

**KEMOTERAPİ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN TEDAVİYE BAĞLI YAŞADIKLARI SEMPTOMLAR VE YAŞAM KALİTESİNE OLAN ETKİSİNİN İNCELENMESİ\***

*STUDYING THE SYMPTOMS THAT ARE BEING EXPERIENCED DUE TO TREATMENT BY THE PATIENTS WHO RECEIVE CHEMOTHERAPY AND THEIR EFFECTS ON THE QUALITY OF LIFE*

**Öznur USTA YEŞİLBALKAN\*\* Asiye DURMAZ AKYOL\*\*  
Yurdanur ÇETİNKAYA\*\*\* Tülay ALTIN \*\*\* Deniz ÜNLÜ\*\*\***

\*\* Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

\*\*\* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dahiliye Kliniği

**Anahtar Sözcükler:** yaşam kalitesi, semptomlar, kemoterapi  
**Key Words:** quality of life, symptoms, chemotherapy

\* Bu çalışma 9 Nisan 2004 I. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyum'unda poster bildiri olarak sunulmuş ve daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.

**ÖZET**

Bu araştırma kemoterapi tedavisine bağlı olarak ortaya çıkan semptomları ve bu semptomların yaşam kalitesine olan etkisini belirlemek amacıyla planlanan betimsel bir çalışmadır. Araştırmaya 1 Ocak-29 Ağustos 2003 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi gören 103 hasta alınmıştır. Veri toplama aracı olarak; anket formu, Rotterdam Semptom Checklisti (RSC) ve WHOQOL BREF 27 yaşam kalitesi ölçeği (WBYKÖ) kullanılmıştır. Veriler; t testi, tek yönlü varyans analizi, Tuckey Post Hoc testi ile değerlendirilmiştir. Araştırmada yer alan 103 hastanın sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; % 54.4'ünü kadın, % 74.8'ini evli hastalar oluşturmaktadır. Hastaların % 31.1'i 60 yaş ve üzeri, % 27.2'si 40-49 yaş grubunda yer alıp, hastaların yaş ortalaması  $50.02 \pm 14.60$  olarak belirlenmiştir. Hastaların eğitim durumu incelendiğinde ise % 28.2'inin ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların tedavi süre ortalamasının  $19.67 \pm 25.11$  (2-70) ay, % 86.4'ünün kemoterapi, % 36.9'unun ise 6 kür ve üzeri tedavi aldıkları saptanmıştır. Hastaların % 34'ünün meme, %18.5'nin hematolojik malignansi hastalığı olduğu, %51.5'nin hastalığının primer, % 24.3'ünün sekonder odaklı olduğu saptanmıştır. Tedavi süresince hastaların % 39.8'i "biraz" düzeyinde iştahsızlık, % 45.6'sı "biraz" düzeyinde kızgınlık yaşadığını bildirmişlerdir. Hastaların genel yaşam kalitesi ile tedavi boyunca karşılaştıkları fiziksel ( $r=-.2292$ ) ve psikolojik ( $r=-.2379$ ) semptomlar arasında zayıf ve negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların

tedaviye bağı yaşadıkları hem fiziksel hem de psikolojik semptomların yaşam kaliteleri üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak için hemşire; kanserli bireylerin tedaviye bağı yaşadıkları semptomları değerlendirmeli ve kayıt etmeli, semptom yönetiminde bireye uygun hemşirelik girişimlerini planlamalı, uygulamalı, sonuçlarını değerlendirmeli, hasta ve ailesine eğitim yapmalıdır.

### SUMMARY

*This research was a descriptive study which was planned to determine those symptoms that emerge due to chemotherapy treatment and their effects on the quality of life. Total 103 patients who were treated in out-patient chemotherapy unit of the Ege University Medical Faculty Hospital between the dates of 1 January- 29 August 2003 were enrolled in research. As data collection tools; a survey form, Rotterdam Symptom Checklist (RSC) and WHOQOL BREF-27 quality of life scale (WBOLS) were used. Data were evaluated through t test, one-way variance analysis and Tuckey post hoc test. When the socio-demographic characteristics of 103 patients who participated in the research were studied it was discovered that 54.4% were women and 74.8% were married. Of these patients 31.1% were 60 years of age or older, 27.2% were in 40-49 age group, mean age of patients was found as 50.02 ± 14.60. When the education levels of patients were studied it was observed that 28.2% of them were elementary school graduates. Mean length of treatment of the patients included in the scope of research was 19.67±25.11 (2-70) months, 36.9% received 6 or more cures. It was also detected that 34% of the patients had breast, 18.5 % had hematological malignancy diseases and 51.5 % of them were primarily and 24.3% were secondarily focused. During course of the treatment "a little" anorexia in 39.8 % of the patients and "a little" anger in 45.6% of them were observed. A weak and negative relationship was found between patients' overall quality of life and physical ( $r=-.2292$ ) and psychological ( $r=-.2379$ ) symptoms that they encountered throughout the course of treatment.*

*In order to reduce the adverse affects of both physical and psychological symptoms that patients experienced associated with treatment, on the quality of life, a nurse should evaluate and document the symptoms that cancer patients experienced due to treatment, should plan, implement and assess the results of the nursing attempts appropriate to each individual within the symptom management and should provide training to the patient and the family.*

### GİRİŞ

Kanser günümüzde tüm dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur. DSÖ'nün 2001 kayıtlarına göre dünyada her yıl 10 milyon kişi kanser tanısı almakta ve 6 milyon kişide kanserden ölmektedir (Pınar 2003). Gelecek 20 yıl içinde kanserden ölümlerin 6 milyondan 10 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir. Kanser kalp hastalıklarından sonra ölüme yol açan ikinci hastalık grubudur. Ülkemiz'de yeterli kayıt sistemi olmaması nedeniyle, kanserin insidansı konusunda kesin bilgi

bulunmamaktadır. Kanser kayıtları incelendiğinde; 1995 yılında ilk sırada; erkeklerde akciğer kanseri, kadınlarda ise meme kanseri olduğu saptanmıştır (Fadıloğlu 2003 b).

“Kanser” sözcüğü; genellikle yaşamı tehdit eden tedavisindeki önemli gelişmelere rağmen tüm hastalıklar arasında en korkulan hastalık anlamını ifade etmektedir (Oflaz 2002).

