



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ACİL TIP HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN ONKOLOJİ HASTALARININ
YAŞAM KALİTESİ İLE HEMŞİRELİK BAKIMINI ALGILAYIŞ
DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Özge KOBAK

**Samsun
Haziran-2016**



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ACİL TIP HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN ONKOLOJİ HASTALARININ
YAŞAM KALİTESİ İLE HEMŞİRELİK BAKIMINI ALGILAYIŞ
DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Özge KOBAK

**Danışman
Doç. Dr. Zeliha KOÇ**

**Samsun
Haziran-2016**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Özge KOBAK tarafından Doç. Dr. Zeliha KOÇ danışmanlığında hazırlanan Acil Servise Başvuran Onkoloji Hastalarının Yaşam Kalitesi ile Hemşirelik Bakımını Algılayış Durumlarının Değerlendirilmesi başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 01/ 06 / 2016 tarihinde yapılan sınav ile Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Doç. Dr. Zeliha KOÇ.....
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Üye : Yrd. Doç. Dr. Serap TOPATAN.....
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Üye: Yrd. Doç. Dr. Nurşah BAŞOL.....
Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

01/ 06 / 2016

Doç Dr. Aydın Him
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Öncelikle, desteğini benden hiçbir zaman esirgemeyen, tüm yüksek lisans eğitimim boyunca bana her konuda bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren, ilgi ve sevgisini daima hissettiğim danışman hocam Sayın Doç.Dr. Zeliha KOÇ'a

Yüksek lisans eğitimime büyük katkıları bulunan Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyeleri Doç.Dr.Latif DURAN, Prof.Dr.Yücel YAVUZ, Doç.Dr.Türker YARDAN, Prof.Dr.Ahmet BAYDIN, Doç.Dr.H.Ufuk AKDEMİR, Doç.Dr.Celal KATI'ya,

Tez çalışmama değerli katkılarından dolayı Yrd. Doç. Dr. Naci MURAT'a ve Araştırma Görevlisi Tuğba ÇINARLI'ya

Beni yetiştiren ve attığım her adımda yanımda olan, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen annem Meral KOBAK'a ve varlığını hep hissettiğim babam Sinan KOBAK'a

Eğitim süresi boyunca sevgisini, sabrını ve desteğini her zaman hissettiren nişanlım Erhan ASLAN'a

Sonsuz Teşekkür Ediyorum...

Bu tez Ondokuz Mayıs Üniversitesi BAP Komisyonu tarafından PYO.SSY.1904.15.007 sözleşme numarası ile desteklenmiştir.

ÖZET

ACİL SERVİSE BAŞVURAN ONKOLOJİ HASTALARININ YAŞAM KALİTESİ İLE HEMŞİRELİK BAKIMINI ALGILAYIŞ DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Bu araştırma acil servise başvuran onkoloji hastalarının yaşam kalitesi ile hemşirelik bakımını algılayış durumlarını değerlendirmek amacıyla kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırmanın evrenini 10.07.2015-02.05.2016 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Acil Servisine çeşitli problem ve şikayetler nedeniyle başvuran 214 onkoloji hastası oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen hastayı tanıtıcı bilgi formu ile Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30) ve Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Veriler analiz edilirken nicel verilerin normallik testi Shapiro Wilk ile incelenmiştir. Normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Sonuçlar frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca şeklinde sunulmuştur.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların %58,9'unu erkekler, %41,1'ini kadınlar oluşturmakta olup, yaş ortalamaları $50,5 \pm 16,6$ yıldır. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyonel Skalası ortalama ve standart sapması $48,6 \pm 16,7$, Semptom Skalası ortalama ve standart sapması $50,1 \pm 14,5$, Genel Yaşam Kalitesi ortalama ve standart sapması $60,2 \pm 19,1$ 'dir. Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği toplam puan ortalaması ise $37,8 \pm 10,5$ olarak belirlendi. Bu çalışmada Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği puanı ile EORTC QLQ-C30 Fonksiyon Skalası alt boyutu emosyonel fonksiyon ve sosyal fonksiyon puanı arasında negatif yönde anlamlı zayıf bir korelasyon, Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği puanı ile EORTC QLQ-C30 Semptom Skalası alt boyutu ağrı puanı arasında ise pozitif yönde anlamlı zayıf bir korelasyon belirlendi.

Sonuç: Bu çalışmada acil servise başvuran onkoloji hastalarının yaşam kalitesinin hemşirelik bakımını algılayış durumlarını etkilediği görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda acil servise başvuran onkoloji hastalarının yaşam kalitelerinin yükseltilmesine yönelik hemşirelik bakım planlarının geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis; hemşirelik bakımı; onkoloji; yaşam kalitesi

Özge KOBAK, Yüksek Lisans Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun, Haziran-2016

ABSTRACT

EVALUATING THE LIFE QUALITY OF ONCOLOGY PATIENTS ADMITTING TO EMERGENCY SERVICE AND THEIR PERCEPTION STATUS OF NURSERY CARE

Aim: This research was planned cross-sectionally in order to evaluate the life quality of oncology patients admitting to emergency service and their perception status of nursery care.

Material and Method: The universe of the research consisted of 214 oncology patients visiting Ondokuz Mayıs University Health Application and Research Center emergency service between 10.07.2015 and 02.05.2016. Data was collected by patient introductory info form developed by researcher in line with the literature, life quality scale (EORTC QLQ-C30) and nursery care perception scale. While analyzing data normality test of quantitative data was examined by Shapiro Wilk. In analysis of the data which did not demonstrate normal distribution, Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests were used. The results were submitted as frequency, percentage, standard deviation and median.

Results: Among the patients who participated to the study 58,9% were men, 41,1% were women and their age average was 50.5 ± 16.6 years. EORTC QLQ-C30 Functional Scale average and standard deviation was 48.6 ± 16.7 , Symptom Scale average and standard deviation was 50.1 ± 14.5 , general life quality average and standard deviation was 60.2 ± 19.1 . Nursery care perception scale total point average was determined as 37.8 ± 10.5 . In this study a negative weak correlation was determined between nursery care perception scale point and EORTC QLQ-C30 Function Scale sub dimension emotional function and social function while a positive weak correlation was determined between Nursery care perception scale and EORTC QLQ-C30 Symptom Scale sub dimension pain point.

Conclusion: In this study it was observed that the life quality of the oncology patients visiting emergency service affected their nursery care perception status. In line with the obtained findings it was suggested that the nursery care plans aiming at increasing life qualities of oncology patients visiting emergency service, should be developed.

Keywords: Emergency service; life quality; nursery care; oncology

Özge KOBAK, Master Thesis

Ondokuz Mayıs University Samsun, June-2016

SİMGELER VE KISALTMALAR

DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EORTC QLQ-C30	: European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire
FAS	: Semptom Ölçeği Yorgunluk Skoru
FS	: Fonksiyon Skoru
HHBAÖ	: Hemşirelik Bakımı Algılayış Ölçeği
HS	: Ham Skor
IARC	: International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Ajansı)
SFS	: Sosyal Fonksiyon Skoru
SK	: Semptom Skoru

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGE VE KISALTMALAR	vii
İÇİNDEKİLER	viii
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kanser	4
2.1.1. Kanserin Epidemiyolojisi	4
2.1.2. Kanserin Etiyolojisi	5
2.1.3. Kanserin Belirtileri	6
2.1.4. Kanser Hastalığında Tanı Yöntemleri	7
2.1.5. Kanser Hastalığının Tedavi Yöntemleri	7
2.2. Yaşam Kalitesi	8
2.2.1. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	10
2.2.1.1. Psikososyal Durum	10
2.2.1.2. Anksiyete	10
2.2.1.3. Depresyon	11
2.2.1.4. Beden İmajı	11
2.2.1.5. Sosyal Destek	12
2.3. Hemşirelik Bakımı	12
2.3.1. Bakımın Niteliğini Etkileyen Faktörler	14
2.3.2. Onkoloji Hastalarında Hemşirelik Bakımı	14
2.4. Onkoloji Hastalarında Yaşam Kalitesi İle Hemşirelik Bakımını Algılayış Durumlarını Belirlemeye Yönelik Araştırmalar	15
2.5. Onkolojik Aciller	16
3. MATERYAL METOT	18
3.1. Araştırmanın Şekli	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	18
3.4. Verilerin Toplanması	19

3.5. Veri Toplama Araçları	19
3.5.1. Hastayı Tanıtıcı Bilgi Formu	19
3.5.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQRTC QLQ-C30)	20
3.5.3. Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği (HHBAÖ).....	22
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	23
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
4. BULGULAR	24
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular	24
4.2. EQRTC QLQ-C30 Ölçeğine İlişkin Bulgular	32
4.3. Hemşirelik Bakımı Algılayış Ölçeğine İlişkin Bulgular	59
5. TARTIŞMA	67
5.1. Hastaların Klinik Özelliklerinin Tartışılması	67
5.2. EQRTC QLQ-C30 Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması	69
5.2.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası Alt Boyutuna İlişkin Bulguların Tartışılması	69
5.2.2. Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası Alt Boyutuna İlişkin Bulguların Tartışılması	72
5.2.3. Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Genel Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması	74
5.3. Hemşirelik Bakımı Algılayış Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması	74
5.4. EORTC QLQ-C30 ve Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması	75
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	77
6.1. Sonuçlar	77
6.2. Öneriler	79
KAYNAKLAR	80
EKLER	85
Ek-1 Anket Formu	85
Ek-2 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30)	89
Ek-3 Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği (HHBAÖ)	91
Ek-4 Etik Kurul Onayı.....	92
Ek-5 EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni.....	93
Ek-6 Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği Kullanım İzni	94



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser kontrolsüz büyüme anormal hücre yayılması ile karakterize bir hastalık grubudur (Global Cancer Facts & Figures, American Cancer Society, 2012). Kanser, hastalık yükü, mortalite oranı ve artış eğilimi ile hem dünya hem de ülkemiz için önemli bir sağlık problemidir (WHO World Cancer Report, 2008). Dünyada her yedi ölümden birine kanser neden olmaktadır (Global Cancer Facts & Figures, American Cancer Society, 2012).

International Agency for Research on Cancer tahminlerine göre 2012 yılında Dünya'da toplam 14,1 milyon yeni kanser vakası gelişmiş ve kansere bağlı 8,2 milyon ölüm meydana gelmiştir (Global Cancer Facts & Figures, American Cancer Society, 2012). Kanser türleri ülkelerin gelir durumuna göre farklılık göstermekle birlikte yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde sırasıyla akciğer, meme, prostat ve kolorektum kanserleri, düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde ise mide, karaciğer, ağız boşluğu, farenks ve serviks kanserleri yaygın olarak görülmektedir (WHO World Cancer Report, 2008).

Türkiye'de ise 2012 verilerine göre yaklaşık olarak 175 bin kişiye kanser tanısı konulmuştur. Yeni tanı konulan kanser vakalarının 2/3'ünü erkekler 1/3'ünü ise kadınlar oluşturmaktadır. Bununla birlikte Türkiye'de 2012 yılında yaşa standardize edilmiş kanser hızı 100000 kişide erkeklerde 277, kadınlarda ise 188'dir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, 2012).

Kanser hastalığının prognozu ve tedavisi bireyde bulantı, kusma, iştahsızlık, uykusuzluk, ağrı, yorgunluk, dispne, öksürük, huzursuzluk, konsantrasyon bozukluğu ve barsak problemleri gibi fiziksel semptomlar ile birlikte anksiyete, depresyon gibi duyu durum değişikliklerine neden olabilmekte ve bu durum bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Kızılcı, 1999; Beşer, 2001).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre yaşam kalitesi 'hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi' olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization, 2010). Rustoen ve arkadaşları (1999) ise yaşam kalitesini "Kişi için önemli olan yaşamsal olaylarla ilgili memnun olma ya da olmamadan kaynaklanan, kişinin iyi hal hissi" olarak açıklamaktadırlar (Rustoen ve ark., 1999).

Günümüzde onkoloji hastalarının yaşam sürelerinin uzunluğundan çok yaşam kalitelerinin geliştirilmesi üzerinde odaklanılmakla birlikte (Kızılcı, 1999), kanser hastalığının tanı ve tedavisine bağlı olarak gelişen fiziksel ve duygusal semptomlar onkoloji hastalarının hemşirelik bakımına olan ihtiyacını arttırmaktadır. Hemşirelik bakımı, hastalığın tedavi edilmesi, komplikasyonların önlenmesi, sağlığın sürdürülmesi ve yükseltilmesi için gereken hemşirelik uygulamalarını içermektedir. Bununla birlikte kanser hastalığının kronik ve sonunun belirsiz olması, onkoloji hastalarının almakta oldukları hemşirelik bakımını algılayış durumlarını etkileyebilmektedir. İyi bir hemşirelik bakımı bireyde gelişen veya gelişebilecek semptomlara karşı yapılacak hemşirelik girişimlerini planlayabilmektir. Hemşire bu planlamayı yaparken hastalığın kronik ve sonunun belirsiz olmasını göz önünde bulundurmalı ve bireyin yaşam kalitesini yükseltmeye çalışmalıdır (Arslan ve Bölükbaş, 2003).

Kanser hastalığının tedavi ve prognozuna bağlı olarak nefes darlığı, ağrı, oral alım bozukluğu, ateş, bulantı, kusma gibi bir çok semptom nedeniyle onkoloji hastaları acil servise başvurabilirler (Koçak ve ark., 2012). Onkoloji hastalarının acil servise başvurma durumu bireyin sosyo-demografik özellikleri, tanısı ve hastalığın evresi gibi birçok faktörden etkilenmekle birlikte, bireyin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi, hemşirelik bakım gereksinimlerinin en kısa süre içerisinde karşılanması ve hemşirelik bakımını algılayış durumlarının değerlendirilmesi son derece önemlidir. Literatür incelendiğinde onkoloji hastalarının yaşam kalitesini belirlemeye yönelik birçok çalışma yapılmış olmasına karşın (Beşer, 2001; Arslan ve Bölükbaş, 2003; Gürel, 2007; Cin, 2009; Ateş, 2011; Doğan, 2011; Yıldırım, 2011; Düzen, 2012; Gülses, 2012; Öner 2012; Dağistan, 2014) acil servise başvuran onkoloji hastalarının yaşam kalitesi ile hemşirelik bakımını algılayış durumlarının değerlendirilmesi ile ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu araştırmanın çıkış noktasını oluşturmuştur. Tanımlayıcı olarak planlanan bu araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda, onkoloji hastalarının yaşam kalitesi ile hemşirelik bakımını algılayış durumları değerlendirilecek ve uygun stratejiler geliştirilecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma acil servise başvuran onkoloji hastalarının yaşam kalitesi ile hemşirelik bakımını algılayış durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

- 1.Acil servise başvuran onkoloji hastalarının sosyo-demografik özellikleri nelerdir?
- 2.Acil servise başvuran onkoloji hastalarının klinik özellikleri nelerdir?
- 3.Onkoloji hastalarının acil servise başvuru nedenleri nelerdir?
- 4.Acil servise başvuran onkoloji hastalarının yaşam kalitesi nasıldır?
- 5.Acil servise başvuran onkoloji hastaları aldıkları hemşirelik bakımını nasıl algılamaktadır?
- 6.Acil servise başvuran onkoloji hastalarının sosyo-demografik ve klinik özellikleri yaşam kalitelerini etkilemekte midir?
- 7.Acil servise başvuran onkoloji hastalarının sosyo-demografik ve klinik özellikleri hemşirelik bakımını algılayış durumlarını etkilemekte midir?
- 8.Acile servise başvuran onkoloji hastalarının yaşam kalitesi ile hemşirelik bakımını algılayış durumları arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

Kanser, hücrelerin anormal, kontrolsüz çoğalması ve yayılması olarak tanımlanan multifaktöriyel bir hastalık olup birincil nedeni DNA'nın doğru şekilde eşlenmesini önleyen genetik kararsızlıktır (Nowell, 1976; Dalay ve Buyru, 2014). Kanseri terimi, tıbbın babası olarak bilinen Hippocrates (MÖ 460-370) tarafından açıklanmıştır. Hippocrates carcinos ve carcinoma terimlerini ülser oluşturan ve ülser oluşturmayan tümörler için kullanmıştır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Kanseri Daire Başkanlığı, 2012). Kanseri bireyler tarafından korkulan bir hastalıktır. Kanseri hastalığı geçmişle karşılaştırıldığında son yıllarda hızlı bir ilerleme kaydetmiştir. Kanseri tedavi edilmediğinde veya tedavisinde geç kalındığında ölümlerle sonuçlanan bir hastalıktır. Bu nedenle kanseri hastalığında erken tanının konulması mortalite ve morbidite oranını azaltmaktadır (Gülgün, 2014).

2.1.1. Kanseri Epidemiyolojisi

Kanseri, tüm dünyada önemli bir sağlık problemidir. İnsan vücudunda kanseri en sık görüldüğü yerler; akciğer, deri, dil, dudak, gırtlak, ince barsak, kalın barsak, mesane, meme, prostat, yumuşak dokular ve kemik olarak sıralanabilir (Balcı ve ark., 2005). Uluslararası Kanseri Ajansı (IARC) tarafından yayınlanan Globocan 2012 verilerine göre erkeklerde en sık görülen ilk beş kanseri türü akciğer, prostat, mesane, kolorektal, mide kanseri; kadınlarda ise meme, kolorektal, uterus serviksi, uterus korpusu ve akciğer kanseridir (Gültekin ve Boztaş, 2014; Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanseri Daire Başkanlığı, 2012).

Türkiye'de kanseri sıklığı dünya ve gelişmekte olan ülkelerle benzerlik göstermektedir. Türkiye'de erkeklerde en sık görülen ilk beş kanseri türü akciğer, prostat, mesane, kolorektal, mide kanseri; kadınlarda ise meme, tiroid, kolorektal, uterus korpusu ve akciğer kanseridir (Gültekin ve Boztaş, 2014). Türkiye İstatistik Kurumunun 2013 yılı verilerine bakıldığında ise dolaşım sistemi hastalıkları, iyi huylu/kötü huylu tümörler ve solunum sistemi hastalıkları ilk üç ölüm nedeni arasında yer almaktadır. Bununla birlikte hastalıklara bağlı ölüm nedenlerindeki bu sıralamanın 2014 yılında da bir değişim göstermediği bildirilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2015).

2.1.2. Kanserin Etiyolojisi

Kanser hastalığının nedeni tam olarak bilinmemektedir. Kanser nedenleri çevresel ve içsel nedenler olmak üzere iki başlık altında gruplandırılabilir. Çevresel nedenler sigara, alkol kullanımı, beslenme alışkanlığı, radyasyona maruz kalma, gıdalardaki katkı maddeleri ve hava kirliliğini; içsel nedenler ise yaş, cinsiyet, genetik öyküsü, bağışıklık bozuklukları ve kalıtsal mutasyonlar gibi faktörleri içermektedir. Bu doğrultuda çevresel ve içsel nedenler ayrı ayrı ya da ikisi birlikte hücreleri etkileyerek kansere neden olabilir (Kutluk ve Kars 1992;Balcı ve ark., 2005; Arifoğlu ve ark., 2014).

Virüsler: Virüslerin %20'si kanser ile yakından ilişkilidir (Arifoğlu ve ark., 2014). Virüsler kendi kendilerine üreme yeteneğine sahip olmayan canlılardır. Bir hücreye girip enfekte ederek kendilerinin kopyalanmasını ve çoğalmasını sağlamaktadır. Ebstein-Barr virüsü ile Burkitt lenfoma, Human Papilloma Virüs ile serviks kanseri, Hepatit B virüsü ile hepatoselüler karsinoma, insan T hücre virüsü ile erişkin T hücreli lösemi, insan Herpes virüs B ile kaposi sarkomu arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Kutluk ve Kars 1992; Kaptan ve Dedeli, 2012).

Fiziksel Faktörler: Bu grup içerisinde iyonize radyasyon, noniyonize radyasyon, güneş ışınları (mor ötesi ışınlar), X ışınları (röntgen) ve radyoaktif etmenler (alfa, beta ve gama ışınları) yer almaktadır (Akdemir ve Birol, 2004; Saldırlı, 2008).

Sigara: Sigara, kansere neden olan önemli bir etkidir. Kansere bağlı ölümlerin %30'u sigara nedeni ile gelişmektedir. Akciğer, farenks, larenks, pankreas, mesane ve serviks tümörlerine bağlı ölümler sigara kullanımı ile ilişkilendirilmektedir (Akdemir ve Birol, 2004; Kaptan ve Dedeli, 2012; Arifoğlu ve ark., 2014).

Kimyasal Faktörler: İnsanlar çalışma ortamında birçok kanserojen maddeye maruz kalabilirler. Arsenik, asbest, benzen, kadmium, kronium, nikel, çinko, berilyum, rafine edilmemiş parafin yağı, mazot, krom, kobalt ve katran gibi kimyasal maddeler kanserojen maddeler arasında yer almaktadır. Bu nedenle sanayi, boya, mobilya ve sağlık alanında çalışan bireyler kanser yönünden risk altında bulunmaktadır. Ayrıca çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar da insanlar da kanser gelişimine neden olabilmektedir (Akdemir ve Birol, 2004; Saldırlı, 2008; Çapar, 2010; Kaptan ve Dedeli, 2012).

Cinsel Sağlık ve Doğurganlık: Evli kadınlarda, erken evlenenlerde, çok eşli cinsel hayata sahip olanlarda ve erken yaşta cinsel ilişkiye başlayanlarda serviks kanseri riski artmaktadır. Kadınlarda erken menarş ve geç menopoz, hiç doğum yapmamış olma ve geç doğum yapma gibi özelliklerde meme kanseri risk faktörleri arasında yer almaktadır (Akdemir ve Birol, 2004).

Genetik ve Ailesel Faktörler: Kanser genetik bir hastalıktır. Kanser tiplerinin ailesel özelliği olduğu kabul edilmektedir. Genetik yapı, aynı çevreyi paylaşma ve yaşam biçimi gibi faktörlerin kanser hastalığının ailesel özelliğe sahip olma durumu üzerine etki ettiği düşünülmektedir (Akdemir ve Birol, 2004).

Beslenme: Kansere bağlı ölümlerin 1/3'ü beslenme ile ilgilidir. Hayvansal yağ tüketimi fazla olan ülkelerde meme, kolon, endometrium, over, pankreas ve prostat kanserlerine daha sık rastlanmaktadır. Bununla birlikte tütsülenmiş ve doğrudan dumana maruz kalmış gıdalarda kansere neden olabilmektedir (Kaptan ve Dedeli, 2010; Arifoğlu ve ark., 2014).

İmmunolojik Faktörler: İmmun sistemin baskılandığı (örneğin transplantasyon hastaları ve AIDS hastalarında) ve bağışıklık sisteminin zayıfladığı (çocukluk ve yaşlılık dönemi) durumlarda kanser olma riski artabilmektedir (Kaptan ve Dedeli, 2012).

2.1.3. Kanser Belirtileri

Kanser belirtileri bireyden bireye farklılık göstermekle birlikte, bu belirtiler kanserin bulunduğu organa, hastanın yaşına, cinsiyetine ve aldığı tedaviye göre değişiklik gösterebilmektedir. Kanser belirtileri tek başına veya birkaç belirti bir arada görülebilmektedir. Başlıca kanser belirtileri şunlardır:

- Vücudun herhangi bir yerinde kitle
- Ses kısıklığı
- Nedeni belli olmayan ve geçmeyen öksürük
- Göğüs ağrısı
- Kemik ağrısı
- Yutma güçlüğü
- Kol ve omuz ağrısı
- Baş ağrısı
- Aşırı kilo kaybı, ani zayıflama ve iştahsızlık

- Sarılık
- Vücutta ben ve siğillerde değişimler
- Dışkılama ve idrar alışkanlığında değişiklikler
- İyileşmeyen yaralar
- Vücut deliklerinden kan veya anormal sıvı gelmesidir (makat veya rahimden gelen anormal kanama veya akıntılar) (Kutluk ve Kars, 1992; Balcı ve ark., 2005; Cin, 2009).

2.1.4. Kanser Hastalığında Tanı Yöntemleri

Kanser hastalığının yeri ve tipinin doğrulanmasında tanı yöntemlerinin kullanılması son derece önemlidir. Kanserın erken dönemde tanılanması ile mortalite ve morbidite oranı azaltılabilmektedir. Kullanılan tanı yöntemleri kanser türüne göre değişiklik göstermekle birlikte erken tanıda birden fazla yöntem kullanılabilir (Sipahioğlu, 1981).

Anamnez: Tanı koymanın ilk basamağıdır. Bireyin şikayetlerinin neler olduğu, ne zaman başladığı ve ne kadar sürdüğü konusunda sağlık bakım profesyonellerine bilgi verir. Anamnez bireyden dikkatli ve ayrıntılı bir şekilde alınmalıdır. Bireyin önemsiz gördüğü şikayetleri de göz önünde bulundurulmalıdır (Gürel, 2007; Cin, 2009).

Fizik Muayene: Bireyin vücudunun her bölümünün ayrıntılı incelendiği tanı yöntemidir. Bu muayene sırasında hastanın mahremiyetine saygı gösterilerek rahat etmesine özen gösterilmektedir (Gürel, 2007; Cin, 2009).

Laboratuvar İncelemeleri: Kesin bilgi veren tanı yöntemlerindedir. Bireyin şikayetleri tanıldıktan sonra muayenesi yapılarak laboratuvar incelemelerine başvurulur. Kanserden şüphe edildiğinde kan sayımı, biyokimyasal analizler, röntgen incelemeleri, radyoizotop taramalar, endoskopi, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, magnetik rezonans görüntüleme, sitoloji, biyopsi ve histopatolojik tanı yöntemleri kullanılmaktadır (Gürel, 2007; Cin, 2009).

2.1.5. Kanser Hastalığının Tedavi Yöntemleri

Kanser tedavisinde kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavi şekilleri tercih edilmektedir. Kanser hastalığının çeşidine göre genellikle kanser tedavisinde öncelikli olarak kemoterapi kullanılmaktadır. Kanser tedavisinin amacı tümör hücrelerini yok edip, yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır (Karakurt ve Melli, 2005).

Kemoterapi: Kemoterapi, tümör denilen kanser hücrelerini temizlemek bu hücrelerin yayılımını kontrol altına almak için kullanılan ilaçla tedavi yöntemidir. Kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedaviden sonra uygulandığında hastalığın tekrarlama şansını azaltırken; radyoterapi ve cerrahi tedaviden önce uygulandığında ise lokal tedavi ile uygulamayı kolaylaştırmaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, 2012). Ayrıca onkoloji hastalarına küratif veya palyatif tedavi de uygulanabilmektedir. Küratif tedavi hastayı iyileştirme ve eski sağlığına döndürmek amacıyla yapılırken; palyatif tedavi ise semptomları azaltarak yaşam kalitesini arttırmak amacı ile yapılmaktadır (Büker ve Şen, 2014).

Radyoterapi: Wilhelm Conrad Röntgen 1895 yılında X ışınını keşettikten sonra onkoloji hastalarında radyasyon tedavisi uygulanmaya başlanmıştır. Onkoloji hastalarına yaşamlarının herhangi bir döneminde; primer hastalığın tam kontrol döneminde, hastalığa bağlı belirtilerin kontrol altına alınması gereken dönemde veya tedavinin herhangi bir evresinde radyasyon tedavisi uygulanabilmektedir (Kizir ve Güveli, 2014).

Cerrahi Tedavi: Bütün kanser türleri göz önüne alındığında en sık kullanılan tedavi yöntemidir (Hasbahçeci ve Müslümanoğlu, 2014). Kanserli hücrenin vücuttan çıkarılması işlemidir. Cerrahi tedavi sadece tedavi amacıyla kullanılmamaktadır. Bununla birlikte kanserli hücrenin tanınması, evrenmesi ve yan etkilerinin en aza indirgenmesinde de yararlı olabilmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, 2012; Hasbahçeci ve Müslümanoğlu, 2014).

