T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İSTANBUL İLİ ANADOLU KUZEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

KANSER HASTALARINDA BENLİK SAYGISI, BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI VE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

DR. YAĞMUR HATİCE KILIÇ YANGIN

(UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL- 2021

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İSTANBUL İLİ ANADOLU KUZEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

KANSER HASTALARINDA BENLİK SAYGISI, BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI VE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

DR. YAĞMUR HATİCE KILIÇ YANGIN
(UZMANLIK TEZİ)

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. E. ZEYNEP TUZCULAR VURAL

İSTANBUL- 2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi birikimi ve tecrübeleri ile daima yol gösterici olan, akademik ve tibbi anlamda bilgisiyle kendisini her zaman örnek aldığım, güler yüzü ile sürekli yanımda olan uzmanlık tezim ve eğitim hayatım boyunca desteğini esirgemeyen kıymetli hocam Doç.Dr.E.Zeynep Tuzcular Vural'a sonsuz teşekkür ederim.

Kliniğimize geldiği günden beri üzerimizden desteğini esirgemeyen, her sorunumuzda yanımızda olduğunu hissetiren kıymetli hocam Klinik Eğitim Sorumlusu Doç.Dr.Memet Taşkın Egici olmak üzere; diyabetli hasta yönetimine ek olarak, entellektüel ve tibbi birikimlerinden oldukça faydalandığım sevgili hocam Doç.Dr.Akın Dayan'a, her zaman bize yol gösteren, yardımcı olan, güleryüzünü esirgemeyen başasistanımız Uzm. Dr. Işık Gönenç'e ve yaşlı takibi ve yara bakımı konusunda farkındalığımı artıran Uzm.Dr.Hilal Özkaya'ya teşekkür ederim.

Aile hekimliği uzmanlığı eğitimim süresince farklı kliniklerde de beraber çalışma fırsatı bulduğum; değerli hocalarım, kıymetli uzmanlarım, çalışma arkadaşından öte sevgili eş kıdemim Dr.Elif Kul başta olmak üzere beraber çalışmaktan keyif aldığım çok değerli asistan arkadaşlarım ve tüm hastane personelimize teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemi sağlayan, her zaman koşulsuz sevgi ve fedakarlıkları ile yanımda olan beni kendi ayakları üzerinde durabilen güçlü bir birey olarak yetiştiren çok kıymetli annem ve babama, hayatın bana en güzel hediyesi olan, varlıklarıyla beni en zor anlarımda bile gülümsetmeyi başaran biricik kardeşlerim Pınar ve Ali Karahan'a sonsuz teşekkür ederim.

Hayatıma girdiği andan itibaren sevgisi ile hayatımı anlamlandırıp güzelleştiren, tez sürecimde de her konuda olduğu gibi bana destek olan ve kendimi her zaman çok şanslı hissetmemi sağlayan çok değerli eşim Altan Yangın'a sonsuz teşekkür ederim.

DR.YAĞMUR HATİCE KILIÇ YANGIN

İSTANBUL- 2021

ÖZET

Amaç: Kanser, tüm dünyada ve ülkemizde mortalitesi en yüksek ikinci hastalıktır. Hayatı ciddi düzeyde tehdit eden bu hastalık grubunda erken tanı ve tedavide kaydedilen gelişmelerle birlikte hastaların yaşam sürelerinde uzama görülmektedir. Kanser hastalarında tedavi başarısını ve hastanın uyumunu etkileyen en önemli parametrelerden biri de hastaların yaşam kaliteleridir. Çalışmamızda Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde (EAH) takip edilen ve kemoterapi alan kanser hastalarının yaşam kalitesi düzeyini değerlendirerek yaşam kalitesi düzeyinin, çeşitli sosyodemografik faktörler, benlik saygısı düzeyi ve başa çıkma tutumları arasında ilişki olup olmadığını saptamayı ve literatüre katkıda bulunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı kesitsel bir araştırma olan çalışma, S.B.Ü Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde 12/03/2021-12/05/2021 tarihleri arasında çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 132 gönüllü kanser hastası ile yapıldı. Hastalara yaşam kalitesi ile ilişkili olabilecek çeşitli faktörleri sorgulayan sosyodemografik bilgi formu, 'EORTC QLQ-C30' yaşam kalitesi ölçeği, 'Rosenberg' Benlik Saygısı Ölçeği ve 'COPE' Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği uygulandı. Kullanılan tüm ölçek ve skalaların Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması bulunmaktadır. İstatistiksel analiz SPSS 21. Versiyon (IBM Corporation, Armonk, NY) kullanarak yapıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve Q-Q grafiği) ve analitik yöntemlerle (Shapiro Wilk ve Kolmogorov Smirnov testi) kullanılarak incelendi. Sonuçlar ortalama ± SD, medyan, minimum – maximum, yüzde ve frekans olarak sunuldu. Normal dağılım gösteren iki grubun karşılaştırılmasında Bağımsız gruplar t testi, normal dağılım göstermeyen iki grubun karşılaştırmasında ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi yapıldı ve gereği halinde ikişerli karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi ile değerlendirildi. Korelasyon çözümlemelerinde sayısal değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile incelendi. p değeri 0,05'in altı anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamız kemoterapi alan 132 kanser hastası ile yapıldı. Çalışmaya katılan olguların yaşları 23 ile 91 arasında değişmekte olup, ortalama 55.± 11,3 yaş olarak saptandı. Hastaların %45.5'i erkek, %54.5'i kadındır. Hastaların

%75.8'i evli, %17.4'ü üniversite mezunu, %50.8'i bir işte çalışmamakta, %40.2'sinin geliri 2324 TL ya da daha az, %92'si çekirdek aile yapısı olduğu gözlendi. Hastaların %35'i meme kanseri, %15'i akciğer kanseri, %15'i kolon kanseri tanısı almış olup, %28'inin hastalık evresi 4, %27.3'ünün evre 3'tür. Hastaların %45'inin başka bir kronik hastalığı bulunmaktadır. Hastaların ortalama vücut kitle indeksleri (VKİ) 26.3 ± 5.8 kg/$^{m2'dir}$. Hastaların %11'i sigara kullanmadığını, %90'ı alkol kullanmadığını ve %19'u hiç egzersiz yapmadığını belirtmiştir.EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği genel sağlık durumu alt ölçeği boyutunun puan ortalaması 53.4 ± 24.4 puandır. Fiziksel fonksiyon boyutunun puan ortalaması 68 ± 22 puandır. Uğraş fonksiyonu boyutunun puan ortalaması 79.8 ± 25 puandır. Duygusal fonksiyon boyutunun puan ortalaması 64.1 ± 27.2 puandır. Zihinsel fonksiyon boyutunun ortalaması puan 53.4 ± 24.4 puandır. Sosyal fonksiyon boyutunun puan ortalaması 70.6 ± 25.9 puandır. En yoğun yaşanan semptomlardan ağrı boyutu puanının ortalaması 37.7 ± 24.7, halsizlik boyutu puan ortalaması 45.1 ± 25.7, iştah kaybı boyutu puan ortalaması 32.8 ± 34.7 puandır.

Hastaların %85,6'sının benlik saygısı yüksekken , %14,4'ünün benlik saygısı orta düzeyde bulunmuştur. Çalışmamızda benlik saygısı düzeyinin yaş arttıkça istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı gözlemlenmiştir (p=0,017). Hastaların cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, aylık gelir, yaşanılan yer, aile tipi ve aileden destek alma durumları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. VKİ yüksek olanların benlik saygısı anlamlı olarak yüksek çıkmıştır (p=0.042). Genel sağlık durumu, fiziksel fonksiyon ve duygusal fonksiyon puanları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki vardır. (sırasıyla rs=-0.191, p=0.028; r_s=-0.217, p=0.012; r_s=-0.21, p=0.016). Genel sağlık durumu, fiziksel fonsiyon ve duygusal fonksiyon puanı yüksek olanların benlik saygısı yüksek çıkmıştır. Dispne, uykusuzluk, ishal ve maddi zorluk şikayetlerini yoğun yaşayan hastaların benlik saygısı düşük bulunmuştur. (sırasıyla r_s=0.229, p=0.008; r_s=0.509, p<0.001; r_s=0.192, p=0.028; r_s=0.183, p=0.036).

Hastaların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formundaki boyutlardan en çok kullandıkları; mizah boyutunun ortalaması 5.7 ± 1.7 (medyan 6) puan, zihinsel olarak ilgiyi kesme boyutunun ortalaması 5.5 ± 1.6 (medyan 5) puan, duygulara odaklanma ve ortaya koyma boyutunun ortalaması 4.9 ± 1.6 (medyan 5) puan, madde kullanımı

boyutunun ortalaması 5.4 ± 1.9 (medyan 6) puandır. Mizah boyutunu çok kullananların genel sağlık durumu ve zihinsel fonksiyon puanı anlamlı olarak yüksektir. (sırasıyla r_s=0.205, p=0.018 ve r_s=0.181, p=0.038). Yadsıma tutumunu çok kullananların duygusal fonksiyon puanı anlamlı olarak düşük çıkmıştır. (r_s=-0.264, p=0.002). Mizah, duygulara odaklanma ve ortaya koyma, madde kullanımı, zihinsel olarak ilgiyi kesme, olumlu yeniden yorumlama ve duygusal sosyal destek kullanma puanları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Bu tutumları çok kullananların benlik saygısı yüksektir.

Sonuç: Çalışmamızda hastaların yaşam kalitelerinin literatürle benzer olarak sosyodemografik değişkenler ve klinikopatolojik özelliklerden etkilendiği sonucuna varılmıştır. Ek kronik hastalığı olan, ileri evre ve metastazı olan hastaların yaşam kalitesinin düşük çıktığı saptanmıştır. Yaşam kalitesi düzeyinin benlik saygısı ve başa çıkma tutumlarıyla ilişkisi olduğu ortaya konulmuştur. Aile hekimleri, ilk taramadan palyatif bakıma kadar kanser bakımı ile ilgilenmektedir. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan aile hekimlerine kanserin erken tespit edilmesi, hastalara sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları kazandırılması ve tanıdan sonraki süreçte de hastayı aile hekimliğinin çekirdek yeterlilikleri ve uygulama ilkelerine göre fiziksel, ruhsal ve sosyal özellikleri ile bir bütün olarak değerlendirmesi büyük önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: Kanser, Yaşam Kalitesi, Benlik Saygısı, Başa Çıkma Tutumları

ABSTRACT

QUALITY OF LIFE IN CANCER PATIENTS: RELATIONSHIPS WITH SELF-ESTEEM, COPING STRATEGIES AND SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS

Aim: Cancer is the second disease with the highest mortality in the world and in our country. With the advances in early diagnosis and treatment in this seriously life-threatening disease group, the life span of patients is prolonged. However, one of the most important parameters affecting treatment success and patient compliance in cancer patients is the patients' quality of life. In our study, we aimed to evaluate the quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy treatment in Haydarpaşa Numune Training and Research Hospitaland determine relationships with self-esteem, coping strategies and sociodemographic characteristics.