Kanserli hastalar hastalık sürecinden kaynaklanan semptomlar kadar kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri nedeni ile ağrı, anoreksiya, kaşeksi, tat değişiklikleri alopesia, bulantı, kusma, dehidratasyon, mukozit, yorgunluk, dispne, kemik iliği supresyonu, depresyon, anksiyete gibi fiziksel ve emosyonel semptomları yoğun bir şekilde yaşamaktadırlar (Stein et al 2003, Fadıloğlu 2003 b, Fillion et al 2003, Graydon et al 1995, Akdemir 2003). Bu gibi semptomlarla ilişkili rahatsızlıkların kanserli hastaların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etki yarattığı, ve tedavi önerilerine uyumu azaltabildiği saptanmıştır (Stein et al 2003).

Kanser tedavisinde primer amaç hastalığın kontrol altına alınması olmasına rağmen, günümüzde sağlık bakım profesyonelleri hastaların yaşam kalitelerini arttırmanın tedavinin önemli bir bölümü olduğunun farkındadırlar. Ancak kanser tedavisinin bazı yan etkileri, sağlık bakım ekibinin zamanının kısıtlı olması, hastanın bu konuyu konuşmada yaşadığı rahatsızlıklar, bu yan etkileri ifade etmedeki yetersizlikleri nedeni ile gözden kaçırılmakta ya da yeterli değerlendirilememektedir (Youngblood et al 1994). Oysa ki hastalarda görülen bu önemli semptomlar ve yan etkiler sürekli değerlendirme ve tedavi yolu ile azaltılabilmektedir (Fortner et al 2003) .

Kanserin ilerlemesine ve uygulanan tedavi yöntemlerine bağlı olarak ortaya çıkan semptomlar morbiditeyi, tedaviyi etkin bir şekilde sürdürmeyi ve yaşam kalitesini etkileyebileceği için kanserli hastaya bakım veren sağlık bakım profesyonellerinin ve özellikle hemşirenin bu semptomları erken dönemde saptama, önleme ve kontrol etme sorumluluğu bulunmaktadır. Bunun yanında hemşire hem hasta ve ailenin kanser tanısı hem de tedaviye bağlı gelişen yan etkiler ile baş etmelerinde önemli rol oynamaktadır. Bu yüzden hemşirenin kanser tedavisine devam eden hastalarda semptomları tam ve zamanında sistematik olarak değerlendirmesi; uygun tedavinin yapılabilmesini, hemşirelik girişimlerinin uygulanabilmesini ve hastaların kaliteli bir yaşam sürdürebilmesini sağlamaktadır (Youngblood et al 1994, Fadıloğlu 2003).

Kanser tanısının konması ve tedaviye başlanması; birey ve ailenin fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik dengelerini alt üst etmekte

yaşamdan doyum almalarını engellemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır.

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından tanımlanmış olup, bireyin kendisini nasıl hissettiği, günlük yaşam aktivitelerini nasıl ve ne yeterlilikte yapabildiğini ifade eden bir kavramdır. Hastaların mevcut fonksiyonel düzeyine karşın, algılarının değerlendirilmesi ve bunlardan aldığı “doyum” şeklinde de yorumlanan yaşam kalitesi çok boyutlu kavram olup bireyin fiziksel, hastalık yada tedavi ile ilgili hastalık semptomları, psikolojik ve sosyal yönlerine ilişkin yorumlar, değerlendirmeler gerektirmektedir (Akyol 1993a, 1993 b).

Kanser tedavisinde amaç; bireyin ve ailenin yaşamı tehdit eden hastalıkla ve tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan semptomları kontrol etmek, en aza indirmek ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Tüm bu görüşlerden yola çıkılarak planlanan araştırmada; kemoterapiye bağlı olarak ortaya çıkan semptomları ve bu semptomların yaşam kalitesine olan etkisini belirlemek, kanserli hastaya bakım veren sağlık profesyonellerine klinik alanda bir rehber oluşturmak amacıyla planlanmıştır.

## GEREÇ- YÖNTEM

**Araştırmanın Yeri Ve Süresi:** Araştırma 1 Ocak-29 Ağustos 2003 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ayaktan kemoterapi ünitesinde yürütülmüştür. Araştırmanın yapılabilmesi için yukarıda adı geçen kurumdan gerekli yazılı izin alınmıştır.

**Araştırmanın Örnekleme:** Araştırmanın örneklemini belirtilen tarihler arasında adı geçen kuruma başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden, olasılıksız rastgele örneklem tekniği ile seçilen gönüllü 103 hasta oluşturmuştur.

**Araştırmanın Sınırlılıkları:** Araştırmaya kanser tanısını almasının üzerinden en az 6 ay geçen, iletişim kurmada güçlüğü olmayan, araştırmaya katılmaya istekli 18 yaş ve üzeri tüm hastalar alınmıştır.

**Veri Toplama Tekniği Ve Veri Toplama Araçları:** Araştırmanın verileri; sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin değişkenlerin yer aldığı anket formu, Rotterdam Semptom Checklisti (RSC) ve WHOQOL BREF 27 yaşam kalitesi ölçeği (WBYKÖ) olmak üzere toplam üç form ile toplanmıştır.

**Anket Formu:** Araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu bireye ilişkin sosyo-demografik (17 soru) ve hastalığa ilişkin değişkenleri (10 soru) içeren toplam 27 sorudan oluşmaktadır.

**Rotterdam Semptom Checklisti (RSC):** Rotterdam Semptom Checklisti; kanserli hastaların yaşadıkları semptomlara bağlı gelişen sıkıntıyı değerlendirmek için kullanılmaktadır. Psikolojik ve fiziksel rahatsızlık olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 1'den 4'e kadar değişen likert tipi puanlanmaktadır. Ölçek psikolojik semptom rahatsızlık alt boyutu 8 madde , fiziksel rahatsızlık alt boyutu 19 madde olmak üzere toplam 27 maddeden oluşmaktadır. Psikolojik sıkıntı alt ölçeği en düşük 8 puan, en yüksek 32 puan, fiziksel sıkıntı alt ölçeği en düşük 19 puan en yüksek 76 puandır. Ölçekten alınan puan arttıkça yaşanan sıkıntı daha büyük olmaktadır. Orijinal çalışma-da Rotterdam semptom checklist'inin geçerlik ve güvenilirliği 0.88 olarak belirlenmiştir (Stein et al 2003).

Can tarafından (2001) Türkiye'de meme kanserli hastalarda Rotterdam semptom checklist'inin geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Fiziksel rahatsızlık alt boyutunun alfa değeri 0.75, psikolojik semptom alt boyutu alfa değeri 0.79 olarak belirlenmiştir (Can 2001).

Araştırmada Rotterdam Semptom Checklist'inin fiziksel rahatsızlık alt boyutunun alfa değeri 0.86, psikolojik rahatsızlık alt boyutunun alfa değeri ise 0.81 olarak hesaplanmıştır.