Kök Hücre Nakli ve Kemik İliği Transplantasyonu: Kök hücre nakli birçok hematolojik hastalıkta kullanılan tedavi şekli olarak kabul edilmektedir. Kök hücrelerin kaynağına göre; periferik kandan ve umbilikal kord kanından nakil yapılabilmektedir. Kemik iliği transplantasyonu lösemi, aplastik anemi ve malign hastalıklar için sık kullanılan bir tedavi yöntemidir (Kambek ve Akal, 2001).

Hormon Tedavisi: Cerrahi operasyonları ve kemoterapileri tamamlanmış hastaların tümörleri yapısal olarak östrojen ve progesteron hormonu reseptörleri taşıyorsa, bu hormonlara benzer ancak baskılayıcı özellikte olan hormon ilaçları verilebilmektedir. Hormon tedavisi meme kanseri olan hastalarda sık kullanılan bir tedavi yöntemidir (Acıbadem Meme Sağlığı Merkezi, 2005).

2.2. Yaşam Kalitesi

Dinamik bir nitelik taşıyan yaşam kalitesi kavramı sürekli gelişim göstermesi, kişiden kişiye değişebilmesi, ne olmak ve nasıl yaşamak istendiğini ifade etmesi, psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerden etkilenmesi nedeniyle tanımlanması oldukça zor bir kavramdır. Yaşam kalitesi kavramı, bireyin kendi yaşamını değerlendirmesine dayanan öznel algıdır. Duygu sürecinin bir bütünü olarak tanımlanırken, bireysel iyilik durumunun bir anlatımıdır ve yaşamın sosyal, fiziksel, psikolojik ve finansal birçok yönlerine ilişkin öznel doyum ifadelerini içermektedir (Özyılkan, 2004).

DSÖ yaşam kalitesini “Bireyin yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi içinde amaçları, beklentileri, kriterleri ve sosyal ilişkilerine yönelik algısıdır” olarak tanımlamaktadır. DSÖ’nün tanımına göre yaşam kalitesi bireyin fiziksel sağlığından, bağımsızlık seviyesinden, psikolojik durumundan ve içinde bulunduğu çevreden etkilenmektedir (Bölüktaş, 2014). Bununla birlikte yaşam kalitesi, bireyin yaşadığı toplumdaki kültür ve değer yargılarına göre ilgileri, standartları ve beklentilerini yaşam şekline göre algılaması olarak da açıklanmaktadır. Bireyin yaşam kalitesi, bireyin inançları, ilişkileri, sağlık durumu ve psikolojisi gibi birçok faktörün etkisi altındadır (Deniz, 2011).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi konusunda kabul edilir evrensel bir tanım bulunmamaktadır. Yaşam kalitesinin sağlıkla doğrudan ya da dolaylı olarak ilgisi olan birçok faktörü içeren bir kavram olduğu bilinmektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini bazı araştırmacılar “mutluluk”, bazıları ise “hastalık ve tedaviye bedensel, ruhsal ve sosyal cevabın öğretici bir ifadesi” olarak tanımlamaktadır. Tanımlama konusunda fikir birliği olmasa da, araştırmacıların birçoğu sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin çok boyutlu ve öznel bir kavram olduğu konusunda aynı düşünceyi paylaşmaktadırlar (Kızılcı, 1999).

Birçok soruna sebep olan ve bireyin yaşamını önemli ölçüde etkileyen kanser hastalığında, genel iyilik durumunu ve bireyin bakıma cevabını değerlendirmenin en iyi yollarından biri hastanın yaşam kalitesini ölçmektir. Bireyin içinde yaşadığı kültür, kişinin ilgileri, normları, hedefleri, yaşamdaki yerini algılayış biçimi olarak tanımlanan yaşam kalitesi kişinin sosyal, fiziksel, emosyonel, finansal ve spiritüel iyilik halini içermektedir. Yaşam kalitesi, aynı zamanda, tedaviye karar vermede ve bakımı planlamada sağlık bakım profesyonellerine yardımcı olan bir unsurdur (Kızılcı, 1999; Bölüktaş, 2014).

Kanser tanısı birey ve ailesi için kabullenmesi zor bir tecrübedir. Diğer hastalıklarla karşılaştırıldığında kanser, bireyin yaşam kalitesini bozarak bireyi ve ailesini sosyal, psikolojik, fizyolojik ve ekonomik olarak olumsuz yönde etkilemektedir. Kanser, birey için geleceğe yönelik planların bozulması anlamına gelmekle birlikte bu süreç içerisinde bireyin yaşam kalitesinde fark edilebilecek düzeyde azalma gözlemlenebilmektedir. Kanser tedavisi, bireyin fiziksel iyilik halini ve kendi kendine bakma kapasitesini de etkilemektedir. Bireyde psikososyal sorunlar gelişebilmektedir (Kızılcı, 1999).

Hastanın fiziksel ve psikososyal gereksinimlerini bilmede, bireyin hastalık ve tedaviye cevabını belirlemede, sağlık/hastalık sürecindeki zayıf dönemlerini tanılamada, tedavi yan etkilerini değerlendirmede ve tedavi yan etkilerinin kontrolünü sağlamaya yönelik olarak bireye eğitim vermede hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Aslan ve ark., 2006). Hemşirelik insanı fizyolojik, biyolojik, psikolojik, kültürel ve sosyal olmak üzere bütün yönleriyle ele alan bir disiplindir. Yaşamı çok boyutlu ve geniş bir açıdan değerlendirme imkanı sunan yaşam kalitesi kavramı hemşirelik mesleği ve uygulamaları açısından son derece önemlidir (Kızılcı, 1999).

2.2.1. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

2.2.1.1. Psikososyal Durum

Kanser hastalığı ölümle sonuçlanan önemli sağlık problemlerinden biridir. Kanser hastalarının birçoğu suçluluk, çaresizlik, ümitsizlik, kaygı ve ölüm korkusu yaşayabilmektedir. Yaşanan bu duygular kanser hastalarının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Onkoloji hastaları hastalık tanısına farklı psikolojik tepkiler vermekle birlikte, Kubler Ross hastaların inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olmak üzere 5 aşamadan geçtiğini bildirmektedir. Birey kanser tanısını ilk aldığı anda bu durumu inkar etmeye çalışır. Hastalık gerçeğine alışınca bu durumun neden onun başına geldiği düşüncesiyle öfke duymaktadır. Bir sonraki aşamada ölüm gerçeğini kabul ederek pazarlık yapmaya başlamaktadır. Daha sonra geçmişte yapamadıklarından dolayı pişmanlık duymaya başlamaktadır. Ölüm gerçeğiyle yüzleştiği içinde depresyona girmektedir. Son aşamada ise enerjisini kaybettiği için artık durumu kabullenmeye başlamaktadır. Bununla birlikte durumu kabullenme aşaması bireyden bireye farklılık gösterebilmektedir (Beşer, 2001).

2.2.1.2. Anksiyete

Kanser hastalığının prognozu ve tedavisi, hastaların yorgunluk, iştahsızlık, kilo kaybı, uykusuzluk, huzursuzluk gibi fiziksel semptomlar ile birlikte, anksiyete, depresyon gibi yoğun duygular yaşamalarına neden olabilmektedir (Cleeland 2000; Chochinov, 2001; Nordin ve ark., 2001). Kanser bir tehdittir ve anksiyete tehde karşı en sık verilen bir cevaptır. Anksiyete bütün klinik popülasyonda bulunabilmektedir. Ancak belirli koşullar altında hastalık haline gelebilmektedir. Anksiyete depresyonla birlikte de olabilmektedir. Nitekim literatürde fiziksel olarak sağlıklı toplumlarda yalnızca anksiyete bozukluğu yerine anksiyete ve depresyon bozukluğunun birlikte görüldüğü bildirilmektedir. Böyle bir birliktelik kanser popülasyonunda da görülebileceği için klinisyenlerin hastada depresyonla birlikte anksiyeteyi de tanılamaları önerilmektedir (Stark ve House, 2000).

2.2.1.3. Depresyon

Onkoloji hastalarında anksiyetenin yanı sıra sonuçları son derece ağır olan depresyonda oldukça sık görülmektedir (Raison ve Miller 2003). Sosyal izolasyon, yorgunluk, anorexia, kilo kaybı, uyku bozuklukları, kognitif bozukluklar, libidoda azalma ve psikomotor retardasyon gibi semptomlar majör depresyonda yaygın olarak görülmesine karşın çoğu zaman bu semptomların kanser hastalığı ve tedavi süreci ile ilişkili olabileceği düşünülmekte ve gözden kaçırılmaktadır (Chochinov, 2001; Raison ve Miller 2003). Depresyonun hem şiddeti hem de yan etkisi onkoloji hastalarında daha fazla anksiyete ve yorgunluğa yol açabilmektedir. Bununla birlikte depresyon yalnızca kanser hastalığı ile başa çıkmayı zorlaştırmaz. Bireyin tıbbi tedaviye uyumu ile birlikte tümörün ilerlemesine karşı koymaya çalışan endokrin ve immün fonksiyonları da olumsuz etkilemektedir (Spiegel ve Giese-Davis, 2003). Ayrıca depresif hastaların sağlık hizmeti kullanımı daha yüksek olup, bu durum hastaların hastanede kalış sürelerini artırarak sağlık bakım sistemine ek bir maliyet getirmektedir (Ryan ve ark., 2005).

2.2.1.4. Beden İmajı

Beden imajı, bireyin kendi bedeni hakkındaki duygularını, düşüncelerini ve algılarını ifade etmektedir. Onkoloji hastalarının beden imajı mastektomi, stoma açılması, kemoterapiye bağlı saç dökülmesi ve radyoterapiye bağlı olarak meydana

gelen yanık gibi değişiklikler nedeniyle olumsuz yönde etkilenmektedir. Beden imajı değişikliği onkoloji hastalıklarında sık görülmektedir. Onkoloji hastalarında uygulanan tedaviye bağlı olarak bulantı, kusma, iştahsızlık, sindirim sistemi bozuklukları gibi yan etkilerde bireyin beden imajında değişimlere neden olabilmektedir. Bireyin beden imajındaki bu değişimler günlük yaşamını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Beşer, 2001; Kayış, 2012).

2.2.1.5. Sosyal Destek

Kanser hastalığının tedavi süreci son derece uzun ve yorucudur. Bu durum bireyin rollerini de etkilemektedir. Rol kaybı yaşayan birey kendini izole etmektedir. Yaşam kalitesi bu durumdan olumsuz yönde etkilenmektedir. Birey tedavi süreci içerisinde aile ve arkadaşlarından gelecek sosyal desteğe ihtiyaç duymaktadır (Beşer, 2001). Courtens, Stevens ve Crebolder tarafından yapılan bir çalışmada onkoloji hastalarının sosyal etkileşim ve eğlence aktivitelerinin azaldığı ve yaşam kalitelerinin düştüğü bildirilmiştir. Aynı çalışmada duygusal ve psikolojik destek alan hastaların yaşam kalitelerinin ise daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Courtens ve ark., 1996).

2.3. Hemşirelik Bakımı

Hemşirelikte 'bakım' sözcüğünün çok uzun bir geçmişi olmasına karşın anlamı bugüne kadar yeterince anlaşılamamıştır. Bakım kavramına ilişkin en önemli sorun tek bir tanım ya da anlamının olmamasıdır. 'Bakım' geniş bir kavram olup hemşirelik bilimi dışındaki alanlarda da kullanılabilir. Bakım, hemşirelik uygulamasının temelinde yer almakta ve hızla gelişen sağlık alanının da önemini gittikçe arttırmaktadır. Hemşirelik sözlüğüne göre bakım, eylem olarak kullanıldığında; korumak, yardım etmek, sevgi beslemek, düşünmek, özen göstermek ve empati duymak anlamına gelmektedir. Bu anlamların hepsi hemşirelik bakımını ifade etmektedir (Aştı ve Karadağ, 2012).

Hemşirelik ve bakım, tarihsel boyutta birbiriyle yakın ilişkili iki kavramdır. Leininger, "bakım hemşireliktir ve hemşirelik bakımdır" ifadesi ile her iki kavramında birbirinden ayrılamaz bir bütün olduğunu ifade etmiştir. Hemşirelik bakımı sağlık kalitesinin yükseltilmesi, sağlığın sürdürülmesi, hastalığın tedavi edilmesi, tedavi komplikasyonlarına karşı gereken önlemlerin alınması, rehabilitasyon ve ikincil korumayı içermektedir (Aştı ve Karadağ, 2012).

Leininger'e göre 'bakım' zor bir kavramdır. Bakım tedavi edici olduğu için iyileşmenin temelidir. Bu nedenle hemşirelik ve transkültürel hemşirelik eylemlerinin odağıdır. Leininger bakım kavramı çerçevesinde; sağlık bakım uygulamaları ile sağlığı geliştirme ve sürdürmenin önemini vurgulamıştır. Aynı zamanda hemşirelik bakımında kültürel bakımın öneminden bahsetmiştir. Leininger'e göre bakım, temel bir insan gereksinimidir ve tüm bireylerin hayatta kalmaları için gereklidir. Bakım, insana yardım eder, gelişme, iyileştirme ve hayatta kalma desteği sağlamaktadır. Bunun yanı sıra bireye özgü temel gereksinimleri karşılamak için uygulanmaktadır. Bakım uygulaması hastanın problemlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine bağlı olmakla birlikte, hemşire bakım verirken insanlar ile empati kurarak, onlara içten sevgi göstererek, destek sağlayarak bakım verilmektedir (Aştı ve Karadağ, 2012).

Morse ve arkadaşlarına göre bakım, bir insan özelliği, ahlaki bir ideali, kişiler arası ilişkiyi ve terapötik girişimleri içermektedir. Halldorsdottir ise bakım kavramını, insan ilişkilerine temellendirilmektedir. Öfkeye sebep veren ve iyilik halini azaltan insan ilişkilerinden söz edilmiştir. Logsturp'a göre bakımı uygulayan hemşire hastanın yaşamına dokunmaktadır. Bu nedenle bakım bireye iyileşme imkanı tanınan eşsiz bir andır. Bireyler arası bakımda hemşire, hastalık yerine bakıma ve iyileştirmeye odaklanmalıdır. Bakım anında hemşirenin amacı, bireye bir bütün olduğunu ve iyileşebileceğini hissettirmektir. Bakım anında hemşire, hastanın sorunlarını anlayabilmeli ve davranışları, duyguları, beden dili ve enerjisi ile birlikte bu sorunları ortadan kaldırmaya çalışmalıdır (Aştı ve Karadağ, 2012).

Bireyin yaşam kalitesini ve hastalık durumunu etkileyen faktörlerin bilinmesi, iyi bir hemşirelik bakımının sunulabilmesini etkileyen önemli bir unsurdur. Bireyin tam olarak tanılanmadığı ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin göz önünde bulundurulmadığı durumlarda iyi bir hemşirelik bakımının verilebilmesi olası değildir. Bu doğrultuda bireye özgü bir hemşirelik bakımı verilebilmesi için bireyin hastalığını algılama durumu, yaşadığı fiziksel ve emosyonel semptomlar ile birlikte tedavi sürecine verdiği yanıtın hemşire tarafından değerlendirilmesi son derece önemlidir (Altıok ve ark., 2011).

Bireylere bilimsel, etik ve hümanistik bir bakım sunulmasının hasta sağlığına büyük katkısı vardır. Hastanede yatan hastaların memnuniyetini etkileyen en önemli faktör sunulan hemşirelik bakımının kalitesidir. Bakım en az iki kişi ile başlayan ve gelişen bir ilişkidir. Bakım bireyin kendisini iyi hissetmesine yardımcı olan olumlu

yöndeki tüm işlevler olarak da tanımlanabilmektedir. Bakımın işlevleri arasında; psikomotor beceriler, empati duyma, şefkat gösterme ve destekleme yer almaktadır. Bakım aynı zamanda kişilerarası ilişkileri, uygulamaları ve etik kavramını içermektedir. Bakım; evrensel bir olgu olarak insanların birbirine karşı duygu, düşünce ve davranışlarını etkilemektedir (Aştı ve Karadağ, 2012).

2.3.1. Bakımın Niteliğini Etkileyen Faktörler

Hemşirelik bakımının kalitesini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler hemşirelik eğitiminin nitelik ve niceliği, bakım uygulamalarının önemsenmemesi, hastanelerin yönetim şekli ve hasta bakımının bir ekip çalışması olduğu ile ilgili bilincin gelişmemesi olarak sıralanabilmektedir. Sağlık ekip üyelerinin amacı hastalara etkin/kaliteli bakım ve tedavi hizmeti sunmaktır. Sağlık ekibi üyeleri bireyin bakım ve tedavi hizmetlerini organize ederken sürekli iletişim halinde olmalıdır. Diğer mesleklerde olduğu gibi hemşirelik mesleğinde de eğitim ve uygulamalar ile ilgili standartlar geliştirilmelidir. Bununla birlikte hemşirelik eğitim ve öğretiminin nitelik ve niceliği artırılmalıdır. Ayrıca bireylere bakım sunarken hemşirelerin göz önünde bulundurmaları gereken faktörlerden bazıları şunlardır:

- Hastaya karşı saygılı ve iyileştirici şekilde davranma
- Her hastaya kendine özgü bakım sunma
- Bireyin kültürel özelliklerini ve davranışlarını öğrenme
- Bakımın farklı kültürlerdeki karşılığını bilme
- İletişime önem verme
- Bireyin, hastalığını nasıl algıladığını belirleme (Aştı ve Karadağ, 2012).

2.3.2. Onkoloji Hastalarında Hemşirelik Bakımı

Kanser tanısı almak birey ve ailesi için oldukça stresli bir deneyimdir. Kanser birey ve ailesi için sonu bilinmeyen bir belirsizlik anlamına gelmektedir. Kanser hastalığının tedavisinde kullanılan kemoterapi ve radyoterapiye bağlı olarak bireyde ağrı, ateş, bulantı, kusma, iştahsızlık, yorgunluk, halsizlik, tat değişikliği, nefes darlığı, depresyon, emosyonel ve fiziksel durum değişikliği meydana gelebilmekte bu durum onkoloji hastalarının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Ünsar ve ark., 2007). Bu dönem içerisinde birey ve ailesinin hemşirelik bakımına olan ihtiyacı da artmaktadır. Bu doğrultuda hemşirenin onkoloji hastalarının deneyimledikleri

semptomların azaltılmasına yönelik bir hemşirelik bakımı planlaması gerekmektedir. Bununla birlikte hemşire onkoloji hastalarına bakım ve tedavi hizmetlerini sunarken kanser hastalığı, tanı ve tedavisinin bireyin sosyal, fiziksel ve emosyonel fonksiyonları üzerindeki etkisini değerlendirmelidir.

Onkoloji hastaları için hastalık süreci zor bir deneyimdir. Onkoloji hastaları yoğun tedavi ve bakıma gereksinim duyarlar. Bu dönem içerisinde bireyin ailesel ve sosyal desteğe olan ihtiyacı artar. Onkoloji hastalarına verilen hemşirelik bakımının amacı bireyin fonksiyonel durumunu en üst seviyeye getirme, iyilik hali ve öz bakım yeteneğini artırma, morbiditeyi azaltma, rehabilitasyon yapma ve bireyin fonksiyonel durumunu iyileştirmedir (Albayrak, 2014). Ayrıca onkoloji hastalarının hastalığın tedavi ve bakım sürecine ilişkin bilgi sahibi olma ihtiyaçları da bulunmaktadır. Onkoloji hastaları tanı konulduktan sonra kendilerini nasıl bir sürecin beklediğini öğrenmek isterler. Bu süreç içerisinde hemşireye karşı olumsuz tutum sergileyebilirler. Öfke nöbetleri gösterebilirler. Onkoloji hastaları duygu durum değişikliklerini yoğun bir şekilde yaşarlar. Hemşire bu konuda bireye anlayış göstermeli ve olumlu bir yaklaşım sergilemelidir. Hemşirenin bireye olan olumlu yaklaşımı bireyin hastalığa uyumunu kolaylaştırır ve tedavisine yardımcı olur. Bu durum onkoloji hastasının yaşam kalitesini ve hemşirelik bakımını algılayış durumuna da olumlu yönde etki eder (Aslan ve ark., 2006)

İyi bir hemşirelik bakımı; hastalığın sebep olduğu olumlu ve olumsuz stresörlerle baş etmede bireye yardımcı olmayı amaçlar. Kanser tanısına bağlı olarak bireyin aile yaşantısı ile birlikte iş ve sosyal yaşamı da bu durumdan olumsuz yönde etkilenir. Hemşirelerin onkoloji hastalarının yaşam kalitesini koruma, geliştirme ve iyileştirme ve bunları uygulamalarına aktarma sorumlulukları bulunmakla birlikte bakım ve tedavi hizmeti sunan hemşireler onkoloji hastalarının yaşam kalitesini etkileyen faktörleri göz önünde bulundurmalıdırlar (Arslan ve Bölükbaş, 2003).

2.4. Onkoloji Hastalarında Yaşam Kalitesi İle Hemşirelik Bakımını Algılayış Durumlarını Belirlemeye Yönelik Araştırmalar

Literatürde onkoloji hastalarında yaşam kalitesi ile hemşirelik bakımını algılayış durumlarını belirlemeye yönelik araştırmalar incelendiğinde, Arslan ve Bölükbaş tarafından yapılmış olan bir çalışmada, ameliyat geçirmiş hasta grubunda yaşam kalitesi toplam puanının 28-37 yaş grubunda ve tanıları bilmeyen grupta

yüksek belirlendiğini, ameliyat geçirmemiş yaş grubunda ise yaşam kalitesi toplam puanının 18-27 yaş grubunda ve tanılarını bilen grupta yüksek bulunduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada hastaların yaşam kalitelerini etkileyen faktörlerin farklı olması nedeni ile bakım verilirken bireysel farklılıkların göz önünde bulundurulması ve konuya yönelik bilgilerin periyodik olarak güncellenmesi önerilmiştir (Arslan ve Bölükbaş, 2003).

Doğan tarafından akciğer kanseri olan hastaların yaşam kaliteleri ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkiyi ve yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmış olan diğer bir çalışmada ise, hastaların cinsiyet ve yaş gruplarına göre tüm yaşam kalitesi alanlarına ait puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız bulunduğu buna karşın aileden algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesinin tüm boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, aileden algılanan sosyal destek arttıkça yaşam kalitelerine ait puan ortalamalarının da arttığı bildirilmiştir. (Doğan, 2011).

Kemoterapi uygulanan hastaların yaşam kalitesi ve bu durumu etkileyen faktörlerin incelenmesi amacı ile bu konuda yapılmış olan diğer bir çalışmada ise hastaların kadın ya da erkek olmasının yaşam kalitesini etkilemediği, çalışan hastaların yaşam kalitesi puanlarının çalışmayan hastaların yaşam kalitesi puanlarından daha yüksek bulunduğu, sağlık bakım profesyonellerinin hastaya duygusal destek sağlamak için aileleri ile işbirliği yapmaları gerektiği ve verilecek eğitimlere hastanın birlikte yaşadığı bireylerinde dahil edilmesi gerektiği belirtilmektedir (Gürel, 2007).

2.5. Onkolojik Aciller

Onkoloji hastaları kanser hastalığının tanı, tedavi ve prognozuna bağlı olarak çeşitli sebeplerle acil servise başvurabilmektedirler (Akın, 2014). Onkoloji hastalarının acil servise başvuru sebepleri farklılık göstermekle birlikte; nörolojik onkolojik aciller (inme, nöbet, beyin metastazı vb), solunum sistemi ile ilgili aciller (malign hava yolu obstrüksiyonu, venöz tromboemboli vb), kardiyovasküler aciller (perikardiyal efüzyon ve vena kava sendromu vb), gastrointestinal aciller (GİS kanaması, bağırsak tıkanıklıkları vb), renal aciller (prerenal yetmezlik, hiperürisemiye bağlı böbrek yetmezliği vb), kas iskelet sistemi acilleri (patolojik kırıklar, ağrı vb), metabolik aciller (tümör lizis sendromu, hiperkalsemi, hiponatremi, hipokalsemi, hipoglisemi, adrenal yetmezlik, hipokalemi vb), hematolojik aciller (anemi, trombositopeni, DİK, tromboz

vb), enfeksiyon acilleri (febril nötropeni vb), tedaviye bağılı komplikasyonlar (kemoterapiye bağılı bulantı kusma, kemoterapötik ilaçların ekstrevasyonu, kemoterapide anaflaktik reaksiyon vb) nedeniyle acil servise başvurabilirler (Koca, 2014).

Onkoloji hastaları terminal dönemdeki kanser hastalarında olduğu gibi yukarıdaki nedenlerin bir kombinasyona bağılı olarak acil servisten bakım ve tedavi arayışında bulunabilirler. Onkolojik aciller yaşamı tehdit eder ve onkoloji hastalarında mortaliteyi arttırır. Bu doğrultu da erken tanı ve tedavi bireyin yaşam kalitesinin ve konforunun yeniden sağlanmasında son derece önemlidir. Onkolojik acil bir durum yaşayan hastanın hemşirelik bakımı, hastanın durumunun belirli aralıklarla değerlendirilmesini, tedavilerinin uygulanmasını, hastanın eğitilmesini ve duygusal destek sağlamayı içermelidir. Yapılan değerlendirme ve bakım bireyin aciliyet durumuna göre değışiklik gösterebilir. Hemşireler onkoloji hastalarının bakımında komplikasyon gelişme riski olan hastaların belirlenmesinde, erken tanılanmasında ve tedavisinde diğer ekip üyeleri ile birlikte çalışırlar.

Onkolojik aciller, medikal yaklaşımlar ile önlenebilir veya tedavi edilebilir. Hemşirenin onkolojik acil olarak tanımlanan durumların belirti ve bulgularını iyi bilmesi ve laboratuvar sonuçlarını yorumlayabilmesi son derece önemlidir (Akın, 2014). Ayrıca bu yaklaşım bireyin acili meşgul etme süresini de en aza indirgeyerek, bakım maliyetini ve bireyin hastanede kalma süresini azaltmaktadır. Bununla birlikte hastane ortamında oluşabilecek olumsuzlukları en aza indirmektedir (Koca, 2014).

Onkoloji hastaları arasında yaşam kalitesi ve hemşirelik bakımını algılayış durumunun bilinmesi hedef popülasyonun yaşam kalitesinin geliştirilmesine ve hemşirelik bakımının kalitesinin yükseltilmesine katkıda bulunabilmektedir. Bu nedenle onkoloji hastalarının yaşam kalitelerini arttırabilmek için ülkeler, bölgeler ve kültürler arasındaki farklılıkları ortaya koyan araştırmalar ile bu araştırmalardan elde edilen bulgu ve bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu doğrultuda onkoloji hastalarının yaşam kalitesi ile hemşirelik bakımını algılayış durumlarını değerlendirmek ve elde edilen bulgular doğrultusunda uygun stratejiler geliştirmek son derece önemlidir.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi acil servisine çeşitli problemler ve şikayetler nedeniyle başvuran onkoloji hastalarının yaşam kalitesi ile hemşirelik bakımını algılayış durumlarını değerlendirmek amacıyla, kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 10.07.2015-02.05.2016 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Acil kliniğinde yürütülmüştür. Bu hastane Türkiye'nin kuzeyinde, Orta Karadeniz Bölgesi'ndeki en büyük ve en gelişmiş üniversite araştırma hastanesi olup, Samsun ve bazı çevre illerdeki acil tedavi ve bakım gerektiren hastaların çoğu bu hastanede tedavi edilmektedir.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Acil kliniği beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm triyaj bölümü olup hastaların kısaca şikayetlerinin ve ilk yaşamsal bulgularının alındığı, aciliyet durumlarının belirlendiği bölümdür. İkinci bölüm yirmidört sedye alabilen sekiz odadan oluşan, yakın takip ve tedavi gerektirmeyen travma ve dahili hastalarına poliklinik hizmeti verilebilen bölümdür. Üçüncü bölüm ise kardiyopulmoner resüsitasyon yapılabilen, yakın takip ve tedavi gerektiren hastaların monitörle izlendiği ve gerekli müdahalelerin yapıldığı resüsitasyon bölümünden oluşmaktadır. Dördüncü bölüm, durumu daha az kritik olan ve hastaların yatarak takip ve gözlemlerinin yapıldığı bölümdür. Bu bölümde toplam on hastanın yatarak takibi yapılabilmektedir. Bununla birlikte durumu kritik olan hastaların takip ve izlemine imkan sağlayan altı yatak kapasitesine sahip yoğun bakım ünitesi de beşinci bölüm olarak hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma merkezi acil servisine çeşitli problem ve şikayetler nedeniyle başvuran onkoloji hastaları oluşturmuştur. Araştırmaya bu çalışmaya katılmaya istekli, bilişsel bozukluğu olmayan, soruları yanıtlayabilen, iletişim problemi olmayan, okuma ve yazma bilen, 18 yaş ve üzeri onkoloji hastaları alınmıştır. Acil servise başvuran onkoloji hastalarının tamamına ulaşılması hedeflenmiş ancak araştırmaya katılmayı kabul

etmeyen (n=12), bilişsel bozukluk nedeniyle iletişim kurulamayan (n=10) ve acil serviste gözlem ve izlemi 24 saatten daha az süren (n= 11) onkoloji hastaları çalışma kapsamı dışında bırakılarak araştırma 214 onkoloji hastasının katılımı ile tamamlanmıştır (%86,6).

