Gerginlik hissettiniz mi?						
	1	2	3	4		
22. Endişelendiniz mi?						
	1	2	3	4		
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?						
	1	2	3	4		
24. Bunalıma girdiniz mi?						
	1	2	3	4		
25. Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?						
	1	2	3	4		
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz aile yaşantınıza engel oluşturdu mu?						
	1	2	3	4		
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz sosyal aktivitelerinize engel oluşturdu mu?						
	1	2	3	4		
28. Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?						
	1	2	3	4		
29. Geçen haftaki sağlığını genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?						
1 Çok Kötü	2	3	4	5	6	7 Mükemmel
30. Geçen haftaki yaşam kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?						
1 Çok Kötü	2	3	4	5	6	7 Mükemmel

WHOQOL-8. Tr. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı, yapabildiğinizi, iyi ya da doyurucu bulduğunuzu ve ne sıklıkta hissettiğinizi soruşturmaktadır.

Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
		1	2	3	4	5
2	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil	Çok az Hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
		1	2	3	4	5
		Hiç	Çok az	Orta Derecede	Çokça	Tamamen
3	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
		Hiç hoşnut değil	Çok az Hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
4	Günlük işleri yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
5	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
6	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta Derecede	Çokça	Tamamen
7	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
		Hiç hoşnut değil	Çok az Hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
8	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

ALGILANAN ÇOK BOYUTLU SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 soru ve her bir soru altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Sorulara hastalığınızdan bugüne kadar geçen süreyi göz önüne alarak, söylenenin sizin için ne kadar doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o soru altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini (x) işaretleyiniz

	Kesinlikle Hayır						Kesinlikle Evet
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1) Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (dost, akraba, komşu vs.) var.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
2) Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (dost, akraba, komşu vs.) var.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
3) Ailem (örn. Annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
4) İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örn: annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
5) Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (dost, akraba, komşu vs.) var.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
6) Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
7) İşler kötüye gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
8) Sorunlarımı ailemle (örn: annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
9) Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
10) Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (dost, akraba, komşu vs.) var.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
11) Kararlarımı vermemde ailem (örn. Annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
12) Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

HASTA TANITIM FORMU

A. SOSYO-DEMOGRAFİK VE BİLGİLENDİRİLMEME İLİŞKİN ÖZELLİKLER

1. Hastane Protokol No:
2. Başvuru nedeni: 1) İlk başvuru 2) Kontrol başvurusu 3) Planlanmış RT
4) Planlanmış KT 5) Planlanmış Cerrahi Tedavi 6) Diğer
3. Sürekli yaşadığı yer: 1)Ankara içi 2) Ankara dışı 3) Diğer
4. Halen yaşadığınız sosyal çevre: 1) İl 2) İlçe 3) Köy 4) Diğer....
5. Yetiştığınız sosyal çevre: 1) İl 2) İlçe 3) Köy 4) Diğer
6. Evde kiminle yaşıyorsunuz 1) Eş 2) Eş ve çocuklar 3) Akraba 4) Tek başına
5) Diğer...
7. Aile tipi: 1) Çekirdek 2) Geniş
8. Cinsiyeti 1) Kadın 2) Erkek
9. BMI: Boy Uzunluğu:cm Beden Ağırlığı:kg
10. Medeni durumu 1) Evli 2) Bekar 3) Dul 4) Boşanmış
11. Öğrenim düzeyi 1) Okur-yazar olmayan 2) Okur-yazar 3) İlkokul mezunu 4)
Ortaokul mezunu 5)Lise mezunu 6) Yüksekokul/ Üniversite mezunu
7) Üniversite üstü (Yüksek Lisans/ Doktora/ Uzmanlık Eğitimi)
12. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? Hangi iş olduğunu belirtiniz.
1) İş veren 2) Yüksek eğitilmiş 3) Küçük esnaf- zanaatkar 4) İş buldukça çalışan
5) Yüksek eğitilmiş (ücretli) 6) Memur- büro çalışanı 7) Sanayi işçisi
8) Niteliksiz işlerde çalışan 10) İşsiz
13. Sigara/tütün kullanma durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
1) Bu güne kadar sigara dahil hiçbir tütün ürünü kullanmadım

- 2) Geçmişte 100 adet ve daha fazla sigara içmiştim fakat şimdi içmiyorum
- 3) En az bir yıl her gün, ya da hemen her gün sigara içtim, şimdi içmiyorum
- 4) Halen her gün olmasa da sigara içiyorum
- 5) Halen her gün 1-10 adet sigara içiyorum
- 6) Halen her gün 11-20 adet sigara içiyorum
- 7) Halen her gün 21 adet ve üzeri sigara içiyorum
- 8) Diğer (açıklayınız)