**WHOQOL BREF 27 Yaşam Kalitesi Ölçeği (WBYKÖ):** Türkçe yaşam kalitesi ölçeği kısa formu (WHOQOL BREF-TR) Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş ve ülkemizde Eser ve arkadaşları (1999) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. WHOQOL 100 içinden seçilen 27 soru dört alandan oluşmaktadır. Bu dört alan bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler ve çevre alanlarıdır (Eser ve ark 1999). WHOQOL BREF-TR pearson katsayıları bedensel alan için 0.62, ruhsal alan için 0.40, sosyal alan için 0.30, çevre alanı için 0.25 olarak bulunmuştur. Ölçek maddeleri 1'den 5'e kadar değişen likert tipi puanlama ile puanlanmaktadır. Ölçekten elde edilen puan arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır.

Araştırmada alfa değeri bedensel alan için 0.53, ruhsal alan için 0.63, sosyal alan için 0.56, çevre alanı için 0.77 olarak bulunmuştur.

**Verilerin Değerlendirilmesi:** Anket formundaki sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin değişkenlerin sayı ve yüzde dağılımları ve WBYKÖ ve RSC'nin güvenilirliğini değerlendirmek için cronbach alfa katsayısına bakılmıştır. RSC'nin ve WBYKÖ'nin alt boyutlarının toplam puan ortalamaları ile sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin bağımsız değişkenlerde gruplararası farklılığı hesaplamak için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) ve varyans analizi, ileri analiz için de Tuckey Post Hoc testi kullanılmıştır. WBYKÖ ve RSC toplam puan

ortalamaları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir.

### **Bağımlı-Bağımsız Değişkenler**

**Bağımlı Değişkenler:** WHOQOL BREF-TR yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyut puan ortalamaları ve Rotterdam Semptom Checklistinin alt boyutlarının puan ortalamasıdır.

**Bağımsız Değişkenler:** Yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, oturduğu yer, yaşam şekli, (yalnız, eşi ile birlikte, eş ve çocuklarla birlikte), gelir durumu, çalışma durumu, hastalık tanısı, hastalığın odağı, metastaz durumu, var olan diğer kronik hastalıklar, hastanede yatma durumu, tedavi türü, tedavi kür sayısı, ve tedavi süresidir.

## **BULGULAR**

### ***Sosyo-Demografik ve Hastalıkla İlişkili Özelliklerin Değerlendirilmesi***

Araştırmada yer alan 103 hastanın sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; % 54.4'ünü kadın, % 74.8'ini evli olanlar oluşturmaktadır. Hastaların % 31.1'i 60 yaş ve üzeri, % 27.2'si 40-49 yaş grubunda yer alıp, hastaların yaş ortalaması  $50.02 \pm 14.60$  olarak belirlenmiştir. Hastaların eğitim durumu incelendiğinde ise; %28.2'ini ilkökul mezunu olanlar oluşturmuştur. Ayrıca hastaların % 79.6'sı herhangi bir işte çalışmadığını ifade etmişlerdir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların tedavi süre ortalamasının  $19.67 \pm 25.11$  (2-70) ay, % 86.4'ünün kemoterapi, % 36.9'unun ise 6 kür ve üzeri tedavi aldıkları saptanmıştır.

Hastaların % 34'ünün meme, % 18.5'nin hematolojik malignansi hastalığı olduğu, % 51.5'nin hastalığının primer, % 24.3'ünün sekonder odaklı olduğu saptanmıştır. Hastaların var olan hastalıkları dışında metastaz durumlarını belirlemek için hastaların dosyaları incelendiğinde; % 36.9'unun vücudun değişik bölgelerinde metastaz olduğu görülmüştür.

Araştırma kapsamında yer alan hastaların % 79.6'sında kanser dışında kronik bir hastalık yok iken, % 20.4'ünde kronik bir hastalık olduğu belirlenmiştir. Tablo 2 incelendiğinde; kronik hastalığı olan hastaların % 42.9'unun hipertansiyonu, % 21.7'sinin endokrin sistem hastalığı olduğu görülmektedir.

**Tablo 1.** Kanserin Yer Aldığı Organa Göre Dağılımı

<b>HASTALIK</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Meme kanseri	35	<b>34.0</b>
Hematolojik sistem	19	18.5
Gastrointestinal sistem	13	12.6
Solunum sistemi	10	9.7
Primeri belli olmayan	8	7.8
Lenf kanseri	6	5.8
Genitoüriner sistem kanseri	6	5.8
Kemik kanseri	3	2.9
Yumuşak doku kanseri	2	1.9
<b>Toplam</b>	<b>103</b>	<b>100</b>

**Tablo 2.** Hastaların Var Olan Diğer Kronik Hastalıklarının Dağılımı

<b>HASTALIK</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Hipertansiyon	<b>12</b>	<b>42.9</b>
Endokrin sistem	6	21.7
Solunum sistemi	4	14.2
GIS	2	7.1
Kas iskelet sistemi	2	7.1
Nörolojik sistem	1	3.5
Dermatolojik	1	3.5
<b>Toplam</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

### ***Hastaların Tedavi Süresince Yaşadıkları Semptomların Değerlendirilmesi***

Araştırmada hastaların RSC puan ortalaması  $54.73 \pm 14.24$ , fiziksel semptom puan ortalaması ( $36.50 \pm 9.55$ ), psikolojik semptom puan ortalaması  $18.23 \pm 5.46$  olarak belirlenmiştir.

#### **Fiziksel Semptomlar**

Tedavi süresince hastaların yaşadıkları fiziksel semptomların dağılımı Tablo'3 te yer almaktadır. Tablo 3 incelendiğinde hastaların; iştahsızlık (% 39.8) yorgunluk (% 39.8), enerjide azalma (% 38.8) semptomlarını **“biraz”** düzeyinde yaşadıkları görülmektedir. Hastaların gözde yanma (% 100), ağız kuruluğu (% 62.1), baş dönmesi (% 50.5), ellerde ve ayaklarda karıncalanma (% 44.7) semptomlarını ise tedavi süresince **“hiç”** yaşamadıkları belirlenmiştir. Hastaların % 50.5 oranı ile saç dökülmesi semptomunu **“çok fazla”** yaşadıkları saptanmıştır.

#### **Psikolojik Semptomlar**

Hastaların tedavi süresince yaşadıkları psikolojik semptomlar değerlendirildiğinde; tedavi süresince % 45.6'sı **“biraz”** düzeyinde kızgınlık yaşadığını, % 35.9'u **“biraz”** düzeyinde sinirli olduğunu, %22.3'ü **“hiç”** anksiyete yaşamadıklarını bildirmişlerdir.