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Ateş, 2011; Cin, 2009; Dağıstan, 2014; Doğan, 2011; Düzen, 2012; Gülses, 2012; Gürel, 2007; Öner 2012; Yıldırım, 2011) geliştirilen hastayı tanıtıcı bilgi formu, Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30) ve Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği (HHBAÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Anket formu 5 kişilik bir grupta ön uygulama yapılarak test edilmiş, anlaşılmayan ya da eksik olan sorular belirlenip düzeltilmiş; pilot çalışma sonrasında taslağa son şekli verilerek araştırma grubuna uygulanmıştır. Veriler onkoloji hastaları acil kliniğine kabul edildikten 24 saat sonra yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Araştırmaya katılan onkoloji hastalarına çalışma hakkında bilgi verilip bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra hastayı tanıtıcı bilgi formu ve ölçekler onkoloji hastalarına uygulanmıştır. Yaklaşık olarak veri toplama süresi 25-30 dakika sürmüştür. Onkoloji hastalarına araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isimlerinin yazılmayacağı ve bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı belirtilmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Hastayı Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan hastayı tanıtıcı bilgi formu, hastaların sosyo-demografik bilgilerini içeren 15 soru (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, mesleği, sosyal güvencesi bulunma durumu, yaşadığı yerleşim birimi, aile tipi, çocuk sahibi olma durumu, gelir durumu, sigara içme durumu, alkol kullanma durumu); klinik bilgilerini içeren 24 soru (kronik bir hastalığa sahip olma durumu, mevcut tanısı, hastalığının klinik evresi, hastalığını nasıl algıladığı, sağlık durumunu nasıl algıladığı, uygulanan tedavi türleri, acile başvuru nedeni, acile

kabul zamanı ve saati, acil servise başvuru sıklığı vb.); acil serviste almış oldukları tedavi ve bakımdan memnuniyet düzeylerini belirlemeye yönelik 12 soru (acil serviste aldığı tedavi ile ilgili memnuniyet durumu, yapılan tedavi ve uygulamalar ile ilgili açıklamaları yeterli bulma durumu, açıklamaların hangi sağlık profesyoneli tarafından yapıldığı, acil serviste çalışan hemşirelerin yaklaşımlarını nasıl değerlendirdiği, öğrenmek istediği sorulara verilen cevapları yeterli bulma durumu vb.) olmak üzere toplam 51 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQRTC QLQ-C30)

EQRTC QLQ-C30 Version 3.0 (European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire) Yaşam Kalitesi Ölçeği onkoloji hastalarında tüm dünyada yaygın olarak kullanılan bir yaşam kalitesi anketidir.

EQRTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Aarason ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve 30 maddeden oluşan bir ölçektir. Bu ölçek Genel Sağlık Durumu Ölçeği (GSS), Fonksiyonel Ölçek (FS), Semptom Ölçeği (SS) olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. EQRTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği 4'lü likert tipi bir ölçek olup, soruların cevapları; “Hiç” (1), “Biraz” (2), “Oldukça” (3), “Çok” (4) puan olarak değerlendirilmektedir. Bununla birlikte ölçeğin 29 ve 30. sorusunda, hastalardan 1'den 7'ye kadar olan skala ile sağlıklarını ve genel yaşam kalitelerini değerlendirmeleri istenmektedir.

Ölçeğin alt boyutlarından Fonksiyonel Ölçek 15 sorudan oluşmaktadır. Bu alt boyut; fiziksel fonksiyon (1–5), rol fonksiyonu (6 ve 7), emosyonel fonksiyon (21–24), bilişsel fonksiyonu (20 ve 25) ve sosyal fonksiyon (26 ve 27) soruları ile temsil edilmekle birlikte bu alt boyutta bireyin günlük hayatını sürdürme fonksiyonları sorgulanmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarından olan Semptom Ölçeği ise 13 sorudan oluşmaktadır. Bu alt boyut yorgunluk (10,12,18), bulantı ve kusma (14,15), ağrı (9,19), nefes darlığı (8), uykusuzluk (11), iştah kaybı (13), konstipasyon (16), diyare (17) ve mali zorluklar (28) soruları ile değerlendirilmekle birlikte bu alt boyut ile hastanın yaşam kalitesini etkileyen spesifik semptomlar ortaya konulabilmektedir. EQRTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin son iki sorusu (29,30) genel sağlık durumunu temsil etmektedir. Bu alt boyut hastanın bir bütün olarak kendi yaşam kalitesini nasıl değerlendirdiğini göstermektedir. Ölçek maddeleri 0-100'lük puana çevrilmektedir.

EQRTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinde Fonksiyonel skor, Semptom skoru ve Genel Sağlık Durumu skoru aşağıdaki formüllerle hesaplanmaktadır:

Fonksiyonel skor (FS) hesaplanırken hastanın 15 sorudan aldığı toplam puan, toplam soru sayısına (15) bölünerek ham skor (HS) hesaplanır. Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) aralık değerini verir. Bu değerler kullanılarak; $FS = \{1 - (HS - 1) / \text{aralık}\} \times 100$ formülü ile hesaplanır.

Fonksiyonel ölçekte sosyal fonksiyon skoru (SFS) hesaplanırken hastanın 26 ve 27. sorulardan aldığı toplam puan, toplam soru sayısı olan 2'ye bölünerek ham skor (HS) hesaplanır. Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) aralık değerini verir. Bu değerler ile; $SFS = \{1 - (HS - 1) / \text{aralık}\} \times 100$ formülü ile saptanır.

Semptom skoru (SK) hesaplanırken 13 sorudan alınan toplam puan, toplam soru sayısına (13) bölünerek ham skor (HS) hesaplanır. Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) aralık değerini verir. Bu değerler ile; $SK = \{(HS - 1) / \text{aralık}\} \times 100$ formülü ile hesaplanır.

Semptom ölçeğinde yorgunluk skoru (FAS) hesaplanırken hastanın 10, 12 ve 18. sorulardan aldığı toplam puan, toplam soru sayısı olan 3'e bölünerek ham skor (HS) hesaplanır. Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) aralık değerini verir. Bu değerler ile; $FAS = \{(HS - 1) / \text{aralık}\} \times 100$ formülü ile hesaplanır.

Genel Yaşam Kalitesi Skoru (GSS) hesaplanırken son iki sorudan alınan toplam puan, toplam soru sayısına (2) bölünerek ham skor (HS) hesaplanır. Bu iki sorudaki en yüksek puan (7) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (6) aralık değerini verir. Bu değerler ile; $GSS = \{(HS - 1) / \text{aralık}\} \times 100$ formülü ile hesaplanır.

Hastaların Fonksiyonel, Semptom ve Genel Sağlık skorlarından alabilecekleri en yüksek puan 100, en düşük puan 0'dır. Hastaların Fonksiyonel, Genel Sağlık skorlarından yüksek puan; Semptom skorlarından düşük puan almaları yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir (Björndal ve ark., 1999).

EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olan Beşer ve Öz (2001) ölçeğin maddeleri arasındaki ilişkiyi incelemişler, yapmış oldukları madde analizi sonrasında maddeler arasındaki ilişkilerin güçlü olduğunu bildirmişlerdir. Bununla birlikte Cronbach alfa katsayısını $r=0,90$ olarak bulmuşlardır. Güzelant ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan ve EORTC QLQ-C30

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin kullanıldığı bir diğer çalışmada ise Cronbach alfa katsayı ≥ 0.70 olarak bildirilmiştir (Güzelant ve ark., 2004).

Bu araştırmada EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı ile ölçek alt boyutlarından Fonksiyon Skalaları, Semptom Skalaları ve Genel Yaşam Kalitesi Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayıları sırasıyla 0,86, 0,88, 0,78, 0,96 olarak belirlendi. EORTC QLQ-C30 Fonksiyon Skalası fiziksel fonksiyon, rol fonksiyon, emosyonel fonksiyon, bilişsel fonksiyon ve sosyal fonksiyon alt boyutları Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayıları sırasıyla 0,91, 0,91, 0,92, 0,60, 0,93 olarak belirlendi.

3.5.3. Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği (HHBAÖ)

Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği Dozier ve arkadaşları tarafından 2001 yılında Amerika'da geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği İpek Çoban ve Kaşıkçı (2006) tarafından yapılmıştır. Ölçek hastaların hemşirelik bakımını algılayış durumlarını ve bu bakımdan memnuniyet düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Dozier ve arkadaşları (2001) Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeğini, beklenen ihtiyaçların derecesini yansıtan, hasta memnuniyetini ölçen, kısa bir bakımın ardından güvenilir ölçüm yapan, sosyo-demografik, kişisel ve diğer faktörlerden minimum düzeyde etkilenen bir ölçek olarak düzenlemişlerdir.

Likert tipi bu ölçekte hemşirelik bakımının kalitesi ile ilgili 15 ifade bulunmaktadır. Ölçeği oluşturan 15 ifadeden “katılıyorum=1”, “biraz katılıyorum=2”, “kararsızım=3”, “katılmıyorum=4” ve “kesinlikle katılmıyorum=5” seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi istenmektedir. Her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Böylece ölçekten en az 15 en fazla 75 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puandaki azalma hastanın hemşirelik bakımından memnun olduğunu göstermektedir (Çoban ve Kaşıkçı, 2006) .

İpek Çoban ve Kaşıkçı Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0,92 olarak bulmuşlar ve madde toplam madde korelasyon katsayılarının 0,30 ile 0,74 arasında değiştiğini bildirmişlerdir (Çoban ve Kaşıkçı, 2006). Bu araştırmada Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,96 olarak bulunmuştur. Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeğinin kullanımı için bu ölçeğin Türkçe uyarlaması ile geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olan İpek Çoban ve Kaşıkçı'dan izin alınmıştır (Ek-7)

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamına alınan onkoloji hastalarına ilişkin verilerin istatistiksel analizi, bilgisayar ortamında IBM SPSS V21 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Nicel verilerin normallik testi Shapiro Wilk ile incelenmiştir. Normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Kullanılan ölçeklerin güvenilirliği belirlenirken Cronbach Alpha analizinden yararlanılmıştır. Sonuçlar frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca (min-mak) şeklinde sunulmuştur. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (09.07.2015/ Sayı: B30.2.ODM.0.20.08/1837) onayı alındıktan sonra başlanmıştır (Ek-4). Verileri toplamak amacıyla, çalışmanın yapılacağı üniversitede ilgili fakülte yönetiminden yazılı ve araştırma kapsamına alınan bireylerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıkları;

- Acil serviste gözlem ve izlemi 24 saatten daha az süren onkoloji hastalarının araştırma kapsamına alınamaması
- Örneklem grubu ile yapılan yüz yüze görüşmelerde verilen cevaplardaki ifadelerin doğruluğunu değerlendirmek amacıyla taburculuk sonrası uzun süreli gözlem ve değerlendirmelerin yapılamaması.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=214)

Özellikler	n	%	
Yaş grupları 50,5 ± 16,6	18-25 yaş	25	11,7
	26-33 yaş	21	9,8
	34-41 yaş	12	5,6
	42 yaş ve üzeri	156	72,9
Cinsiyet	Kadın	88	41,1
	Erkek	126	58,9
Medeni durum	Evli	78	36,4
	Bekar	136	63,6
Eğitim durumu	Okur-yazar	47	22,0
	İlkokul	57	26,6
	Ortaokul	32	15,0
	Lise	63	29,4
	Üniversite	15	7,0
Çalışma durumu	Evet	65	30,4
	Hayır	149	69,6
Mesleği	Ev Hanımı	71	34,6
	İşçi	21	9,9
	Memur	16	7,5
	Serbest meslek	26	12,1
	Emekli	61	27,1
	Öğrenci	14	6,5
	Çiftçi	5	2,3
Sosyal güvence durumu	Var	211	98,6
	Yok	3	1,4
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	96	44,9
	İlçe	75	35,0
	Köy	43	20,1
Aile yapısı	Çekirdek aile	160	74,8
	Geniş aile	54	25,2
Gelir durumu	Gelir giderden az	32	15,0
	Gelir gidere eşit	165	77,1
	Gelir giderden fazla	17	7,9

Tablo 1. (Devam)

Sigara içme durumu 29,2 ± 13,5 yıl	Evet	36	16,8
	Hayır	136	63,6
	Bırakmış	42	19,6
Alkol kullanma durumu 27,3 ± 13,1 yıl	Evet	12	5,6
	Hayır	192	89,7
	Bırakmış	10	4,7

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1'de gösterilmektedir. Çalışmaya katılan 214 hastadan %41,1'ini kadınların, %58,9'unu erkeklerin oluşturduğu; %36,4'ünün evli, %63,6'sının bekar olduğu, %22'sinin okur yazar, %26,6'sının ilkokul, %29,4'ünün lise mezunu olduğu, %30,4'ünün çalıştığı, %34,6'sının ev hanımı ve %27,1'inin emekli olduğu, %98,6'sının sosyal güvencesinin bulunduğu, %44,9'unun il merkezinde yaşadığı, %74,8'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %77,1'inin gelirinin giderine eşit olduğu, %16,8'inin hala sigara içtiği, %5,6'sının halen alkol kullandığı belirlenmiş olup, hastaların yaş ortalaması 50,5 ± 16,6, sigara kullanım yılı ortalaması 29,2 ± 13,5, alkol kullanım yılı ortalaması 27,3 ± 13,1'dir.

Tablo 2.Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı (n=214)

Özellikler		n	%
Kronik bir hastalığa sahip olma durumu	Evet	72	33,6
	Hayır	142	66,4
*Cevap evet ise sahip olduğu kronik hastalıklar (n=72)	Hipertansiyon	31	43,1
	Diyabet	30	41,7
	Kalp hastalığı	9	12,5
	KOAH	6	8,3
	Böbrek hastalığı	4	5,6
Tanısı	Lösemi	92	43,0
	Meme CA	26	12,1
	Prostat CA	19	8,9
	Mide CA	17	7,9
	Kolon CA	14	6,6
	Akciğer CA	14	6,6
	Serviks CA	6	2,8
	Over CA	6	2,8
	Karaciğer CA	4	1,9
	Diğer	16	7,4
Tanı konulma zamanı	Son 12 ay	86	40,2
	13- 60 ay	120	56,1
	61-120 ay	8	3,7
Klinik evre	Evre 1	89	41,6
	Evre 2	58	27,1
	Evre 3	49	22,9
	Evre 4	18	8,4
*Aldığı tedaviler	Kemoterapi	214	100,0
	Cerrahi	50	23,4
	Radyoterapi	41	19,2
	Hormon tedavisi	7	3,3
Metastaz gelişme durumu	Evet	52	24,3
	Hayır	162	75,7
Şuanda sağlığını nasıl algıladığı	Kötü	35	16,4
	Orta	95	44,4
	İyi	84	39,2

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların klinik özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de gösterilmektedir. Çalışmaya katılan hastaların %33,6’sının kronik bir hastalığa sahip olduğu, %43,1’inde hipertansiyon, %41,7’sinde diyabet ve %12,5’inde kalp hastalığı bulunduğu, %43’ünün lösemi, %12,1’inin meme kanseri, %8,9’unun prostat kanseri, %7,9’unun mide kanseri, %6,6’sının kolon kanseri ve %6,6’sının akciğer kanseri, %2,8’inin serviks kanseri, %2,8’inin over kanseri, %1,9’unun karaciğer kanseri ve %7,4’ünün diğer organlara ilişkin (beyin, mesane, böbrek, larinks, pankreas, testis, uterus, endometrium kanseri) kanser tanısı aldığı, hastaların %40,2’sine tanının son 12 ay içinde konulduğu, hastaların, %41,6’sının Evre 1 olduğu, %100’üne kemoterapi, %23,4’üne cerrahi tedavi, %19,2’sine radyoterapi uygulandığı, hastaların %24,3’ünde metastaz geliştiği, metastazın sırasıyla akciğer, karaciğer, kemik ve beyinde oluştuğu ve %44,4’ünün şuan ki sağlık durumunu orta olarak tanımladığı belirlendi.

Tablo 3. Hastaların acil servise başvurma durumlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=214)

Özellikler		n	%
*Acile başvurma nedenleri	Yorgunluk/halsizlik	72	33,8
	Ateş	52	24,4
	Bulantı-kusma	49	23,0
	Ağrı	41	19,2
	Nefes darlığı	38	17,8
	Anemi	16	7,5
	Genel durum bozukluğu	15	7,0
	Diğer	41	20,6
Acile kabul zamanı	Gündüz	112	52,3
	Gece	102	47,7
Acil servise başvuru saati	06-12 saatleri arası	14	6,5
	12-18 saatleri arası	99	46,3
	18-24 saatleri arası	84	39,3
	24-06 saatleri arası	17	7,9
Daha önce acile başvurma durumu	Evet	168	78,5
	Hayır	46	21,5
Acile başvurma sıklığı	İlk kez başvurduğum	46	21,5
	Bir kez	2	0,9
	İki kez	12	5,7
	Üç kez	26	12,1
	Dört kez	19	8,9
	Beş kez	29	13,6
	Altı kez	11	5,1
	Yedi ve üzeri	69	32,2
Acile gelmeden önce ilaç kullanma durumu	Evet	18	8,4
	Hayır	196	91,6
Acile gelmeden önce alternatif tedavi kullanma durumu	Evet	12	5,6
	Hayır	202	94,4

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların acil servise başvurma durumlarına ilişkin özelliklerin dağılımı Tablo 3'te gösterilmektedir. Çalışmaya katılan hastaların %33,8'inin yorgunluk/halsizlik, %24,4'ünün ateş, %23'ünün bulantı kusma, %19,2'sinin ağrı, %17,8'nin nefes darlığı, %7,5'inin anemi, %7'sinin genel durumu bozukluğu ve %20,6'sının diğer şikayetler nedeni ile (senkop, kemoterapiye bağlı enfeksiyon, ağızdan oral alım azlığı, diyare, hematüri, öksürük, hematemez, kilo kaybı, abdominal distansiyon, rektal kanama, uyuklama, depresyon) acil servise başvurduğu, %52,3'ünün acil servise gündüz, %47,7'sinin gece geldiği, %46,3'ünün 12-18 saatleri arasında, %39,3'ünün 18-24 saatleri arasında acil servise kabul edildiği, %78,5'inin daha önce yine çeşitli şikayetler (sırasıyla ağrı, bulantı-kusma-, yorgunluk/halsizlik, nefes darlığı, ateş, genel durum bozukluğu, öksürük, kemoterapiye bağlı enfeksiyon, anemi, ağızdan oral alım azlığı) nedeni ile acil servise başvurduğu, %21,5'inin acil servise ilk kez başvurduğu, %8,4'ünün acil servise gelmeden önce ilaç kullandığı, %5,6'sının alternatif tedavi yöntemlerinden (nane-limon kullanımı, soğuk uygulama) yararlandığı belirlendi.

Tablo 4. Hastaların acil serviste verilen tedavi ve bakıma yönelik düşüncelerinin dağılımı (n=214)

Özellikler		n	%
Alınan tıbbi tedaviden memnun olma durumu	Evet	186	86,9
	Hayır	28	13,1
Alınan tıbbi tedavi ile ilgili memnuniyet düzeyi (n=186)	Çok iyi	7	3,7
	İyi	177	95,2
	Kötü	2	1,1
Verilen bakım ve tedavi ile ilgili açıklama yapılma durumu	Evet	203	94,8
	Hayır	11	5,2
Cevap evet ise açıklamayı yapan sağlık bakım profesyoneli (n=203)	Doktor	95	46,8
	Hemşire-Doktor	84	41,4
	Hemşire	24	11,8
Verilen bakım ve tedavi ile ilgili açıklamaları yeterli bulma durumu	Evet	101	47,2
	Kısmen yeterli	101	47,2
	Hayır	12	5,6
Acil serviste çalışan hemşirelerin yaklaşımlarını nasıl değerlendirdiği	Kötü	11	5,1
	Orta	83	38,8
	İyi	120	56,1
Hemşirelere sorduğu sorulara yeterli yanıt alabilme durumu	Evet	102	47,7
	Kısmen	103	48,1
	Hayır	9	4,2
Tedavi ve bakımı sırasında kendisine saygı gösterildiğini düşünme durumu	Evet	114	53,3
	Kısmen	92	43,0
	Hayır	8	3,7
Hastaya uygulanan tedavi şekli	Tedavi edilip taburcu edildi	11	5,2
	Acile yatırıldı	36	16,8
	Diğer kliniklere yatırıldı	167	78,0
Tedavi sürecinde kendisine eşlik eden bir yakını bulunma durumu	Evet	209	97,7
	Hayır	5	2,3

Araştırmaya katılan hastaların acil serviste verilen tedavi ve bakıma yönelik düşüncelerinin dağılımı Tablo 4'te gösterilmektedir. Çalışmaya katılan hastaların %86,9'unun aldıkları tıbbi tedaviden memnun olduğu, %95,2'sinin alınan tıbbi tedaviyle ilgili memnuniyet düzeylerini iyi olarak tanımladığı, %94,8'ine verilen bakım ve tedavi ile ilgili açıklama yapıldığı, verilen bakım ve tedavi ile ilgili açıklamanın %46,8'inin doktorlar, %41,4'ünün hemşire ve doktor tarafından yapıldığı, %47,2'sinin verilen bakım ve tedavi ile ilgili açıklamaları yeterli bulduğu, %56,1'inin acil serviste çalışan hemşirelerin kendilerine olan yaklaşımlarını iyi olarak değerlendirdiği, %48,1'inin hemşirelere sordukları sorulara 'kısmen' yeterli yanıt alabildiği, %53,3'ünün tedavi ve bakım sırasında kendisine saygı gösterildiğini düşündüğü, %97,7'sinin acil servisteki tedavi ve bakımı sürecinde kendisine eşlik eden bir yakının olduğu (eşi, kızı, oğlu, annesi, babası, kardeşi vb.) belirlendi.

4.2. EQRTC QLQ-C30 Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 5. EORTC QLQ-C30 madde puan ortalama ve standart sapma değerleri

Ölçek Maddeleri	$\bar{x} \pm S.S$
1. Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	2,8 ± 0,9
2. Uzun bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	2,7 ± 0,9
3. Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	2,6 ± 0,9
4. Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	2,6 ± 0,8
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1,9 ± 0,9
6. İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	2,6 ± 0,8
7. Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	2,6 ± 0,8
8. Nefes darlığı çektiniz mi?	2,1 ± 1,0
9. Ağrınız oldu mu?	2,6 ± 0,9
10. Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	2,9 ± 0,7
11. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	2,6 ± 0,7
12. Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	2,7 ± 0,7
13. İştahınız azaldı mı?	2,7 ± 0,7
14. Bulantınız oldu mu?	2,5 ± 0,9
15. Kustunuz mu?	2,4 ± 0,9
16. Kabız oldunuz mu?	1,8 ± 0,9
17. İshal oldunuz mu?	1,6 ± 0,8
18. Yoruldunuz mu?	2,9 ± 0,6
19. Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	2,7 ± 0,9
20. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	2,1 ± 0,7
21. Gerginlik hissettiniz mi?	2,7 ± 0,7
22. Endişelendiniz mi?	2,7 ± 0,7
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	2,6 ± 0,8
24. Bunalıma girdiniz mi?	2,5 ± 0,8
25. Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	2,0 ± 0,8
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz aile yaşantınıza engel oluşturdu mu?	2,8 ± 0,7
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz sosyal aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	2,9 ± 0,7
28. Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	3,0 ± 0,8
29. Geçen haftaki sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?	4,6 ± 1,2
30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?	4,6 ± 1,2

EORTC QLQ-C30 madde puan ortalama ve standart sapma deęerleri Tablo 5'te gsterilmektedir. EORTC QLQ-C30 olęeindeki ilk 28 soru iindeki ortalama deęerlerin 1,6-3,0 (min- max) arasında deęiřtięi olęek maddeleri iinde 17. madde olan "İshal oldunuz mu?" ifadesine verilen cevabın en dūřuk minimum deęere (1,6), 28. madde olan "Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluęa dūřmenize yol aıtı mı?" ifadesine verilen cevabında en yksek maksimum deęere (3,0) sahip olduęu belirlendi.



Tablo 6. EORTC QLQ-C30 Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları ve ortanca puan değerleri

Alt Boyutları	$\bar{x} \pm S.S$	Ortanca (min-mak)
Fonksiyon Skalaları	48,6 ± 16,7	46,7 (8,9 - 91,1)
Fiziksel Fonksiyon	48,9 ± 26,2	46,7 (0 - 100)
Rol Fonksiyonu	47,0 ± 24,3	33,3 (0 - 100)
Emosyonel Fonksiyon	46,1 ± 22,9	41,7 (0 - 100)
Bilişsel Fonksiyon	64,6 ± 20,9	66,7 (0 - 100)
Sosyal Fonksiyon	38,7 ± 21,8	33,3 (0 - 100)
Semptom Skalaları	50,1 ± 14,5	51,3 (12,8 - 84,6)
Yorgunluk	61,2 ± 17,3	66,7 (22,2 - 100)
Bulantı ve kusma	49,2 ± 29,6	50 (0 - 100)
Ağrı	54,8 ± 30,0	66,7 (0 - 100)
Dispne	35,2 ± 33,7	33,3 (0 - 100)
Uykusuzluk	54,0 ± 23,6	66,7 (0 - 100)
İştahsızlık	56,7 ± 23,2	66,7 (0 - 100)
Konstipasyon	27,6 ± 29,1	33,3 (0 - 100)
Diyare	19,0 ± 27,3	0 (0 - 100)
Finansal zorluklar	67,1 ± 26,9	66,7 (0 - 100)
Genel Yaşam Kalitesi	60,2 ± 19,1	66,7 (0 - 100)

EORTC QLQ-C30 Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları ve ortanca puan değerleri Tablo 6’da gösterilmektedir. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyonel Skalası ortalama ve standart sapması 48,6±16,7, Semptom Skalası ortalama ve standart sapması 50,1±14,5 ve Genel Yaşam Kalitesi ortalama ve standart sapması 60,2±19,1 olarak belirlendi.

Fonksiyon Skalası fiziksel fonksiyon, rol fonksiyonu, emosyonel fonksiyon, bilişsel fonksiyon ve sosyal fonksiyon alt boyutları ortalama ve standart sapmaları ise sırası ile 48,9±26,2, 47,0±24,3, 46,1±22,9, 64,6±20,9, 38,7±21,8 olarak belirlendi.

Semptom Skalası yorgunluk, bulantı ve kusma, ağrı, dispne, uykusuzluk, iştahsızlık, konstipasyon, diyare, finansal zorluklar alt boyutları ortalama ve standart sapmaları ise sırası ile 61,2±17,3, 49,2±29,6, 54,8±30,0, 35,2±33,7, 54,0±23,6, 56,7±23,2, 27,6±29,1, 19,0±27,3, 67,1±26,9 olarak belirlendi.