Materials and Methods: This descriptive cross-sectional study, was conducted with 132 volunteering cancer patients who met the inclusion criteria of the study between 12/03/2021-12/05/2021 at the Medical Oncology Polyclinic and Daytime Chemotherapy Unit of Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital. A sociodemographic information form, 'EORTC QLQ-C30' Quality Of Life Scale, 'Rosenberg' Self-Esteem Scale, and the 'COPE' Inventory for ways of *coping* were administered to the patients, questioning various factors that may be associated with quality of life. All scales and scales used have Turkish validity and reliability studies. Statistical analysis was performed using SPSS Version 21 (IBM Corporation, Armonk, NY). The conformity of the variables to the normal distribution was examined using visual (histogram and Q-Q plot) and analytical methods (Shapiro Wilk and Kolmogorov Smirnov test). Results were presented as mean ± SD, median, minimum – maximum, percentage and frequency. Independent groups t-test was used to compare two normally distributed groups, and the Mann-Whitney U test was used to compare two non-normally-distributed groups. The Kruskal Wallis test was used to compare more than two groups that did not show normal distribution, and if necessary, it was evaluated with Bonferroni correction in pairwise comparisons. In correlation analysis, the relationship between numerical variables was examined using the Spearman correlation test. p values below 0.05 were considered significant.

Results: The data of 132 cancer patients receiving chemotherapy were analysed. The ages of the subjects participating in the study ranged from 23 to 91 years, with a mean of 55.±11.3 years. 45.5% of the patients were male and 54.5% were female. It was observed that 75.8% of the patients were married, 17.4% were university graduates, 50.8% were unemployed, 40.2% had an income of 2324 TL or less, and 92% had a nuclear family structure. 35% of the patients were diagnosed with breast cancer, 15% with lung cancer, and 15% with colon cancer. 28% had stage 4 and 27.3% stage 3 cancer. 45% of the patients had additional chronic diseases. The mean body mass index (BMI) of the patients was 26.3 ± 5.8 kg/m^2. 11% of the patients stated that they did not smoke, 90% did not consume alcohol, and 19% did not exercise. The mean of the EORTC QLQ-C30 Quality Of Life Scale Global Health Status/QOL dimension was 53.4 ± 24.4 points. The mean of the physical function dimension was 68 ± 22 points. The mean of the occupational function dimension was 79.8 ± 25 points. The mean of the emotional function dimension was 64.1 ± 27.2 points. The mean of the mental function dimension was 53.4 ± 24.4 points. The mean of the social function dimension was 70.6 ± 25.9 points. The average of the pain dimension, which was one of the most intense symptoms, was 37.7 ± 24.7 points, the average of the fatigue dimension was 45.1 ± 25.7, and the average of the loss of appetite dimension was 32.8 ± 34.7 points.

85.6% of the patients had high self-esteem and 14.4% had moderate self-esteem. In our study, it was observed that the level of self-esteem decreased statistically significantly as the age increased (p=0.017). No statistically significant correlation was found between the patients' gender, marital status, educational status, employment status, monthly income, place of residence, family type and family support, and the scores they got from the Rosenberg Self-Esteem Scale. Those with a high BMI had a significantly higher self-esteem levels (p=0.042). There was a statistically significant and negative correlation between global health status, physical function and emotional function scores and Rosenberg Self-Esteem Scale scores. (rs=-0.191, p=0.028, rs=-0.217, p=0.012, rs=-0.21, p=0.016, respectively). Those with high global health status, physical function and emotional function scores had higher self-esteem levels. The self-esteem levels of the patients who experienced intense dyspnea,

insomnia, diarrhea and financial difficulties were found to be lower. (rs=0.229, p=0.008, rs=0.509, p<0.001; rs=0.192, p=0.028; rs=0.183, p=0.036, respectively).

Among the dimensions in the Cope Inventory Short Form, the patients used the most; The average of the humor dimension was 5.7 ± 1.7 (median 6) points, the average of the mental disengagement dimension was 5.5 ± 1.6 (median 5) points, the average of focus on and venting emotions was 4.9 ± 1.6 (median 5) points, the average of the substance use dimension was 5.4 ± 1.9 (median 6) points. The global health status and mental function scores of those who used the humor dimension a lot were statistically significantly higher. (rs=0.205, p=0.018, and rs=0.181, p=0.038, respectively). The emotional function scores of those who used the denial attitude a lot were statistically significantly lower. (rs=-0.264, p=0.002). A statistically significant and negative correlation was found between the scores of humor, focus on and venting emotions, substance use, mental disengagement, positive reinterpretation, emotional social support and Rosenberg Self-Esteem Scale scores. Those who used these attitudes a lot had high levels of self-esteem.

Conclusion: In our study, we concluded that the quality of life of cancer patients are affected by sociodemographic variables and clinicopathological characteristics, in concordance with prior literature. We determined that the quality of life of patients in advanced stages of cancer, with additional chronic diseases and metastases and is low. Quality of life is positively correlated to self-esteem and coping strategies. Family physicians deal with cancer, from initial screening to palliative care. Therefore, it is of great importance for family physicians working in primary health care to screen, detect cancer early, provide patients with healthy lifestyle habits, and to treat the patient with a holistic approach according to their physical, mental and social characteristics using the core competencies and practice principles of family medicine.

Keywords: Cancer, Quality of Life, Self-Esteem, Coping Strategies

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR..... i
ABSTRACT.....v
İÇİNDEKİLER viii
KISALTMALAR x
TABLOLAR xi
ŞEKİLLER..... xii
1.GİRİŞ ve AMAÇ.....1
2. GENEL BİLGİLER.....3
2.1.KANSER.....3
2.1.1.KANSERİN ETYOLOJİ VE EPİDEMİYOLOJİSİ 3
2.2.KANSER ve TEDAVİ YÖNTEMLERİ.....4
2.2.1.KEMOTERAPİ VE YAN ETKİLERİ 4
2.3.KANSER VE YAŞAM KALİTESİ 6
2.3.1.EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği 8
2.4.KANSER VE BENLİK SAYGISI 8
2.5.KANSER VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI 11
2.6.AİLE HEKİMLİĞİ AÇISINDAN KANSER YÖNETİMİ.....13
2.6.1.AİLE HEKİMLİĞİNİN GÖREV TANIMI 13
2.6.2.AİLE HEKİMLİĞİ ve KANSERDEN KORUNMA.....14
2.6.3.AİLE HEKİMLİĞİ VE KANSER TARAMALARI 15
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....19
3.1.ARAŞIRMANIN AMACI 19
3.2.ARAŞIRMANIN TİPİ.....19
3.3.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI 19

3.4.ETİK AÇIKLAMALAR 19
3.5.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ 19
3.6.BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER 20
3.7.VERİLERİN TOPLANMASINDA KULLANILAN GEREÇLER 20
3.8.VERİLERİN ANALİZİ VE İSTATİKSEL YÖNTEMLER 24
4.BULGULAR 24
4.1. QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne İlişkin Bulgular 29
4.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'ne İlişkin Bulgular 44
4.2.1. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği İle QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması 49
4.3. COPE Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Bulguları 50
4.3.1. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması 56
4.3.2. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması 57
5.TARTIŞMA 59
SONUÇ 74
KAYNAKÇA 77
ÖZGEÇMİŞ 87
EKLER 89

KISALTMALAR

EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi

EORTC: Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu

QLQ: Yaşam Kalitesi

COPE: Sorunlarla Başa Çıkma Deneyimli Envanteri

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

FDA: Amerika Gıda Ve İlaç Dairesi

ASCO: Amerikan Klinik Onkoloji Derneği

NCIC: Kanada Ulusal Kanser Enstitiüsü

FACTG: Kanser Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirmesi Ölçeği

POMS: Mood Duumlarının Profili Ölçeği

VASC: Görsel Analog Skala

RSCL: Rotterdam Semptom Kontrollistesi:

CARES: Kanser Rehabilitasyon Değerlendirme Sistemi

FLIC: Fonkiyonel Yaşam İndeksi Kanser Ölçeği

WONCA: Dünya Aile Hekimleri Birliği

ASM: Aile Sağlığı Merkezleri

TSM: Toplum Sağlığı Merkezleri

KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri

BRCA: Meme-Over Kanseri Duyarlılık Geni

HPV: Human Papilloma Virüs

CIN: Servikal İntraepitelyal Neoplazi

GGK: Gaitada Gizli Kan

SBÜ: Sağlık Bilimleri Üniversitesi

HNEAH: Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi

TABLOLAR

TABLO 1. TÜRKİYE KANSER İSTATİSTİKLERİ 2020 (2). 1
TABLO 2. KEMOTERAPİNİN EN SIK GÖRÜLEN YAN ETKİLERİ (14,15). 5
TABLO 3. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ 25
TABLO 4. HASTALARIN ALDIĞI KANSER TANILARI, BULUNDUKLARI EVRE VE HASTALIKLARI İLE İLGİLİ DİĞER ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMLARI 27
TABLO 5. HASTALARIN KRONİK HASTALIK, İLAÇ KULLANMA, SİGARA VE ALKOL KULLANMA DURUMU, EGZERSİZ YAPMA SIKLIĞI VE ORTALAMA VKİ DEĞERİ 28
TABLO 6. EORTC QLQ C-30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ'NİN ALT BOYUTLARINDAN ALINAN ORTALAMA PUANLAR VE STANDART SAPMALARI ALINAN ORTALAMA PUANLAR VE STANDART SAPMALARI 29
TABLO 7. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE GENEL SAĞLIK DURUMU, FİZİKSEL, UĞRAŞ, DUYGUSAL, ZİHİNSEL VE SOSYAL FONKSİYON PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ 32
TABLO 8. HASTALIK ÖZELLİKLERİNE GÖRE GENEL SAĞLIK DURUMU, FİZİKSEL, UĞRAŞ, DUYGUSAL, ZİHİNSEL VE SOSYAL FONKSİYON PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI 39
TABLO 9. HASTALARIN BENLİK SAYGISI KATEGORİLERİNE GÖRE ALDIKLARI PUANLAR 45
TABLO 10. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ 46
TABLO 11. HASTALARIN YAŞI, VKİ, ÇOCUK SAYISI VE BİRLİKTE YAŞADIĞI KİŞİ SAYISI İLE ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ 47
TABLO 12. HASTALARIN HASTALIKLARI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİNE GÖRE BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ'NDEN ALDIKLARI PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI 48
TABLO 13. HASTALARIN KANSER EVRESİ VE TAKİPLİ OLDUKLARI SÜRE İLE ROSENBERG BENLİK SAYGISI PUANLARI ARASINDAKİ KORELASYON İLİŞKİSİ 49
TABLO 14. EORTC QLQ-C30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARI İLE ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ KORELASYON 49
TABLO 15. BAŞA ÇIKMA STİLLERİ ÖLÇEĞİ KISA FORMUNUN ALT BOYUTLARINA AİT ORTALAMA STANDART SAPMA VE MEDYAN DEĞERLERİ 51
TABLO 16. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE BAŞA ÇIKMA 53
TABLO 17. HASTALARIN ALDIĞI KANSER TANISI, METASTAZ, HASTALIĞI İLE İLGİLİ AMELİYAT GEÇİRME DURUMU, EVRE, TAKİP SÜRESİ VE KEMOTERAPİ ALMA SÜRESİNE GÖRE BAŞA ÇIKMA STİLLERİ ÖLÇEĞİ'NDEN ALDIKLARI PUANLAR VE KORELASYON KATSAYILARI 55
TABLO 18. BAŞA ÇIKMA STİLLERİ ÖLÇEĞİ KISA FORMU İLE GENEL SAĞLIK DURUMU VE FONKSİYONEL BOYUTLAR ARASINDAKİ KORELASYON İLİŞKİSİ 57
TABLO 19. BAŞA ÇIKMA STİLLERİ ÖLÇEĞİ KISA FORMU ALT BOYUTLARI İLE ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ KORELASYON İLİŞKİSİ 58

ŞEKİLLER

ŞEKİL 1. HASTALARIN ALDIĞI KANSER TANILARININ DAĞILIMI 26
ŞEKİL 2. HASTALARIN ÖĞRENİM DÜZEYLERİNE GÖRE GENEL SAĞLIK DURUMU, FİZİKSEL, ZİHİNSEL VE SOSYAL FONKSİYON PUANLARININ ORTALAMASI.....34
ŞEKİL 3. HASTALARIN METASTAZ DURUMUNA GÖRE FİZİKSEL, ZİHİNSEL VE SOSYAL FONKSİYON PUANI ORTALAMALARI.....41
ŞEKİL 4. HASTALARIN EGZERSİZ YAPMA SIKLIĞINA GÖRE FİZİKSEL VE DUYGUSAL FONKSİYON PUANLARININ ORTALAMASI.....44
ŞEKİL 5. HASTALARIN BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ SONUÇLARININ DAĞILIMI 45

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Kanser, organizmada herhangi bir hücrenin farklılaşıp, kontrolsüz bir şekilde aşırı çoğalması ile ortaya çıkan, kişinin yaşamını birçok boyutta etkileyen, mortalite ve morbiditesi yüksek, toplumda sık görülen kronik bir hastalıktır. Kanser, dünyada olduğu gibi bizim ülkemizde de en önemli toplumsal sağlık problemlerindendir.