**Tablo 3.** Hastaların Tedavi Süresince Yaşadıkları Semptomlara Göre Dağılımı

SEMPTOM	HİÇ		BİRAZ		NADİREN		ÇOK FAZLA		TOPLAM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
İştahsızlık	27	26.2	41	<b>39.8</b>	19	18.5	16	15.5	103	100
Kızgınlık	25	24.3	47	<b>45.6</b>	17	16.5	14	13.6	103	100
Yorgunluk	15	14.6	41	<b>39.8</b>	22	21.4	25	24.3	103	100
Endişeli/üzgün olma	25	24.3	37	<b>35.9</b>	27	26.2	14	13.6	103	100
Kas ağrısı	30	29.1	34	<b>33.0</b>	25	24.3	14	13.6	103	100
İçer dönük olma	28	27.2	33	<b>32.0</b>	31	30.1	11	10.7	103	100
Enerjide azalma	20	19.4	40	<b>38.8</b>	25	24.3	18	17.5	103	100
Sırt ağrısı	36	<b>35.0</b>	30	29.1	26	25.2	11	10.7	103	100
Sinirlilik	27	26.2	37	<b>35.9</b>	21	20.4	18	17.5	103	100
Bulantı	33	<b>32.0</b>	29	28.2	22	21.4	19	18.4	103	100
Gelecek hakkında ümitsiz olma	30	29.1	31	<b>30.1</b>	26	25.1	16	15.5	103	100
Uyku uyumada güçlük	39	<b>37.9</b>	24	23.3	23	22.3	17	16.5	103	100
Baş ağrısı	35	<b>34.0</b>	25	24.3	26	25.3	17	16.5	103	100
Baş dönmesi	52	<b>50.5</b>	24	23.3	18	17.5	9	8.7	103	100
Seksüel ilgide azalma	28	27.2	31	30.1	31	30.1	13	12.6	103	100
Gergin olma	29	28.2	34	<b>33.0</b>	17	16.5	23	22.3	103	100
Karın ağrısı	39	<b>37.9</b>	27	26.2	25	24.3	12	11.7	103	100
Anksiyete	23	22.3	27	26.2	34	<b>33</b>	19	18.4	103	100
Mide ekşimesi/geğirme	30	<b>29.1</b>	28	27.2	29	28.2	16	15.5	103	100
Titreme/üşüme	44	<b>42.7</b>	18	17.5	25	24.2	16	15.5	103	100
Ellerde ve ayaklarda karıncalanma	46	<b>44.7</b>	24	23.3	19	18.4	14	13.6	103	100
Konsantre olmada güçlük	41	<b>39.8</b>	25	24.3	17	16.5	20	19.4	103	100
Ağızda ağırlı yara	64	<b>62.1</b>	18	17.5	11	10.7	10	9.7	103	100
Saç dökülmesi	-	-	-	-	51	49.5	52	50.5-	103	100
Gözde yanma kaşıntı	103	<b>100</b>	-	-	-	-	-	-	103	100
Nefes darlığı	20	19.4	40	38.8-	25	24.3	18	17.5	103	100
Ağız kuruluğu	64	<b>62.1</b>	18	17.5	11	10.7	10	9.7	103	100

Psikolojik semptom alt boyutu

Fiziksel semptom alt boyutu



### **Hastaların ROTTERDAM SEMPTOM CHECKLİSTİ Alan Puan Ortalamaları İle Sosyo-Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi**

Araştırma kapsamına alınan hastaların Rotterdam Semptom Checklisti puan ortalamaları ile cinsiyet ( $p>0.05$ ), çalışma durumu ( $p>0.05$ ), medeni durum ( $p>0.05$ ), öğrenim durumu ( $p>0.05$ ), sosyal güvence ( $p>0.05$ ), birlikte yaşadığı kişi ( $p>0.05$ ), ekonomik durum ( $p>0.05$ ) ve meslek arasında ( $p>0.05$ ) anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Tablo 4 incelendiğinde; hastaların Rotterdam Semptom checklisti alt boyut puan ortalamaları ile yaş grupları arasında anlamlı farklılık olduğu ve yapılan ileri analizde 50-59 yaş grubundaki hastaların 60 yaş ve üzeri hastalara göre psikolojik semptom puan ortalamalarının ( $20.60\pm 6.1$ ) daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $F= 2.7237$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 4).

**Tablo 4.** Hastaların Rotterdam Semptom Checklisti Alan Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN	BAĞIMLI DEĞİŞKEN								
	ROTTERDAM SEMPTOM CHECKLİSTİ								
	Yaş Grupları	Fiziksel Rahatsızlık			Psikolojik Rahatsızlık			Toplam Puan	
N		$\bar{X}$	Sd	N	$\bar{X}$	Sd	N	$\bar{X}$	Sd
39 yaş ve altı	23	34.26	88	23	17.95	53	23	52.21	13.25
40-49 yaş	28	38.32	98	28	18.85	50	28	57.17	14.00
50-59 yaş	20	40.00	97	20	20.60	61	20	60.70	15.15
60 yaş ve üzeri	32	34.25	90	32	16.40	50	32	50.65	13.42
<b>Toplam</b>	103	36.49	95	103	18.23	54	103	54.72	14.23
<b>* p&lt; 0.05</b>	F= 2.3945 p=.0729			F= 2.7237 <b>p=.0483*</b>			F=2.6878 p=.0505		

### **Hastaların ROTTERDAM SEMPTOM CHECKLİSTİ Alan Puan Ortalamaları İle Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Değerlendirilmesi**

Araştırma kapsamına alınan hastaların Rotterdam Semptom Checklisti puan ortalamaları ile başka kronik hastalığı olma ( $p>0.05$ ), hastanede yatma ( $p>0.05$ ), hastalık tanısı ( $p>0.05$ ) ve hastalık odağı ( $p>0.05$ ) arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır.

Hastaların Rotterdam Semptom Checklisti alt boyut puan ortalamaları ile tedavi süresi karşılaştırıldığında; 13 ay ve üzeri tedavi gören hastaların ( $19.5\pm 6.2$ ) 1 ay tedavi gören hastalara ( $14.7\pm 3.5$ ) göre psikolojik semptom puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu

farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (F= 2.3936, p< 0.05) (Tablo 5).