Tablo 7. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile EQRTC QLQ-C30 ölçeği fonksiyon skalası alt boyut ve genel yaşam kalitesi ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler	Gruplar	Fonksiyon Skalaları	Fiziksel Fonksiyon	Rol Fonksiyon	Emosyonel Fonksiyon	Bilişsel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Genel Yaşam Kalitesi
Yaş grupları	18-25 yaş	55,6(40-82,2)a	80(20-100)a	66,7(33,3-100)a	33,3(0-100)	83,3(33,3-100)a	33,3(0-66,7)	83,3(33,3-100)a
	26-33 yaş	66,7(31,1-91,1)a	73,3(20-93,3)a	50(0-100)ab	50(0-100)	83,3(50-100)a	66,7(0-100)	66,7(8,3-83,3)b
	34-41 yaş	60(8,9-82,2)ab	73,3(0-100)a	58,3(0-100)ab	33,3(0-66,7)	58,3(33,3-100)ab	33,3(0-66,7)	70,8(33,3-83,3)ab
	42 yaş ve üzeri	44,4(13,3-91,1)b	40(0-100)b	33,3(0-100)b	41,7(0-100)	66,7(0-100)b	33,3(0-83,3)	66,7(0-100)b
Test istatistiği		$\chi^2 = 24,6$	$\chi^2 = 48,2$	$\chi^2=21,9$	$\chi^2=5,1$	$\chi^2=19,3$	$\chi^2=7,4$	$\chi^2=26,8$
p değeri		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,167	p<0,001	p=0,061	p<0,001
Cinsiyet	Kadın	44,4 (8,9-84,4)	40 (0-100)	33,3 (0-100)	33,3 (0-100)	66,7 (33,3-100)	33,3 (0-100)	66,7(8,3-100)
	Erkek	48,9 (13,3-91,1)	53,3 (0-100)	50 (0-100)	41,7 (0-100)	66,7 (0-100)	33,3 (0-100)	66,7(0-100)
Test istatistiği		U=4450,5	U=3823,5	U=4896,5	U=5055,5	U= 5007	U=5290,0	U=5440,0
p değeri		p=0,014	p=0,001	p=0,123	p=0,263	p=0,215	p=0,534	p=0,807
Medeni durum	Evli	44,4(13,3-91,1)	40(0-100)	33,3(0-100)	33,3(0-100)	66,7(16,7-100)	33,3(0-100)	66,7(16,7-100)
	Bekar	48,9(8,9-91,1)	46,7(0-100)	33,3(0-100)	41,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	66,7(0-100)
Test istatistiği		U=4391,0	U=4279,0	U=4842,5	U=4739,5	U=5181,5	U=5141,0	U=5148,5
p değeri		p=0,036	p=0,018	p=0,261	p=0,186	p=0,772	p=0,683	p=0,709
Çalışma durumu	Evet	57,8(8,9-91,1)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	66,7(16,7-100)
	Hayır	44,4(13,3-91,1)	40(0-100)	33,3(0-100)	41,7(0-100)	66,7(16,7-100)	33,3(0-100)	66,7(0-100)
Test istatistiği		U=3163,0	U=2219,0	U=3406,0	U=4540,0	U=4223,5	U=4795,0	U=3897,5
p değeri		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,458	p=0,126	p=0,901	p=0,018

Tablo 7.(Devam)

Özellikler	Gruplar	Fonksiyon Skalaları	Fiziksel Fonksiyon	Rol Fonksiyon	Emosyonel Fonksiyon	Bilişsel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Genel Yaşam Kalitesi
Eğitim durumu	Okur-yazar	42,2(13,3-82,2)a	33,3(0-100)ac	33,3(0-100)a	50(0-100)	66,7(16,7-100)	33,3(0-83,3)	50(16,7-83,3)a
	İlkokul	44,4(13,3-91,1)a	40(0-100)c	33,3(0-100)ab	41,7(0-100)	66,7(33,3-100)	33,3(0-83,3)	66,7(0-100)ab
	Ortaokul	46,7(15,6-80)ab	50(13,3-100)bc	33,3(0-100)ab	41,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-66,7)	66,7(33,3-100)ab
	Lise	51,1(22,2-82,2)b	66,7(20-100)b	50(0-100)b	33,3(0-100)	66,7(33,3-100)	33,3(0-66,7)	66,7(16,7-100)b
	Üniversite	57,8(8,9-91,1)ab	53,3(0-93,3)bc	66,7(0-100)b	50(0-100)	66,7(33,3-100)	33,3(0-100)	66,7(33,3-83,3)ab
Test istatistiği		$\chi^2=15,6$	$\chi^2=42,6$	$\chi^2=14,0$	$\chi^2=7,5$	$\chi^2=9,2$	$\chi^2=5,0$	$\chi^2=13,4$
p değeri		p=0,004	p<0,001	p=0,007	p=0,114	p=0,055	p=0,284	p=0,009
Mesleği	Ev hanımı	44,4(13,3-84,4)ab	40(0-93,3)a	33,3(0-100)a	33,3(0-100)	66,7(33,3-100)ab	33,3(0-83,3)	66,7(8,3-83,3)ab
	İşçi	53,3(31,1-77,8)b	66,7(20-100)b	50(33,3-83,3)b	33,3(0-100)	66,7(33,3-100)a	33,3(0-66,7)	66,7(16,7-83,3)bc
	Memur	61,1(8,9-82,2)c	73,3(0-100)b	66,7(0-100)b	37,5(0-83,3)	66,7(33,3-100)ab	33,3(0-100)	54,2(33,3-83,3)ab
	Serbest meslek	60(17,8-75,6)c	70(20-100)b	66,7(0-100)ab	41,7(0-75)	58,3(0-100)ab	33,3(0-66,7)	66,7(33,3-83,3)bc
	Emekli	43,3(13,3-84,4)a	40(0-86,7)a	33,3(0-100)a	45,8(0-100)	50(16,7-100)b	33,3(0-66,7)	50(0-100)a
	Öğrenci	57,8(40-91,1)c	80(20-100)b	66,7(33,3-100)ab	33,3(0-100)	83,3(33,3-100)a	33,3(0-100)	83,3(33,3-100)c
Test istatistiği		$\chi^2=32,6$	$\chi^2=66,6$	$\chi^2=33,9$	$\chi^2=5,1$	$\chi^2=21,1$	$\chi^2=1,3$	$\chi^2=25,6$
p değeri		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,403	p=0,001	p=0,932	p<0,001
Sosyal güvence durumu	Evet	46,7(8,9-91,1)	46,7(0-100)	33,3(0-100)	41,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	66,7(0-100)
	Hayır	82,2(66,7-91,1)	60(60-73,3)	100(83,3-100)	100(58,3-100)	100(83,3-100)	66,7(66,7-100)	66,7(58,3-66,7)
Test istatistiği		U=39,5	U=184,5	U=26,5	U=76,5	U=68,0	U=58,5	U=305,0
p değeri		p=0,009	p=0,231	p=0,004	p=0,021	p=0,016	p=0,008	p=0,910

Tablo 7.(Devam)

Özellikler	Gruplar	Fonksiyon Skalaları	Fiziksel Fonksiyon	Rol Fonksiyon	Emosyonel Fonksiyon	Bilişsel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Genel Yaşam Kalitesi
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	46,7(8,9-82,2)	46,7(0-100)	33,3(0-100)	33,3(0-100)a	66,7(0-100)	33,3(0-100)	66,7(0-100)
	İlçe	48,9(13,3-91,1)	46,7(0-100)	33,3(0-100)	50(0-100)b	66,7(16,7-100)	33,3(0-100)	66,7(8,3-83,3)
	Köy	46,7(28,9-91,1)	46,7(0-100)	33,3(0-100)	50(8,3-100)b	66,7(33,3-100)	33,3(0-66,7)	66,7(8,3-100)
Test istatistiği		$\chi^2=2,2$	$\chi^2=2,1$	$\chi^2=1,1$	$\chi^2=22,0$	$\chi^2=0,7$	$\chi^2=8,8$	$\chi^2=4,1$
p değeri		p=0,340	p=0,356	p=0,587	p<0,001	p=0,702	p=0,012	p=0,128
Aile yapısı	Çekirdek aile	47,8(8,9-91,1)	46,7(0-100)	33,3(0-100)	33,3(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	66,7(8,3-100)
	Geniş aile	44,4(13,3-91,1)	33,3(0-100)	33,3(0-100)	50(8,3-100)	50(16,7-100)	33,3(0-66,7)	54,2(0-100)
Test istatistiği		U=3692,0	U=2694,5	U=3627,0	U=3251,5	U=3427,0	U=3501,5	U=3252,5
p değeri		p=0,110	p<0,001	p=0,062	p=0,006	p=0,019	p=0,023	p=0,005
Gelir durumu	Gelir giderden az	43,3(13,3-75,6)	40(0-93,3)a	33,3(0-83,3)	54,2(0-100)	58,3(33,3-100)	33,3(0-66,7)	62,5(16,7-83,3)
	Gelir gidere eşit	46,7(13,3-91,1)	46,7(0-100)b	33,3(0-100)	41,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	66,7(8,3-100)
	Gelir giderden fazla	53,3(8,9-82,2)	46,7(0-100)b	66,7(0-100)	41,7(0-83,3)	66,7(33,3-100)	33,3(0-100)	66,7(0-83,3)
Test istatistiği		$\chi^2=3,1$	$\chi^2=7,5$	$\chi^2=5,6$	$\chi^2=3,0$	$\chi^2=3,7$	$\chi^2=1,0$	$\chi^2=2,3$
p değeri		p=0,216	p=0,024	p=0,060	p=0,221	p=0,160	p=0,609	p=0,309
Sigara içme durumu	Evet	48,9(28,9-91,1)a	66,7(0-100)a	50(33,3-100)a	33,3(0-100)a	66,7(33,3-100)	33,3(0-66,7)	66,7(16,7-100)a
	Hayır	48,9(8,9-91,1)a	46,7(0-100)a	33,3(0-100)b	50(0-100)b	66,7(0-100)	33,3(0-100)	66,7(8,3-100)a
	Bırakmış	40(13,3-75,6)b	40(0-93,3)b	33,3(0-100)b	33,3(0-83,3)a	66,7(33,3-100)	33,3(0-66,7)	54,2(0-83,3)b
Test istatistiği		$\chi^2=9,8$	$\chi^2=15,0$	$\chi^2=6,3$	$\chi^2=6,6$	$\chi^2=10,0$	$\chi^2=3,2$	$\chi^2=9,5$
p değeri		p=0,008	p=0,001	p=0,042	p=0,037	p=0,050	p=0,199	p=0,009

U=Mann Whitney U test değeri, χ^2 =Kruskal Wallis test değeri, a,b,c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyut ve Genel Yaşam Kalitesi ortanca puan değerleri Tablo 7'de karşılaştırılmaktadır. Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyut ortanca puan değeri hastaların yaş grupları ($\chi^2=24,6$, $p<0,001$), cinsiyeti ($U=4450,5$, $p=0,014$), medeni durumu ($U=4391,0$, $p=0,036$), eğitim durumu ($\chi^2=15,6$, $p=0,004$), çalışma durumu ($U=3163,0$, $p<0,001$), mesleği ($\chi^2=32,6$, $p<0,001$), sosyal güvence durumu ($U=39,5$, $p=0,009$) ve sigara içme durumlarına göre ($\chi^2=9,8$, $p=0,008$) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyut ortanca puan değerinin 18-25 ve 26-33 yaş grubunda olanlarda, erkeklerde, bekarlarda, üniversite ve lise mezunu olanlarda, çalışanlarda, memur, serbest meslek, öğrenci ve işçilerde, sosyal güvencesi olmayanlarda, sigara içenlerde ve sigara içmeyenlerde daha yüksek olduğu görüldü. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyut ortanca puan değerinin yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=2,2$, $p=0,340$), aile yapısı ($U=3692,0$, $p=0,110$) ve gelir durumuna göre ($\chi^2=3,1$, $p=0,216$) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 7).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutu fiziksel fonksiyon ortanca puan değerlerinin hastaların yaş grupları ($\chi^2=48,2$, $p<0,001$), cinsiyeti ($U=3823,5$, $p=0,001$), medeni durumu ($U=4279,0$, $p=0,018$), eğitim durumu ($\chi^2=42,6$, $p<0,001$), çalışma durumu ($U=2219,0$, $p<0,001$), mesleği ($\chi^2=66,6$, $p<0,001$), aile yapısı ($U=2694,5$, $p<0,001$), gelir durumu ($\chi^2=7,5$, $p=0,024$) ve sigara içme durumuna göre ($\chi^2=15,0$, $p=0,001$) farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutu fiziksel fonksiyon ortanca puan değerinin 18-25 yaş grubunda olanlarda, erkeklerde, bekarlarda, lise ve üniversite mezunu olanlarda, çalışanlarda, öğrenci, memur, serbest meslek sahibi olanlarda ve işçilerde, çekirdek aile yapısına sahip olanlarda, geliri giderlerine eşit ve geliri giderlerinden fazla olanlarda, sigara içenlerde daha yüksek olduğu görüldü. EORTC QLQ-C30 Ölçeği fonksiyon skalası alt boyutu fiziksel fonksiyon ortanca puan değerinin hastaların sosyal güvence durumu ($U=184,5$, $p=0,231$) ve yaşadığı yerleşim birimine göre ($\chi^2=2,1$, $p=0,356$) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 7).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutu rol fonksiyonu ortanca puan değerleri hastaların yaş grupları ($\chi^2=21,9$, $p<0,001$), eğitim

durumu ($\chi^2=14,0$, $p=0,007$), çalışma durumu ($U=3406,0$, $p<0,001$), mesleği ($\chi^2= 33,9$, $p<0,001$), sosyal güvence durumu ($U=26,5$, $p=0,004$) ve sigara içme durumuna göre ($\chi^2=6,3$, $p=0,042$) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutu rol fonksiyonu ortanca puan değerinin 18-25 yaş grubunda olanlarda, üniversite mezunu olanlarda, çalışanlarda, memur, serbest meslek sahibi olan ve öğrencilerde, sosyal güvencesi olmayanlarda, sigara içenlerde daha yüksek olduğu görüldü. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalasının alt boyutu olan rol fonksiyonu ortanca puan değerinin cinsiyet ($U=4896,5$, $p=0,123$), medeni durum ($U=4842,5$, $p=0,261$), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=1,1$, $p=0,587$), aile yapısı ($U=3627,0$, $p=0,062$) ve gelir durumuna göre ($\chi^2=5,6$, $p=0,060$) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 7).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutu emosyonel fonksiyon ortanca puan değerleri hastaların sosyal güvence durumu ($U=76,5$, $p=0,021$), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=22,0$, $p<0,001$), aile yapısı ($U=3251,5$, $p=0,006$) ve sigara içme durumuna göre ($\chi^2=6,6$, $p=0,037$) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutu olan emosyonel fonksiyon ortanca puan değerinin sosyal güvencesi olmayanlarda, ilçe ve köyde yaşayanlarda, geniş aile yapısına sahip olanlarda, sigara içmeyenlerde daha yüksek olduğu görüldü. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutu emosyonel fonksiyon ortanca puan değerinin yaş grupları ($\chi^2=5,1$, $p=0,167$), cinsiyet ($U=5055,5$, $p=0,263$), medeni durum ($U=4739,5$, $p=0,186$), eğitim durumu ($\chi^2=7,5$, $p=0,114$), çalışma durumu ($U=4540,0$, $p=0,458$), mesleği ($\chi^2=5,1$, $p=0,403$) ve gelir durumuna göre ($\chi^2=3,0$, $p=0,221$) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 7).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutu bilişsel fonksiyon ortanca puan değerleri hastaların yaş grupları ($\chi^2=19,3$, $p<0,001$), mesleği ($\chi^2=21,1$, $p=0,001$), sosyal güvence durumu ($U=68,0$, $p=0,016$) ve aile yapısına göre ($U=3427,0$, $p=0,019$) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutu olan bilişsel fonksiyon ortanca puan değerinin 18-25 ve 26-33 yaş grubu olanlarda, öğrencilerde, sosyal güvencesi olmayanlarda, çekirdek aile yapısına sahip olanlarda daha yüksek olduğu görüldü. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalasının alt

boyutu bilişsel fonksiyon ortanca puan değerinin cinsiyet (U=5007, p=0,215), medeni durum (U=5181,5, p=0,772), eğitim durumu ($\chi^2=9,2$, p=0,055), çalışma durumu (U=4223,5, p=0,126), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=0,7$, p=0,702), gelir durumu ($\chi^2=3,7$, p=0,160) ve sigara içme durumuna göre ($\chi^2=10,0$, p=0,050) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 7).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutu sosyal fonksiyon ortanca puan değerleri hastaların sosyal güvence durumu (U=58,5, p=0,008), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=8,8$, p=0,012) ve aile yapısına göre (U=3501,5, p=0,023) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutu sosyal fonksiyon ortanca puan değerinin sosyal güvencesi olmayanlarda yüksek olduğu buna karşın il, ilçe ve köyde yaşayanlarda, çekirdek aile ve geniş aile yapısına sahip olanlarda eşit olduğu görüldü. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalasının alt boyutu bilişsel fonksiyon ortanca puan değerinin yaş grupları ($\chi^2=7,4$, p=0,061), cinsiyet (U=5290,0, p=0,534), medeni durum (U=5141,0, p=0,683), eğitim durumu ($\chi^2=5,0$, p=0,284), çalışma durumu (U=4795,0, p=0,901), mesleği ($\chi^2=1,3$, p=0,932), gelir durumu ($\chi^2=1,0$, p=0,609) ve sigara içme durumuna göre ($\chi^2=3,2$, p=0,199) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 7).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Genel Yaşam Kalitesi alt boyutu ortanca puan değerleri hastaların yaş grupları ($\chi^2=26,8$, p<0,001), eğitim durumu ($\chi^2=13,4$, p=0,009), çalışma durumu (U=3897,5, p=0,018), mesleği ($\chi^2=25,6$, p<0,001), aile yapısı (U=3252,5, p=0,005) ve sigara içme durumuna göre ($\chi^2=9,5$, p=0,009) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Genel Yaşam Kalitesi ortanca puan değerinin 18-25 yaş grubu bulunan, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunu olanlarda, öğrencilerde, çekirdek aile yapısına sahip olanlarda, sigara içenlerde ve sigara içmeyenlerde daha yüksek olduğu buna karşın çalışan ve çalışmayanlarda eşit olduğu görüldü. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Genel Yaşam Kalitesi alt boyut ortanca puan değerinin cinsiyet (U=5440,0, p=0,807), medeni durum (U=5148,5, p=0,709), sosyal güvence durumu (U=305,0, p=0,910), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=4,1$, p=0,128) ve gelir durumuna göre ($\chi^2=2,3$, p=0,309) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 7).

Tablo 8. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile EQRTC QLQ-C30 ölçeği semptom skalası alt boyut ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler	Gruplar	Sempton Skalaları	Yorgunluk	Bulantı ve Kusma	Ağrı	Dispne	Uykusuzluk	İştahsızlık	Konstipasyon	Diyare	Finansal Zorluklar
Yaş grupları	18-25 yaş	41(12,8-59)a	55,6(22,2-77,8)	50(0-100)	33,3(0-100)a	0(0-66,7)a	33,3(0-66,7)a	66,7(33,3-100)	0(0-100)	33,3(0-66,7)	66,7(0-100)
	26-33 yaş	51,3(12,8-76,9)ab	55,6(22,2-88,9)	50(0-100)	50(0-100)ab	0(0-100)ab	66,7(0-100)ab	66,7(0-100)	0(0-100)	0(0-100)	66,7(33,3-100)
	33-41 yaş	46,2(17,9-84,6)ab	50(22,2-100)	50(16,7-100)	58,3(0-100)ab	16,7(0-66,7)ab	66,7(0-100)ab	33,3(33,3-100)	33,3(0-100)	0(0-66,7)	66,7(0-100)
	42 yaş ve üzeri	53,8(12,8-79,5)b	66,7(22,2-100)	66,7(0-100)	66,7(0-100)b	33,3(0-100)b	66,7(0-100)b	66,7(0-100)	33,3(0-100)	0(0-100)	66,7(0-100)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2 = 14,1$ p=0,003	$\chi^2=6,9$ p=0,073	$\chi^2=0,8$ p=0,855	$\chi^2=17,0$ p<0,001	$\chi^2=25,7$ p<0,001	$\chi^2=8,5$ p=0,037	$\chi^2=3,4$ p=0,330	$\chi^2=3,7$ p=0,299	$\chi^2=0,4$ p=0,714	$\chi^2=3,4$ p=0,340
Cinsiyet	Kadın	53,8(12,8-84,6)	66,7(22,2-100)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	0(0-100)	0(0-100)	66,7(0-100)
	Erkek	51,3(12,8-79,5)	66,7(22,2-100)	50(0-100)	50(0-100)	33,3(0-100)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	0(0-100)	66,7(0-100)
Test istatistiği p değeri		U=5170,0 p=0,401	U=4599,0 p=0,028	U=5329,0 p=0,618	U=4488,5 p=0,015	U=5274,0 p=0,525	U=5251,5 p=0,467	U=5432,5 p=0,778	U=4776,0 p=0,065	U=4786,0 p=0,050	U=5249,5 p=0,481
Medeni durum	Evli	51,3(12,8-76,9)	66,7(22,2-100)	66,7(0-100)	50(0-100)	33,3(0-100)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	0(0-100)	66,7(0-100)
	Bekar	51,3(12,8-84,6)	66,7(22,2-100)	50(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	0(0-100)	66,7(0-100)
Test istatistiği p değeri		U=5151,5 p=0,726	U=4592,0 p=0,091	U=5080,0 p=0,595	U=4822,0 p=0,255	U=5047,5 p=0,537	U=5135,5 p=0,668	U=5046,0 p=0,505	U=5211,0 p=0,819	U=4974,5 p=0,383	U=5179,0 p=0,759
Çalışma durumu	Evet	48,7(12,8-84,6)	55,6(22,2-100)	50(0-100)	50(0-100)	33,3(0-100)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	0(0-100)	66,7(0-100)
	Hayır	53,8(12,8-79,5)	66,7(22,2-100)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	0(0-100)	66,7(0-100)
Test istatistiği p değeri		U=3908,0 p=0,025	U=3845,5 p=0,013	U=4701,5 p=0,726	U=4453,0 p=0,335	U=3983,0 p=0,030	U=4569,0 p=0,466	U=4421,0 p=0,254	U=4496,0 p=0,373	U=4728,0 p=0,751	U=4047,5 p=0,050

Tablo 8. (Devam)

Özellikler	Gruplar	Sempton Skalası	Yorgunluk	Bulantı ve kusma	Ağrı	Dispne	Uykusuzluk	İştahsızlık	Konstipasyon	Diyare	Finansal zorluklar
Eğitim Durum	Okur-yazar	56,4(23,1-71,8)	66,7(33,3-100)	50(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)a	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	0(0-66,7)	66,7(33,3-100)a
	İlkokul	56,4(12,8-79,5)	66,7(33,3-100)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)a	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	0(0-100)	66,7(0-100)a
	Ortaokul	51,3(20,5-69,2)	66,7(22,2-88,9)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)ab	66,7(0-100)	66,7(0-100)	0(0-66,7)	0(0-66,7)	66,7(0-100)ab
	Lise	46,2(12,8-74,4)	66,7(22,2-100)	66,7(0-100)	50(0-100)	0(0-100)b	66,7(0-100)	66,7(33,3-100)	33,3(0-100)	0(0-66,7)	66,7(0-100)ab
	Üniversite	46,2(12,8-84,6)	55,6(22,2-88,9)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	0(0-66,7)ab	33,3(0-100)	66,7(0-100)	0(0-100)	0(0-100)	33,3(33,3-66,7)b
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=10,1$ p=0,050	$\chi^2=7,6$ p=0,108	$\chi^2=2,3$ p=0,672	$\chi^2=8,4$ p=0,079	$\chi^2=21,0$ p<0,001	$\chi^2=3,9$ p=0,427	$\chi^2=0,4$ p=0,980	$\chi^2=1,4$ p=0,845	$\chi^2=1,6$ p=0,805	$\chi^2=22,8$ p<0,001
Mesleği	Ev Hanımı	56,4(20,5-79,5)a	66,7(22,2-100)a	50(0-100)	66,7(0-100)a	33,3(0-100)ac	66,7(0-100)	66,7(0-100)	0(0-100)	0(0-100)	66,7(0-100)
	İşçi	48,7(23,1-71,8)ab	55,6(33,3-77,8)ab	50(0-100)	33,3(0-100)c	0(0-100)c	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	0(0-66,7)	66,7(33,3-100)
	Memur	47,4(12,8-84,6)ab	50(22,2-77,8)b	58,3(0-100)	50(0-100)abc	33,3(0-100)abc	50(0-66,7)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	0(0-100)	66,7(33,3-100)
	Serbest meslek	48,7(33,3-74,4)a	66,7(33,3-88,9)ab	66,7(16,7-100)	66,7(0-100)ac	33,3(0-100)abc	66,7(0-100)	66,7(33,3-100)	16,7(0-66,7)	16,7(0-66,7)	66,7(0-100)
	Emekli	56,4(12,8-79,5)a	66,7(22,2-100)ab	66,7(0-100)	66,7(0-100)ac	33,3(0-100)a	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-66,7)	0(0-100)	66,7(0-100)
	Öğrenci	33,3(12,8-59)b	55,6(22,2-77,8)ab	41,7(0-100)	16,7(0-50)bc	0(0-66,7)bc	33,3(0-66,7)	50(0-66,7)	0(0-66,7)	0(0-66,7)	66,7(0-100)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=23,3$ p<0,001	$\chi^2=18,6$ p=0,002	$\chi^2=3,5$ p=0,625	$\chi^2=33,5$ p<0,001	$\chi^2=25,2$ p<0,001	$\chi^2=8,6$ p=0,126	$\chi^2=2,9$ p=0,715	$\chi^2=9,5$ p=0,092	$\chi^2=4,0$ p=0,553	$\chi^2=10,8$ p=0,055
Sosyal güvence durumu	Evet	51,3(12,8-84,6)	66,7(22,2-100)	50(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	0(0-100)	66,7(0-100)
	Hayır	25,6(12,8-59)	33,3(22,2-66,7)	50(0-66,7)	33,3(16,7-100)	0(0-0)	33,3(0-66,7)	33,3(0-66,7)	0(0-33,3)	0(0-66,7)	33,3(0-33,3)
Test istatistiği p değeri		U=161,5 p=0,145	U=144,0 p=0,093	U=257,5 p=0,566	U=274,5 p=0,684	U=112,5 p=0,044	U=191,5 p=0,193	U=176,0 p=0,137	U=220,5 p=0,334	U=311,5 p=0,957	U=60,5 p=0,010

Tablo 8. (Devam)