2020 yılında Türkiye nüfusu 84.339.067 iken, yıllık yeni kanser vaka sayısı 233.834 ve kansere bağlı yaşam kaybı sayısı 126.335 olarak bildirilmiştir (1).
2020 Türkiye Kanser İstatistikleri Tablo 1' de görülmektedir.

Tablo 1. Türkiye Kanser İstatistikleri 2020 (2).

	Erkekler	**Kadınlar**	**Her iki cinsiyet**
Toplum	41.636.125	42.702.942	84.339.067
Yeni vaka sayısı	132.816	101.018	233.834
Yaşa göre standardize edilmiş her 100 bin kişide yeni vaka sayısı	291.5	188.0	231.5
75 yaşından önce kanser geliştirme riski (%)	29.2	18.4	23.3
Kansere bağlı yaşam kayıplarının sayısı	78.949	47.386	126.335
Yaşa göre standardize her 100 bin kişide yıllık yeni kanser ölümü sayısı	171.6	81.4	120.4
75 yaşından önce kansere bağlı yaşam kaybı riski (%)	18.2	8.6	13.0
5 yıllık aktif vaka sayısı	300.071	281.565	581.636
Melanom dışı cilt kanseri hariç en sık görülen 5 kanser(vakalara göre sıralanmıştır)	Akciğer Prostat Kolorektal Mesane Mide	Meme Tiroid Kolorektal Akciğer Rahim	Akciğer Meme Kolorektal Prostat Tiroid

Kanserin erken dönemde tespit edilmesi, tarama testlerinin zamanında yapılması, ilişkili risk faktörlerinin ortadan kaldırılıp sağlığın iyileştirilmesi konusunda aile hekimlerine büyük görev düşmektedir. Aile hekimleri tanı konulduktan sonraki süreçte de hastayı aile hekimliğinin çekirdek yeterlilikleri ve uygulama ilkelerine göre fiziksel, ruhsal ve sosyal özellikleri ile bir bütün olarak değerlendirmelidir.

Kanser hem hastalığın kendisi hem de alınan tedavi yöntemlerinin yan etkisi nedeniyle, hastaların yaşamlarında önemli ve ağır sağlık sorunlarının yaşandığı,

hastaların yaşam kalitesinin olumsuz olarak çok fazla etkilendiği çok boyutlu bir sağlık sorunudur (3). Yaşam kalitesi, kişinin yaşamındaki refahın değerlendirilmesine dayanan sosyal, duygu-durum, fiziksel ve bilişsel süreçlerinin bir bütünü olarak tanımlanır. Tıp alanında yaşam kalitesi, hastalığın mortalitesine ve bu hastalığın tedavisinin getirdiği yan etkilere bağlı hasta kişinin bedensel, duygusal ve sosyal iyilik halinin etkilenmesidir (4,5). Tıp alanında son dönemde gelişen tedavi yöntemleri, palyatif bakım, kronik hastalık takibinin öneminin artması sonucunda yaşam süresinin uzaması, zamanın her anı kıymetli olan kanser hastalarının yaşam kalitesinin yüksek tutulması açısından önem taşımaktadır. Kişiye kanser gibi mortalitesi yüksek ve ciddi bir hastalık tanısı konulmuş olması; tedavinin getirdiği yan etkiler, tedavi sürecinin uzun olması, aile ve toplumdaki rollerini yerine getirme becerisindeki yeterlilik duygusunun azalması bireyin benlik saygısını ciddi şekilde etkiler. Benlik saygısı kişinin kendini duygusal olarak nasıl algıladığıyla ilgili bir değerlendirmedir. Hayatı tehdit eden bir hastalıkla mücadele eden kişi yaşadığı bu zorlu süreç ile baş edebilmek ve tedaviye uyum gösterebilmek için başa çıkma mekanizmalarını kullanır. 'Başa çıkma', bireyin kendisi için stres oluşturan durum ya da olaylara karşı mücadele etmesi ve bu durumlara karşı direnç göstermesi amacıyla gösterdiği kognitif, emosyonel ve davranışsal tepkilerin tümü olarak ifade edilmektedir (6).

Yaşam kalitesi, son zamanlarda üzerinde oldukça durulan bir kavram olmakla birlikte kanser hastalarının tanısı, evresi, gelir düzeyi, medeni durumu, yaşı, eğitim düzeyi, sosyokültürel seviyesi, ruhsal sağlığı ile yakın ilişkilidir. Literatürde, kemoterapi gören kanser hastalarının depresyon düzeyi ya da yaşadıkları tıbbı problemleri inceleyen çok sayıda araştırma olmasına rağmen yaşam kalitesi düzeyi ve yaşam kalitesinin sosyodemografik özellikler, benlik saygısı düzeyi ve başa çıkma tutumları ile etkisini inceleyen araştırmalar sınırlıdır.

Çalışmamızda Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde (EAH) takip edilen ve kemoterapi alan kanser hastalarının yaşam kalitesi düzeyini değerlendirerek yaşam kalitesi düzeyi ile, çeşitli sosyodemografik faktörler, benlik saygısı düzeyi ve başa çıkma tutumları arasında ilişki olup olmadığını saptamayı ve literatüre katkıda bulunmayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.KANSER

2.1.1.KANSERİN ETYOLOJİ VE EPİDEMİYOLOJİSİ

Kanser, hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve çoğalması ile ortaya çıkan, genetik ve çevresel koşulların etkisi altında olan kompleks bir hastalıktır. Kanserin nedeni ve oluş mekanizması multifaktöriyeldir; virüslerden bakterilere, kalıtımdan radyasyona, çevresel faktörlerden yaşam tarzına, beslenme alışkanlıklarından sigara ve alkol kullanımına, cinsel sağlık ve doğurganlık durumundan, immün sistem ve kimyasallara kadar birçok faktör kanser oluşumunda rol oynamaktadır.

Kanser, dünyada olduğu gibi bizim ülkemizde de en önemli toplumsal sağlık problemlerindendir. Kanser, dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (7). Global olarak yaklaşık her 6 ölümden biri, bizim ülkemizde ise her 5 ölümden biri kanser sebebiyledir (7). Kanser oluşumunda; sigara kullanımı, yüksek vücut kütle indeksi (VKİ), meyve ve sebzeyi yetersiz tüketme, karbonhidrat ağırlıklı ve paket ürünlere diyette fazla yer verilmesi, fiziksel aktivitenin az olması ve alkol kullanımı gibi yaşam tarzı alışkanlıkları ve diyet ile ilgili risk faktörleri rol oynamaktadır.. Sigara kullanımı kanser için en önemli risk faktörüdür ve kanserden kaynaklı ölümlerinin yaklaşık %22'sinden sorumludur (7). Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2019 ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri raporunda 2019 yılında bening ve malign huylu tümör nedenli ölümlerin; %30,2'sinin farenks ve özofagus/bronş/akciğerin kötü huylu tümöründen, %7,9'unun lenfoid ve hematopoetik sistem kötü huylu tümöründen, %8,1'inin midenin kötü huylu tümöründen meydana geldiği raporlanmıştır. Bu rapora göre ülkemizde 2019 yılında kanser nedeniyle hayatını kaybeden 80.186 kişi bildirilmiş olup, bu sayının 51.682'si erkek, 28.504 kadındır (8).

Dünya nüfusunun artışı, yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıkların artması ve etiyolojik nedenlere daha çok maruz kalınması sonucunda ilerleyen zaman diliminde kanser tanısında ciddi yükselmeler olması beklenmektedir(9). 2040 yılında dünya çapında yaklaşık 28.4 milyon yeni kanser tanısı beklenmektedir, bu sayı 2020 yılındaki yaklaşık 19.3 milyon tanının %47oranında artışına karşılık gelmektedir (1).

Erkeklerde en sık tanı akciğer kanseridir ve kanser kaynaklı ölümlerin temel nedenidir. İnsidans (her 100 bin kişide ortaya çıkan yeni kanser vakası sayısı)

değerlendirilmesinde akciğer kanserini, prostat kanseri ve kolorektal kanser izlemektedir. Ölüm oranları açısından akciğer kanserini, karaciğer kanseri ve kolorektal kanser takip etmektedir. Kadınlarda meme kanseri en sık görülen kanserdir ve kansere bağlı ölümlerin temel nedenidir. İnsidans hızı açısından meme kanserini kolorektal kanser ve akciğer kanseri takip eder. Ölüm oranlarında ise meme kanserini akciğer kanseri ve kolorektal kanser izler (1).

2.2.KANSER ve TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Kanser, çok basamaklı ve uzun süreli genotipik ve fenotipik düzeyde değişim sürecinin sonunda ortaya çıkar . Bundan dolayı en çok araştırılan ve farklı tedavi yöntemlerine başvurulan bir hastalıktır. Tedavi seçimi; kanserin türüne, evresine, metastaz yapıp yapmamasına, hastanın yaşına, genel durumuna ve yaşam beklentisine göre değişmektedir.

Kanser için terapötik modaliteler lokorejyonel terapi (cerrahi ve radyoterapi), sistemik terapi (kemoterapi, hormon tedavisi ve immünoterapi) ve rehabilitasyondur (fiziksel ve psikolojik). Tedavinin amacı, iyileşme ve sağkalım oranlarını artırmak ve saptanan mikro metastaz ve metastazların yanı sıra dolaşımdaki neoplastik hücrelere etki ederek lokal ve uzak nüks olasılığını azaltarak yaşam kalitesini iyileştirmektir (10). Kanser hastalarının takip süreci, gerek tedavi yöntemi gerek tedavinin yan etkileri ve hastanın bütüncül olarak değerlendirilmesi amacıyla ilgili birçok bölümün işbirliği içerisinde olmasını gerektirir.