**Tablo 5.** Hastaların Rotterdam Semptom Checklisti Alt Boyut Puan Ortalamalarının Tedavi Süresine Göre Dağılımı

BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN	BAĞIMLI DEĞİŞKEN								
	ROTTERDAM SEMPTOM CHECKLİSTİ								
	Tedavi Süresi	Fiziksel Rahatsızlık			Psikolojik Rahatsızlık			Toplam Puan	
N		$\bar{X}$	Sd	N	$\bar{X}$	Sd	N	$\bar{X}$	Sd
1 ay	16	31.0	8.4	16	14.7	3.5	16	45.75	11.2
2 ay	7	33.85	7.3	7	17.1	4.3	7	51.00	10.9
3 ay	10	34.40	8.3	10	18.4	5.4	10	52.8	12.9
4-12 ay	38	37.81	9.4	38	18.7	5.1	38	56.5	13.8
13 ay ve üzeri	32	38.9	10.0	32	19.5	6.2	32	58.4	15.5
<b>TOPLAM</b>	103	36.4	9.5	103	18.23	5.4	103	54.7	14.2
<b>* p&lt; 0.05</b>	F=2.3651			F= 2.3936			F= 2.6164		
	p=.0557			<b>p=.0481*</b>			<b>p=.0397*</b>		

Tablo 6'da hastaların Rotterdam Semptom Checklisti puan ortalamaları ile tedavi kürleri arasındaki dağılım görülmektedir. 5. kür tedavisini gören hastaların fiziksel puan ortalamalarının (44.7±8.1) 2. kür tedavisini gören hastalara (34.0±9.8) göre daha yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (F=1.3518, p< 0.05) (Tablo 6).

**Tablo 6.** Hastaların Rotterdam Semptom Checklisti Alan Puan Ortalamalarının Tedavi Kürüne Göre Dağılımı

BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN	BAĞIMLI DEĞİŞKEN								
	ROTTERDAM SEMPTOM CHECKLİSTİ								
	Tedavi Kürü	Fiziksel Rahatsızlık			Psikolojik Rahatsızlık			Toplam Puan	
N		$\bar{X}$	Sd	N	$\bar{X}$	Sd	N	$\bar{X}$	Sd
1. kür	10	34.7	10.2	10	17.7	4.9	10	52.4	14.3
2.kür	19	34.0	9.8	19	16.9	5.3	19	51.0	14.7
3. kür	21	36.6	9.2	21	18.4	6.6	21	55.0	15.4
4. kür	12	36.1	9.0	12	18.5	6.6	12	54.6	14.9
5. kür	12	44.7	8.1	12	21.7	5.3	12	66.5	12.2
6. kür ve üzeri	29	35.3	8.9	29	17.5	3.8	29	52.8	11.9
Toplam	103	36.4	9.5	103	18.23	5.4	103	54.8	14.2
<b>* p&lt; 0.05</b>	F=1.3518			F= 2.3449			F= 2.1711		
	<b>p=.0469*</b>			p=.2493			p=.0623		

### ***Hastaların WHOQOL BREF-TR Yaşam Kalitesi Ölçeği Alan Puan Ortalamaları İle Sosyo-Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi***

Araştırmaya katılan hastaların toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları ile yaş ( $p>0.05$ ), cinsiyet ( $p>0.05$ ) ve öğrenim durumları ( $p>0.05$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmadaki hastaların yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiş ( $p<0.05$ ) olup evli olan hastaların ( $21.6 \pm 3.6$ ) dul olan hastalara ( $18.4 \pm 3.2$ ) göre bedensel alanda yaşam kalitesi puan ortalamalarının yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. ( $F= 2.9485$ ,  $p < 0.05$ ) (Tablo 7).

Hastaların ruhsal, sosyal ve çevresel alandaki yaşam kalitesi puan ortalamaları ile medeni durumları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ) (Tablo 7) .

Araştırmada eşi ile birlikte yaşayan hastaların bedensel alan ( $22.0 \pm 3.3$ ), ruhsal alan ( $20.0 \pm 3.1$ ), sosyal alan ( $10.8 \pm 2.0$ ), ve çevresel alan ( $34.3 \pm 4.8$ ) yaşam kalitesi puanlarının bekar veya dul olan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 8).

Araştırma kapsamında yer alan hastaların büyük bir çoğunluğunun (% 70.8) ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Araştırmadaki hastaların toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları ile ekonomik durumları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. ( $p<0.05$ ). Ekonomik durumu iyi düzeyde olan hastaların toplam yaşam kalitesi puan ( $94.0 \pm 10.2$ ) ortalamalarının diğer ekonomik düzeyde olan hastalara göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ( $F= 6.5446$ ,  $p < 0.05$ ) (Tablo 9). Hastaların yaşam kalitesi alt boyutlarından çevresel alan ile ekonomik durum arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve ekonomik düzeyi iyi olan hastaların çevresel alandaki yaşam kalitesi puan ortalamalarının ( $37.0 \pm 3.7$ ) yüksek olduğu belirlenmiştir. ( $F=9.2153$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 9).

**Tablo 7.** Hastaların Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

<b>BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN</b>	<b>BAĞIMLI DEĞİŞKEN</b>														
	<b>WHOQOL BREF YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ</b>														
	<b>Bedensel Alan</b>			<b>Ruhsal Alan</b>			<b>Sosyal Alan</b>			<b>Çevresel Alan</b>			<b>Toplam Puan</b>		
<b>Medeni durum</b>	<b>N</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>Sd</b>	<b>N</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>Sd</b>	<b>N</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>Sd</b>	<b>N</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>Sd</b>	<b>N</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>Sd</b>
<b>Evli</b>	77	<b>21.6</b>	3.6	77	<b>19.7</b>	3.1	77	<b>10.6</b>	3.1	77	<b>33.8</b>	4.9	77	<b>88.4</b>	11.3
<b>Bekar</b>	17	21.4	4.0	17	19.1	3.4	17	10.0	3.4	17	31.9	7.1	17	85.23	14.5
<b>Dul</b>	9	18.4	3.2	9	18.3	4.9	9	10.3	4.9	9	32.0	3.5	9	82.00	9.9
<b>Toplam</b>	103	21.3	3.7	103	19.5	3.3	103	10.5	3.3	103	33.0	5.3	103	87.34	11.9
* p< 0.05	F= 2.9485 <b>p=0.041*</b>			F= 93791.37 p=.3949			F=6884 p= .5047			F=1.2094 p= .3072			F= 1.5170 p=.2244		