Özellikler	Gruplar	Sempton Skalası	Yorgunluk	Bulantı ve kusma	Ağrı	Dispne	Uykusuzluk	İştahsızlık	Konstipasyon	Diyare	Finansal zorluklar
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	51,3(12,8-84,6)	66,7(22,2-100)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	0(0-100)	66,7(0-100)
	İlçe	51,3(12,8-79,5)	66,7(22,2-100)	50(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	0(0-100)	66,7(0-100)
	Köy	53,8(12,8-76,9)	66,7(22,2-88,9)	33,3(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	0(0-66,7)	66,7(0-100)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2 = 0,1$ p=0,971	$\chi^2 = 0,5$ p=0,771	$\chi^2 = 5,2$ p=0,073	$\chi^2 = 2,9$ p=0,233	$\chi^2 = 1,4$ p=0,507	$\chi^2 = 0,4$ p=0,800	$\chi^2 = 2,4$ p=0,301	$\chi^2 = 0,2$ p=0,901	$\chi^2 = 0,6$ p=0,740	$\chi^2 = 1,6$ p=0,441
Aile yapısı	Çekirdek aile	51,3(12,8-84,6)	66,7(22,2-100)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	0(0-100)	66,7(0-100)
	Geniş aile	53,8(12,8-76,9)	66,7(33,3-100)	50(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	0(0-100)	66,7(0-100)
Test istatistiği p değeri		U=4104,0 p=0,582	U=4120,0 p=0,598	U=3894,5 p=0,263	U=4292,0 p=0,942	U=3183,0 p=0,002	U=4118,0 p=0,569	U=3889,0 p=0,217	U=4273,0 p=0,898	U=4221,5 p=0,773	U=3711,0 p=0,098
Gelir durumu	Gelir giderden az	59(23,1-76,9)a	66,7(33,3-100)	58,3(0-100)	66,7(16,7-100)a	33,3(0-100)	66,7(0-100)	66,7(33,3-100)	33,3(0-66,7)	0(0-66,7)	100(33,3-100)a
	Gelir gidere eşit	51,3(12,8-79,5)b	66,7(22,2-100)	50(0-100)	66,7(0-100)a	33,3(0-100)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	0(0-100)	66,7(0-100)b
	Gelir giderden fazla	51,3(12,8-84,6)b	66,7(22,2-88,9)	66,7(0-100)	33,3(0-100)b	33,3(0-66,7)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	0(0-100)	33,3(0-66,7)c
Test istatistiği p değeri		$\chi^2 = 8,6$ p=0,014	$\chi^2 = 6,3$ p=0,050	$\chi^2 = 0,1$ p=0,951	$\chi^2 = 7,2$ p=0,028	$\chi^2 = 7,4$ p=0,050	$\chi^2 = 2,3$ p=0,313	$\chi^2 = 3,3$ p=0,192	$\chi^2 = 0,2$ p=0,904	$\chi^2 = 3,1$ p=0,211	$\chi^2 = 33,8$ p<0,001
Sigara içme durumu	Evet	48,7(12,8-69,2)	55,6(22,2-100)	33,3(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	0(0-66,7)	66,7(33,3-100)
	Hayır	51,3(12,8-84,6)	66,7(22,2-100)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	0(0-100)	66,7(0-100)
	Bırakmış	55,1(25,6-76,9)	66,7(33,3-88,9)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	66,7(0-100)	66,7(33,3-100)	33,3(0-66,7)	0(0-100)	66,7(33,3-100)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2 = 5,9$ p=0,052	$\chi^2 = 5,4$ p=0,067	$\chi^2 = 3,2$ p=0,206	$\chi^2 = 0,6$ p=0,729	$\chi^2 = 10,8$ p=0,050	$\chi^2 = 1,2$ p=0,562	$\chi^2 = 3,7$ p=0,159	$\chi^2 = 0,7$ p=0,692	$\chi^2 = 0,0$ p=0,988	$\chi^2 = 5,5$ p=0,065

U=Mann Whitney U test değeri, χ^2 =Kruskal Wallis test değeri, a,b,c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyut ortanca puan değerleri Tablo 8'de karşılaştırılmaktadır. Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyut ortanca puan değerleri hastaların yaş grupları ($\chi^2=14,1$, $p=0,003$), çalışma durumu ($U=3908,0$, $p=0,025$), mesleği ($\chi^2=23,3$, $p<0,001$) ve gelir durumuna göre ($\chi^2=8,6$, $p=0,014$) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu ortanca puan değerinin 18-25 yaş grubu olanlarda, çalışanlarda, öğrencilerde, geliri giderlerine eşit ve geliri giderlerinden fazla olanlarda daha düşük olduğu görüldü. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyut ortanca değerinin cinsiyet ($U=5170,0$, $p=0,401$), medeni durum ($U=5151,5$, $p=0,726$), eğitim durumu ($\chi^2=10,1$, $p=0,050$), sosyal güvence durumu ($U=161,5$, $p=0,145$), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=0,1$, $p=0,971$), aile yapısı ($U=4104,0$, $p=0,582$) ve sigara içme durumuna göre ($\chi^2=5,9$, $p=0,052$) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 8).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu yorgunluk ortanca puan değerleri hastaların cinsiyet ($U=4599,0$, $p=0,028$), çalışma durumu ($U=3845,5$, $p=0,013$) ve mesleğine göre ($\chi^2=18,6$, $p=0,002$) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu yorgunluk ortanca puan değerinin kadın ve erkeklerde eşit olduğu buna karşın çalışanlarda, memurlarda daha düşük olduğu görüldü. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu yorgunluk ortanca puan değerinin yaş grupları ($\chi^2=6,9$, $p=0,073$), medeni durum ($U=4592,0$, $p=0,091$), eğitim durumu ($\chi^2=7,6$, $p=0,108$), sosyal güvence durumu ($U=144,0$, $p=0,093$), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=0,5$, $p=0,771$), aile yapısı ($U=4120,0$, $p=0,598$), gelir durumu ($\chi^2=6,3$, $p=0,050$) ve sigara içme durumuna göre ($\chi^2=5,4$, $p=0,067$) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 8).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu bulantı ve kusma ortanca puan değerleri hastaların yaş grupları ($\chi^2=0,8$, $p=0,855$), cinsiyet ($U=5329,0$, $p=0,618$), medeni durum ($U=5080,0$, $p=0,595$), eğitim durumu ($\chi^2=2,3$, $p=0,672$), çalışma durumu ($U=4701,5$, $p=0,726$), mesleği ($\chi^2=3,5$, $p=0,625$), sosyal güvence durumu ($U=257,5$, $p=0,566$), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=5,2$, $p=0,073$), aile

yapısı (U=3894,5, p=0,263), gelir durumu ($\chi^2=0,1$, p=0,951) ve sigara içme durumuna göre ($\chi^2=3,2$, p=0,206) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 8).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu ağrı ortanca puan değerleri hastaların yaş grupları ($\chi^2=17,0$, p<0,001), cinsiyet (U=4488,5, p=0,015), mesleği ($\chi^2=33,5$, p<0,001) ve gelir durumuna göre ($\chi^2=7,2$, p=0,028) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu olan ağrı ortanca puan değerinin 18-25 yaş grubu olanlarda, erkeklerde, öğrencilerde ve geliri giderlerinden fazla olanlarda daha düşük olduğu görüldü. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu ağrı ortanca puan değerinin medeni durum (U=4822,0, p=0,255), eğitim durumu ($\chi^2=8,4$, p=0,079), çalışma durumu (U=4453,0, p=0,335), sosyal güvence durumu (U=274,5, p=0,684), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=2,9$, p=0,233), aile yapısı (U=4292,0, p=0,942) ve sigara içme durumuna göre ($\chi^2=0,6$, p=0,729) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 8).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu dispne ortanca puan değerleri hastaların yaş grupları ($\chi^2=25,7$, p<0,001), eğitim durumu ($\chi^2=21,0$, p<0,001), çalışma durumu (U=3983,0, p=0,030), mesleği ($\chi^2=25,2$, p<0,001), sosyal güvence durumu (U=112,5, p=0,044) ve aile yapısına göre (U=3183,0, p=0,002) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu dispne ortanca puan değerinin 18-25 yaş ve 26-33 yaş grubunda olanlarda, lise ve üniversite mezunu olanlarda, işçi ve öğrencilerde, sosyal güvencesi olmayanlarda daha düşük olduğu, buna karşın çalışan ve çalışmayanlarda, çekirdek ve geniş aile yapısına sahip olanlarda eşit olduğu görüldü. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu dispne ortanca puan değerinin cinsiyet (U=5274,0, p=0,525), medeni durum (U=5047,5, p=0,537), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=1,4$, p=0,507), gelir durumu ($\chi^2=7,4$, p=0,050) ve sigara içme durumuna göre ($\chi^2=10,8$, p=0,050) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 8).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu uykusuzluk ortanca puan değerleri hastaların yaş grupları ($\chi^2=8,5$, p=0,037) yönünden farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu uykusuzluk ortanca puan

değerinin 18-25 yaş grubunda olan hastalarda daha düşük olduğu görüldü. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu uykusuzluk ortanca puan değerinin cinsiyet (U=5251,5, p=0,467), medeni durum (U=5135,5, p=0,668), eğitim durumu ($\chi^2=3,9$, p=0,427), çalışma durumu (U=4569,0, p=0,466), mesleği ($\chi^2=8,6$, p=0,126), sosyal güvence durumu (U=191,5, p=0,193), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=0,4$, p=0,800), aile yapısı (U=4118,0, p=0,569), gelir durumu ($\chi^2=2,3$, p=0,313) ve sigara içme durumuna göre ($\chi^2=1,2$, p=0,562) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 8).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu iştahsızlık ortanca puan değerinin hastaların yaş grupları ($\chi^2=3,4$, p=0,330), cinsiyet (U=5432,5, p=0,778), medeni durum (U=5046,0, p=0,505), eğitim durumu ($\chi^2=0,4$, p=0,980), çalışma durumu (U=4421,0, p=0,254), mesleği ($\chi^2=2,9$, p=0,715), sosyal güvence durumu (U=176,0, p=0,137), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=2,4$, p=0,301), aile yapısı (U=3889,0, p=0,217), gelir durumu ($\chi^2=3,3$, p=0,192) ve sigara içme durumu ($\chi^2=3,7$, p=0,159) özellikleri yönünden farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 8).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu konstipasyon ortanca puan değerlerinin hastaların yaş grupları ($\chi^2=3,7$, p=0,299), cinsiyet (U=4776,0, p=0,065), medeni durum (U=5211,0, p=0,819), eğitim durumu ($\chi^2=1,4$, p=0,845), çalışma durumu (U=4496,0, p=0,373), mesleği ($\chi^2=9,5$, p=0,092), sosyal güvence durumu (U=220,5, p=0,334), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=0,2$, p=0,901), aile yapısı (U=4273,0, p=0,898), gelir durumu ($\chi^2=0,2$, p=0,904) ve sigara içme durumu ($\chi^2=0,7$, p=0,692) özellikleri yönünden farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 8).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu diyare ortanca puan değerlerinin hastaların yaş grupları ($\chi^2=0,4$, p=0,714), cinsiyet (U=4786,0, p=0,050), medeni durum (U=4974,5, p=0,383), eğitim durumu ($\chi^2=1,6$, p=0,805), çalışma durumu (U=4728,0, p=0,751), mesleği ($\chi^2=4,0$, p=0,553), sosyal güvence durumu (U=311,5, p=0,957), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=0,6$, p=0,740), aile yapısı (U=4221,5, p=0,773), gelir durumu ($\chi^2=3,1$, p=0,211) ve sigara içme durumu ($\chi^2=0,0$, p=0,988) özellikleri yönünden farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 8).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu finansal zorluklar ortanca puan değerlerinin hastaların eğitim durumu ($\chi^2=22,8$, p<0,001), sosyal güvence durumu (U=60,5, p=0,010) ve gelir durumuna göre ($\chi^2=33,8$, p<0,001)

farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu olan finansal zorluklar ortanca puan değerinin üniversite mezunu olanlarda, sosyal güvencesi olmayanlarda, geliri giderlerinden fazla olanlarda daha düşük olduğu görüldü. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu finansal zorluklar ortanca puan değerinin hastaların yaş grupları ($\chi^2=3,4$, $p=0,340$), cinsiyet ($U=5249,5$, $p=0,481$), medeni durum ($U=5179,0$, $p=0,759$), çalışma durumu ($U=4047,5$, $p=0,050$), mesleği ($\chi^2=10,8$, $p=0,055$), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=1,6$, $p=0,441$), aile yapısı ($U=3711,0$, $p=0,098$) ve sigara içme durumuna göre ($\chi^2=5,5$, $p=0,065$) farklılık göstermediği belirlendi(Tablo 8).



Tablo 9. Hastaların klinik özellikleri ile EQRTC QLQ-C30 ölçeği fonksiyon skalası alt boyut ve genel yaşam kalitesi ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler	Gruplar	Fonksiyon Skalaları	Fiziksel Fonksiyon	Rol Fonksiyon	Emosyonel Fonksiyon	Bilişsel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Genel Yaşam Kalitesi
Kronik bir hastalığa sahip olma durumu	Evet	41,1(15,6-73,3)	40(0-100)	33,3(0-100)	41,7(0-100)	50(16,7-83,3)	33,3(0-66,7)	66,7(0-83,3)
	Hayır	51,1(8,9-91,1)	53,3(0-100)	50(0-100)	41,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	66,7(8,3-100)
Test istatistiği		U=3370,0	U=2948,5	U=3858,5	U=5101,5	U=3428,0	U=4909,5	U=4121,0
p değeri		p<0,001	p<0,001	p=0,002	p=0,980	p<0,001	p=0,605	p=0,016
Tanısı	Lösemi	44,4 (17,8 - 91,1)a	53,3 (0 - 93,3)a	33,3 (16,7 - 100)a	41,7 (0 - 100)	66,7 (33,3 - 100)	33,3 (0 - 100)	66,7 (0-100)
	Meme CA	41,1 (13,3 -68,9)b	36,7 (13,3 - 60)b	33,3 (0 - 66,7)b	37,5 (0 - 100)	66,7 (33,3 - 100)	33,3 (0 - 66,7)	66,7 (50-83)
	Prostat CA	42,2(13,3 -68,9)ab	46,7 (0 - 80)ab	33,3 (0 - 66,7)b	33,3 (0 - 75)	66,7 (33,3 - 100)	33,3 (0 - 66,7)	66,7 (33-83)
	Mide CA	53,3 (8,9 - 91,1)ab	60 (0 - 100)ab	66,7 (0 - 100)ab	41,7 (0 - 100)	66,7 (16,7 - 100)	33,3 (0 - 100)	66,7 (33-83)
	Kolon CA	48,9(31,1 -75,6)ab	43,3 (6,7 - 86,7)ab	41,7 (0 - 83,3)ab	54,2 (0 - 66,7)	66,7 (33,3 - 100)	33,3 (0 - 66,7)	66,7 (25-83)
	Akciğer CA	44,4(17,8 -77,8)ab	40 (0 - 93,3)ab	33,3 (0 - 66,7)ab	58,3 (25 - 91,7)	66,7 (33,3 - 100)	33,3 (0 - 66,7)	62,5 (33-83)
	Diğer	38,9 (17,8 -82,2)b	40 (0 - 86,7)b	33,3 (0 - 83,3)ab	33,3 (0 - 100)	66,7 (0 - 100)	33,3 (0 - 83,3)	66,7 (8-83)
Test istatistiği		$\chi^2=23,9$	$\chi^2=25,9$	$\chi^2=26,6$	$\chi^2=9,3$	$\chi^2=4,4$	$\chi^2=20,5$	$\chi^2=0,7$
p değeri		p=0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,155	p=0,625	p=0,05	p=0,995
Tanı konulma zamanı	Son 12 ay	51,1 (15,6 - 91,1)a	60 (0 - 100)a	50 (0 - 100)a	41,7 (0 - 100)	66,7 (16,7 - 100)	33,3 (0 - 100)	66,7 (0-100)
	13-60 ay	44,4 (8,9 - 91,1)b	40 (0 - 100)b	33,3 (0 - 100)b	41,7 (0 - 100)	66,7 (0 - 100)	33,3 (0 - 100)	66,7 (17-83)
	61-120 ay	38,9 (22,2 -55,6)b	36,7 (13,3 - 46,7)ab	33,3 (33,3 - 66,7)ab	41,7 (0 - 66,7)	66,7 (33,3 - 66,7)	33,3 (0 - 33,3)	66,7 (50-67)
Test istatistiği		$\chi^2=11,9$	$\chi^2=11,2$	$\chi^2=9,6$	$\chi^2=0,5$	$\chi^2=1,5$	$\chi^2=7,6$	$\chi^2=0,5$
p değeri		p=0,003	p=0,004	p=0,008	p=0,787	p=0,471	p=0,05	p=0,781

Tablo 9. (Devam)

Özellikler	Gruplar	Fonksiyon Skalaları	Fiziksel Fonksiyon	Rol Fonksiyon	Emosyonel Fonksiyon	Bilişsel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Genel Yaşam Kalitesi
Klinik evre	Evre 1	51,1(17,8-84,4)a	46,7(0-100)a	50(0-100)a	41,7(0-100)	66,7(33,3-100)	33,3(0-83,3)	66,7(8,3-100)a
	Evre 2	46,7(15,6-91,1)ab	46,7(0-100)ab	33,3(0-100)ab	33,3(0-100)	66,7(33,3-100)	33,3(0-100)	66,7(0-100)ac
	Evre 3	42,2(13,3-84,4)b	40(0-93,3)b	33,3(0-100)b	41,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-66,7)	66,7(8,3-83,3)c
	Evre 4	36,7(8,9-71,1)b	33,3(0-73,3)b	33,3(0-83,3)b	41,7(0-83,3)	66,7(33,3-100)	33,3(0-66,7)	45,8(16,7-66,7)bc
Test istatistiği		$\chi^2=15,2$	$\chi^2=20,5$	$\chi^2=17,7$	$\chi^2=2,3$	$\chi^2=10,5$	$\chi^2=1,6$	$\chi^2=34,5$
p değeri		p=0,002	p<0,001	p=0,001	p=0,504	p=0,050	p=0,666	p<0,001
Metastaz gelişme durumu	Evet	37,8(8,9-68,9)	33,3(0-93,3)	33,3(0-83,3)	33,3(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-66,7)	66,7(16,7-83,3)
	Hayır	51,1(15,6-91,1)	46,7(0-100)	50(0-100)	50(0-100)	66,7(16,7-100)	33,3(0-100)	66,7(0-100)
Test istatistiği		U=1984,5	U=2574,0	U=2621,0	U=2718,5	U=3456,0	U=2709,5	U=3536,0
p değeri		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,045	p<0,001	p=0,069
*Şu an sağlığını nasıl algıladığı	Kötü	35,6(8,9-82,2)a	20(0-93,3)a	33,3(0-100)a	41,7(0-100)ab	50(0-100)a	33,3(0-100)	33,3(8,3-83,3)a
	Orta	44,4(17,8-91,1)a	40(0-100)b	33,3(0-100)a	33,3(0-100)a	66,7(33,3-100)a	33,3(0-100)	66,7(0-100)b
	İyi	54,4(17,8-84,4)b	53,3(0-100)c	66,7(0-100)b	54,2(0-100)b	66,7(33,3-100)b	33,3(0-83,3)	66,7(16,7-100)c
Test istatistiği		$\chi^2=33,2$	$\chi^2=38,5$	$\chi^2=25,2$	$\chi^2=10,9$	$\chi^2=19,9$	$\chi^2=1,8$	$\chi^2=53,4$
p değeri		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,004	p<0,001	p=0,399	p<0,001

U=Mann Whitney U test değeri, χ^2 =Kruskal Wallis test değeri, a,b,c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

*Şuan sağlığını algılama durumunda çok kötü kötü ile, çok iyi de iyi ile birleştirilerek analiz edildi.

Hastaların klinik özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyut Genel Yaşam Kalitesi ortanca puan değerleri Tablo 9'da karşılaştırılmaktadır. Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyut ortanca puan değerleri hastaların kronik bir hastalığa sahip olma durumu ($U=3370,0$, $p<0,001$), tanısı ($\chi^2=23,9$, $p=0,001$), tanı konulma zamanı ($\chi^2=11,9$, $p=0,003$), klinik evresi ($\chi^2=15,2$, $p=0,002$), metastaz gelişme durumu ($U=1984,5$, $p<0,001$) ve şu anda sağlığını algılama durumu göre ($\chi^2=33,2$, $p<0,001$) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyut ve ortanca puan değeri kronik bir hastalığa sahip olmayanlarda, mide CA tanısı alanlarda, son 12 ay içinde tanısı konulanlarda, hastalığı evre 1 olanlarda, metastaz gelişmeyenlerde, şu anda sağlık durumunu iyi olarak algılayanlarda daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 9).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutu fiziksel fonksiyon ortanca puan değerleri hastaların kronik bir hastalığa sahip olma durumu ($U=2948,5$, $p<0,001$), tanısı ($\chi^2=25,9$, $p<0,001$), tanı konulma zamanı ($\chi^2=11,2$, $p=0,004$), klinik evresi ($\chi^2=20,5$, $p<0,001$), metastaz gelişme durumu ($U=2574,0$, $p<0,001$) ve şu an sağlığını algılama durumuna göre ($\chi^2=38,5$, $p<0,001$) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutu fiziksel fonksiyon ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olmayanlarda, lösemi tanısı alanlarda, son 12 ay içersinde tanısı konulanlarda, hastalığı evre 1 ve evre 2 olanlarda, metastaz gelişmeyenlerde, şu anda sağlık durumunu iyi olarak algılayanlarda daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 9).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutu rol fonksiyonu ortanca puan değerleri hastaların kronik bir hastalığa sahip olma durumu ($U=3858,5$, $p=0,002$), tanısı ($\chi^2=26,6$, $p<0,001$), tanı konulma zamanı ($\chi^2=9,6$, $p=0,008$), klinik evresi ($\chi^2=17,7$, $p=0,001$), metastaz gelişme durumu ($U=2621,0$, $p<0,001$) ve şu anda sağlığını algılama durumuna göre ($\chi^2=25,2$, $p<0,001$) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutu rol fonksiyonu ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olmayanlarda, mide kanseri tanısı alanlarda, son 12

ay içerisinde tanısı konulanlarda, hastalığı evre 1 olanlarda, metastaz gelişmeyenlerde, şu an sağlık durumunu iyi olarak algılayanlarda daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 9).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutu emosyonel fonksiyon ortanca puan değerleri hastalarda metastaz gelişme durumu ($U=2718,5$, $p<0,001$) ve şu an sağlığını algılama durumuna göre ($\chi^2=10,9$, $p=0,004$) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutu olan emosyonel fonksiyonu ortanca puan değerinin metastaz gelişmeyenlerde, şu an sağlık durumunu iyi olarak algılayanlarda daha yüksek olduğu görüldü. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutu emosyonel fonksiyon ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olma durumu ($U=5101,5$, $p=0,980$), tanısı ($\chi^2=9,3$, $p=0,155$), tanı konulma zamanı ($\chi^2=0,5$, $p=0,787$) ve klinik evresine göre ($\chi^2=2,3$, $p=0,504$) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 9).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutu bilişsel fonksiyon ortanca puan değerleri hastaların kronik bir hastalığa sahip olma durumu ($U=3428,0$, $p<0,001$), metastaz gelişme durumu ($U=3456,0$, $p=0,045$) ve şu an sağlığını algılama durumuna göre ($\chi^2=19,9$, $p<0,001$) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutu bilişsel fonksiyonu ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olmayanlarda, şu an sağlık durumunu orta ve iyi olarak algılayanlarda daha yüksek olduğu buna karşın metastaz gelişen ve metastaz gelişmeyenlerde ise eşit olduğu görüldü. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutu bilişsel fonksiyon ortanca puan değerinin tanısı ($\chi^2=4,4$, $p=0,625$), tanı konulma zamanı ($\chi^2=1,5$, $p=0,471$), klinik evresine göre ($\chi^2=10,5$, $p=0,050$) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 9).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutu sosyal fonksiyon ortanca puan değeri hastalarda metastaz gelişme durumuna göre ($U=2709,5$, $p<0,001$) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutu sosyal fonksiyon ortanca puan değerinin metastaz gelişen ve metastaz gelişmeyen hastalarda eşit olduğu görüldü. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutu sosyal fonksiyon ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olma durumu ($U=4909,5$,

p=0,605), tanısı ($\chi^2=20,5$, p=0,05), tanı konulma zamanı ($\chi^2=7,6$, p=0,05), klinik evresi ($\chi^2=1,6$, p=0,666) ve şu an sağlığını algılama durumuna göre ($\chi^2=1,8$, p=0,399) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 9).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Genel Yaşam Kalitesi alt boyutu ortanca puan değerleri hastaların kronik bir hastalığa sahip olma durumu (U=4121,0, p=0,016), klinik evresi ($\chi^2=34,5$, p<0,001) ve şu an sağlık durumunu nasıl algıladığına göre ($\chi^2=53,4$, p<0,001) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Genel Yaşam Kalitesi alt boyutu ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olan ve kronik bir hastalığa sahip olmayanlarda eşit olduğu buna karşın hastalığı evre 1, evre 2 ve evre 3 olanlarda, şu an sağlık durumunu orta ve iyi algılayanlarda daha yüksek olduğu görüldü. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Genel Yaşam Kalitesi alt boyutu ortanca puan değerinin tanısı ($\chi^2=0,7$, p=0,995), tanı konulma zamanı ($\chi^2=0,5$, p=0,781) ve metastaz gelişme durumuna göre (U=3536,0, p=0,069) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 9).