14. Son 12 ay içinde hangi sıklıkta alkollü bir içecek tükettiniz?

- 1) Hiç içmedim
- 2) Ayda bir kezden az
- 3) Ayda 1-2 kez
- 4) Haftada bir
- 5)Haftada 2-3 kez
- 6)Haftada 4-6 kez
- 7)Her gün
- 8)Diğer (açıklayınız)

15. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- 1) Çok kötü
- 2) Kötü
- 3) Orta
- 4) İyi
- 5)Çok iyi

16. Sağlık güvencesi 1) Var 2) Yok

17. Son 30 gün içinde yaşadığınız yerde, yardım gereksiniminiz (örn: banyo yapma, yemek yeme, tuvalet ihtiyacı için) oldu mu?

- 1) Hayır
- 2) Evet ise kim(ler) yardımcı oluyor?

Evet ise özellikle hangi konularda yardımcı oluyor?

18. Evde hastalığınızla ilgili (örn: enjeksiyon-pansuman yapma, serum takma, kan alınması ağrı kontrolü için) bir sorun yaşadığınızda kime başvuruyorsunuz?

- 1) Aile hekimime gidiyorum
- 2) Evde sağlık hizmeti için aile hekimine başvuruyorum
- 3) 112 Ambulans hizmetlerine başvuruyorum
- 4) Kendi imkanlarımla hastaneye gidiyorum
- 5) Kendi imkanlarımla özel muayenehaneye/ özel polikliniğe gidiyorum
- 6) Diğer (Açıklayınız).....

19. Hastalığınız hakkında size bilgi verildi mi?

- 1) Evet (cevabınız evet ise 20. sorudan devam ediniz)
- 2) Hayır (cevabınız hayır ise 23. soruya geçiniz)
- 3) Bilgilendirme yapılmamış, kendisi öğrenmiş (anlamış)
- 4) Başka bir hastalığı olduğunu düşünüyor
- 5) Başka bir rahatsızlığı olduğu söylenmiş

20. Hastalık hakkında size kim(ler) bilgi verdi (açıklama yaptı) ? (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

- 1) Doktor
- 2) Hemşire
- 3) Aile bireyi (Eş /kardeş /Anne /Baba /Yakın akraba)
- 4) Arkadaş
- 5) Diğer (açıklayınız)

21. Hastalığınızla ilgili hangi konularda size bilgi verildi? (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

- 1) Tanı
- 2) Tedavi
- 3) Kontroller
- 4) Yan etkiler
- 5) Yan etkilerle baş etme
- 6) Hepsi
- 7) Diğer

22. Hastalığınız hakkında verilen bilgi size yeterli geldi mi?

- 1) Hiç yeterli gelmedi
- 2) Çok az yeterli geldi
- 3) Kısmen yeterli geldi
- 4) Oldukça yeterli geldi
- 5) Tamamen yeterli geldi

23. Şu anda size uygulanan tedavi süreciyle ilgili bilgilendirildiniz mi?

- 1) Evet (cevabınız evet ise 24. sorudan devam ediniz)
- 2) Hayır (cevabınız hayır ise 26. soruya geçiniz)

24. Size uygulanan tedavi süreciyle ilgili kim(ler)den bilgi desteği aldınız?

(Birden çok seçenek işaretlenebilir)

- 1) Doktor
- 2) Hemşire
- 3) Aile bireyi (Eş /kardeş /Anne /Baba /Yakın akraba)
- 4) Arkadaş
- 5) Psikolog
- 6) Diğer.....

25. Hastalığınızla ilgili olarak sağlık personelinin tıbbi tedavilerinizin uygulanması dışında destek aldınız mı?

- 1) Evet (cevabınız evet ise 26. sorudan devam ediniz)
- 2) Hayır (cevabınız hayır ise 27. soruya geçiniz)

26. Ne tür destek aldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Psikolojik destek (sağlık personelinin)
- 2) Psikolojik destek (psikolog/ psikiyatristten)
- 3) Bilgilendirme (açıklama/ aracılık etme) desteği
- 4) Maddesel destek (Yatak temini, ilaç temini, parasal destek...)
- 5) Diğer

27. Hastalığınızla ilgili olarak tıbbi tedavilerinizin uygulanması dışında kurumsal destek aldınız mı?

1. Evet (cevabınız evet ise 28. sorudan devam ediniz)
2. Hayır (cevabınız hayır ise 30. soruya geçiniz)

28. Hastalığınızla ilgili hangi kurum(lar)dan destek aldınız?

.....