**Tablo 8.** Hastaların Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Dağılımı

<b>BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN</b>	<b>BAĞIMLI DEĞİŞKEN</b>														
	<b>WHOQOL BREF YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ</b>														
	<b>Bedensel Alan</b>			<b>Ruhsal Alan</b>			<b>Sosyal Alan</b>			<b>Çevresel Alan</b>			<b>Toplam Puan</b>		
<b>Birlikte yaşadığı kişiler</b>	<b>N</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>Sd</b>	<b>N</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>Sd</b>	<b>N</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>Sd</b>	<b>N</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>Sd</b>	<b>N</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>Sd</b>
<b>Yalnız</b>	5	16.2	4.4	5	15.6	4.2	5	8	1.5	5	26.4	5.8	5	69.4	14.5
<b>Eş</b>	38	22.0	3.3	38	20.0	3.1	38	10.8	2.0	38	34.3	4.8	38	89.8	10.6
<b>Çocuk</b>	8	21.0	4.1	8	21.0	3.6	8	11.7	7	8	35.7	4.1	8	91.3	8.4
<b>Bakıcı</b>	1	26.0	-	1	22.0	-	1	13.0	-	1	39.0	-	1	102.0	11.5
<b>Diğer</b>	51	21.2	3.6	51	19.2	3.1	51	10.3	2.0	51	32.8	5.2	51	86.9	11.9
<b>Toplam</b>	103	21.3	3.7	103	19.5	3.2	103	10.5	2.0	103	33.3	5.3	103	87.3	11.2
* p< 0.05	F=3.3152 <b>p=. 0136*</b>			F= 2.7538 <b>p=.0332*</b>			F=3. 6615 <b>p= .0080*</b>			F=3.6266 <b>p= .0084*</b>			F=4.5396 <b>p=.0021*</b>		

**Tablo 9.** Hastaların Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Ekonomik Durumuna Göre Dağılımı

<b>BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN</b>	<b>BAĞIMLI DEĞİŞKEN</b>														
	<b>WHOQOL BREF YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ</b>														
<b>Ekonomik Durum</b>	<b>Bedensel Alan</b>			<b>Ruhsal Alan</b>			<b>Sosyal Alan</b>			<b>Çevresel Alan</b>			<b>Toplam Puan</b>		
	<b>N</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>Sd</b>	<b>N</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>Sd</b>	<b>N</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>Sd</b>	<b>N</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>Sd</b>	<b>N</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>Sd</b>
<b>İyi</b>	17	22.7	3.8	17	20.7	2.9	17	11.1	2.0	17	<b>37</b>	3.7	17	<b>94.0</b>	10.2
<b>Orta</b>	73	21.3	3.4	73	19.5	3.1	73	10.5	2.0	73	33.2	5.0	73	87.2	11.0
<b>Kötü</b>	13	19.3	4.7	13	17.9	4.2	13	9.9	2.3	13	29.2	5.5	13	79.0	13.7
<b>Toplam</b>	103	21.3	3.720.7	103	19.5	3.3	103	10.5	2.0	103	33.2	5.3	103	87.3	11.9
* p< 0.05	F= 3.0454 p=.520			F= 2.362 p=.0766			F= 1.2306 p= 0.2965			F=9.2153 <b>p=.0002*</b>			F= 6.5446 <b>p=.0021*</b>		

**Tablo 10.** Hastaların Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Başka Kronik Hastalığın Olma Durumuna Göre Dağılımı

<b>BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN</b>	<b>BAĞIMLI DEĞİŞKEN</b>														
	<b>WHOQOL BRIEF YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ</b>														
	<b>Bedensel Alan</b>			<b>Ruhsal Alan</b>			<b>Sosyal Alan</b>			<b>Çevresel Alan</b>			<b>Toplam Puan</b>		
<i>Başka kronik hast.olma durumu</i>	<b>N</b>	<b>X̄</b>	<b>Sd</b>	<b>N</b>	<b>X̄</b>	<b>Sd</b>	<b>N</b>	<b>X̄</b>	<b>Sd</b>	<b>N</b>	<b>X̄</b>	<b>Sd</b>	<b>N</b>	<b>X̄</b>	<b>Sd</b>
<b>Var</b>	28	<b>20.5</b>	4.5	28	<b>19.25</b>	4.2	28	10.4	2.4	28	33.5	6.1	28	58.4	11.6
<b>Yok</b>	75	21.6	3.4	75	19.66	2.9	75	10.5	1.9	75	33.2	5.0	75	53.3	14.9
* p< 0.05		t: 1.17		t: .48			t: .26			t: .21			t=1.82		
		<b>p=0.045*</b>		<b>p=.038*</b>			p= .252			p= .807			<b>p=.043*</b>		

**Tablo 11.** Hastaların Yaşadıkları Semptomlar İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

	<b>WHOQOL Bedensel Alan</b>	<b>WHOQOL Ruhsal Alan</b>	<b>WHOQOL Sosyal Alan</b>	<b>WHOQOL Çevresel Alan</b>	<b>WHOQOL Toplam Puan</b>	<b>ROTTERDAM Psikolojik Alan</b>	<b>ROTTERDAM Fiziksel Alan</b>
<b>WHOQOL Ruhsal Alan</b>	.5359**						
<b>WHOQOL Sosyal Alan</b>	.5784**	.6022**					
<b>WHOQOL Çevresel Alan</b>	.5290**	.6078**	.6481**				
<b>WHOQOL Toplam Puan</b>	.8081**	.8065**	.7948**	.8737**			
<b>ROTTERDAM Psikolojik Alan</b>	-.1002	-.2548**	-.2378*	-.2763**	<b>-.2379*</b>		
<b>ROTTERDAM Fiziksel Alan</b>	-.1600	-.2299*	-.2720**	-.2051*	<b>-.2292*</b>	.7838**	
<b>ROTTERDAM Toplam Puan</b>	-.1457	-.2519*	-.2736**	-.2435*	<b>-.2449*</b>	.9091**	.9713**

\*\*p&lt; 0.01

\*p&lt; 0.05

### ***Hastaların WHOQOL BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği Alan Puan Ortalamaları İle Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Değerlendirilmesi***

Araştırmadaki hastaların toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları ile kanser tipi, hastalık odağı, metastaz durumu, hastanede yatma durumu, tedavi biçimi, tedavi kür sayısı ve tedavi süresi arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 10).

Tablo 10 incelendiğinde; kronik hastalığı olanların olmayanlara göre toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının ( $58.4\pm 11.6$ ) anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ( $t=1.82$ ,  $p<0.05$ ). Hastaların yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları ile kronik hastalık olma durumu arasında farklılıklar değerlendirildiğinde ise kronik hastalığı olanların bedensel ( $20.5\pm 4.5$ )( $t:1.17$ ,  $p<0.05$ ) ve ruhsal alandaki ( $19.2\pm 4.2$ ) ( $t:.48$ ,  $p<0.05$ ) yaşam kalitesi puanlarının düşük ve bu farklılığın anlamlı olduğu saptanmıştır.