Tablo 10. Hastaların klinik özellikleri ile EQRTC QLQ-C30 ölçeği semptom skalası alt boyut ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler	Gruplar	Sempton Skalası	Yorgunluk	Bulantı ve kusma	Ağrı	Dispne	Uykusuzluk	İştahsızlık	Konstipasyon	Diyare	Finansal zorluklar
Kronik bir hastalığa sahip olma durumu	Evet	56,4(25,6-79,5)	66,7(33,3-100)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	0(0-100)	66,7(0-100)
	Hayır	48,7(12,8-84,6)	66,7(22,2-100)	50(0-100)	58,3(0-100)	33,3(0-100)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	0(0-100)	66,7(0-100)
Test istatistiği		U=3941,5	U=4216,5	U=4991,5	U=4058,0	U=3502,0	U=4772,0	U=4293,5	U=4715,5	U=5005,0	U=4732,5
p değeri		p=0,006	p=0,030	p=0,771	p=0,011	p<0,001	p=0,378	p=0,031	p=0,321	p=0,773	p=0,344
Tanısı	Lösemi	51,3 (20,5 - 69,2)	55,6 (22,2 - 100)	50 (0 - 100)a	66,7 (0 - 100)a	33,3 (0 - 100)	66,7 (33,3 - 100)	66,7 (0 - 100)	33,3 (0 - 100)	0 (0 - 100)	66,7 (33,3 - 100)a
	Meme CA	57,7 (23,1 - 76,9)	66,7 (33,3 - 100)	58,3 (0 - 100)ab	66,7 (0 - 100)b	33,3 (0 - 100)	66,7 (0 - 100)	66,7 (33,3 - 100)	33,3 (0 - 66,7)	0 (0 - 100)	66,7 (33,3 - 100)b
	Prostat CA	55,1 (38,5 - 71,8)	66,7 (33,3 - 88,9)	66,7 (0 - 100)ab	66,7 (33,3 - 100)ab	16,7 (0 - 100)	66,7 (33,3 - 100)	66,7 (33,3 - 66,7)	50 (0 - 100)	0 (0 - 66,7)	83,3 (33,3 - 100)b
	Mide CA	47,4 (12,8 - 84,6)	55,6 (22,2 - 88,9)	66,7 (0 - 100)ab	50 (0 - 100)ab	33,3 (0 - 100)	66,7 (0 - 100)	66,7 (0 - 100)	33,3 (0 - 100)	0 (0 - 100)	66,7 (0 - 100)ab
	Kolon CA	46,2 (33,3 - 76,9)	66,7 (33,3 - 88,9)	41,7 (16,7 - 100)ab	41,7 (0 - 100)ab	66,7 (0 - 100)	50 (33,3 - 100)	50 (33,3 - 100)	0 (0 - 66,7)	33,3 (0 - 66,7)	100 (33,3 - 100)ab
	Akciğer CA	51,3 (20,5 - 71,8)	66,7 (22,2 - 88,9)	16,7 (0 - 100)ab	50 (0 - 100)ab	33,3 (0 - 100)	66,7 (0 - 66,7)	66,7 (0 - 100)	33,3 (0 - 66,7)	0 (0 - 100)	66,7 (33,3 - 100)b
	Diğer	56,4 (23,1 - 76,9)	66,7 (33,3 - 100)	50 (0 - 100)b	66,7 (0 - 100)b	33,3 (0 - 100)	66,7 (0 - 100)	66,7 (0 - 100)	0 (0 - 66,7)	0 (0 - 66,7)	66,7 (33,3 - 100)b
	Test istatistiği		$\chi^2=12,1$	$\chi^2=17,1$	$\chi^2=9,7$	$\chi^2=19,1$	$\chi^2=5,4$	$\chi^2=10,1$	$\chi^2=4,1$	$\chi^2=8,6$	$\chi^2=7,1$
p değeri		p=0,059	p=0,009	p=0,140	p=0,004	p=0,488	p=0,120	p=0,660	p=0,200	p=0,311	p<0,001
Tanı konulma zamanı	Son 12 ay	51,3 (12,8 - 79,5)	55,6 (22,2 - 100)	66,7 (0 - 100)	50 (0 - 100)a	33,3 (0 - 100)	66,7 (0 - 100)	66,7 (0 - 100)	33,3 (0 - 100)	33,3 (0 - 100)a	66,7 (0 - 100)a
	13-60 ay	51,3 (12,8 - 84,6)	66,7 (22,2 - 100)	50 (0 - 100)	66,7 (0 - 100)b	33,3 (0 - 100)	66,7 (0 - 100)	66,7 (0 - 100)	0 (0 - 100)	0 (0 - 100)b	66,7 (0 - 100)b
	61-120 ay	56,4 (33,3 - 74,4)	66,7 (44,4 - 77,8)	50 (0 - 100)	66,7 (33,3 - 100)ab	33,3 (0 - 100)	66,7 (0 - 100)	66,7 (33,3 - 100)	33,3 (0 - 66,7)	0 (0 - 66,7)ab	83,3 (33,3 - 100)ab
Test istatistiği		$\chi^2=3,8$	$\chi^2=6,5$	$\chi^2=0,5$	$\chi^2=10,4$	$\chi^2=3,5$	$\chi^2=3,6$	$\chi^2=0,7$	$\chi^2=3,0$	$\chi^2=8,2$	$\chi^2=11,1$
p değeri		p=0,148	p=0,05	p=0,790	p=0,006	p=0,172	p=0,163	p=0,703	p=0,221	p=0,017	p=0,004

Tablo 10. (Devam)

Özellikler	Gruplar	Sempton Skalası	Yorgunluk	Bulantı ve kusma	Ağrı	Dispne	Uykusuzluk	İştahsızlık	Konstipasyon	Diyare	Finansal zorluklar
Klinik evre	Evre 1	48,7(12,8-79,5)a	66,7(22,2-100)ac	50(0-100)	50(0-100)a	33,3(0-100)a	66,7(0-100)a	66,7(0-100)	0(0-100)a	0(0-100)	66,7(0-100)
	Evre 2	50(12,8-76,9)a	55,6(22,2-100)a	66,7(0-100)	50(0-100)a	33,3(0-100)ab	33,3(0-100)a	66,7(0-100)	33,3(0-100)b	0(0-100)	66,7(33,3-100)
	Evre 3	53,8(12,8-76,9)ab	66,7(33,3-100)c	50(0-100)	66,7(0-100)ab	33,3(0-100)b	66,7(0-100)a	66,7(0-100)	33,3(0-66,7)b	0(0-66,7)	66,7(33,3-100)
	Evre 4	61,5(41-84,6)b	66,7(44,4-100)bc	66,7(16,7-100)	75(0-100)b	33,3(0-100)ab	66,7(33,3-100)b	66,7(33,3-100)	33,3(0-100)b	33,3(0-100)	66,7(33,3-100)
Test istatistiği		$\chi^2=19,7$	$\chi^2=21,1$	$\chi^2=5,5$	$\chi^2=13,5$	$\chi^2=9,5$	$\chi^2=15,9$	$\chi^2=6,6$	$\chi^2=11,1$	$\chi^2=5,0$	$\chi^2=5,0$
p değeri		p<0,001	p<0,001	p=0,138	p=0,004	p=0,050	p=0,001	p=0,087	p=0,011	p=0,170	p=0,172
Metastaz gelişme durumu	Evet	59(23,1-84,6)	66,7(33,3-100)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	66,7(33,3-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	0(0-100)	66,7(33,3-100)
	Hayır	46,2(12,8-79,5)	66,7(22,2-100)	50(0-100)	50(0-100)	33,3(0-100)	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)	0(0-100)	66,7(0-100)
Test istatistiği		U=2222,0	U=2575,0	U=3747,0	U=2365,0	U=3851,5	U=2925,0	U=3079,0	U=3674,5	U=3678,0	U=3193,5
p değeri		p<0,001	p<0,001	p=0,215	p<0,001	p=0,330	p<0,001	p=0,001	p=0,138	p=0,113	p=0,005
*Şu an sağlığını nasıl algıladığı	Kötü	61,5(12,8-84,6)a	66,7(22,2-100)a	66,7(0-100)a	66,7(0-100)	66,7(0-100)a	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)a	33,3(0-100)a	66,7(0-100)
	Orta	53,8(20,5-76,9)a	66,7(22,2-100)ab	66,7(0-100)a	66,7(0-100)	33,3(0-100)b	66,7(0-100)	66,7(0-100)	33,3(0-100)a	0(0-100)b	66,7(33,3-100)
	İyi	46,2(12,8-79,5)b	66,7(22,2-100)b	33,3(0-100)b	66,7(0-100)	33,3(0-100)b	66,7(0-100)	66,7(0-100)	0(0-100)b	0(0-100)b	66,7(0-100)
Test istatistiği		$\chi^2=23,4$	$\chi^2=9,9$	$\chi^2=12,8$	$\chi^2=2,4$	$\chi^2=16,0$	$\chi^2=3,4$	$\chi^2=11,7$	$\chi^2=8,0$	$\chi^2=16,7$	$\chi^2=2,9$
p değeri		p<0,001	p=0,007	p=0,002	p=0,303	p<0,001	p=0,187	p=0,050	p=0,018	p<0,001	p=0,234

U=Mann Whitney U test değeri, χ^2 =Kruskal Wallis test değeri, a,b,c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

*Şuan sağlığını algılama durumunda çok kötü kötü ile, çok iyi de iyi ile birleştirilerek analiz edildi.

Hastaların klinik özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyut ortanca puan değerleri Tablo 10'da karşılaştırılmaktadır. Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyut ortanca puan değerleri hastaların kronik bir hastalığa sahip olma durumu ($U=3941,5$, $p=0,006$), klinik evresi ($\chi^2=19,7$, $p<0,001$), metastaz gelişme durumu ($U=2222,0$, $p<0,001$) ve şu an sağlık durumunu nasıl algıladığına göre ($\chi^2=23,4$, $p<0,001$) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyut ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olmayanlarda, hastalığı evre 1 olanlarda, metastaz gelişmeyenlerde, şu an sağlık durumunu iyi olarak algılayanlarda daha düşük olduğu görüldü. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu ortanca puan değerinin tanısı ($\chi^2=12,1$, $p=0,059$) ve tanı konulma zamanına göre ($\chi^2=3,8$, $p=0,148$) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 10).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu yorgunluk ortanca puan değerleri hastaların kronik bir hastalığa sahip olma durumu ($U=4216,5$, $p=0,030$), tanısı ($\chi^2=17,1$, $p=0,009$), klinik evresi ($\chi^2=21,1$, $p<0,001$), metastaz gelişme durumu ($U=2575,0$ $p<0,001$) ve şu an sağlık durumunu nasıl algıladığına göre ($\chi^2=9,9$, $p=0,007$) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu yorgunluk ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olanlar ve kronik bir hastalığa sahip olmayanlarda, metastaz gelişen ve metastaz gelişmeyenlerde, şu an sağlığını kötü, orta ve iyi algılayanlarda eşit olduğu buna karşın lösemi ve mide CA tanısı alanlarda , hastalığı evre 2 olanlarda daha düşük olduğu görüldü. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu yorgunluk ortanca puan değerinin tanı konulma zamanına göre ($\chi^2=6,5$, $p=0,05$) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 10).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu bulantı ve kusma ortanca puan değerleri hastaların şu an sağlık durumunu nasıl algıladığına göre ($\chi^2=12,8$, $p=0,002$) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu bulantı kusma ortanca puan değerinin şu an sağlık durumunu iyi olarak algılayanlarda daha düşük olduğu görüldü. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu bulantı ve kusma ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olma durumu

(U=4991,5, p=0,771), tanısı ($\chi^2=9,7$, p=0,140), tanı konulma zamanı ($\chi^2=0,5$, p=0,790), klinik evresi ($\chi^2=5,5$, p=0,138) ve metastaz gelişme durumuna göre (U=3747,0, p=0,215) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 10).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu ağrı ortanca puan değerleri hastaların kronik bir hastalığa sahip olma durumu (U=4058,0, p=0,011), tanısı ($\chi^2=19,1$, p=0,004), tanı konulma zamanı ($\chi^2=10,4$, p=0,006), klinik evresi ($\chi^2=13,5$, p=0,004), ve metastaz gelişme durumuna göre (U=2365,0, p<0,001) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu ağrı ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olmayanlarda, kolon CA tanısı alanlarda, son 12 ay içerisinde tanısı konulanlarda, hastalığı evre 1 ve evre 2 olanlarda, metastaz gelişmeyenlerde daha düşük olduğu görüldü. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu olan ağrı ortanca puan değerinin şu an sağlık durumunu algılama durumuna göre ($\chi^2=2,4$, p=0,303) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 10).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu dispne ortanca puan değerleri hastaların kronik bir hastalığa sahip olma durumu (U=3502,0, p<0,001) ve şu an sağlık durumunu nasıl algıladığına göre ($\chi^2=16,0$, p<0,001) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu dispne ortanca puan değerinin kronik bir hastalığı olanlarda ve kronik bir hastalığı olmayanlarda eşit olduğu buna karşın şu an sağlık durumunu orta ve iyi olarak algılayanlarda daha düşük olduğu görüldü. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu dispne ortanca puan değerinin tanısı ($\chi^2=5,4$, p=0,488), tanı konulma zamanı ($\chi^2=3,5$, p=0,172), klinik evresi ($\chi^2=9,5$, p=0,050) ve metastaz gelişme durumuna göre (U=3851,5, p=0,330) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 10).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu uykusuzluk ortanca puan değerleri hastaların klinik evresi ($\chi^2=15,9$, p=0,001) ve metastaz gelişme durumuna göre (U=2925,0, p<0,001) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu uykusuzluk ortanca puan değerinin hastalığın 2. evresinde olanlarda daha düşük olduğu buna karşın metastaz gelişen ve metastaz gelişmeyenlerde eşit olduğu görüldü. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu uykusuzluk

ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olma durumu ($U=4772,0$, $p=0,378$), tanısı ($\chi^2=10,1$, $p=0,120$), tanı konulma zamanı ($\chi^2=3,6$, $p=0,163$), ve şu an sağlık durumunu nasıl algıladığına göre ($\chi^2=3,4$, $p=0,187$) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 10).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu iştahsızlık ortanca puan değerleri hastaların kronik bir hastalığa sahip olma durumu ($U=4293,5$, $p=0,031$) ve metastaz gelişme durumuna göre ($U=3079,0$, $p=0,001$) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu iştahsızlık ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olanlarda ve kronik bir hastalığa sahip olmayanlarda, metastaz gelişen ve metastaz gelişmeyenlerde eşit olduğu görüldü. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu iştahsızlık ortanca puan değerinin tanısı ($\chi^2=4,1$, $p=0,660$), tanı konulma zamanı ($\chi^2=0,7$, $p=0,703$), klinik evresi ($\chi^2=6,6$, $p=0,087$) ve şu an sağlık durumunu nasıl algıladığına göre ($\chi^2=11,7$, $p=0,050$) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 10).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu konstipasyon ortanca puan değerleri hastaların klinik evresi ($\chi^2=11,1$, $p=0,011$) ve şu an sağlık durumunu nasıl algıladığına göre ($\chi^2=8,0$, $p=0,018$) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu konstipasyon ortanca puan değerinin hastalığın 1. evresinde olanlarda, şu an sağlık durumunu iyi algılayanlarda daha düşük olduğu görüldü. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu konstipasyon ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olma durumu ($U=4715,5$, $p=0,321$) tanısı ($\chi^2=8,6$, $p=0,200$), tanı konulma zamanı ($\chi^2=3,0$, $p=0,221$) ve metastaz gelişme durumuna göre ($U=3674,5$, $p=0,138$) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 10).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu diyare ortanca puan değerleri hastaların tanı konulma zamanı ($\chi^2=8,2$, $p=0,017$) ve şu an sağlık durumunu nasıl algıladığına göre ($\chi^2=16,7$, $p<0,001$) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu diyare ortanca puan değerinin 13-60 ay ve 61-120 ay içerisinde tanısı konulanlarda, şu an sağlık durumunu orta ve iyi olarak algılayanlarda daha düşük olduğu görüldü. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası

alt boyutu diyare ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olma durumu ($U=5005,0$, $p=0,773$), tanısı ($\chi^2=7,1$, $p=0,311$), klinik evresi ($\chi^2=5,0$, $p=0,170$) ve metastaz gelişme durumuna göre ($U=3678,0$, $p=0,113$) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 10).

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu finansal zorluklar ortanca puan değerleri hastaların tanısı ($\chi^2=39,5$, $p<0,001$), tanı konulma zamanı ($\chi^2=11,1$, $p=0,004$) ve metastaz gelişme durumuna göre ($U=3193,5$, $p=0,005$) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu finansal zorluklar ortanca puan değerinin lösemi, meme CA, mide CA, akciğer CA ve diğer tanıları alanlarda, son 12 ay ve 16-60 ay süresi içerisinde tanısı konulanlarda daha düşük olduğu buna karşın metastaz gelişen ve metastaz gelişmeyenlerde eşit olduğu görüldü. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutu finansal zorluklar ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olma durumu ($U=4732,5$, $p=0,344$), klinik evresi ($\chi^2=5,0$, $p=0,172$) ve şu an sağlık durumunu nasıl algıladığına göre ($\chi^2=2,9$, $p=0,234$) farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 10).

4.3. Hemşirelik Bakımı Algılayış Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 11. Hemşirelik bakımını algılayış ölçeği maddelerinin yüzdelik dağılımları

Ölçek Maddeleri	Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1.Hemşireler daha gerçekçi olmama yardımcı oldular.	25(11,7)	142(66,4)	33(15,4)	14(6,5)	0(0)
2.Hemşireler ihtiyacım olandan fazlasını düşündüler.	12(5,6)	92(43,0)	84(39,3)	23(10,7)	3(1,4)
3.Hemşireler isteklerimle hemen ilgilendiler.	16(7,5)	100(46,7)	64(29,9)	31(14,5)	3(1,4)
4.Hemşireler bakım esnasında tüm dikkatlerini bana verdiler.	12(5,6)	79(36,9)	88(41,1)	30(14,0)	5(2,3)
5.Hemşireler çoğu şeyi bana sorarak yaptılar.	13(6,1)	77(36,0)	78(36,4)	44(20,6)	2(0,9)
6. Hemşireler hastanede beni rahat ettirdiler.	36(16,8)	116(54,2)	38(17,8)	19(8,9)	5(2,3)
7.Hemşireler hastaneye ilgili bilmediğim şeyler hakkında bana bilgi verdiler.	67(31,3)	105(49,1)	25(11,7)	15(7,0)	2(0,9)
8.Hemşirelerin benim gereksinimlerim ve isteklerime dair ilgili kişileri uyardıklarından eminim.	5(2,3)	55(25,7)	119(55,6)	27(12,6)	8(3,7)
9.Hemşirelere ihtiyacım olduğunda yanımda olacaklarından eminim.	16(7,5)	90(42,1)	72(33,6)	30(14,0)	6(2,8)
10.Hemşirelerin hastalığımin benim için ne demek olduğunu anladıklarını hissediyorum.	12(5,6)	36(16,8)	72(33,6)	63(29,4)	31(14,5)
11.Bazı sorunların, hemşirelerin çabaları sayesinde önlendiğini biliyorum.	8(3,7)	71(33,2)	111(51,9)	20(9,3)	4(1,9)
12.Hemşireler hastalığıma ilişkin korkularıyla başa çıkmamda bana yardımcı oldular.	14(6,5)	111(51,9)	61(28,5)	26(12,1)	2(0,9)
13.Hemşirelerin yaptığı açıklamalar beni rahatlatmıştı.	33(15,4)	123(57,5)	33(15,4)	24(11,2)	1(0,5)
14.Hemşireler tedavilerim yapılırken beni rahatlatmıştı.	46(21,5)	114(53,3)	29(13,6)	24(11,2)	1(0,5)
15.Hemşirelerin sayesinde iyi bakıldığımı hissettim.	29(13,6)	112(52,3)	49(22,9)	23(10,7)	1(0,5)

Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği maddelerinin yüzdelik dağılımları Tablo 11’de gösterilmektedir. Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği 1. maddesi "Hemşireler daha gerçekçi olmama yardımcı oldular" ifadesine %11,7’sinin katıldığı, %66,4’ünün biraz katıldığı, %15,4’ünün kararsız olduğu, %6,5’inin katılmadığı belirlendi (Tablo 11).

Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği 2. maddesi "Hemşireler ihtiyacım olandan fazlasını düşündüler" ifadesine %5,6’sının katıldığı, %43’ünün biraz katıldığı,

%39,3'ünün kararsız olduğu, %10,7'sinin katılmadığı, %1,4'ünün kesinlikle katılmadığı belirlendi (Tablo 11).

Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği 3. maddesi "Hemşireler isteklerimle hemen ilgilendiler" ifadesine %7,5'inin katıldığı, %46,7'sinin biraz katıldığı, %29,9'unun kararsız olduğu, %14,5'inin katılmadığı, %1,4'ünün kesinlikle katılmadığı belirlendi (Tablo 11).

Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği 4. maddesi " Hemşireler bakım esnasında tüm dikkatlerini bana verdiler" ifadesine %5,6'sının katıldığı, %36,9'unun biraz katıldığı, %41,1'inin kararsız olduğu, %14'ünün katılmadığı, %2,3'ünün kesinlikle katılmadığı belirlendi (Tablo 11).

Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği 5. maddesi "Hemşireler çoğu şeyi bana sorarak yaptılar" ifadesine %6,1'inin katıldığı, %36'sının biraz katıldığı, %36,4'ünün kararsız olduğu, %20,6'sının katılmadığı, %0,9'unun kesinlikle katılmadığı belirlendi (Tablo 11).

Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği 6. maddesi "Hemşireler hastanede beni rahat ettirdiler" ifadesine %16,8'inin katıldığı, %54,2'sinin biraz katıldığı, %17,8'inin kararsız olduğu, %8,9'unun katılmadığı, %2,3'ünün kesinlikle katılmadığı belirlendi (Tablo 11).

Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği 7. maddesi "Hemşireler hastaneyle ilgili bilmediğim şeyler hakkında bana bilgi verdiler" ifadesine %31,3'ünün katıldığı, %49,1'inin biraz katıldığı, %11,7'sinin kararsız olduğu, %7'sinin katılmadığı, %0,9'unun kesinlikle katılmadığı belirlendi (Tablo 11).

Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği 8. maddesi "Hemşirelerin benim gereksinimlerim ve isteklerime dair ilgili kişileri uyardıklarından eminim" ifadesine %2,3'ünün katıldığı, %25,7'sinin biraz katıldığı, %55,6'sının kararsız olduğu, %12,6'sının katılmadığı, %3,7'sinin kesinlikle katılmadığı belirlendi (Tablo 11).

Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği 9. maddesi "Hemşirelere ihtiyacım olduğunda yanımda olacaklarından eminim" ifadesine %7,5'inin katıldığı %42,1'inin biraz katıldığı, %33,6'sının kararsız olduğu, %14'ünün katılmadığı, %2,8'inin kesinlikle katılmadığı belirlendi(Tablo 11).

Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği 10. maddesi "Hemşirelerin hastalığının benim için ne demek olduğunu anladıklarını hissediyorum" ifadesine %5,6'sının

katıldığı, %16,8'inin biraz katıldığı, %33,6'sının kararsız olduğu, %29,4'ünün katılmadığı, %14,5'inin kesinlikle katılmadığı belirlendi (Tablo 11).

Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği 11. maddesi "Bazı sorunların, hemşirelerin çabaları sayesinde önlendiğini biliyorum" ifadesine %3,7'sinin katıldığı, %33,2'sinin biraz katıldığı, %51,9'unun kararsız olduğu, %9,3'ünün katılmadığı, %1,9'unun kesinlikle katılmadığı belirlendi (Tablo 11).

Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği 12. maddesi "Hemşireler hastalığıma ilişkin korkularıyla başa çıkmamda bana yardımcı oldular" ifadesine %6,5'inin katıldığı, %51,9'unun biraz katıldığı, %28,5'inin kararsız olduğu, %12,1'inin katılmadığı, %0,9'unun kesinlikle katılmadığı belirlendi (Tablo 11).

Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği 13. maddesi "Hemşirelerin yaptığı açıklamalar beni rahatlattı" ifadesine %15,4'ünün katıldığı, %57,5'inin biraz katıldığı, %15,4'ünün kararsız olduğu, %11,2'sinin katılmadığı, %0,5'inin kesinlikle katılmadığı belirlendi (Tablo 11).

Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği 14. maddesi "Hemşireler tedavilerim yapılırken beni rahatlattılar" ifadesine %21,5'inin katıldığı, %53,3'ünün biraz katıldığı, %13,6'sının kararsız olduğu, %11,2'sinin katılmadığı, %0,5'inin kesinlikle katılmadığı belirlendi (Tablo 11).

Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği 15. maddesi "Hemşirelerin sayesinde iyi bakıldığımı hissettim" ifadesine %13,6'sının katıldığı, %52,3'ünün biraz katıldığı, %22,9'unun kararsız olduğu, %10,7'sinin katılmadığı, %0,5'inin kesinlikle katılmadığı belirlendi (Tablo 11).

Tablo 12. Hemşirelik bakımını algılayış ölçeği madde puan ortalama ve standart sapma değerleri

Ölçek Maddeleri	$\bar{x} \pm S.S$
1. Hemşireler daha gerçekçi olmama yardımcı oldular.	2,2 ± 0,7
2. Hemşireler ihtiyacım olandan fazlasını düşündüler.	2,6 ± 0,8
3. Hemşireler isteklerimle hemen ilgilendiler.	2,6 ± 0,9
4. Hemşireler bakım esnasında tüm dikkatlerini bana verdiler.	2,7 ± 0,9
5. Hemşireler çoğu şeyi bana sorarak yaptılar.	2,7 ± 0,9
6. Hemşireler hastanede beni rahat ettirdiler.	2,3 ± 0,9
7. Hemşireler hastaneye ilgili bilmediğim şeyler hakkında bana bilgi verdiler.	2,0 ± 0,9
8. Hemşirelerin benim gereksinimlerim ve isteklerime dair ilgili kişileri uyardıklarından eminim.	2,9 ± 0,8
9. Hemşirelere ihtiyacım olduğunda yanımda olacaklarından eminim.	2,6 ± 0,9
10. Hemşirelerin hastalığının benim için ne demek olduğunu anladıklarımı hissediyorum.	3,3 ± 1,1
11. Bazı sorunların, hemşirelerin çabaları sayesinde önlendiğini biliyorum.	2,7 ± 0,8
12. Hemşireler hastalığıma ilişkin korkularımla başa çıkmamda bana yardımcı oldular.	2,5 ± 0,8
13. Hemşirelerin yaptığı açıklamalar beni rahatlattı.	2,2 ± 0,9
14. Hemşireler tedavilerim yapılırken beni rahatlattılar.	2,2 ± 0,9
15. Hemşirelerin sayesinde iyi bakıldığımı hissettim.	2,3 ± 0,9
Toplam	37,8 ± 10,5

Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği madde puan ortalamaları ve standart sapma değerleri Tablo 12’de gösterilmektedir. Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeğindeki 15 maddenin ortalama değerinin 2,0-3,3 (min- max) arasında değiştiği, ölçek maddelerinden 7. madde olan “Hemşireler hastaneye ilgili bilmediğim şeyler hakkında bana bilgi verdiler” ifadesine verilen cevabın en düşük minimum değere (2,0), 10. madde olan “Hemşirelerin hastalığının benim için ne demek olduğunu anladıklarımı hissediyorum” ifadesine verilen cevabın en yüksek maksimum değere (3,3) sahip olduğu belirlendi.

Tablo 13.Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile hemşirelik bakımını algılayış ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler		Ortanca(min-max)	Test istatistiği p değeri
Yaş grupları	18-25 yaş	83,3(33,3-100)	$\chi^2 = 1,9$ p=0,576
	26-33 yaş	66,7(8,3-83,3)	
	34-41 yaş	70,8(33,3-83,3)	
	42 yaş ve üzeri	66,7(0-100)	
Cinsiyet	Kadın	35(15-65)	U=4996,0 p=0,219
	Erkek	37(17-67)	
Medeni durum	Evli	35(17-65)	U=5067,0 p=0,586
	Bekar	37(16-67)	
Eğitim durumu	Okur-yazar	34(26-57)	$\chi^2=6,2$ p=0,185
	İlkokul	37(15-65)	
	Ortaokul	38(18-67)	
	Lise	37(18-64)	
	Üniversite	33(17-52)	
Çalışma durumu	Evet	38(17-67)	U=4237,5 p=0,146
	Hayır	35(15-65)	
Mesleği	Ev hanımı	36(15-65)	$\chi^2=3,9$ p=0,557
	İşçi	38(19-64)	
	Memur	36,5(17-55)	
	Serbest meslek	38(18-67)	
	Emekli	35,5(18-61)	
	Öğrenci	34(19-48)	
	Çiftçi		
Sosyal güvence durumu	Var	36(15-67)	U=180 p=0,200
	Yok	34(19-35)	
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	37(17-67)	$\chi^2=2,3$ p=0,311
	İlçe	35(15-65)	
	Köy	35(17-65)	
Aile yapısı	Çekirdek aile	37(15-67)	U=3793,5 p=0,180
	Geniş aile	34,5(18-65)	
Gelir durumu	Gelir giderden az	32(17-65)a	$\chi^2=9,5$ p=0,009
	Gelir gidere eşit	37(15-67)b	
	Gelir giderden fazla	33(18-59)ab	
Sigara içme durumu	Evet	38,5(18-64)	$\chi^2=2,5$ p=0,286
	Hayır	36(15-67)	
	Bırakmış	36(17-65)	

U=Mann Whitney U test değeri, χ^2 =Kruskal Wallis test değeri, a,b,c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 13'te karşılaştırılmıştır. Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği ortanca puan değeri hastaların gelir durumu ($\chi^2=9,5$, $p=0,009$) yönünden farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği ortanca puan değerinin geliri giderine eşit olan hastalarda daha yüksek olduğu görüldü. Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği ortanca puan değerinin hastaların yaş gruplarına ($\chi^2=1,9$, $p=0,576$), cinsiyet ($U=4996,0$, $p=0,219$), medeni durum ($U=5067,0$, $p=0,586$), eğitim durumu ($\chi^2=6,2$, $p=0,185$), çalışma durumu ($U=4237,5$, $p=0,146$), mesleği ($\chi^2=3,9$, $p=0,557$), sosyal güvence durumu ($U=180$, $p=0,200$), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=2,3$, $p=0,311$), aile yapısı ($U=3793,5$, $p=0,180$) ve sigara içme durumlarına göre ($\chi^2=2,5$, $p=0,286$) farklılık göstermediği belirlendi.

Tablo 14. Hastaların klinik özellikleri ile hemşirelik bakımını algılayış ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler		Ortanca(min-max)	Test İstatistiği ve p
Kronik bir hastalığa sahip olma durumu	Evet	37,5(18-67)	U=4117
	Hayır	35(15-65)	p=0,020
Klinik evre	Evre 1	36(15-67)	$\chi^2=0,194$
	Evre 2	36(21-65)	p=0,979
	Evre 3	35(17-65)	
	Evre 4	37(26-63)	
Metastaz gelişme durumu	Var	38(17-64)	U=3401
	Yok	35(15-67)	p=0,037
Tanı süresi	Son 12 ay	35 (15-65)	$\chi^2=1,9$
	13-60 ay	36,5 (18-67)	p=0,394
	61-120 ay	37 (29-64)	
Şu an sağlığını nasıl algıladığı	Kötü	38(21-65)	$\chi^2=6,1$
	Orta	36(17-65)	p=0,050
	İyi	35(15-67)	

U=Mann Whitney U test değeri, χ^2 =Kruskal Wallis test değeri

Hastaların klinik özellikleri ile Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 14’te karşılaştırılmaktadır. Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği ortanca puan değerleri hastaların kronik bir hastalığa sahip olma (U=4117, p=0,020) ve metastaz gelişme durumuna göre (U=3401, p=0,0037) farklılık göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplar ile karşılaştırıldığında Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olanlarda ve metastaz gelişenlerde daha yüksek olduğu görüldü. Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği ortanca puan değerinin klinik evresi ($\chi^2=0,194$, p=0,979), tanı süresi ($\chi^2=1,9$, p=0,394) ve şu an sağlık durumunu nasıl algıladığına göre ($\chi^2=6,1$, p=0,050) farklılık göstermediği belirlendi.