29. Ne tür destek aldınız ? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Psikolojik destek
- 2) Bilgi desteği
- 3) Maddesel destek (Yatak temini, ilaç temini, ulaşım imkanı, parasal destek...)
- 4) Diğer

30. Size göre hastalığınıza yol açtığını düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız.

Bana göre hastalığıma yol açan en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.

31. Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi (ne kadar süreceği, hastalığın seyrini nelerin etkileyeceğini, yakınlarınıza olan etkileri gibi) öğrenmek istiyoruz.

Lütfen hastalığınızla ilgili görüşlerinizi üç başlıkta sıralayınız.

Hastalığımla ilgili başlıca görüşlerim:

- 1.
- 2.
- 3.

B. HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER (Araştırmacı bu bilgilerin bazılarını hasta dosyalarından ya da digital ortamdan ulaşacaktır)

32. Hastalık tanısı 1) Akciğer ca. 2) Meme ca. 3) Mide ca. 4) Kolorektal ca.

33. Hastalığın Patolojik Tipi: Hastalığın evresi:.....

34. Tanı konulma zamanı (ay/yıl): (...../.....)

35. Hastalığın durumu 1) Primer (tek organda) 2) Metastastatik (başka organlara yayılmış)

36. ECOG Performans Skoru: 0 1 2 3 4

37. Geçmişte bu hastalıkla ilgili ameliyat olmuş mu, evet ise ameliyat tipi?

1) Hayır

2) Evet

38. Geçmişte bu hastalıkla ilgili radyoterapi almış mı?

1) Hayır 2) Evet Kaç kez: Kaç gün:

39. Geçmişte bu hastalıkla ilgili kemoterapi almış mı?

1) Hayır 2) Evet Kaç kez: Kaç gün: ... Kür:

40. Halen uygulanan tedaviler?

1) Radyoterapi 2) Kemoterapi 3) Cerrahi 4) RT+KT

5) RT+C 6) KT+C 7) RT+KT+C 8) Diğer

41. Halen uygulanan tedavinin önemli yan etkileri?

1) Bulantı-kusma 2) Saç dökülmesi 3) Ağrı 4) Kilo kaybı 5) Diğer

42. Başka bir sağlık sorunu var mı?

43. Ailede benzer hastalık tanısı konulan birey(ler) var mı? Evet ise hastalık tipi ve hastaya yakınlık

derecesi. 1) Hayır 2) Evet :.....

Ek- 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

ÇALIŞMANIN ADI: “KANSER HASTALARININ SOSYAL DESTEK ALGISI ve YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (İKİ HASTANE ÖRNEĞİ-ANKARA)”

SORUMLU ARAŞTIRMACI: Doç. Dr. Birgül PİYAL

Sayın Gönüllü,

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında Araştırma Görevlisi Dr. Mustafa Soner YILMAZ’ın, Doç. Dr. Birgül PİYAL danışmanlığında yürütülen Tıpta Uzmanlık Tezi için “KANSER HASTALARININ SOSYAL DESTEK ALGISI ve YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (İKİ HASTANE ÖRNEĞİ-ANKARA)” başlıklı bir araştırma planlanmıştır.

1.a) Kanser tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu ve ölüm nedenidir. Kanserli bireylerde tedavi yöntemleri, semptom kontrolü, fizyolojik, psikolojik ve sosyal iyilik halinin sürdürülmesi, hastalık ve tedavi nedeni ile ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarının önlenmesi ve sorunlarla baş etme, olumlu sağlık davranışı geliştirme, öz bakım gücünü artırma, sosyal destek ağını kuvvetlendirme, danışmanlık ve eğitim verme gibi konularda hastaların yaşam kalitelerinin ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi gerekmektedir.

1.b) Bu çalışmada amaç;

Lokalize ve metastatik meme, akciğer, mide ve kolorektal kanseri olan hastaların, kanser hastalığını öğrendikten sonra yaşam kalitelerinin ve aldıkları sosyal desteğin, çeşitli ögeler ve zamanla değişiminin değerlendirilmesidir. Böylelikle giderek daha yaygın görülen bu sorunla baş etmede hastalara ve hasta yakınlarına daha sistematik ve kurumsal destek sağlanması umulmaktadır.