2.2.1.KEMOTERAPİ VE YAN ETKİLERİ

Kemoterapi kanserin ilaçla tedavisi anlamına gelmektedir. Diğer tedavi yöntemlerinden farklı olarak, yalnızca tümör dokusuna değil tüm vücut dokularına etkisi söz konusudur. Kanser tedavisinde uygulanan kemoterapinin amacı; hastalıkta kür sağlamak, kanserli hücre ve dokuların artmasını önlemek, hastalık evresini kontrol etmek, hastalığa bağlı yaşanan sorunları en aza indirerek kişilerin yaşam kalitesine olumlu etki sağlamak, adjuvan ve neoadjuvan amaçla tedaviyi kolaylaştırmaktır.

‘Kemoterapi’ terimi, ilk olarak bulaşıcı hastalıkları tedavi etmek için ilaçların kullanımını araştıran Alman kimyager Paul Ehrlich tarafından kullanıldı. Radyoterapi ve cerrahi, 1960'larda kanser tedavisinin temelini oluşturuyordu. Ameliyat ve radyasyon tedavisi sonrası mikrometastazlar ve kanserin nüksetmesi ortaya çıktıkça, kombinasyon kemoterapisi önem kazanmaya başladı (11).

Kemoterapinin klinikte 4 farklı kullanım alanı vardır.

Neoadjuvan Kemoterapi: Neoadjuvan kemoterapi ameliyat öncesi yapılır. Doğrudan ameliyat edilemeyecek kadar büyük olan tümörü küçültmek ve cerrahi olarak çıkarmayı mümkün kılmak amacıyla yapılır (12).

Küratif Kemoterapi: Tüm kanser hücrelerini yok etmeyi ve kalıcı bir iyileşme sağlamayı amaçlar (12).

Adjuvan Kemoterapi: Ameliyattan sonra vücutta kalan kanser hücrelerini hedefleyerek hastalığın tekrarlamasını önlemek amacıyla yapılır (12).

Palyatif Kemoterapi: Bu kemoterapi uygulamasının amacı; belirli semptomları hafifletmek, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak veya geçici olarak durdurarak komplikasyonları önlemektir (12).

Kemoterapi tedavinin bütün alanlarında çokça kullanılmasına rağmen yan etkileri nedeniyle hastaların yaşamlarını birçok alanda olumsuz etkilemektedir.

Kemoterapinin en sık görülen yan etkileri Tablo 2'de özetlenmiş olup, bu yan etkiler çok geniş çapta ve hayatı tehdit edebilen etkiler meydana getirebilmektedir. Kemoterapinin bilinen bu etkilerinin yanında, sonradan ortaya çıkan olası kanserojenik etkisi de akılda tutulmalıdır (13).

Tablo 2. Kemoterapinin en sık görülen yan etkileri (14,15).

Gastrointestinal yan etkiler	Stomatit, gastrik ülser, gastrit, diyare, bulantı, kusma, kabızlık
Kemik iliği baskılanması	Lökopeni, trombositopeni, anemi
Kardiotoksisite	Kalp yetmezliği, hipertansiyon
Nörolojik yan etkiler	Periferik nöropati, sağırlık, letarji, demans, unutkanlık, vertigo, miyalji
Akciğere ait yan etkiler	Pulmoner fibrozis, hemoptizi, dispne
Deride oluşan yan etkiler	Hiperpigmentasyon, hipopigmentasyon alopesi
Uterusa ait yan etkiler	Hemoraji, infertilite, amenore, mensturasyon düzensizlikleri
Pankreasta oluşan yan etkiler	Pankreatit
Mesaneye ait yan etkiler	Sistit, hematüri, üriner enfeksiyonlar
Karaciğere ait yan etkiler	Karaciğer fonksiyon bozukluğu, fibrozis
Böbreğe ait yan etkiler	Akut ve kronik böbrek yetmezliği
Metabolizmaya etkiler	Kilo kaybı, kaşektik yıkım, iştahsızlık

Fetal yan etkiler	Teratojenik etki
İmmün sisteme etkiler	İmmnsüpresif etki ve sekonder enfeksiyon

Kanser hastalarının, hastalığın getirdiği tıbbi ve psikolojik zorluklara ek olarak tedavi süresi boyunca tedavinin getirdiği yan etkiler nedeniyle yaşam kaliteleri, sosyal hayatı, aile hayatı gibi sayısı daha çok artırılacak çeşitlilikte birçok durumu olumsuz etkilenmektedir. Kanser hastalığı bu nedenle ciddi bir toplum sağlığı problemidir ve bu toplum sağlığı problemini çözmek için tüm sağlık profesyonelleri iş birliği içinde çalışmalıdır.

2.3.KANSER VE YAŞAM KALİTESİ

Kanserin yaşam kalitesine etkisi sıklıkla araştırılan bir konudur. Yıllar geçtikçe global olarak kanserin sıklığı artmakta ve insan hayatını olumsuz etkilemektedir. Onkolojide yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, 1940 yılında hastaların fiziksel işlevlerini değerlendirmek için bir ölçeğin geliştirilmesi ile başlamıştır (16). Yaşam kalitesi, henüz evrensel olarak kabul edilen tek bir tanımı olmayan geniş ve tartışmalı bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bu terimi birleştirmek amacıyla, yaşam kalitesini, 'bireyin değer sistemleri ve yaşadığı kültür bağlamında ve hedefleri, beklentileri bağlamında yaşamdaki konumuna ilişkin algısı' olarak tanımlamıştır (17). Bu nedenle yaşam kalitesi; sosyal, emosyonel, fiziksel ve çevresel değişikliklere duyarlı, karmaşık ve çok boyutlu bir kavram olarak kabul edilebilir (18). Araştırmacılarda, özellikle hastalıklardan etkilenen bireylerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik ilgi vardır. Kanser tedavisinin odak noktası, kürasyona ek olarak yaşam kalitesini iyileştirmektir.

Yaşam kalitesi onkoloji hastalarında hastalığın kendisi ve tedavi sürecinin getirdiği zorluklar dışında hastanın yaşı, cinsiyeti, komobid hastalıkları, sosyal çevresi, eğitim düzeyi, medeni durumu ve ekonomik düzeyi ile de ilişkilidir. Kronik yorgunluk ve halsizlik, kronik ağrı, gelecek kaygısı, depresyon, eşlik eden diğer kronik hastalıkları, çalışma hayatına devam edememesi sonucu ekonomisinin bozulması, temel ihtiyaçların karşılanmasındaki maddi ve fiziki güçlükler, benlik saygısının azalması, ölüm korkusu, beden imgesinin değişmesi, cinsel fonksiyonlardaki bozulma

gibi faktörler yaşam kalitesini düşürürken; bakıcı varlığı, maddi durumunun iyi olması, sağlık sisteminden yararlanabilir olması, fiziksel yeterlilik, aile desteği, sosyal ve iş hayatına aktif şekilde devam edebilmesi, hekim ve diğer sağlık personeline olan güven, iletişim, psikolojik destek, ağrı palyasyonu, başa çıkma tutumları gibi unsurlar ise yaşam kalitesi düzeyini yükseltmektedir.

Gültekin ve arkadaşları (19) tarafından 2004 yılında 40 kanser hastası üzerinde yapılan araştırmada; hastaların %76,2'sinin doktordan 'ağrının azaltılması', %10,4'ünün hemşireden 'ağrı ve huzursuzluğun azaltılması', %9,8'inin psikologdan 'depresyonun azaltılması', %1,6'sının diyetisyenden 'zayıflamanın önlenmesi', %1,3'ünün sosyal hizmet uzmanından 'ailesi ile iletişim sorununun giderilmesi', %0,6'sının ise fizyoterapistlerden 'kas güçsüzlüğünün giderilmesi' konusunda yardım istekleri olduğu görülmüştür. Ek olarak, kanser tanısı alan hastaların hastalığın durumuyla ilgili bilgilendirilmeleri tedavideki en mühim noktalardan biridir; bu yaklaşım hastanın motivastonunu ciddi derecede etkilemektedir. Hastalığın hasta üzerindeki etkilerini kontrol altında tutmak için, bir ekip olarak çalışıp, planlı eğitim verilmelidir (19).

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve ölçümü onkoloji alanında birden fazla nedenle gerekmektedir. En önemlisi; gelişen yan etkiler sonucunda yaşam kalitesinin ne kadar bozulduğu göz bulundurularak hasta için en uygun tedavi yöntemin seçilmesine yardımcı olmaktır. Onkoloji alanında yaşam kalitesi değerlendirilmesinin temel kullanım amaçları; tedavi yaklaşımlarının karşılaştırılması, sağlık hizmetlerinin yönetimi, ekonomik analizler, psiko-sosyal problemlerin belirlenmesi ve takibidir. Bundan dolayı Amerika Birleşik Devletleri'nde Food and Drug Administration (FDA) ve American Society of Clinical Oncology (ASCO), Kanada'da National Cancer Institute of Canada (NCIC) tedaviyi düzenlerken yaşam kalitesi standartlarını mutlaka göz önünde bulundurur (20).

Günümüzde kanser tanısı alan kişilerin yaşam kalitesinin ölçmek amaçlı birçok yaşam kalitesi ölçeği vardır. Bunlardan bazıları aşağıda belirtilmiştir:

-European Organization for the Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30)

-Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G)

-Profile of Mood States (POMS)

-Visual Analogue Scale-Cancer (VASC)

-Rotterdam Symptom Checklist (RSCL)

-Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES)

-Functional Living Index Cancer (FLIC).

2.3.1.EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Kanser hastalarının yaşam kalitesini düzeyinin belirlenmesinde en sık kullanılan EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğidir. İlk jenerasyon anket formu 1987 yılında EORTC QLQ-C36 olarak geliştirilmiştir. Ancak uygulama sırasında sorulan bazı soruların istenen düzeyde bilgi sağlamaması ve güvenilirliğinin az olması sebebiyle yeniden düzenleme ihtiyacı meydana gelmiştir. İkinci jenerasyon anket formlarının güvenilirliği, uygulanabilirliği ve geçerliliği 13 farklı ülkede, geniş bir hasta popülasyonunda denenmiş, EORTC QLQ-C30 anket formu şekillendirilerek farklı dil ve kültürel gruplardaki geçerliliğini gösterilmiştir (21). Aaronson ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek, 30 sorudan oluşmaktadır. Sorulan 30 soru ile genel sağlık durumu, işlevsellik (fiziksel, uğraş, zihinsel, duygusal, sosyal) ve hastanın yorgunluk, bulantı-kusma, nefes darlığı, iştah azalması, kabızlık ve ishal gibi semptomlarına yönelik veriler değerlendirilmektedir.

2.4.KANSER VE BENLİK SAYGISI

Benlik saygısı kişinin kendini duygusal olarak nasıl algıladığıyla ilgili bir değerlendirmedir. Benlik saygısı, bireyin kendisini yeterli, başarılı, özgüvenli, genel olarak yetenekli, saygıdeğer önemli birey olarak değerlendirme düzeyidir.

İlk olarak 1890'da James tarafından tanımlandıktan sonra yaklaşık otuza yakın benlik saygısı tanımlaması yapılmıştır (22). James'e göre benlik saygısı, kişinin yapmak istedikleri ve başarıya ulaştığı eylemler arasındaki dengeyi kurmaktır. Böylece kişinin başarıya ulaştığı eylemler, gerçekleştirmek istediği isteklerine göre hangi oranda fazla ise, benlik saygısı da o oranda yüksek olarak değerlendirilecektir. Kişinin bir şeyi yapabileceğine inandığı şeylerle yaptığı şeyleri karşılaştırdığında kendine olan saygısını oluşturur (22).