Tablo 15. EORTC QLQ-C30 ve hemşirelik bakımını algılayış ölçeği arasındaki ilişki

EORTC QLQ-C30 Alt Boyutları	Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği	
	R	P
Fonksiyon Skalaları	-0,101	0,141
Fiziksel Fonksiyon	-0,027	0,690
Rol Fonksiyonu	-0,044	0,523
Emosyonel Fonksiyon	-0,168	0,014
Bilişsel Fonksiyon	-0,023	0,742
Sosyal Fonksiyon	-0,187	0,006
Semptom Skalaları	0,102	0,135
Yorgunluk	0,015	0,823
Bulantı ve kusma	0,108	0,114
Ağrı	0,147	0,032
Dispne	0,104	0,131
Uykusuzluk	0,056	0,412
İştahsızlık	0,104	0,129
Konstipasyon	0,001	0,985
Diyare	-0,054	0,432
Finansal zorluklar	0,078	0,257
Genel Yaşam Kalitesi	-0,083	0,226

r:korelasyon katsayısı p: önem düzeyi

EORTC QLQ-C30 ve Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği arasındaki ilişki Tablo 15’te sunulmuştur. Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği puanı ile EORTC QLQ-C30 Fonksiyon Skalası alt boyutu emosyonel fonksiyon ($r=-0,168$, $p=0,014$) ve sosyal fonksiyon puanı ($r=-0,187$, $p=0,006$) arasında negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki, Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği puanı ile EORTC QLQ-C30 Semptom Skalası alt boyutu ağrı puanı ($r=0,147$, $p=0,032$) arasında ise pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki olduğu belirlendi.

Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği puanı ile EORTC QLQ-C30 Semptom Skalası yorgunluk, bulantı ve kusma, dispne, uykusuzluk, iştahsızlık, konstipasyon, diyare ve finansal zorluklar alt boyutları ile benzer şekilde EORTC QLQ-C30 Genel Yaşam Kalitesi puanı ve Hemşire Bakımını Algılayış Ölçeği puanı arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır (Tablo 15).

5. TARTIŞMA

Dünyada görülme sıklığı her geçen gün giderek artan kanser, bireyin yaşam kalitesini tehdit eden önemli bir sağlık problemidir. Kanser hastalığının prognozu ve tedavisi bireyde fiziksel semptomlar ile birlikte duygu durum değişikliklerine neden olabilmekte ve bu durum bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Günümüzde onkoloji hastalarının yaşam sürelerinin uzunluğundan çok yaşam kalitelerinin geliştirilmesi üzerinde odaklanılmaktadır. Bununla birlikte, kanser hastalığının tanı ve tedavisine bağlı olarak gelişen fiziksel ve duygusal semptomlar onkoloji hastalarının hemşirelik bakımını algılayış durumlarını da etkilemektedir. Bu çalışma Türkiye'nin kuzeyinde Orta Karadeniz bölgesinde yer alan bir üniversite hastanesinin acil servisine çeşitli problemler ve şikayetler nedeniyle başvuran onkoloji hastalarının yaşam kalitesi ile hemşirelik bakımını algılayış durumlarının yorumlandığı ilk çalışmadır.

5.1. Hastaların Klinik Özelliklerinin Tartışılması

Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda çalışmaya katılan hastaların %43'ünün lösemi tanısı aldığı belirlendi. Onkoloji hastalarının almış oldukları tanılar yapılan çalışmalara göre farklılık göstermekle birlikte, Düzen ve Korkmaz'ın (2012) yapmış olduğu çalışmada hastaların %28,8'inin meme kanseri, Koca ve Tanrıkulu'nun (2014) yapmış olduğu çalışmada hastaların %31,4'ünün gastrointestinal sisteme ilişkin kanser tanısı aldığı belirtilmiştir. Bununla birlikte Yaylacı ve arkadaşları (2009) yapmış oldukları çalışmada hastaların büyük çoğunluğunu akciğer kanseri tanısı alan hastaların oluşturduğunu, Koçak ve arkadaşları (2012) ise hastaların almış oldukları tanılar içerisinde mide ve meme kanserinin ilk sıralarda yer aldığını bildirmişlerdir.

Bu çalışmaya katılan hastalara en çok sırasıyla kemoterapi, cerrahi tedavi ve radyoterapi uygulandığı ve hastaların %24,3'ünde akciğer, karaciğer, kemik ve beyine metastaz geliştiği belirlendi. Koca ve Tanrıkulu'nun (2014) acil servise başvuran onkoloji hastalarının klinik ve demografik özelliklerini belirlemek üzere yapmış oldukları bir çalışmada ise, hastaların %40,5'ine kemoterapi, %16,5'ine radyoterapi ve %6,2'sine de hem kemoterapi hem de radyoterapi uygulandığı, araştırma bulgularımızı destekler yönde hastaların %24,2'sinde akciğer metastazı geliştiği bildirilmiştir.

Bu araştırmada hastaların en çok sırasıyla yorgunluk/halsizlik, ateş, bulantı-kusma, ağrı, nefes darlığı, anemi, genel durumu bozukluğu ve diğer şikayetler nedeni ile acil servise başvurduğu belirlendi. Onkoloji hastalarının acil servise başvurma nedenleri yapılan çalışmalara göre farklılık göstermekle birlikte, bu konuda yapılan bazı araştırmalarda onkoloji hastalarının en çok nefes darlığı ve ağrı şikayeti nedeni ile acil servise başvurdukları bildirilmiştir (Yaylacı ve ark., 2009; Koçak ve ark., 2012; Koca ve Tanrıku, 2014). Onkoloji hastalarının acil servise başvurma nedenlerine ilişkin bu farklılığın hastanın tıbbi tanısından, hastalığının evresinden ve hastalığının tedavisine bağlı yan etkilerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun acil servise gündüz ve 12-18 saatleri arasında kabul edildiği belirlendi. Araştırma bulguları ile uyumlu olarak Koca ve Tanrıku (2014) ile Bozdemir ve arkadaşları (2009) tarafından yapılmış olan çalışmalarda da onkoloji hastalarının acil servise en çok gündüz saatlerinde başvurdukları, araştırma bulgularına karşın Emet ve arkadaşları (2007) ise yapmış oldukları çalışmada %54'lk bir oran ile hasta başvurularının 17:00-08:00 saatleri arasında yoğunlaştığını bildirmişlerdir.

Elde edilen bulgular doğrultusunda bu araştırmaya katılan hastaların %21,5'inin acil servise ilk kez başvurduğu, acil servise gelmeden önce ilaç kullandığı ve yaşadıkları semptomları yatıştırmak için alternatif tedavi yöntemlerinden (nanelimon kullanımı, soğuk uygulama) yararlandıkları belirlendi. Düzen ve Korkmaz'ın (2012) kanser hastalarının yaşam kalitesi, semptom kontrolü ve tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemleri kullanım durumlarını belirlemek üzere yapmış oldukları bir çalışmada ise hastaların %14,5'inin alternatif tedavi yöntemlerinden yararlandıkları bildirilmiştir. Alternatif tedavi yöntemleri hastalığın klinik seyirini ve tedavisini etkileyebileceği için sağlık bakım profesyonellerinin bilgisi dahilinde olmadan bu yöntemleri kullanmamaları gerektiği konusunda hasta ve yakınlarını bilgilendirmenin önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada araştırmaya katılan hastaların tamamına yakınının, acil servisteki tedavi ve bakımı süreçleri boyunca kendilerine eşlik eden bir yakınlarının olduğu (eşi, kızı, oğlu, annesi, babası, kardeşi vb.) görüldü. Doğan ve Tan tarafından (2011) akciğer kanseri olan hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeyini belirlemek üzere yapılan bir çalışmada ise kanser hastalığının başlangıcında hastaların aile yeleri ve arkadaşları tarafından büyük oranda desteklendiği buna karşın zamanla

bu desteğin giderek azaldığı bildirilmiştir. Kanser, prognozu kötü ve korkutucu bir hastalık olması nedeniyle, onkoloji hastalarının hastalık sürecinde aile üyeleri ve yakınları tarafından fiziksel, psikolojik ve sosyolojik olarak desteklenmelerinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

5.2. EORTC QLQ-C30 Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası ortalama ve standart sapması $48,6 \pm 16,7$, Semptom Skalası ortalama ve standart sapması $50,1 \pm 14,5$ ve Genel Yaşam Kalitesi ortalama ve standart sapması $60,2 \pm 19,1$ olarak belirlendi. Bu çalışmada hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutundan aldıkları puanlar doğrultusunda, diğer alt boyutlarla karşılaştırıldığında dikkatini toplama ve hatırlamaya yönelik bilişsel fonksiyonlarını yansıtan yaşam kalitelerinin yüksek olduğu, buna karşın sosyal yaşantılarını ve aile yaşantılarını yansıtan sosyal fonksiyonlarına ilişkin yaşam kalitelerinin ise düşük olduğu belirlendi.

Bu çalışmada hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası alt boyutundan aldıkları puanlar doğrultusunda, yaşam kalitelerini etkileyen önemli bir faktör olan finansal zorluklar ile birlikte yorgunluk, iştahsızlık, ağrı semptomlarını oldukça fazla yaşadıkları belirlendi. Bıkmaz ve Ünsar (2009) tarafından lösemili hastaların yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeylerini belirlemek üzere yapılan bir çalışmada ise, hastaların en yüksek puanı EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutlarından rol fonksiyonu ile birlikte, araştırma bulgularımızla uyumlu olarak Semptom Skalası alt boyutlarından finansal zorluk boyutundan aldıkları bildirilmiştir. Bu konuda yapılmış olan diğer çalışmalarda da genel yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamasının $54,52 \pm 23,82$ olduğu, hastaların bilişsel, emosyonel, sosyal ve fiziksel fonksiyonlarının etkilendiği, yorgunluk, finansal zorluk, ağrı, uykusuzluk gibi sorunlar yaşadıkları saptanmıştır (Beşer ve Öz, 2001; Yazgan, 2014).

5.2.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyon Skalası Alt Boyutuna İlişkin Bulguların Tartışılması

Onkoloji hastalarının EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel skalasından aldıkları yüksek puan yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermekle birlikte, bu çalışmada hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutundan aldıkları puanlar doğrultusunda 18-25 ve 26-33 yaş grubunda bulunan,

erkek, bekar, üniversite ve lise mezunu, çalışan, sosyal güvencesi olmayan ve kronik bir hastalığa sahip olmayanlarda, mide kanseri tanısı alanlarda, son 12 ay içinde tanı konulanlarda, hastalığın 1. evresinde olanlarda, metastaz gelişmeyenlerde yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görüldü. Düzen ve Korkmaz tarafından (2012) bu konuda yapılmış olan bir çalışmada ise araştırma bulgularına karşın hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyon Skalası Alt Boyutundan elde ettikleri puanlar ile eğitim durumu, cinsiyet, medeni durumu ve tanı konulma zamanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı bildirilmiştir.

Bu çalışmada hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyon Skalası fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları ortanca puan değeri doğrultusunda, 18-25 yaş grubunda bulunan, erkek, bekar, lise ve üniversite mezunu, çalışan, kronik bir hastalığa sahip olmayan, lösemi tanısı alan, hastalık tanısı son 12 ay içerisinde konulan, hastalığın evre 1 ve 2 'sinde olan ve metastaz gelişmeyen hastalarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görüldü. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda ise araştırma bulgularımızla uyumlu olarak erkek hastaların yaşam kalitesinin kadın hastaların yaşam kalitesinden daha yüksek olduğu (Gürel ve Öztunç, 2007; Bıkmaz, 2009), tanı konulma zamanının yaşam kalitesini etkilediği (Düzen ve Korkmaz, 2012), araştırma bulgularına karşın hastanın fiziksel fonksiyon alt boyutu ile mesleği arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı bildirilmiştir. (Yazgan, 2014).

Bu çalışmada hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyon Skalası rol fonksiyon alt boyutundan aldıkları ortanca puan değeri doğrultusunda, 18-25 yaş grubunda bulunan, üniversite mezunu olan, çalışan, sosyal güvencesi olmayan, kronik bir hastalığa sahip olmayan, mide kanseri tanısı alan, tanısı son 12 ay içerisinde konulan, hastalığın 1. evresinde olan, metastaz gelişmeyen hastalarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görüldü. Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak bu konuda yapılmış olan bir çalışmada ise, yaş ve eğitim düzeyinin fonksiyon skalası alt boyutu rol fonksiyonunu etkilediği belirtilmiştir (Gürel ve Öztunç, 2007). Araştırma bulgularımıza karşın bu konuda yapılmış olan diğer çalışmalarda ise Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyon Skalası Rol Fonksiyonu alt boyutu puanı ile hastaların yaş grupları (Düzen ve Korkmaz, 2012), cinsiyet, yaşadığı yerleşim birimi ve tanı konulma zamanı (Gürel ve Öztunç, 2007) arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı belirtilmiştir.

Bu çalışmada hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyon Skalası emosyonel fonksiyon alt boyutundan aldıkları ortanca puan değeri doğrultusunda, sosyal güvencesi

olmayan, ilçe ve köyde yaşayan, geniş aile yapısına sahip olan, metastaz gelişmeyen ve şuan sağlık durumunu iyi olarak algılayan hastalarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görüldü. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda ise araştırma bulguları ile uyumlu olarak hastanın yaşadığı yerleşim biriminin hastaların Fonksiyon Skalası emosyonel alt boyutundan aldıkları ortanca puan değerini etkilediği (Düzen ve Korkmaz, 2012) buna karşın yaş grupları, tanı konulma zamanı (Düzen ve Korkmaz, 2012), cinsiyet, eğitim durumu (Gürel ve Öztunç, 2007) ve hastanın mesleği (Yazgan, 2014) gibi özelliklerin Fonksiyon Skalası emosyonel alt boyutundan alınan ortanca puan değerini etkilemediği bildirilmiştir.

Bu araştırmada hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyon Skalası bilişsel fonksiyon alt boyutundan aldıkları ortanca puan değeri doğrultusunda, 18-25 ve 26-33 yaş grubunda bulunan, öğrenci olan, sosyal güvencesi olmayan, çekirdek aile yapısına sahip olan, kronik bir hastalığa sahip olmayan ve şu an sağlık durumunu orta ve iyi olarak algılayan hastalarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görüldü. Araştırma bulguları ile uyumlu olarak bu konuda yapılan diğer çalışmalarda ise hastaların yaşı (Gürel ve Öztunç, 2007; Düzen ve Korkmaz, 2012) ve mesleklerinin (Yazgan, 2014) Fonksiyon Skalası bilişsel alt boyutundan aldıkları ortanca puan değerini etkilediği, buna karşın eğitim düzeyi, tanı konulma zamanı (Gürel ve Öztunç, 2007), yaşadığı yerleşim birimi (Düzen ve Korkmaz, 2012), cinsiyeti ve hastalığın evresi (Yazgan, 2014) gibi özelliklerin ise hastaların Fonksiyon Skalası bilişsel alt boyutundan alınan ortanca puan değerini etkilemediği bildirilmiştir.

Bu çalışmada hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyon Skalası sosyal fonksiyon alt boyutundan aldıkları ortanca puan değeri doğrultusunda, sosyal güvencesi olmayan hastalarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görüldü. Araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan diğer çalışmalarda ise yaş grubu, yaşadığı yerleşim birimi ve medeni durumu gibi özelliklerin ise hastaların Fonksiyon Skalası sosyal alt boyutundan alınan ortanca puan değerini etkilemediği bildirilmiştir (Gürel ve Öztunç, 2007; Düzen ve Korkmaz, 2012).

Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyon Skalası fiziksel fonksiyon, rol fonksiyon, emosyonel fonksiyon, bilişsel fonksiyon ve sosyal fonksiyon alt boyutlarından aldıkları ortanca puan değerleri yapılan çalışmalara göre farklılık göstermekle birlikte bu durumun hastalığın tanısı, evresi, metastaz gelişme durumu, hastanın yaşı, cinsiyeti ve çalışma durumu gibi

hastaya ait sosyo-demografik ve klinik özelliklerin farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

5.2.2. Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Skalası Alt Boyutlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Onkoloji hastalarının EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Skalasından aldıkları düşük puan yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermekle birlikte, hastaların Semptom Skalası yorgunluk alt boyutundan aldıkları ortalama puan değeri doğrultusunda lösemi ve mide kanseri tanısı alan, hastalığın 2. evresinde olan hastalarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görüldü. Araştırma bulguları ile uyumlu olarak bu konuda yapılan diğer çalışmalarda ise hastalığın evresinin (Yazgan, 2014) Semptom Skalası yorgunluk alt boyutundan aldıkları ortalama puan değerini etkilediği, buna karşın hastaların yaşı, yaşadığı yerleşim birimi, tanı konulma zamanı (Gürel ve Öztunç, 2007; Düzen ve Korkmaz, 2012) gibi özelliklerin ise hastaların Semptom Skalası yorgunluk alt boyutundan alınan ortalama puan değerlerini etkilemediği bildirilmiştir.

Bu çalışmada hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Skalası ağrı alt boyutundan aldıkları ortalama puan değeri doğrultusunda 18-25 yaş grubunda bulunan, erkek, öğrenci, geliri giderlerinden fazla olan, kronik bir hastalığa sahip olmayan, kolon kanseri tanısı alan, son 12 ay içerisinde tanısı konulan, hastalığının 1. ve 2. evresinde olan ve metastaz gelişmeyen hastalarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görüldü. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda ise araştırma bulguları ile uyumlu olarak hastanın yaşı (Gürel ve Öztunç, 2007) ve hastalığın evresinin (Yazgan, 2014) hastaların Semptom Skalası ağrı alt boyutundan aldıkları ortalama puan değerini etkilediği buna karşın yaşadığı yerleşim biriminin (Düzen ve Korkmaz, 2012) Semptom Skalası ağrı alt boyutundan aldıkları ortalama puan değerini etkilemediği bildirilmiştir.

Bu çalışmada hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Skalası dispne alt boyutundan aldıkları ortalama puan değeri doğrultusunda 18-25 yaş ve 26-33 yaş grubunda bulunan, lise ve üniversite mezunu olan hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görüldü. Bu konuda yapılan bir çalışmada ise araştırma bulguları ile uyumlu olarak hastanın tıbbi tanısı ve hastalığın evresi gibi özelliklerin Semptom Skalası dispne alt boyutundan alınan ortalama puan değerini etkilemediği bildirilmiştir (Yazgan, 2014).

Bu çalışmada hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Skalası uykusuzluk alt boyutundan aldıkları ortanca puan değerinin hastaların yaş grubuna ve hastalığın evresine göre farklılık gösterdiği görüldü. Bu konuda yapılan bir çalışmada ise araştırma bulgularına karşın hastanın yaşının Semptom Skalası uykusuzluk alt boyutundan alınan ortanca puan değerini etkilemediği bildirilmiştir (Düzen ve Korkmaz, 2012).

Bu çalışmada hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Skalası konstipasyon alt boyutundan aldıkları ortanca puan değerinin hastalığın evresine göre farklılık gösterdiği görüldü. Bu konuda yapılan bir çalışmada ise araştırma bulgularını destekler yönde Yaşam Kalitesi Semptom Skalası konstipasyon alt boyutu ile hastalığın evresi arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu belirtilmiştir (Yazgan, 2014).

Bu çalışmada hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Skalası diyare alt boyutundan aldıkları ortanca puan değerinin tanı konulma zamanı ve şu an sağlık durumunu algılama durumuna göre farklılık gösterdiği görüldü. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda ise araştırma bulgularına karşın Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Skalası diyare alt boyutu ile tanı konulma zamanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (Gürel ve Öztunç, 2007; Düzen ve Korkmaz, 2012).

Bu çalışmada hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Skalası finansal zorluklar alt boyutundan aldıkları ortanca puan değerinin üniversite mezunu olan, geliri giderlerinden fazla olan, lösemi, meme ve akciğer kanseri tanısı alan, son 12 ay ve 16-60 ay süresi içerisinde tanısı konulan hastalarda daha yüksek olduğu görüldü. Düzen ve Korkmaz'ın (2012) yapmış oldukları araştırma da ise çalışma bulgularımıza karşın Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Skalası finansal zorluklar alt boyutu ile tanı konulma zamanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir.

Bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Skalası yorgunluk, bulantı ve kusma, ağrı, dispne, uykusuzluk, iştahsızlık, konstipasyon, diyare ve finansal zorluklar alt boyutlarından aldıkları ortanca puan değerleri yapılan çalışmalara göre farklılık göstermekle birlikte, bu durumun hastanın yaşı, cinsiyeti ve çalışma durumu, hastalığın tanısı, hastalığın evresi, tıbbi tanının konulma zamanı gibi hastaya ait sosyo-demografik ve klinik özelliklerin farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

5.2.3. Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikleri ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Genel Yaşam Kalitesi Ortanca Puan Değerlerinin Tartışılması

Hastaların EORTC QLQ-C30 Ölçeği Genel Yaşam Kalitesi alt boyutundan aldıkları yüksek puan yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermekle birlikte, bu çalışmada hastaların Genel Yaşam Kalitesi alt boyutundan aldıkları puanlar doğrultusunda 18-25 yaş grubunda bulunan, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunu olan, öğrenci, çekirdek aile yapısına sahip olan, hastalığın 1. 2. ve 3. evresi olan, şu an sağlık durumunu orta ve iyi olarak algılayan hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görüldü. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda ise araştırma bulguları ile uyumlu olarak hastanın yaşı, eğitim düzeyi ve yaşadığı yerleşim biriminin (Gürel ve Öztunç, 2007) hastaların Genel Yaşam Kalitesi alt boyutundan aldıkları ortanca puan değerini etkilediği buna karşın cinsiyet ve medeni durum (Yazgan, 2014) gibi özelliklerinin ise Genel Yaşam Kalitesi alt boyutundan aldıkları ortanca puan değerini etkilemediği bildirilmiştir.

Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Yaşam Kalitesi alt boyutundan aldıkları ortanca puan değerleri yapılan çalışmalara göre farklılık göstermekle birlikte, bu durumun hastanın yaşı, cinsiyeti ve çalışma durumu, hastalığın tanısı, hastalığın evresi, tıbbi tanının konulma zamanı gibi hastaya ait sosyo-demografik ve klinik özelliklerin farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

5.3. Hemşirelik Bakımı Algılayış Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamasının $37,8 \pm 10,5$ olduğu, Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği 7. maddesinin "Hemşireler hastaneyle ilgili bilmediğim şeyler hakkında bana bilgi verdiler" en düşük minimum değere (2,0), Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği 10. maddesinin "Hemşirelerin hastalığının benim için ne demek olduğunu anladıklarını hissediyorum" en yüksek maksimum değere (3,3) sahip olduğu belirlendi. Aydın ve Kaşıkçı'nın (2014) bir üniversite hastanesinde hastaların hemşirelik bakımını algılayış durumlarını belirlemek üzere yapmış oldukları bir araştırmada ise hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamasının $62,64 \pm 10,08$ olduğu ve hastaların hemşirelik bakımından ortanın üzerinde memnun oldukları bildirilmiştir. Bu konuda yapılmış olan diğer bir çalışmada ise (Şişe, 2013), Hemşirelik Bakımını

Algılayış Ölçeği ortalama puanının $86,4 \pm 16,6$ olarak belirlendiği ve hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu konuda yapılan diğer araştırma bulgularıyla karşılaştırıldığında (Şişe 2013; Aydın ve Kaşıkçı, 2014) bu çalışmada hastaların hemşirelik bakımından orta düzey memnun oldukları ve bu durumun araştırmanın onkoloji hastalarının üzerinde yapılmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeğinden aldıkları yüksek puan memnuniyet düzeylerinin düşük olduğunu göstermekle birlikte hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeğinden aldıkları puanlar doğrultusunda geliri giderlerine eşit olan, kronik bir hastalığa sahip olan ve metastaz gelişen hastalarda memnuniyet düzeyinin düşük olduğu görüldü. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda ise araştırma bulguları ile uyumlu olarak kronik bir hastalığa sahip olma durumunun hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeğinden alınan puan ortalamasını etkilediği (Aydın ve Kaşıkçı; 2014) buna karşın cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşadığı yerleşim birimi ve gelir durumu gibi özelliklerin ise Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeğinden alınan puan ortalamasını etkilemediği bildirilmiştir (Kaya ve Yılmaz, 2011; Şişe, 2013; Aydın ve Kaşıkçı, 2014).

5.4. EORTC QLQ-C30 ve Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması

EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutlarından emosyonel fonksiyon alt boyut puanı ile Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği puanı arasında negatif yönde anlamlı, zayıf bir ilişki belirlenmiştir. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği emosyonel fonksiyon alt boyut puanı azaldıkça Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği puanı artmaktadır. Bu doğrultuda, emosyonel fonksiyonlar ile ilişkili yaşam kalitesi düşük olan hastaların hemşirelik bakımından memnun olma düzeyleri daha düşüktür. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyon Skalası alt boyutlarından sosyal fonksiyon alt boyut puanı ile Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği puanı arasında negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki belirlenmiştir. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği sosyal fonksiyon alt boyut puanı azaldıkça Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği puanı artmaktadır. Bu doğrultuda sosyal fonksiyonlar ile ilişkili yaşam kalitesi düşük olan hastaların hemşirelik bakımından memnun olma düzeyleri daha düşüktür. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Skalası

alt boyutlarından ağrı alt boyut puanı ile Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği puanı arasında pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki belirlenmiştir. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ağrı alt boyutu puanı arttıkça Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği puanı da artmaktadır. Bu doğrultuda ağrı ile ilişkili yaşam kalitesi düşük olan hastaların hemşirelik bakımından memnun olma düzeylerinin de daha düşük olduğu görülmüştür.

Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeğinden aldıkları puanlar doğrultusunda fiziksel fonksiyon, emosyonel fonksiyon ve sosyal fonksiyonu düşük olan ve ağrısı olan hastaların hemşirelik bakımından memnun olma durumlarının düşük olması çalışmamızın onkoloji hastaları üzerinde yapılmasından, hastaların %31,3'ünün hastalığın evre 3 ve 4'ünde olmasından, %24,4'ünde metastaz gelişmesinden ve hastaların psiko-sosyal durumunun bu hastalıktan etkilemesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmaya katılan hastaların %41,1'ini kadınların, %58,9'unu erkeklerin oluşturduğu; %63,6'sının bekar, %29,4'ünün lise mezunu, %33,2'sinin ev hanımı olduğu; %98,6'sının sosyal güvencesinin bulunduğu; %44,9'unun il merkezinde yaşadığı belirlenmiş olup yaş ortalaması $50,5 \pm 16,6$ yıldır.

Hastaların %33,6'sının kronik bir hastalığa sahip olduğu, %43,1'inde hipertansiyon bulunduğu, %43'ünün lösemi, %12,1'inin meme kanseri tanısı aldığı, hastaların %40,2'sine tanının son 12 ay içinde konulduğu, hastaların, %41,6'sının Evre 1 olduğu, %100'üne kemoterapi, %23,4'üne cerrahi tedavi, %19,2'sine radyoterapi uygulandığı, hastaların %24,3'ünde metastaz geliştiği belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %33,8'inin yorgunluk/halsizlik, %24,4'ünün ateş, %23'ünün bulantı-kusma şikayeti ile acil servise başvurduğu, %52,3'ünün acil servise gündüz kabul edildiği, %78,5'inin daha önce çeşitli şikayetler nedeni ile acil servise başvurduğu, %8,4'ünün acil servise gelmeden önce ilaç kullandığı, %5,6'sının alternatif tedavi yöntemlerinden yararlandığı saptanmıştır.