1.c) Araştırmada izlenecek işlemler:

Bu çalışmayla ilgili olarak Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi (EORTC QLQ-C30), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğinden (WHOQOL) üretilmiş genel amaçlı Sağlıkta Yaşam Kalitesi Ölçeği; WHOQOL-8. Tr. ile Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeğini cevaplamamız istenecektir.

Ölçeklerin tümünde toplam 50 madde vardır. Sosyo-demografik bilgileriniz ve hastalığınıza ilişkin bilgileri içeren 45 soru ile birlikte yaklaşık 25 dakikanızı alacaktır. Bunun dışında size ek girişimsel bir işlem yapılmayacaktır.

2.) Çalışma sırasında karşılaşılabilecek rahatsızlıklar ve riskler: Bu çalışmada sizin maruz kalacağınız ilave bir risk bulunmamaktadır.

3.) Ortaya çıkabilecek herhangi bir sorunda ilişki kurulacak kişiler:

Doç. Dr. Birgül PİYAL: 0312 363 89 90 / 137

Araç. Gör. Dr. Mustafa Soner YILMAZ: 0312 363 89 90 /140 GSM: 0505 944 76 21

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Bu araştırmaya katılmayı reddetme hakkınız vardır. Araştırmaya katılmamanız durumunda hastalığınızla ilgili yapılması gerekli rutin tıbbi yaklaşım ve tedavinizin düzenlenmesi ve kontrolleriniz açısından bir değişiklik olmayacaktır.

Değerlendirmeler sırasında sizi yoracak, ağrınızı artıracak, sağlığınızı riske atacak herhangi bir durum olmayacaktır. Çalışma başladıktan sonra herhangi bir nedenle çalışmadan çıkmak isterseniz bu hakka sahipsiniz. Tedaviniz aynı titizlikle sürdürülecektir.

Çalışmanın yürütülmesi size ya da güvencesi altında bulunduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu'na ya da özel hiçbir kurum ya da kuruluşa ek bir gidere yol açmayacaktır.

Bu çalışmadan elde edilecek veriler, bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Hassas olabileceğiniz kişisel bilgileriniz yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve

işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılmayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

“KANSER HASTALARININ SOSYAL DESTEK ALGISI ve YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (İKİ HASTANE ÖRNEĞİ-ANKARA)”

ONAM FORMU

BenBilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama Dr. Mustafa Soner YILMAZ tarafından yapıldı. Çalışma ile ilgili her tür bilgiyi doktora sordum, yanıtları açık ve doyurucu olarak aldım. Dolduracağım/ yanıtlayacağım formlar konusunda bilgilendirildim.

Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün adı/ soyadı/ imzası/ tarih:/
/...../...../20...

Araştırmacının adı/ soyadı/ imzası/ tarih:/
/...../...../20...

Ek 3. A.Ü.T.F. Dekanlığı İzin Yazısı



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : B.30.2.ANK.0.20.70.01/044/7836
Konu : Dr.Mustafa Soner YILMAZ Hk.

29052 24.12.2012

DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜMÜ BAŞKANLIĞINA

İlgi: 11.12.2012 tarih ve B.30.2.ANK.0.20.11.10 - 503 - 2704 sayılı yazınız.

Bölümünüze bağlı Halk Sağlığı Anabilim Dalı araştırma görevlilerinden Dr.Mustafa Soner YILMAZ'ın, Fakültemiz Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'ndaki yataklı servis ve polikliniklerindeki hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi hakkında ilgide kayıtlı yazınız ekinde sunulan veri toplama formunu uygulama isteği uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygı ile rica ederim.

Prof.Dr.Gülfem Elif ÇELİK
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

ANKARA TIP FAKÜLTESİ	
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı	
Sayı	1349.
Tarih	25/12/2012
Verildiği Yer	Halk Sağlığı
EKI	

W
Sun Rıspal
Zilmar

612
26.12.12

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
Morfoloji Yerleşkesi 06100 Sıhhiye/Ankara/Türkiye
Telefon: (0312) 595 80 00, Faks : (0312) 310 63 70
E-posta :dekanlik@medicine.ankara.edu.tr ,Web: http://www.medicine.ankara.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin: N.KILINÇ 595 82 01

Ek 4. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hastane Yöneticiliği İzin Yazısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Dr.Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