Literatürde benlik saygısıyla ilgili en kapsamlı çalışmalar Rosenberg ve Coopersmith tarafından ortaya konulmuş olup bu çalışmalar daha sonra yapılmış birçok çalışmaya öncülük etmiştir (23). Rosenberg'e (1986) göre benlik saygısının gelişmesini destekleyen beş çeşit seçicilik mekanizması tanımlamıştır. Bunlar: kendine değer biçiminde seçicilik, yorumlamada seçicilik, standartlarda seçicilik, kişilerarası seçicilik ve durumsal seçiciliktir. Rosenberge göre seçicilik, yapılanma yokluğunda veya zıt durumlarda ve çoklu seçeneklerinin ortaya çıktığı hallerde görülmektedir. Bu seçicilik mekanizmaları bireyin kendine dönük düşüncelerini etkilemektedir. Kişi, hem kendi özelliklerini kendisi keşfederek hem de etrafındaki bireylerin kendisi hakkındaki görüşlerini birleştirerek kendine ilişkin tanımlamalar yapar. Bunun sonucunda kişi kendisini olumlu özellikler ile tanımlayabilirse benlik saygısı yükselirken aksine olumsuz ve çelişkili algılamaları mevcutsa benlik saygısı düşmektedir (24).

Kanser gibi mortalitesi yüksek ve ciddi sonuçları olan, kişinin yaşamını birçok boyutta etkileyen bir hastalık tanısı alması bireyin benlik saygısını önemli düzeyde etkiler. Fiziki değişimler; sağaltımın şiddeti, hastalığın ve tedavinin getirdiği kronik etkileriyle, kişinin aile ve toplumdaki görevlerini yerine getirme becerisindeki başarısıyla, yaşamı ciddi düzeyde tehdit eden hastalıkla başa çıkmanın emosyonel ve psikolojik yönleriyle ilişkilidir. Hayatı tehdit eden kanser, davranışlarda, olayları değerlendirmede, hayata bakış açısında ve kişiler arası ilişkilerde değişmelere sebep olmaktadır (4).

Hastalığın yaratmış olduğu yetiyitimi, ağrılar, korkular, gücünü yitirme, başkalarına bağımlı olma ve ekonomik yitimler, bireyin benlik saygısının düşmesine neden olabilir. Hasta bazı şeyleri gerçekleştiremeyeceğini, yapamayacağını düşünmeye başlamaktadır. Böylece hastada engellenme, anksiyete, depresyon, öfke gibi sonuçlar görülebilmektedir. Benlik saygısının düşmesiyle hasta hiçbir işe yaramadığını, toplumdan dışlandığını düşünebilmektedir (25).

Kanser tanısı almak, geleceğe yönelik hayati risk olarak görülmektedir. Kanserin türüne ve yerine göre değişik etkileri söz konusudur. Örneğin; meme kanseri kadınlarda hem hayatın hem de cinselliğin ciddi etkilendiği, sosyal ve ruhsal açıdan kadının hayatına olumsuz etkileri olan bir kanser türüdür. Literatürde, meme kanseri tanı ve tedavisinin hastalarda kaygı, üzüntü, öfke, gelecek hakkında belirsizlik,

depresyon, umutsuzluk, çaresizlik, kanserin nüks etme korkusu, benlik saygısının azalması, dış görünüşün bozulması, cinselliğin etkilenmesi, kadınlık özelliklerini yitirme korkusu ve hastalığın yaşamı ciddi düzeyde tehdit etmesi gibi psikolojik sorunlara yol açtığı saptanmıştır (26). Bazı kanser tiplerinin daha fazla psikolojik sorunlara yol açtığı, örneğin, mastektomi sonrası, özellikle de kemoterapinin yan etkileri eklendiğinde ruhsal durumun bozulduğu görülmüştür (26). Aygin ve Durat yaptıkları çalışmada, meme kanseri tanısı konulan özellikle genç yaştaki kadınların benlik saygısının sağlıklı kontrol grubundaki kadınlara göre düşük olduğunu saptamışlardır. Buna ek olarak hastaların vücut imajı, cinsellik ve doğurganlıkla ile ilgili yüksek düzeyde anksiyete duydukları ve psikolojik olarak depresif bir ruh hali hissettiklerini belirtmişlerdir (27).

Holdroy ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada; kaygı, korku, çekinme gibi duygu durumları yaşayanların kanser tarama yöntemlerine karşı negatif tutumları olduğu bildirilmiştir. Bu araştırmada, kadınların serviks kanserinde erken tanı yöntemleri ile ilgili tutumlarının benlik saygısı, vucüt imajı ve kaygı düzeyleri ile ilşkili olduğu görülmüştür. Buna göre, benlik saygısı ve motivasyon düzeyi yüksek, olumlu beden imajına sahip olan kadınların serviks kanserinin erken taranmasında daha fazla yarar sağladığı görülmüştür. Bu çalışmada, benlik saygısı ve motivasyon düzeyi yüksek, olumlu beden imajına sahip kadınların serviks kanserinde erken tanı konusundaki yaklaşımlarının daha olumlu yönde olduğunu saptamıştır (28).

Kılıç ve arkadaşlarının (29) yaptığı araştırmada, kontrol grubu ile kıyasladığında ostomi uygulanan hastalarda benlik saygısı, vucüt imajının değerlendirilmesi, eş uyumu ve cinsel fonksiyoda bozulma olduğu ayrıca kadınlarda cinsel fonksiyonlarda bozulmanın daha fazla olduğu saptanmıştır (29).

Li ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, benlik saygısı ve benlik kavramındaki artışın ruhsal sağlıkta artışa ve psikopatolojik semptomlarda azalmaya sebep olduğu ortaya konmuştur (30).

Kanser hastalarına uygulanan çeşitli tedavi yöntemleri ve operasyondan sonra hastalara psikolojik yardım sağlamak tüm sağlık profesyonlellerinin öenmli görevlerinden biridir. Hastaya bütüncül yaklaşımı prensip edinen ve hastalık sürecinin tüm evrelerinde hastayı takip eden aile hekimlerine büyük görev düşmektedir. Değişen

vücut algısı ve benlik saygısının değerlendirilip uygun yaklaşımların çoğaltılması için bu konuda detaylı çalışmalara ihtiyaç vardır.

2.5.KANSER VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI

Hastalık, hem hasta bireyler hem de yakınları için stresli bir durumdur. Bu bağlamda başa çıkma, bireylerin kendileri ve çevreleri için stresli olduğu düşünülen durumlarla başa çıkmak için kullandıkları sürekli değişen bilişsel ve davranışsal stratejiler setini içerir (31).

Folkman ve Lazarus (32) tarafından formüle edilen başa çıkma modeli en kapsamlı olanıdır ve dört ana varsayıma dayanmaktadır: (a) başa çıkma, bireyleri ve çevrelerini içeren bir süreç veya etkileşimdir; (b) başa çıkmanın işlevi, stresli durumları kontrol etmek veya bunlara hükmetmek yerine yönetmektir; (c) başa çıkma, değerlendirme nosyonunu (yani fenomenin nasıl algılandığını ve bir bireyin zihninde bilişsel olarak nasıl yorumlandığını) önceden varsayar; ve (d) başa çıkma, bireyler ve çevreleri arasındaki etkileşimden kaynaklanan iç veya dış talepleri yönetmek (yani azaltmak, hoşgörmek ve en aza indirmek) için davranışsal ve bilişsel çabaların seferber edilmesini içerir.

Stres faktörlerini yönetmek için geliştirilen eylemler, davranışlar veya düşünceler başa çıkma stratejileri olarak adlandırılır. Bu stratejiler daha sonra duygu odaklı ve problem odaklı türlere ayrılır. Duygu odaklı stratejiler, stresle ilişkili hoş olmayan fiziksel duyguları azaltmak için bireyin duygusal durumunu değiştirmeye çalışmasıdır. Buna karşılık, problem odaklı stratejiler bireyin çevresi ile etkileşiminde mevcut olan zorlukların üstesinden gelmesi ve karşılığında bireyin iç ve dış eylemlerine rehberlik edebilmesidir (33). Bu bağlamda 'başa çıkma stratejileri', 'başa çıkma tarzlarından' ayrılmalıdır. Stratejiler, belirli bir stres döneminde gerçekleştirilen bilişsel veya davranışsal eylemlerle ilgilidir; durumsal faktörlerle ilişkilidirler ve stresli bir durumda her an değişebilir. Tersine, stiller yani tarzlar bir bireyin kişilik özellikleri ve eğilim faktörleri ile ilgilidir. Başka bir deyişle, her birey, yeni durumlarda tepkilerini etkileyebilecek tipik stres kalıpları (yani başa çıkma stilleri) geliştirir (34).

Hayatı tehdit eden bir hastalıkla karşılaşmak, kişi için hayatında kullanılan uyum mekanizmalarının bozulması veya yeterli düzeyde kullanılamaması, geleceğe

yönelik önemli beklenti ve planların sekteye uğraması, sahip olunan güç ve becerinin kaybedilmesi olarak yorumlanabilmektedir. Kanser hastalığı tanısı ve tedavisi almak anlamlı düzeyde stres yaratabilmektedir (35).

Kanserle başa çıkma ile ilgili literatürde mücadele ruhu ve ketleme(kaçınma davranışı) gibi bireysel başa çıkma stratejileri üzerinde durulmuştur. Pozitif olma ve mücadele ruhuna sahip olmak kanserle baş etmede başarılı başa çıkma stratejileri olarak değerlendirilmiştir. Kanser tanısı almış bir birey için sosyal çevresindeki pozitif inanış, başa çıkmalarında oldukça yardım edicidir. Baş etme sürecinde olumlu duygulara odaklanma bireye karşılaştığı tehdit edici durumdan kurtulabilmek için mücadele isteğini ve direncini arttırır (36).

Kanser hastalarının hastalıklarını nasıl algıladıkları hangi baş etme stratejisini kullanacaklarını etkilemektedir (37). Kanser, baş edilmesi gereken çok fazla durumu içermektedir. Buna acı verici ya da korkutucu semptomlar, hastalığın gidişatındaki belirsizlik, sosyal ilişkilerdeki değişiklikler gibi örnekler verilebilir. Yaşanan fiziksel rahatsızlıklarla baş etmede problem odaklı stratejiler (doktordan tavsiye istemek ya da ilaç almak) uygun olabilirken, gelecekle ilgili belirsizlikle baş etmek için duygu odaklı başa çıkma yöntemleri (dikkatini başka bir şeye çekme ya da kaçınma) daha uygundur (38). Durumsal faktörler (kanserin bulunduğu organ, hastalığın evresi, tanıdan sonra geçen zaman, kişinin halen tedavi görüp görmediği vb.) de hastaların baş etmesini etkileyen ek etkenlerdendir. Daha akut ve ağır tıbbi şartlarda olan hastaların, durumu daha iyi olan hastalara göre daha farklı ve fazla baş etme stratejilerine başvurması olasıdır. Ancak stres ve baş etme teorileri, stresli durumun öznel değerlendirmesine de vurgu yapmaktadır. Buna göre kanser hastasının var olan stres derecesini algısı, onun nasıl baş ettiğini en az tıbbi durumu kadar etkilemektedir. Sonuç olarak her ikisinin de baş etmede belirleyici faktörler olduğu kabul edilmektedir (38).