Tablo 11'de görüldüğü gibi hastaların yaşam kalitesi ile yaşadıkları semptomlar arasında zayıf ve negatif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

### **TARTIŞMA**

Araştırmanın amacı kanserli bireylerin tedaviye bağlı yaşadıkları semptomları belirlemek ve bu semptomların yaşam kalitesi üzerine olan etkisini incelemektir.

Hastaların sosyo-demografik durumları değerlendirildiğinde; çoğunun kadın hasta olduğu ve eğitim düzeylerinin Türk toplumunun genel eğitim düzeyini yansıtan rakamlarla uyumlu olduğu görülmektedir (TNSA 1998).

Araştırma kapsamındaki hastaların % 34 oranında meme kanseri olduğu belirlenmiştir. Yıldırım tarafından (2003) yapılan çalışmada hastaların büyük bir çoğunluğunun (% 47.6) meme kanseri tanısı aldıkları belirlenmiştir 1995-1999 yılları GATA kayıtlarına göre Türkiye'de en fazla oranla kadınlarda meme kanseri (% 23.5) olduğu bildirilmektedir (Fadıloğlu 2003 b). Araştırmadan elde edilen çalışma sonuçları Türkiye'de yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlarla paralellik göstermektedir.

Kemoterapi tedavisi alan bireyler tedavileri süresince ağrı, yorgunluk, kas ağrısı, bulantı, baş ağrısı, alopesi, ağız kuruluğunun yer aldığı gibi fiziksel semptomlar; ve kızgınlık, sinirlilik, gelecek hakkında ümitsiz olma, konsantre olmada güçlük gibi psikolojik semptomlar yaşayabilirler (Fadıloğlu 2003 b, Akdemir 2003, Ferrell et al 1997, Stein 2003).

Araştırmada hastaların tedavileri süresince; % 39.8'inin biraz yorgunluk ve iştahsızlık, % 38.8'inin enerjide azalma ve % 30.1'i seksüel ilgide azalma gibi fiziksel semptomları yaşadıkları saptanmıştır. Moeney ve arkadaşları tarafından (2002) yapılan çalışmada ise hastaların % 85'inin yorgunluk yaşadığı bildirilmektedir. Fadiloğlu'nun çalışmasında (1992) hastaların % 67.9 oranında ağrı, % 56.2 oranında iştahsızlık, % 56.7 oranında ise yorgunluk yaşadıklarını saptanmıştır. Can (2001) meme kanserli hastalarla yaptığı çalışmasında hastaların en çok ağrı semptomunu yaşadıklarını saptamıştır.

Hastaların yaşadıkları psikolojik rahatsızlıklar incelendiğinde; hastaların yarıya yakının (% 45.6) biraz kızgınlık yaşadığı, % 30.1'nin gelecek hakkında ümitsiz oldukları belirlenmiştir.

Araştırmada bireylerin tedavi süresince yaşadıkları semptomların düzeyi genel olarak değerlendirildiğinde; büyük bir çoğunluğunun semptomları "biraz" ↓ düzeyinde yaşadıkları belirlenmiştir.

Hemşire; kanserli bireylerin yaşam kaliteleri üzerinde önemli bir etkiye sahip olan bu semptomların subjektif ve objektif bulgularını, bu semptomları etkileyen faktörleri sürekli olarak değerlendirmeli ve semptom yönetiminde uygun hemşirelik girişimlerini planlayarak hasta ve ailesine bu konuda eğitim yapmalıdır.

Araştırmada hastaların tedavileri sürecince yaşadıkları semptomlar ile sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikleri değerlendirilmiştir. İleri yaştaki hastaların genç hastalara göre daha fazla psikolojik semptom yaşadıkları belirlenmiştir. İlerleyen yaş ile birlikte bireylerin hem psikososyal hem de sosyal destek gereksinimleri artmaktadır. Yaşlı hastaların beklentilerinin yüksek düzeyde olması ve bu gereksinimlerin karşılanamamasının daha fazla psikolojik semptom yaşamada etken olduğu düşünülmüştür. Hemşire bu tür sorunları olan bireyleri belirlemeli, yaşlı bireylerin psikolojik gereksinimlerini saptamalı, gerekli girişimleri planlayarak bireyleri destek alabileceği uzman kişilere yönlendirmelidir. Bireylere sağlanacak uzman desteği daha az psikolojik semptom yaşamada ve dolayısı ile tedaviye olan uyumu kolaylaştıracaktır. Bunun dışında araştırmadan elde edilen bu sonuç; yaşlı bireylerin fiziksel gereksinimden çok psikolojik desteğe ve danışmanlığa gereksinimleri olduğunu da vurgulamaktadır.

Araştırmada hastaların tedavi sürelerine göre yaşadıkları semptomların farklı ve uzun süredir tedavi gören hastaların psikolojik semptom puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Uzun süreli tedaviye bağlı gelişen vücut görüntüsündeki değişiklik, başkalarına bağımlı olma, benlik imajında ve benlik saygısında değişiklik bireylerin psikolojik durumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun dışında



hastaların büyük çoğunluğunun (% 34) meme kanseri tanısı almış olması ve tedaviye bağlı yukarıda belirtilen sorunların psikolojik semptom yaşamalarına yol açtığı düşünülmüştür.

Araştırmada kür sayısı arttıkça bireylerin yaşadıkları fiziksel semptomların da arttığı belirlenmiştir. Uzun süreli tedavilerde bunun beklenen bir sonuç olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların bedensel alan puan ortalaması  $21.31 \pm 3.79$ , ruhsal alan puan ortalaması  $19.55 \pm 3.35$ , sosyal alan puan ortalaması  $10.55 \pm 2.08$ , çevresel alan puan ortalaması  $33.36 \pm 5.31$  olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların yaşam kaliteleri ile sosyo-demografik özellikleri değerlendirildiğinde; hastaların yaş, cinsiyet ve öğrenim durumları ile yaşam kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ). Araştırmada 40-49 yaş grubundaki hastaların toplam yaşam kalite puan ortalamasının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu ancak bu farklılığın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ). Pınar tarafından (2003) yapılan çalışmada yaş ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Cimprick, Ranis ve Ramos çalışmalarında (2002) yaşlı bireylerin orta yaş grubundaki bireylere göre fiziksel iyilik alan puanlarının daha düşük, genç bireylerin ise; yaşlı bireylere oranla sosyal alan puanlarının düşük olduğunu belirlemişlerdir. Bu araştırma sonuçlarına göre hastaların yaşları ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişki değişiklik göstermektedir. Bu sonuç; yaş ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde daha büyük gruplar ile çalışmaların yapılması gerekliliğini düşündürmüştür.