61

SAYI : B.10.1.TKH.4.06.J.ML0.01/16462
KONU: Tez Çalışması Uygulaması

26.11.2012

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı' na

İlgi: 17.10.2012 tarih ve 518 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınızda belirtilen, Anabilim Dalınız araştırma görevlilerinden Dr. Mustafa Soner YILMAZ' ın, Doç. Dr. Birgül PIYAL danışmanlığında yürütülecek olan "Kanser Hastalarının Sosyal Destek Algısı ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi (iki hastane örneği Ankara)" adlı uzmanlık tezi çalışmasının uygulamasını, hastanemiz Tıbbi Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisi Kliniğinde ki yataklı servis ve polikliniklerde hastalarla yüz yüze yapması talebi, Hastane Yöneticiliğimizce uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Erhan REİS
Hastane Yöneticisi a.
Başhekim

E.R.S.

21.12.2012.Pers.Şefi.T. AKTAŞ

Mehmet Akif Ersoy Mah. 13. Cad. No:56 Yenimahalle 06200 ANKARA
Telefon: (0 312) 336 09 09 Faks: (0 312) 345 49 79
www.onkoloji.gov.tr E-posta: bilgi@onkoloji.gov.tr

Ek 5. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 46004091

6078 19.03.2013

Konu : Çalışma dosyası hakkında

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Bilim Dalımız öğretim üyelerinden Doç.Dr.Birgül Piyal'ın sorumluluğunda yürütülecek olan "Kanser hastalarının sosyal destek algısı ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi (İki hastane örneği-Ankara)" başlıklı çalışma dosyası, klinik araştırmalar etik kurulunun 25 Şubat 2013 tarihli toplantısında görüşülmüş olup, alınan karar örneği ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve ilgiliye tebliğini saygı ile rica ederim.

Prof.Dr.Gülfem Elif ÇELİK
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

Eki: 2 karar örneği

Spi Piyal
Uluvar

180
22.03.13

Santral :0(312) 310 30 10 Faks: 0 (312) 310 63 70
ANKARA
E-posta :dekanlik@medicine.ankara.edu.tr

06100-Sıhhiye /

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kanser hastalarının sosyal destek algısı ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi (İki hastane örneği-Ankara)			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Birgül Piyal			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>		
Yüksek Doz Araştırması		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz: Anket Çalışması					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARAS I <input type="checkbox"/>	

Hasan TUNA
A. Ü. Tıp Fakültesi
İdari Personel Bürosu Şefi



DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:03-106-13	Tarih: 25 Şubat 2013		
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri ile bilgilendirilmiş gönüllü olur formu incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

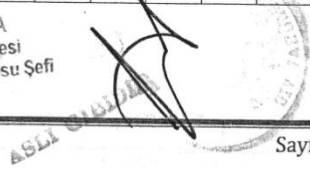
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

CALISMA ESASI Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI: Prof.Dr.Mehmet MELLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Mehmet MELLİ	Farmakoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>M. Mellî</i>
Prof.Dr.Cihan YURDAYDIN	Gastroenteroloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>C. Yurdaydin</i>
Prof.Dr.Mehmet GÜREL	Genel Cerrahi	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>M. Gürel</i>
Prof.Dr.Tanju ÖZÇELİKAY	Farmakoloji	A.Ü.Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>T. Özçelikay</i>
Prof.Dr.Nuhan PURALI	Biyofizik	H.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>N. Puralı</i>
Prof.Dr.Cem ATBAŞOĞLU	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>C. Atbaşoğlu</i>
Prof.Dr.Serdar ÖZTÜRK	Biyokimya	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>S. Öztürk</i>
Prof.Dr.Serap SIVRİ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	H.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>S. Sivri</i>
Prof.Dr.Muharrem ÖZEN	Hukuk	A.Ü.Hukuk Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>M. Özen</i>
Prof.Dr.Banu ÇAKIR	Halk Sağlığı	H.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>B. Çakır</i>
Doç.Dr.Güngör UTKAN	Tıbbi Onkoloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>G. Utkan</i>
Doç.Dr.Derya ÖZTUNA	Biyostatistik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>D. Öztuna</i>
Yrd.Doç.Dr.Nüket KUTLAY	Tıbbi Genetik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>N. Kutlay</i>
Yrd.Doç.Dr.Volkan KAVAS	Tıp Tarihi ve Etik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>V. Kavas</i>
Gülsüm ASLAN	Arkeoloji	-	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>G. Aslan</i>

Hasan TUNA
A. Ü. Tıp Fakültesi
İdari Personel Bürosu Şefi



Sayfa 2