Dunkel-Shetter ve arkadaşları (1992), 668 kanser hastası ile (büyük kısmı meme ve gastrointestinal sistem kanseri olan) yürüttükleri araştırmada hastaların kullandığı beş tane başa çıkma yolu tanımlamışlardır. Bunlar; sosyal destek arama ve alma, bilişsel kaçınma, uzakta tutma, olumluya odaklanma ve davranışsal kaçınmadır.

Katılımcıların kanserle birden çok yolla baş ettikleri ve en çok kullanılan başa çıkma yolunun uzak tutma olduğu görülmüştür (38).

Levy ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, başkalarından sosyal destek alan mastektomili meme kanseri hastalarının bağışıklık sisteminin daha iyi olduğu ortaya çıkarılmıştır (39).

Kişilerin baş etmesinde önemli diğer bir değişken grubu sosyokültürel özelliklerdir. Yüksek sosyoekonomik durum baş etmenin belli metotlarıyla oldukça tutarlı şekilde bağlantılıdır. Örneğin, Billings ve Moos çalışmalarında daha eğitimli katılımcıların problem odaklı başa çıkma stratejilerini daha çok kullandığını ve günlük problemlerle uğraşırken baş etme yolu olarak kaçınmayı daha az kullandıklarını bulmuşlardır (40).

Sağlık mesleği mensupları, bir hastalık süresince karşılaşmaları gereken stres kaynakları ile etkili bir şekilde başa çıkma yeteneklerini geliştirmek için bireylerin başa çıkma tarzlarını belirlemelidir (41). Bu amaç için çeşitli araçlar formüle edilmiştir ve Sorunlarla Başa Çıkma Deneyimli envanteri (COPE), Carver ve arkadaşlarından literatürde sıklıkla bahsedilmektedir (42).

2.6.AİLE HEKİMLİĞİ AÇISINDAN KANSER YÖNETİMİ

2.6.1.AİLE HEKİMLİĞİNİN GÖREV TANIMI

Aile hekimliği; kişinin sağlık sistemiyle ilişki kurduğu ilk basamaktır. WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) (Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Birliklerinin Dünya Örgütü; kısaca Dünya Aile Hekimleri Birliği) Avrupa Bölgesi tarafından yapılan tanıma göre; kendi eğitim içeriği, araştırmaları, kanıta dayalı ve klinik uygulamaları olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamağa odaklı bir klinik uzmanlıktır (43).

Aile hekimleri, disiplinin ilkeleri doğrultusunda eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmadan tıbbi destek beklentisi olan her kişiye kapsayıcı ve devamlı hizmet sunmaktan sorumlu kişisel ve toplum sağlığından sorumlu hekimlerdir. Bireylere aile, toplum ve kültürel değerleri bağlamında hizmet sunarlar; bunu yaparken daima hastalarının kişilik özelliklerine ve kültürel değerlerine saygı duyarlar. Ayrıca aile hekimleri topluma karşı da mesleksel bir sorumluluk taşımaktadırlar. Hastalıkların yönetimini hastalarıyla ilgilenirken, tekrarlayan

görüşmelerle ortaya çıkan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, duygusal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri göz önünde bulundurarak birlikte değerlendirirler (43).

Son zamanlarda yaşam süresinin uzaması ve buna bağlı olarak kronik hastalıkların artması aile hekimlerinin kronik hastalık takibindeki görev yükünü ve önemini büyük ölçüde artırmışır. Aynı zamanda, toplum sağlığından sorumlu en önemli sağlık basamağını oluşturan aile hekimleri; hastaların sık görülen ve mortalitesi yüksek hastalıklar açısından taranması ve riskli bireylerin tarama programlarına erken alınması, sigara başta olmak üzere tüm hastalıklara zemin hazırlayan zararlı yaşam alışkanlıkları konusunda motive edici görüşmeler sağlanması, kronik hastalıkların erken dönemde tespit edilip takip edilmesi gibi daha birçok konuda toplum sağlığından birincil olarak sorumludur.

Kanserin erken dönemde tespit edilmesi, tarama testlerinin zamanında yapılması, ilişkili risk faktörlerinin ortadan kaldırılıp sağlığın iyileştirilmesi konusunda aile hekimlerine büyük görev düşmektedir. Aile hekimleri tanı konulduktan sonraki süreçte de hastayı aile hekimliğinin çekirdek yeterlilikleri ve uygulama ilkelerine göre fiziksel, ruhsal ve sosyal özellikleri ile bir bütün olarak değerlendirmelidir.

Hiramanek ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kanser hastaları, hastalıkları ve tedavisi, duygusal destek, bilgi sağlama ve tedavi merkezlerindeki personel ile ilişkilerle başa çıkma yetenekleri konusunda orta ila yüksek düzeyde yardıma ihtiyaç duyduklarını bildirmektedir. Aile hekimleri, ilk taramadan palyatif bakım sürecine kadar kanser bakımı ile ilgilenmektedir. Bu nedenle, kanser bakımında hasta ihtiyaçlarının karşılanmasına yardımcı olmak için aile hekimlerinin mevcut kanser hizmetlerinden haberdar olmaları çok önemlidir (44).

2.6.2.AİLE HEKİMLİĞİ ve KANSERDEN KORUNMA

Birinci basamak, kanserin teşhis edildiği veya en azından şüphelenildiği temel sağlık birimidir. Aynı zamanda, aile öyküsünün derlenmesi ve sigara içme veya obezite gibi değiştirilebilir risk faktörlerine dikkat edilmesi dahil olmak üzere, pre-

semptomatik risk değerlendirmesinin (obezite, düşük sebze-meyve ağırlıklı beslenme, fiziksel hareketsizlik, güvensiz seks, kentsel hava kirliliği) yapıldığı ortamdır (45,46).

Ülkemizde aile hekimi, aile bireylerinin ikametlerine yakın olup hizmet verdiği kişileri her açıdan tanıyan, aynı zamanda ailenin bütün bireylerinin tıbbi durumlarını, hayat koşullarını ve dolayısıyla koruyucu sağlık uygulamalarının ve sağlık eğitimlerini bireylere nasıl uygulanması gerektiğini en iyi bilen sağlık profesyonelidir. Aile hekimliği ile ülkemizde kişilerin yaşadıkları yerlerde koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici yönleriyle sağlık hizmeti sunmak temel hedeftir. Aile hekimleri hastalarına sigarayı bırakma, alkol tüketimini sınırlama, fiziksel aktiviteyi artırma, sağlıklı bir vucüt ağırlığını koruma, beslenme önerilerinde bulunma (meyve-sebze ve tahıllardan zengin, doymuş yağdan fakir diyet), cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunma, doğru güneşlenme ve düzenli kanser taraması gibi konularda rehberlik etmelidir (46) .

2.6.3.AİLE HEKİMLİĞİ VE KANSER TARAMALARI

Ülkemizde ulusal toplum tabanlı kanser taramaları Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bünyesindeki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri [KETEM] tarafından yürütülür. Halk Sağlığı Müdürlüğünde, toplum tabanlı kanser tarama çalışmalarının koordinasyon, kayıt, izlem ve Sağlık Bakanlığı'na bildiriminden Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Birimi sorumludur (47).

Tarama testi, sağlam olan kişilere bazı testler, muayeneler veya diğer tanısal yöntemler uygulanmasıyla 'kesin sağlamlar', 'olası hastalar' belirlenmiş olur. Henüz tanı almamış kişiler tespit edilebilir. Bilinmeyen hastalık veya bozukluklara tanı konur. Tarama testleri genellikle kesin tanı koydurucu değildir. Testler sonucunda pozitif ya da şüpheli olan vakalar daha ileri merkezlere daha detaylı tetkiklerle tanı teyidi amacıyla yönlendirilir(47) .Başarılı bir tarama testi için, testin duyarlılığı yüksek, maliyeti uygun olmalı, toplum tarafından kabul görmeli, hastalığın toplumdaki sıklığı fazla olmalı ve tarama sonucunda hastalık tespit edilirse hastalığa karşı önlem alınabilmeli veya hastalık süreci olumlu yönde değiştirebilmelidir (48).

Kanser taramalarının toplumsal tabanlı olması için en önemli kriter hedef nüfusun %70'ine ulaşan bir programın yürütülmesidir. Hedef nüfusa sayıya ulaşmanın yolu Aile Hekimlerinin programa entegre olmasıyla mümkündür. Aile hekimleri

kanser tarama programında; programın topluma anlatılmasında, aktarılmasında ve katılımın arttırılmasında, katılacak olan hedef nüfusun davet edilmesinde, tarama sonuçlarının hedef nüfusa iletilmesinde, kilit göreve sahiptir. Bu sebeple aile hekimleri tarama programlarının mutlaka bir parçası olmalıdır (48).

Ülkemizde Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafınca meme, serviks ve kolorektal kanser taramaları yapılmaktadır (47).

Meme kanserinin taranmasındaki temel amaç; ülke çapında oluşturulacak ulusal tarama programını, hedef popülasyona uygulayarak, kanser gelişim sürecini, henüz klinik bulgular ortaya çıkmadan erken evrede iken tespit etmek ve kadınlarda meme kanserine bağlı mortalite hızını düşürmektir. Kadınlarda 40 yaşında başlayacak ve 69 yaşında bitecek olan toplum tabanlı taramadır (40 ve 69 yaşlar dahil edilecektir). Taranacak popülasyon, aile hekimlerine kayıtlı bireyler esas alınarak tanımlanmalı ve geliştirilecek davet yöntemleriyle 2 yılda bir tekrarlanmalıdır. Meme kanserinde ideal yöntem iki yılda bir uygulanacak mamografi ile taramadır. Asıl tarama yöntemi mamografi olmakla birlikte, mamografinin etkinliğini arttırmak amacıyla taramaya katılan her kadına klinik meme muayenesi de yapılmalıdır. Ayrıca toplumda farkındalık yaratmak amacıyla 20 yaşından sonra her kadına kendi kendine meme muayenesi yapmaları için danışmanlık hizmeti verilmelidir (49) . Kırk yaşından önce mamografi ile tarama önerilen durumlar yüksek riskli durumlar:

- Premenopozal meme kanserli 1. derece yakınının tanı yaşından 10 yıl önce (bilinen veya şüphe edilen BRCA mutasyonu yoksa 30 yaşından önce başlanmaz).
- BRCA2 taşıyıcısı olduğu biliniyor veya şüpheleniliyorsa 25-30 yaşlarında
- BRCA1 taşıyıcısı olduğu biliniyor veya şüpheleniliyorsa 20-25 yaşlarında
- 18-30 yaşlar arasında toraks/mediastene radyoterapi aldıktan 8 yıl sonra veya 25 yaşında (hangisi daha sonra olursa) olan kişiler erken tarama programına alınmalıdır (50) .

Serviks kanseri, etyopatogenezi tamamen aydınlatılmış ve önlenebilen tek kanserdir (51). Kadınlarda 30 yaşında başlayan ve 65 yaşında biten toplum tabanlı, beş yılda bir uygulanacak HPV testi veya Pap-smear testi ile olan taramadır. Son iki HPV veya Pap-smear testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama kesilir. Histerektomi sonrası tarama; benign jinekolojik nedenlerle total histerektomi yapılmış

olguların takibi gerekli değildir. CIN (Servikal intraepitelyal neoplazi) II ve III nedeniyle histerektomi yapılan olgularda; üç dökümante edilebilen (raporu olan), teknik olarak yeterli negatif sitoloji ve son 10 yılda anormal/pozitif sonuç yokluğunda tarama kesilmelidir (47).