Hastaların medeni durumunun bedensel alandaki yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilediği ve evli olan hastaların bu alandaki yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Konu ile benzer çalışmalarda ise evli olan bireylerin fiziksel alandaki yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Cimprich, Ronis, Ramos 2002, Schultz, Winstead 2001).

Ekonomik durum ile toplam yaşam kalitesi puanı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 9). Ekonomik durumu iyi olan hastaların çevresel ve toplam yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Schultz ve Winstead (2001) tarafından yapılan çalışmada; araştırma sonuçlarımıza benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmada kanser dışında kronik hastalığı olan hastaların toplam yaşam kalitesi puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşam kalitesi alt boyutları ile kronik hastalık olma durumu

değerlendirildiğinde ise kronik hastalığı olan bireylerin hem bedensel hem de ruhsal alandaki yaşam kalitesi puan ortalamalarının anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitelerinin düşük olması beklenen bir sonuçtur.

Kronik hastalıklar bireylerin yaşamını doğrudan etkilemesinin yanı sıra, yol açtığı iş gücü kaybı, getirdiği fiziksel, emosyonel, psikososyal ve ekonomik sorunlar nedeni ile bireyin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır (Fadıloğlu 2003).

Hastaların genel yaşam kalitesi ile tedavi boyunca karşılaştıkları fiziksel ( $r=-.2292$ ) ve psikolojik ( $r=-.2379$ ) semptomlar arasında zayıf ve negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu sonucun hastaların büyük çoğunluğunun tedavi süresince semptomları “hiç” yaşamamalarından ve “biraz” yaşamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu sonuç doğrultusunda hastaların yaşadıkları semptomlar ne kadar az olursa yaşam kalitelerinin de o kadar daha iyi olabileceği düşünülmüştür.

### **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Araştırma kapsamına alınan hastaların tedavi süresince yaşadıkları semptomlar genel olarak değerlendirildiğinde; büyük çoğunluğunun semptomları “biraz” yaşadıkları ve yaşanan bu semptomlar ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları hem fiziksel hem de psikolojik semptomların yaşam kaliteleri üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak için hemşire;

- Kanserli bireylerin tedaviye bağlı yaşayabileceği semptomları mümkünse önlemeli, yaşadıkları semptomları değerlendirmeli ve kayıt etmeli,
- Semptom yönteminde bireye uygun hemşirelik girişimlerini planlamalı, uygulamalı ve sonuçlarını değerlendirmeli, hasta ve ailesine eğitim yapmalıdır.

### **KAYNAKLAR**

1. Akdemir N (2003). Kanser Tedavileri ve Hemşirelik Bakımı, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, I Baskı, İstanbul, 265.
2. Akyol A (1993a). Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi, EÜHYO Dergisi, 9(3): 71-76.
3. Akyol A (1993b). Yaşam Kalitesi Ve Yaklaşımlar, EÜHYO Dergisi, 9(2): 75-80.

4. Can G (2001). Meme Kanserli Hastalarda Yorgunluğun Ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi.
5. Cimprich B, Ronis D L, Ramos G M (2002). Age At Diagnosis And Quality Of Life Breast Cancer Survivors, *Cancer Practice*, 10(2): 85-93.
6. Eser Ve Ark (1999). WHOQOL-100 Ve WHOQOL BREF'in Psikometrik Özellikleri, 3p Dergisi, 7: 23-40.
7. Fadıloğlu Ç (2003). Kronik Hastalıklar, II Ege Dahili Tıp Günleri, Kronik Hastalıklarda Bakım II, 26-29 Mart, Atatürk Kültür Merkezi, Meta Basım Matbaacılık, İzmir, 2-21.
8. Fadıloğlu Ç (1992). Kanserli Hastada Yaşam Kalitesi, Bornova/İzmir.
9. Fadıloğlu Ç (2003b). Kanser Ve Bakım, II Ege Dahiliye Günleri, 26-29 Mart, Atatürk Kültür Merkezi, Meta Basım Matbaacılık, İzmir, 123.
10. Ferrell B R, Grant M, Funk B, Green S O, Garcia N (1997). Quality Of Life In Breast Cancer, *Cancer Nursing*, 20(6): 398-408.
11. Fillion L, Gelinac C, Sımard S, Sowerd J, Gagn P (2003). Validation Evidence For The French Canadian Adaptation Of The Multidimensional Fatigue Inventory As A Measure Cancer Related Fatigue, *Cancer Nursing*, 26(2): 143-154.
12. Fortner B, Okon T, Schwartzberg L, Taver K, Houts A C (2003). The Cancer Care Monitor: Psychometric Content Evaluation And Pilot Testing Of Computer Administered System For Symptom Screening And Quality Of Life In Adult Cancer Patients, *Journal Of Pain And Symptom Management*, 26(6): 1077-1091.
13. Graydon J E, Bubela N, Irvine D, Vincent L (1995). Fatigue Reducing Strategies Used By Patients Receiving Treatment For Cancer, *Cancer Nursing*, 18(1): 23-28.
14. Mooney K H, Beck S L, Friedman R H, Farzanfar K (2002). Telephone Linked Care For Cancer Symptom Monitoring, *Cancer Practice*, May-Jun, 10(3): 147-154.
15. Oflaz F (2002). Onkoloji Kliniğinde Yatan Kanser Hastalarının Psikiyatrik Semptom Düzeyleri Ve Destek Gereksinimlerinin Saptanması, *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*, 65-72.
16. Pınar R (2003). Assessment Of Quality Of Life In Turkish Patients With Cancer, *Turkish Journal Of Cancer*, 33(2): 96-101.
17. Schultz A A, Winstead P (2001). Predictors Of Quality Of Life In Rural Patients With Cancer, *Cancer Nursing*, 24(1): 12-19.
18. Stein K D et al (2003). Validation Of Modified Rotterdam Symptom Checklist For Use With Cancer Patients In The United States, *Journal Of Pain And Symptom Management*, 26(5): 975-989.
19. Türkiye Sağlık ve Nüfus Araştırması 1998, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye, 1999, p: 17.
20. Yıldırım S (2003). Kanser Hastalarına Dinletilen Müziğin Kemoterapi Yan Etkilerine ve Durumluluk Sürekli Kaygı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
21. Youngblood M, Williams P D, Eyles M, Warning J, Runyon S (1994). A Comparison Of Two Methods Of Assessing Cancer Therapy- Related Symptoms, *Cancer Nursing*, 17(1): 37-44.