Çalışma kapsamına alınan hastaların %86,9'unun aldıkları tıbbi tedaviden memnun olduğu, %95,2'sinin alınan tıbbi tedaviyle ilgili memnuniyet düzeylerini iyi olarak tanımladığı, verilen bakım ve tedavi ile ilgili açıklamanın %46,8'inin doktorlar, %41,4'ünün hemşire ve doktor tarafından yapıldığı, %56,1'inin acil serviste çalışan hemşirelerin kendilerine olan yaklaşımlarını iyi olarak değerlendirdiği belirlenmiştir.

Bu araştırmada hastaların dikkatini toplama ve hatırlamaya yönelik bilişsel fonksiyonlarını yansıtan yaşam kalitelerinin yüksek olduğu, buna karşın sosyal yaşantılarını ve aile yaşantılarını yansıtan sosyal fonksiyonlarına ilişkin yaşam kalitelerinin ise düşük olduğu görüldü. Bununla birlikte hastaların yaşam kalitelerini etkileyen önemli bir faktör olan finansal zorluklar ile yorgunluk, iştahsızlık, ağrı gibi semptomları oldukça fazla yaşadıkları saptanmıştır. 18-25 yaş grubunda bulunan, çalışan, kronik bir hastalığa sahip olmayan, evre 1 olan ve şu an sağlık durumunu iyi olarak tanımlayan hastalarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte bu araştırmada kronik bir hastalığa sahip olan ve metastaz gelişen onkoloji hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi.

Bu alışmada EORTC QLQ-C30 Fonksiyon Skalası alt boyutlarından emosyonel fonksiyon ve sosyal fonksiyon alt boyutları ile Hemşirelik Bakımını Algılayış leği arasında negatif yönde anlamlı, zayıf bir ilişki belirlenmiştir. Bu doğrultuda EORTC QLQ-C30 Fonksiyon Skalası alt boyutu emosyonel fonksiyon ve sosyal fonksiyon ile ilişkili yaşam kalitesi düşük olan hastaların hemşirelik bakımından memnun olma düzeylerinin de düşük olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte EORTC QLQ-C30 Semptom Skalası alt boyutlarından ağrı ile Hemşirelik Bakımını Algılayış leği puanı arasında da pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki belirlenmiştir. EORTC QLQ-C30 ağrı alt boyutundan alınan puan arttıa Hemşirelik Bakımını Algılayış leği puanının da arttığı, ağrı ile ilişkili yaşam kalitesi düşük olan hastaların hemşirelik bakımından memnun olma düzeylerinin düşük olduğu ortaya çıkarıldı.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Onkoloji hastalarının yaşamış oldukları semptomlar ve hastalığın kişiyi etkileme durumu bireyden bireye farklılık göstermesi nedeni ile hemşirelik bakımı planlanırken bu farklılıkların göz önünde bulundurulması,
- Onkoloji hastaların da özellikle yorgunluk, iştahsızlık, ağrı semptomlarının periyodik olarak uygun skalalar kullanılarak değerlendirilmesi ve bu semptomları azaltmaya yönelik hemşirelik bakımının planlanması,
- Kronik bir hastalığı sahip olan ve hastalığın ileri evresinde bulunan onkoloji hastalarının yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik gerekli hemşirelik girişimlerinin planlanması,
- Onkoloji hastalarının hemşirelik bakımını algılayış durumları ile bu duruma etki eden faktörlerin belirlenmesi ve bu faktörlerin hemşirelik bakım ve uygulamalarında göz önünde bulundurulması,
- Onkoloji hastalarının sosyal yaşantılarını ve aile ilişkilerini güçlendirmek amacı ile psikolojik destek ile birlikte rehberlik ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi,
- Bu konuda yapılan çalışma sayısı sınırlı olması nedeni ile hastaların hemşirelik bakımını algılayış durumlarını etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik araştırmaların artırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Acıbadem Meme Sağlığı Merkezi <http://www.memesagligi.com/hormon-tedavisi/>
Erişim:20.12.2015.
- Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset;
2004; 243-306.
- Akın S. Onkolojik Aciller. Onkoloji Hemşireliği. Editör; Doç. Dr Gülbeyaz Can Nobel
Kitabevi İstanbul 2014; 517-540.
- Albayrak Okçin F. Kanser Sürecinde Hastaya Yaklaşım Onkoloji Hemşireliği. Editör;
Doç. Dr. Gülbeyaz Can Nobel Kitabevi İstanbul 2014; 925-930.
- Altıok H, Şengün F, Üstün B. Bakım: Kavram Analizi Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu. Elektronik Dergisi 2011, 4(3); 137-140.
- Arifoğlu A, Dağoğlu N, Küçüçük S, Oral E. Onkoloji Hemşireliği. Doç.Dr.Gülbeyaz
Can. Nobel Kitabevi 2014; 20-27.
- Arslan S, Bölükbaş N. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.
Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2003;6(3);38-46.
- Aslan Ö, Vural H, Kömürçü Ş, Özet A. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarına Verilen
Eğitimin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu
Dergisi 2006; 10(1); 16-27.
- Aştı Atabek T, Karadağ A. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. Akademi
Basın ve Yayıncılık İstanbul, 2012; 210-220.
- Ateş S. Kemoterapiye Bağlı Alopesi Algısı ve Yaşam Kalitesi. Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Doktora Tezi, 2011;6-127.
- Aydın M. Bir Üniversite Hastanesindeki Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayışları.
Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi,
2014; 28-34.
- Balcı N, Balcı M, Kara Sargut K, Akay N, Yıldırım A, Yazar C, Budak E, Elçi H, Kayış
L, Yamakoğlu Z, Sert M, Karaman N, Taşkın P, Şık S, Babacan Yılmaz Ü.
Editörler; Leyla Karakuş, Yaman Karakoç. Onkolojik Hastalıklar ve
Hemşirelik Bakımı El Kitabı. Ankara: 2005; 5-36.
- Beşer N. Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Yaşam Kalitesi. Hacettepe
Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Bilim Uzmanlığı Tezi, 2001;
6-70.
- Bıkmaz Z. Lösemili Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin
Belirlenmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, Yüksek
Lisans Tezi, 2009; 59-89.

- Björkdal, K. Hammerlidalid E, Ahlner-Elmqvist M. (1999) Quality of life in head and neck cancer patients: validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire H&N35. *Journal Clinical Onkolog.* 17, 1008-1019.
- Bozdemir N, Eray O ,Eken C Şenol Y, Artaç M, Samur M Demographics, Clinical Presentations and Outcomes of Cancer Patients Admitted to the Emergency Department. *Turk J Med Sci*, 2009; 39 (2); 235-240.
- Bölüktaş R. Onkoloji Alanında Sonuç Göstergesi Olarak Yaşam Kalitesinin Kullanımı. *Onkoloji Hemşireliği*. Editör; Doç. Dr. Gülbeyaz Can Nobel Kitabevi, 2014; 95-105.
- Büker N, Şen F. Onkoloji Hastasında Kemoterapi ve Bakım Onkoloji Hemşireliği. Editör; Gülbeyaz Can Nobel Kitabevi İstanbul 2014; 205-213.
- Chochinov HM. Depression in cancer patients. *The Lancet Oncology*, 2001; 2(8); 499-505.
- Cin S. Oral Kemoterapi Tedavisi Alan Hastalara Verilecek Planlı Eğitimin Tedaviye uyuma ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi*, 2009; 9-63.
- Cleeland CS. Cancer related symptoms. *Seminars in Radiation Oncology*, 2000b; 10(3); 175-190.
- Courtens AM, Stevens J, Crebolder M. ‘Longitudinal Study on Quality of Life and Social Support in Cancer Patient’ *Cancer Nursing*. 19(3), 1996;1-16.
- Çapar S. Kemoterapi Gören Kanserli Hastalarda Ağrı ile Anksiyete ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, Yüksek Lisans Tezi*, 2010; 3-34.
- Çoban İ, Kaşıkçı M. Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi*, 2006; 14-22.
- Dağıstan G. Kanser Hastalarında Ağrının Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkileri. *Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Antalya, Uzmanlık Tezi*, 2014; 2-8.
- Dalay N, Buyru N. Kanser Biyolojisi. *Onkoloji Hemşireliği*. Editör; Gülbeyaz Can Nobel Tıp Kitabevleri İstanbul 2014; 7-15.
- Deniz M. Ayaktan Kemoterapi Alan Hastalar ve Yakınlarında Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne, Uzmanlık Tezi*, 2011; 9-31.

- Doğan N. Akciğer Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2011; 26-31.
- Düzen K. Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi, Semptom Kontrolü ve Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımlarının İncelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta, Yüksek Lisans Tezi, 2012; 19-45.
- Emet M, Uzkeser M, Eroğlu M, Aslan Ő, akır Z. Bir Devlet Hastanesi Acil Servisine Bir Yılda Başvuran Hastaların Zamanla İlişkisi EAJM, 2007; 119-123.
- Global Cancer Facts & Figures, American Cancer Society. Special Section: Female Breast Cancer 2012; 37.
- Gülgün C. Akciğer Kanserli Bireylerde Tamamlayıcı ve Alternatif Kullanımı ve Yaşam Kalitesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 17-50.
- Gülses S. Çocuk Hematoloji-Onkoloji Hasta ve Ebeveynlerinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Erzurum, 2012; 10-23.
- Gültekin M, Boztaş G. Türkiye Kanser İstatistikleri Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 2014; 2-30.
- Gürel D. ukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişikin Onkoloji, Hematoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. ukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 11-70.
- Güzelant A. ve ark (2004) The European Organization For Research And Treatment Of Cancer EQRTC-QLQ C-30; An Examination Into The Culturel Validity And Rellability Of Turkis version Of QLQ C-30 , European Journal Of Cancer Care 13(2); 135-144.
- Hasbahçeci M, Müslümanoğlu M. Genel Cerrahi- Güncel Uygulamalar. Onkoloji Hemşireliği. Editör; Doç.Dr. Gülbeyaz Can Nobel Kitabevi İstanbul 2014; 111-132.
- Kambek S, Akal N. Kemik İliği Transplantasyonunun Çocuk Ağız-Diş Sağlığı Üzerine Etkileri, Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2001; 4(1); 57-60.
- Kaptan G, Dedeli Ö. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği 1.Baskı, İstanbul: Oray Basım, 2012; 149-184.
- Karakurt Ö, Melli M. Antineoplastik Kemoterapinin Bireyselleştirilmesi ve Farmakogenetik, Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi Derleme, 2005-15(3); 156-164.

- Kaya F. Hemşirelerin İletişim ve Empatik Beceri Düzeyleri ile Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayışlarının Karşılaştırılması. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, Yüksek Lisans Tezi, 2011; 35-60.
- Kayış A. Kanser Hastalarında Beden İmajı Sorunu ve Hemşirelik Yaklaşımı. Acıbadem Kozyatağı Hastanesi Onkoloji Vaka Yönetici Hemşiresi 2012.
- Kızılcı S. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999;2.
- Kızır A, Güveli ME. Radyoterapinin İlkeleri. Onkoloji Hemşireliği. Editör; Doç.Dr. Gülbeyaz Can Nobel Kitabevi İstanbul 2014; 133-143.
- Koca Ş. Acil Servise Başvuran Onkolojik Hastaların Klinik ve Demografik Özellikleri. Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Zonguldak, Uzmanlık Tezi, 2014; 32-45.
- Koçak S, Ertekin B, Polat M, Girişgin S, Kara H. Onkolojik Hastaların Acil Servise Başvuru Nedenleri. Sakarya MJ 2012;2(1); 16-20.
- Kutluk T, Kars A. Kanser Konusunda Genel Bilgiler, Ankara, Başbakanlık Basımevi, 1992; 14-46.
- Nordin K, Berglund G, Glimelius B, Sjöden PO. Predicting Anksiyete and Depression Among Cancer Patients: A Clinical Model. European Journal of Cancer, 2001; 37(3); 376-384.
- Nowell PC. The Clonal Evolution of Tumor Cell Populations. Science 1976; 194(2460); 23-28.
- Öner H. Cerrahi Onkolojik Hastalarda Spritualite ve Yaşam Kalitesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, Yüksek Lisans Tezi, 2012; 8-13.
- Özyılkan Ö. (2004). Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesinin Önemi. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı. Ankara. <http://www.baskent-adn.edu.tr/dokumanlar/kanser%20hastalari2.pdf> Erişim: 25.12.2015.
- Raison CL, Miller AH. Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. Biological Psychiatry, 2003;54; 283–294.
- Rustoen T et al. Quality of life in newly diagnosed cancer patients. Journal of Advanced Nursing. 1999-29 (2); 490-498.
- Ryan H, Schofield P, Cockburn J, Butow P, Tattersall M, Turner J, Girgis A, Bandaranayake D, Bowman D. How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. European Journal of Cancer Care, 2005;14(1); 7–15.

- Sadırlı K S. Kanserli Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Edirne, Yüksek Lisans Tezi, 2008; 6-40.
- Sipahioğlu H. (1981). Medikal Onkolojide Tedavi Prensipleri ve Protokoller, Hacettepe-Taş Kitapçılık; 7-12.
- Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biological Psychiatry* 2003;54; 269–282.
- Stark DPH, House A. Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 2000; 83(10); 1261–1267.
- Şişe Ş. Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyeti Kocatepe Tıp Dergisi Mayıs 2013;14 69-75.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, 2012 <http://kanser.gov.tr/> Erişim:7.12.2015.
- Türkiye İstatistik Kurumu, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855> Mart, 2015 Erişim:6.11.2015.
- Ünsar S, Fındık YÜ, Kurt S, Özcan H. Kanserli Hastalarda Evde Bakım ve Semptom Kontrolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007; 2(5); 89-106.
- Yaylacı S, Topuzoğlu A, Karcıoğlu Ö. Acil Servise Başvuran Kanser Hastalarının Klinik Karakteristikleri ve Bir Yıllık Sağkalımları Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi 2009;19(4);213-221.
- Yazgan E. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç ve Maneviyatın Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi. *Anakara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi*, 2014; 45-86.
- Yıldırım N. Çocuk Onkoloji Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa, Uzmanlık Tezi*, 2011; 6-16.
- World Cancer Report World Health Organization, International Agency For Research on Cancer, 2008. Peter Boyle and Bernard Levin. Lyon 2008.
- World Health Organization, 2010 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/> Erişim:6.10.2015

EKLER

Ek-1 Anket Formu

ACİL SERVİSE BAŞVURAN ONKOLOJİ HASTALARININ YAŞAM KALİTESİ İLE HEMŞİRELİK BAKIMINI ALGILAYIŞ DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu araştırma OMÜ Tıp Fakültesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi acil servisine çeşitli problem ve şikayetler nedeniyle başvuran onkoloji hastalarının yaşam kalitesi ve hemşirelik bakımını algılayış durumunu değerlendirmek amacı ile yapılmaktadır. Araştırma başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu nedenle ankette yer alan soruları eksiksiz cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Bu araştırmaya katılmak istemiyorsanız soruları yanıtlamayabilirsiniz. Ayrıca araştırmaya katılıp katılmama durumunuz tedavinizi etkilemeyecektir.

Araştırmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden **TEŞEKKÜR** EDERİM.

OMÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi **Özge KOBAK**
Sorumlu/Koordinatör Araştırmacı
Doç. Dr. **Zeliha KOÇ**
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Samsun Sağlık Bilimleri Fakültesi

HASTAYI TANITICI BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3. Medeni Durumunuz: () Bekar () Evli () Boşanmış /Dul

4. Eğitim Durumunuz:

() Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise

() Üniversite

5.Çalışıyor musunuz?: ()Evet ()Hayır

6.Mesleğiniz:

()Ev hanımı ()İşçi ()Memur ()Serbest Meslek ()Emekli ()Öğrenci ()İşsiz ()Diğer (belirtiniz):

Ek -1 (Devamı)

7. Sosyal güvenceniz var mı? () Var () Yok

8. Halen yaşadığınız yerleşim birimi: () İl () İlçe () Köy

9. Aile yapınız: ()Çekirdek aile ()Geniş aile

10. Çocuk sahibi olma durumunuz: ()Evet ()Hayır

11.Gelir durumunuz: ()Gelir giderden az ()Gelir gidere eşit ()Gelir giderden fazla

12. Kronik bir hastalığınız var mı? ()Evet ()Hayır

13.Cevabınız evet ise bu hastalıkların ne/neler olduğu:

()Diyabet ()Hipertansiyon ()Kalp hastalığı ()Böbrek hastalığı ()KOAHA

()Diğer(belirtiniz):

14. Mevcut tanınız:

()Mide CA ()Özefagus CA ()Meme CA ()Beyin CA ()Kolon CA ()Lösemi

()Rektum CA ()Böbrek CA ()Mesane CA ()Akciğer CA ()Karaciğer CA (

)Larink CA ()Nazofarenks CA ()Prostat CA ()Over CA ()Uterus CA ()Serviks CA

()Safra yolları ile ilgili CA ()Yumuşak doku CA ()Tiroid CA ()Diğer(Belirtiniz)

15. Sigara içme durumu:()Evet ()Hayır ()Bırakmış

16. Sigarayı içip bıraktı ise kaç yıl sigara kullandığı:

17. Alkol kullanma durumu:()Evet ()Hayır ()Bırakmış

18. Alkol kullanıp bıraktı ise kaç yıl alkol aldığı:

19. Hastalık tanınız ne zaman konuldu?

20. Hastalığınızın klinik evresi:

21.Başka bir organa yayılma (metastaz) var mı? ()Var ()Yok

22.Cevap evet ise hangi organ/organlara yayılım gösterdiği:

()Sürrenal ()Karaciğer ()Akciğer ()Kemik ()Beyin ()Cilt (

)Diğer(belirtiniz):

23. Hastalığınızı nasıl algıyorsunuz?

() Tedavi edilemeyen bir hastalık

() Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık

() Kolay tedavi edilebilen bir hastalık

24.Hastalığınıza uyum sağlayabildiniz mi: () Evet () Hayır

25. Şimdiki sağlık durumunuzu nasıl algıyorsunuz?

()Çok kötü 2()Kötü ()Orta ()İyi ()Çok iyi

Ek -1 (Devamı)

26.Hastalığınızın tedavisine ne zaman başladınız?

27.Bu güne kadar uygulanan tedavi türleri:

()Cerrahi ()Radyoterapi ()Kemoterapi ()Hormon terapisi

28.Şu anda acile başvurma neden/nedenleri:

()Ağrı ()Ateş ()Nefes darlığı ()Anemi ()Üriner retansiyon ()Hematemez ()Rektal kanama ()Öksürük ()Ağızdan alım yetersizliği ()Hematüri ()Hemoptizi ()Yorgunluk/halsizlik ()Uyuklama ()Konfüzyon ()Diyare ()Bulantı-kusma ()Öksürük ()Balgam çıkarma ()Kilo kaybı ()Abdominal distansiyon ()Senkop ()Genel durum bozukluğu ()Depresyon ()Kemoterapiye bağlı enfeksiyon ()Diğer(belirtiniz):

29. Eğer acile ağrı şikayeti ile başvurdu ise ağrının bölgesi:

()Karın ()Baş ()Göğüs ()Bel ()Diğer(belirtiniz):

30. Acile kabul zamanı ()Gündüz ()Gece

31. Acile başvurma saati: ()6-12 ()12-18 ()18-24 ()24-06

32. Hastaneye ne ile geldiği:

()Ambulans ()Kendi arabaları

33.Acile gelmeden önce şikayeti ile ilgili evde ilaç kullanma durumu: ()Evet ()Hayır

34.Cevabı evet ise hangi ilacı kullandığı:

35. Acile başvurmadan önce alternatif tedavi kullanma durumu : ()Evet ()Hayır

36.Cevabı evet ise kullandığı alternatif tedavi yöntemleri:

37.Daha önce acile başvurma durumu: ()Evet ()Hayır

38. Cevabı evet ise daha önce başvurma neden/nedenleri:

()Ağrı ()Ateş ()Nefes darlığı ()Anemi ()Üriner retansiyon ()Hematemez ()Rektal kanama ()Öksürük ()Ağızdan alım yetersizliği ()Hematüri ()Hemoptizi ()Yorgunluk/halsizlik ()Uyuklama ()Konfüzyon ()Diyare ()Bulantı-kusma ()Öksürük ()Balgam çıkarma ()Kilo kaybı ()Abdominal distansiyon ()Senkop ()Genel durum bozukluğu ()Depresyon ()Kemoterapiye bağlı enfeksiyon ()Diğer(belirtiniz):

39. Acile başvuru sıklığı:

()İlk kez başvurudum ()1 kez ()2 kez ()3 kez ()4 kez ()5kez ()6 kez ()7 ve üzeri

Ek -1 (Devamı)

40. Aldığınız tıbbi tedaviden memnun musunuz? () Evet () Hayır

41. Cevabınız evet ise memnuniyet düzeyiniz: ()Mükemmel ()Çok iyi ()İyi ()Kötü
()Çok kötü

42. Tedavi süresince size eşlik eden bir yakınınız var mı?() Evet () Hayır

43.Cevabınız evet ise bu bireyin size yakınlık derecesi:

44. Yapılan tedavi ve uygulamalar hakkında size açıklama yapılıyor mu?() Evet ()
Hayır

45.Cevabınız evet ise bu açıklamalar kim/kimler tarafından yapılıyor?

46.Yapılan tedavi ve uygulamalar ile ilgili açıklamaları yeterli buluyor musunuz?

()Evet ()Kısmen ()Hayır

47. Acil serviste çalışan hemşirelerin size olan yaklaşımlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?

()Çok kötü ()Kötü ()Orta ()İyi ()Çok iyi

48.Öğrenmek istediğiniz soruları hemşirelere sorduğunuzda yeterli yanıt alabiliyor musunuz?

()Evet ()Kısmen ()Hayır

49. Size uygulanan hemşirelik bakım ve uygulamaları ile ilgili olarak karar alınırken görüşünüze başvuruluyor mu?

() Benimle ilgili her konuda görüşüm alınıyor, kararları birlikte veriyoruz

() Bazı konularda görüşüm alınıyor, kararları daha çok hemşireler veriyor

() Hemşirelik bakımı konusunda bir fikrim yok, kararları onlara bırakıyorum

50. Tedaviniz süresince, saygı görerek tedavi edildiğinizi düşünüyor musunuz?

()Evet ()Kısmen ()Hayır

51.Tedavi şekli: ()Tedavi edilip taburcu edildi ()Acile yatırıldı ()Diğer kliniklere yatırıldı

Ek-2 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30)

Siz ve sağlığınız hakkında bazı şeylerle ilgileniyoruz. Soruların “doğru” veya “yanlış” yanıtları yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır. Lütfen soruların tamamını size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız.

Hiç diyorsanız 1’i,

Biraz diyorsanız 2’yi,

Oldukça diyorsanız 3’ü,

Çok diyorsanız 4’ü işaretleyiniz.

1=Hiç

2=Biraz

3= Oldukça

4=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 tuvaleti 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:

Ek -2 (Devamı)

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**

Aşağıdaki sorular için 1 ila 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız

1=Çok kötü

7=Mükemmel

29. Geçen haftaki sağlığını genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?**1 2 3 4 5 6 7**

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?**1 2 3 4 5 6 7**

Ek-3 Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği (HHBAÖ)

Aşağıda hemşirelerin size verdikleri bakım hakkında ifadeler bulunmaktadır. Sizden her ifadeye tanımlanan yargılara katılma durumunuzu belirtmeniz istenmektedir.

	Katılıyorum	Biraz katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Hemşireler daha gerçekçi olmama yardımcı oldular.					
2. Hemşireler ihtiyacım olandan fazlasını düşündüler					
3. Hemşireler isteklerimle hemen ilgilendiler.					
4. Hemşireler bakım esnasında tüm dikkatlerini bana verdiler					
5. Hemşireler çoğu şeyi bana sorarak yaptılar.					
6. Hemşireler hastanede beni rahat ettirdiler.					
7. Hemşireler hastaneyle ilgili bilmediğim şeyler hakkında bana bilgi verdiler.					
8. Hemşirelerin benim gereksinimlerim ve isteklerime dair ilgili kişileri uyardıklarından eminim.					
9. Hemşirelere ihtiyacım olduğunda yanımda olacaklarından eminim.					
10. Hemşirelerin hastalığımanın benim için ne demek olduğunu anladıklarını hissediyorum.					
11. Bazı sorunların, hemşirelerin çabaları sayesinde önlendiğini biliyorum.					
12. Hemşireler hastalığıma ilişkin korkularımla başa çıkmamda bana yardımcı oldular.					
13. Hemşirelerin yaptığı açıklamalar beni rahatlattı.					
14. Hemşireler tedavilerim yapılırken beni rahatlattılar.					
15. Hemşirelerin sayesinde iyi bakıldığımı hissettim.					

Ek-4 Etik Kurul Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1807

09.07.2015

Sayın Doç. Dr. Zeliha KOÇ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Acil Servise Başvuran Onkoloji Hastalarının Yaşam Kalitesi İle Hemşirelik Bakımını Algılayış Durumlarının Değerlendirilmesi** başlıklı OMÜ KAİK 2015/283 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 25.06.2015 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. A.Tevfik SÜNTER
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek- 5 EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni

> From: qlc30@eortc.be
> To: zelihaeren@hotmail.com
> Subject: QLQ-C30 download request from Zeliha Koş
> Date: Tue, 16 Jun 2015 20:42:23 +0200
>
> Dear Sir/Madam,
>
> Please find below the links where you can download the documents you requested.
>
> Best regards,
>
> Your data:
>
> Title: Mrs
> Firstname: Zeliha
> Lastname: Koç
> Hospital/Institution: Ondokuz Mayıs University
> Address: Ondokuz Mayıs University Health High School University Campus Samsun/Turkey
> County/State: Samsun
> Postal Code:
> Country: Turkey
> Phone: 03623121919
> Fax: 03623121919
> Email: zelihaeren@hotmail.com
> Protocol: Evaluation of quality of life and perception of nursing care of oncologic patients who come to the emergency service
>
> Documents requested:
>
> QLQ-C30 Core Questionnaire in Turkish
> QLQ-C30 Scoring Manual
>
> URLs:
>
> <http://www.eortc.be/qol/files/C30/QLQ-C30%20Turkish.pdf>
> <http://www.eortc.be/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>
>
>
> If the links don't work, you can copy and paste the entire URL (so with .pdf included) into your browser and that should work. If you are having other technical difficulties please contact us by email: qlc30@eortc.be

Ek-6 Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği Kullanım İzni

From: laypek_6@hotmail.com
To: zelihaeren@hotmail.com
Subject: RE: Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği Kullanım İzni
Date: Mon, 20 Jul 2015 23:17:07 +0300

Sayın Zeliha Hocam,

Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeğini çalışmanızda kullanmanız bizi onurlandırır. Çalışma sonuçlarınızı bizimle paylaşırsanız sevinirim. Kolaylıklar dilerim.

Yrd. Doç. Dr. Gülay İPEK ÇOBAN

From: zelihaeren@hotmail.com
To: laypek_6@hotmail.com
Subject: Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği Kullanım İzni
Date: Mon, 20 Jul 2015 18:04:11 +0000

Sayın hocam,

Dozier ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sayın Kaşıkçı ile birlikte tarafınızdan yapılmış bulunan Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeğini, yüksek lisans tez danışmanlığını yürütmekte olduğum Özge KOBAK'ın "ACİL SERVİSE BAŞVURAN ONKOLOJİ HASTALARININ YAŞAM KALİTESİ İLE HEMŞİRELİK BAKIMINI ALGILAYIŞ DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ" konulu araştırmasında kullanabilmek için gerekli iznin verilebilmesi hususunu rica ederim.

Saygılarımla

Doç.Dr. Zeliha KOÇ
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Samsun/Türkiye

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Özge KOBAK

Doğum Yeri: Samsun

Doğum Tarihi: 06.09.1991

Medeni Hali: Bekar

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü 2010-2014

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Acil Tıp Hemşireliği Yüksek Lisans Programı 2014-

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

Samsun Büyük Anadolu Hastanesi Cerrahi Servisi 2014

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Servisi 2014-

E-posta: ozgekbk@gmail.com