Gelişmiş ülkelerde ciddi morbidite ve mortaliteye yol açan kolorektal kanser, ülkemizde en sık görülen ilk 10 kanser türü arasında olup önemli bir sağlık sorunudur. Kolon ve rektum çoğunlukla premalign lezyonları barındıran ve nispeten kolay erişilebilen organlardır (47). Çevresel ve genetik faktörler kolorektal kanserin gelişme olasılığını artırmaktadır (52). En yüksek risk artışı genetik temelli olsa da, kolorektal kanserlerin çoğunluğunu familyal kanserden çok sporadik vakalar oluşturur (53) . Ülkemizde 50-70 yaş aralığında tüm erkek ve kadınlara iki yılda bir uygulanacak gaitada gizli kan testi (GGK) ve 10 yılda bir yapılacak kolonoskopi ile tarama olarak belirlenmiştir. Birinci derece akrabalarında kolorektal kanser, adenomatöz polip, ülseratif kolit, crohn hastalığı, kalıtsal polipozis veya polipozis dışı sendrom öyküsü olan kişilere 40 yaşından itibaren tarama prosedürüne başlanmalıdır (47).

Ülkemizde, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü kanserle mücadaleye paralel olarak çeşitli faaliyetler düzenlemektedir (48). Bu programlar aşağıda sıralanmıştır:

- Tütün ile mücadele programı
- Obezite ile mücadele programı
- Sağlıklı yaşam ve bağımlılıkla mücadele programı
- Fiziksel aktivitenin artırılması
- Tuz kullanımının kısıtlanması
- Enfeksiyon ajanlarıyla mücadele
- Solaryum Merkezleri ve Solaryumların Denetlenmesi
- Elektromanyetik Alanların Sağlık Etkilerinin İzlem ve Değerlendirilmesi
- Ulusal Radon Haritalamasının yapılması
- Türkiye Asbest Kontrolü Stratejik Planı

Aile hekimleri kanser teşhisinde ön plandadır. Wilkinson'ın yaptığı çalışmada, tarama, teşhis, evreleme ve sevkleri daha verimli hale getirerek ve yeni malignitelerin zamanında incelenmesinin, hasta-doktor ilişkisinin korunmasına

yardımcı olacağı ve eğer hastalar hastalığın daha erken bir aşamasında sevk edilirse, sağkalımın artmasını sağlayacağı sonucuna varmıştır (54). Ayrıca bu çalışmada, üreme çağında yeni teşhis edilmiş kanser hastalarında doğurganlığın korunmasını ele alınmasının aile hekimliğinin primer görevi olduğuna vurgu yapılmıştır. Aile hekimleri kanser tedavisi başlamadan önce tüm aşıların güncel olmasını sağlamak için çalışmasına değinilmiştir(54). Kanser tedavisine başlanmadan önce hastaların aşılarının tam olması hastaların tedavi sürecinde hastaların ek sağlık problemleriyle karşılaşmasını önleyerek yaşam kalitesine katkı sağlaması açısından önemlidir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ARAŞIRMANIN AMACI

Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi (HNH EAH) Tıbbi Onkoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde kemoterapi alan kanser hastalarının yaşam kalitesi düzeyini 'EORTC QLQ-C30' yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirerek yaşam kalitesi düzeyi ile çeşitli sosyodemografik faktörler, 'Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ' ile değerlendirilen benlik saygısı düzeyi ve 'COPE' Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilen başa çıkma tutumları arasında ilişki olup olmadığını saptamayı amaçladık.

3.2.ARAŞIRMANIN TİPİ

Araştırma prospektif olarak yürütülmüş olup kesitsel ve tanımlayıcı tiptedir.

3.3.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma S.B.Ü HNH EAH Tıbbi Onkoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde 12/03/2021-12/05/2021 tarihleri arasında yürütüldü.

3.4.ETİK AÇIKLAMALAR

Araştırmanın etik kurul onayı T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi HNH EAH Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan, HNEAH-KAEK 2021/24 (HNEAH KAEK 2021/KK/24) karar numarası ile alındı.

Araştırma Helsinki Deklarasyonu, İyi Klinik Uygulama (Good Clinical Practice) ilkelerine uygundur ve denek araştırma etik kuralları ile çelişmemektedir. STROBE (The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) grup tarafından hazırlanmış kılavuza uygundur.

3.5.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

HNH EAH Tıbbi Onkoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde tedavi alan hastalar çalışmaya alınacaktır. Hastane kayıtlarına göre HNH EAH Tıbbi Onkoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde ayda ortalama 200 hasta tedavi görmektedir. Çalışma evrenini oluşturmak amacıyla örneklem genişliği hesaplaması için Power analizi yaptığımızda %95 güven düzeyi %5 güven aralığı ile ulaşmamız gereken hasta sayısı 132 olarak hesaplanmıştır. Veri formlarını eksiksiz dolduran ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan toplam 132 olgunun verileri değerlendirmeye alındı.

3.5.1.Gönüllülerin çalışmaya dahil edilme kriterleri

1.Çalışmaya katılmaya gönüllü olması

2.Tanı konmuş kanser hastalığı olması

3. Ölçekleri doldurabilecek ve yeterli iletişim kurulabilecek mental durumda olması

4. Anket ve ölçekleri eksiksiz doldurması

3.5.2.Gönüllülerin çalışmaya dahil edilmeme kriterleri

1.Çalışmaya katılmaya gönüllü olmaması

2.Tanı konmuş kanser hastalığı olmaması

3. Ölçekleri doldurabilecek ve yeterli iletişim kurulabilecek mental durumda olmaması

4. Anket ve ölçekleri eksik doldurmak

3.6.BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Çalışmanın bağımlı değişkeni 'EORTC QLQ-C30' Yaşam Kalitesi Ölçeğidir. Bağımsız değişkenleri: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, COPE Başa Çıkma Tutumları Ölçeği, yaş, cinsiyet, VKİ, medeni hal, aylık gelir düzeyi, eğitim durumu, çalışma durumu, kanser türü, evresi, metastaz varlığı, opere olma durumu, hastalık süresi, kemoterapi süresi, kronik hastalık öyküsü, mesleği, ilaç kullanma durumu, çoçuk sayısı, egzersiz yapma düzeyi, sigara ve alkol kullanımı gibi sosyodemografik özelliklerdir.

3.7.VERİLERİN TOPLANMASINDA KULLANILAN GEREÇLER

Çalışmaya HNH EAH Tıbbi Onkoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde takip edilen ve tedavi alan 132 hasta dahil edildi. Araştırmaya gönüllü olmayan, ölçekleri doldurabilecek ve yeterli iletişim kurulabilecek mental durumda olmayan, anketlerin tamamını doldumayan hastalar dahil edilmedi. Hastalara yaşam kalitesi ile ilişkili olabilecek çeşitli faktörleri sorgulayan sosyodemografik bilgi formu, 'EORTC QLQ-C30' Yaşam Kalitesi Ölçeği, 'Rosenberg' Benlik Saygısı Ölçeği ve 'COPE' Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği uygulandı.

Sosyodemografik bilgi formu

Çalışmaya dahil olma kriterleri gözetilerek çalışmaya alınacak bireylere çalışma hakkında bilgi verildikten sonra bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun

okunulması sağlanarak yazılı onayları alındı. Sosyodemografik bilgi formu ile katılımcılardan yaş, cinsiyet, boy, kilo, medeni durum, bakıcı varlığı, aile desteği, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, mesleği, ilaç kullanma durumu, çoçuk sayısı, egzersiz yapma düzeyi, sigara, alkol kullanımı ve hastalıkları ile ilgili bilgileri(kanser türü, evre, metastaz durumu, onkolojik takip ve kemoterapi süresi, opere olma durumları, ek hastalıkları ve kullandıkları ilaç) istendi. Bilgi formları katılımcılara araştırmacı tarafından tek tek uygulandı ve yüz yüze olarak doldurulduu.

'EORTC QLQ-C30' Yaşam Kalitesi Ölçeği

EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği kanser hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde en sık kullanılan ölçektir. Ölçek ilk olarak 1987 yılında EORTC QLQ-C36 olarak geliştirilmiştir. Ancak uygulama sırasında bazı soruların yeterli düzeyde bilgi sağlamaması ve güvenilirliğinin az olması sebebiyle yenilenme ihtiyacı doğmuştur. İkinci jenerasyon ölçeğin güvenilirliği, uygulanabilirliği ve geçerliliği on üç farklı ülkede, geniş bir hasta popülasyonunda uygulanmış, EORTC QLQ-C30 anket formu şeklinde biçimlendirerek farklı dil ve kültürel populasyonlarında geçerliliği gösterilmiştir. Aaronson ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek 30 sorudan meydana gelmektedir. Hastalara yönlendirilen 30 soru ile hastanın genel sağlık durumu, işlevsel fonksiyonları (fiziksel, uğraş, zihinsel, duygusal, ve sosyal olmak üzere 5 alt ölçek) ve hastanın yorgunluk, bulantı-kusma, nefes darlığı, iştah azalması, kabızlık ve ishal gibi hastalığa ve tedaviye bağlı semptomları hakkında verilere ulaşılabilmektedir. Ölçekteki otuz sorudan ilk yirmi sekiz soru dörtlü Likert tipi ölçektir ve maddeler ‘Hiç’: 1‘Biraz’: 2, ‘Oldukça’: 3 veya ‘Çok’: 4 puan olarak ölçülmektedir. Ölçeğin işlevsel alt boyutları; (1-5. sorular) fiziksel, (6. ve7. soru) uğraş, (20. ve 25. soru) zihinsel, (21-24.sorular) duygusal, (26. ve 27soru) sosyal, (29. ve 30. soru) genel sağlık ve semptom alt boyut ölçeğinden oluşmaktadır. Semptom alt boyut ölçeği; (10, 12. ve 18. sorular) yorgunluk, (14 ve 15. soru) bulantı ve kusma, (9. ve 19. soru) ağrı, (8. soru) dispne, (11. soru) uyku bozukluğu ,(13. soru) iştahsızlık, (16. soru) konstipasyon, (17. soru) diyare, ve (28. soru) maddi durum semptomlarını içermektedir. Ölçeğin 29. sorusunda hastadan genel sağlığını ve 30. soruda genel yaşam kalitesini değerlendirmesi istenmektedir. 29. ve 30. sorular genel iyilik hali alanını oluşturan sorulardır. 29. soruda genel sağlık durumunu, 30. soruda hastanın genel yaşam kalitesini 1’den 7’ye kadar değerlendiren seçenekler vardır. Bu bölümde

hastanın kendine verdiği yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksek düzeyde olduğunu, düşük verdiği puanlar ise yaşam kalitesinin düşük düzeyde olduğu anlamına gelmektedir. Fonksiyonel ölçeklerden alınan yüksek puan; sağlıklı fonksiyonel düzeyi ve genel iyilik hali alanından alınan yüksek puan yüksek yaşam kalitesini ve iyilik halinin göstermektedir. Semptom ölçeğinden alınan yüksek puan semptomların çok yoğun yaşandığını ve sorun düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Tüm alt ölçek boyutlarının, kendi skalasında aldığı en düşük puan 0 ve en yüksek puan 100 olarak değerlendirilmektedir. EORTC QLQ-C30 ölçeği Güzelant ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve akciğer kanserli hastalarda Türk toplumu için geçerlik ve güvenirliği saptanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.70 olarak saptanmıştır. Yapılan çalışmalar sonucunda ölçeğin; geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (55) .

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Rosenberg'in 1965 yılında geliştirdiği ölçek toplam 63 soru ve 12 alt ölçekten oluşmaktadır (51). Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği çoktan seçmeli on iki alt kategoriden meydana gelmektedir. Benlik saygısının alt kategorileri; benlik saygısı, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, hayalperestlik, ana baba ilgisi, babayla ilişki, psişik izolasyon, psikosomatik semptomlar, kendilik kavramı devamlılığı, kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme, insanlara güven duyma, tartışmalara katılabilme derecesidir. Çalışmamızda Benlik saygısı alt ölçeği kullanılmıştır. Alt ölçek on soru içermektedir. Her soru için 'çok doğru', 'doğru', 'yanlış', ve 'çok yanlış' şeklinde cevap seçenekleri mevcuttur. Sorulardaki her şık için farklı puanlar vardır. 1. (C):0,17 (D):0,34 2 .(C):0,16 (D):0,33 3. (A):0,17 (B):0,33 4.(C):0,25 (D):0,50 5.(C): 0,25 (D):0,50 6.(C):0,50 (D):1 7.(C):0,50 (D):1 8.(A):1 (B):0,50 9.(A):0,50 (B):0,25 10.(A):0,50 (B):0,25 Diğer seçilen şıkların puan değeri sıfırdır. Olumlu ve olumsuz içerikli sorular ard arda sıralanır. 1, 2, 4, 6, 7'de ki sorular olumlu; 3, 5, 8, 9, 10' daki sorular olumsuz içeriklidir. Benlik saygısı alt ölçeğinin kendi içindeki puanlama stiline göre ankete katılan hastalar 0-6 arasında puan almaktadır. Ölçek puanlamasında düşük puan alınması, benlik saygısı düzeyinin yüksekliğini; yüksek puan, benlik saygısının düşük olduğu anlamına gelmektedir. Benlik saygısı alt ölçeğinin puanlama sistemine göre 0-1 puan alanların 'yüksek' düzeyde; 2-4 puan alanların 'orta' düzeyde ve 5-6 puan alanların 'düşük' düzeyde benlik saygısı olduğu anlamına gelir. Benlik

saygısı alt ölçeğinin Cronbach alfa değeri:0,76 olarak ölçülmüştür. Yapılan çalışmalar sonucunda ölçeğin; geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (56).

'COPE' Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği

Scheier, Weintraub ve Carver tarafından 1989 yılında geliştirilen ölçek 15 alt kategoriden oluşan toplam 60 sorudan oluşmaktadır. COPE ölçeği 2003 yılında Zuckerman ve Gagne tarafından 'Kendine Yardım, Yaklaşım, Uyum Sağlama, Sakınma-Kaçınma ve Kendine Ceza' başlıklı 5 kategori ve 40 soru olarak yeniden düzenlenmiştir. COPE ölçeği 4'lü Likert tipi bir ölçektir. Sorular değerlendirilirken "Asla Böyle Birşey Yapmam": 1 puan,"Çok Az Böyle Yaparım": 2 puan, "Böyle Yaparım": 3 puan, "Çoğunlukla Böyle Yaparım": 4 puan olarak değerlendirilir. Ölçek olumsuz madde içermemektedir. Ölçekten alınabilecek, en düşük puan 40, en yüksek puan 160'tır. Ölçekten alınan düşük puan başa çıkma tutum düzeyinin düşük, yüksek puan başa çıkma tutum düzeyinin yüksek olması olarak değerlendirilir.

Carver (1997), Başa Çıkma Stilleri Ölçeğinin uzun formundan yola çıkıp revizyon yaparak az sorulu bir ölçek oluşturmuştur. Carver daha önceki çalışmalarda kullanışlı olmadığı gerekçesiyle iki kategoriyi (diğer etkinlikleri bırakma ve kendini sınırlandırma) çıkarıp daha fonksiyonel olması sebebiyle başka bir kategori 'kendini suçlama' ilave etmiştir. Ölçeğin kısa formu her biri ikişer maddeli 14 alt kategoriden meydana gelmektedir. Uzun formunda olduğu gibi ölçekten alınan düşük puan ise başa çıkma tutum düzeyinin düşük, yüksek puan başa çıkma tutum düzeyinin yüksek olması olarak değerlendirilir. Kısa form da 4'lü Likert tipi bir ölçekti olup aynı şekilde değerlendirilmektedir. Kategori analizi değerlendirmelerine göre tüm kategoriler toplam varyansın %72.4'ünü açıklamış, dokuz faktörün öz değeri 1.0'ın üzerinde tespit edilmiştir. Envanterin alt ölçeklerinin Cronbach alfa katsayıları 0.50 (duygulara odaklanma) ile 0.90 (madde kullanımı) arasında değişmektedir. Bu kısa formda uzun formda da olduğu gibi her bir alt ölçek ayrı ayrı puanlanmaktadır. Puanların yüksekliği ise o boyutun daha fazla kullanıldığını, düşüklüğü o boyutun az kullanıldığı anlamına gelmektedir. Çalışmamızda başa çıkma tutumları ölçeğinin kısa formu kullanılmıştır. Ölçeğin kısa formunun geçerlilik ve güvenililik çalışması 2013 yılında Bacanlı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (57).

3.8.VERİLERİN ANALİZİ VE İSTATİKSEL YÖNTEMLER

İstatistiksel analiz SPSS 21. Versiyon (IBM Corporation, Armonk, NY) kullanarak yapıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve Q-Q grafiği) ve analitik yöntemlerle (Shapiro Wilk ve Kolmogorov Smirnov testi) kullanılarak incelendi. Sonuçlar ortalama ± SD, medyan, minimum – maximum, yüzde ve frekans olarak sunuldu. Normal dağılım gösteren iki grubun karşılaştırılmasında Bağımsız gruplar t testi, normal dağılım göstermeyen iki grubun karşılaştırmasında ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi yapıldı ve gereği halinde ikişerli karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi ile değerlendirildi. Korelasyon çözümlemelerinde sayısal değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile incelendi. p değeri 0,05'in altı anlamlı kabul edildi.

4.BULGULAR

Çalışma Mart-Nisan 2021 tarihlerinde, HNH EAH'nde Onkoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde yapılmıştır. Çalışmaya 132 hasta dahil edilmiştir.

Hastaların %45,5'i (n=60) erkek, %54,5'i (n=72) kadındır. Genel yaş ortalaması 55 ± 11,3'tür (aralık 23- 91). Kadınların yaş ortalaması 53,4 ± 11,5, erkeklerin yaş ortalaması ise 56,8 ± 11 olup, erkeklerin yaş ortalaması kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (p=0.021). Hastaların %75,8'i (n=100) evli, %6,8'i (n=9) bekar ve %17,4'ü (n=23) dul veya boşanmıştır. %7,6'sı (n=10) okuryazar değildir, %4,5'i (n=6) okuryazar, %38,6'sı (n=51) ilkokul mezunu, %31,8'i (n=42) lise mezunu ve %17,4'ü (n=23) üniversite mezunudur. %50,8'i (n=67) bir işte çalışmamakta, %12,1'i (n=16) kamu sektörü, %12,1'i (n=16) özel sektörde çalışmakta ve %25'i (n=33) emeklidir. Aylık toplam gelirlerine bakıldığında %40,2'sinin (n=53) geliri 2.324 TL ya da daha az (asgari ücret ve katları baz alınmıştır), %41,7'sinin (n=55) 2.325 TL-4.648 TL arası, %12,9'unun (n=17) 4.649 TL – 6.972 TL arası ve %5,3'ünün (n=7) 6.973 TL ve üstündedir. %42'si (n=55) ev hanımı, %11'i (n=14) memur, %11'i (n=14) işçi, %8'i esnaf (n=10), %3'ü şoför (n=4) ve %3'ü (n=4) bankacıdır.

Hastaların %70,5'i (n=93) kendi evinde, %28,7'si (n=38) yakınının evinde ve %0,7'si (n=1) huzurevi/bakımevinde yaşamaktadır. %92'si (n=121) çekirdek aile, %8'i

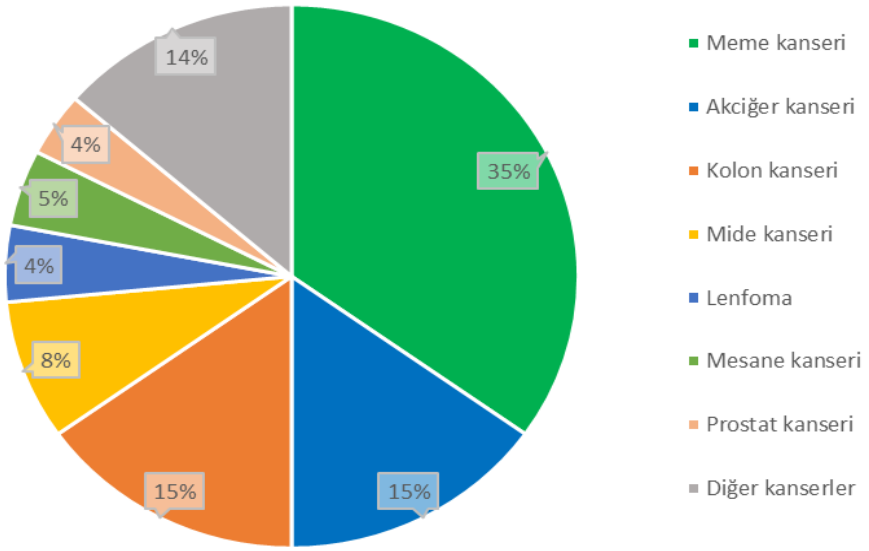
(n=11) geniş aileye sahiptir. %3'ü (n=4) yalnız, %32,6'sı (n=43) 1-2 kişi ile, %27,3'ü (n=36) 3 kişi ile, %22'si (n=29) 4 kişi ile ve geri kalan 20 hasta (%15,2) 5 veya daha fazla kişi ile birlikte yaşamaktadır. %8'inin (n=11) çocuğu yoktur, %19'unun (n=25) 1 çocuk, %39'unun (n=51) 2 çocuk, %23'ünün (n=30) 3 çocuk ve geri kalan 15 hastanın (%11) ise 4 ve üzeri sayıda çocuğu vardır. %77'si (n=102) ailesinden destek almakta, %23'ü (n=30) ise ailesinden destek almamaktadır. %3 (n=4) hastanın bakıcısı/yardımcısı varken %97'sinin (n=128) yoktur. Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo-3'de sunulmuştur.

Tablo 3. Hastaların sosyodemografik özellikleri

Özellikler	n	Frekans (%)
Yaş, Ortalama ± Standart Sapma (Min. – Max.)	55 ± 11.3 (23 -91)	
Cinsiyet		
Kadın	72	54,5
Erkek	60	45,5
Medeni durum		
Evli	100	75,8
Bekar	9	6,8
Dul/boşanmış	22	17,4
Öğrenim durumu		
Okuryazar değil	10	7,6
Okuryazar	6	4,5
İlköğretim	51	38,6
Lise	42	31,8
Üniversite	23	17,4
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	67	50,8
Kamu sektörü	16	12,1
Özel sektör	16	12,1
Emekli	33	25,0
Aylık toplam gelir		
2324 TL ya da daha az	53	40,2
2325 TL - 4648 TL arası	55	41,7
4649 TL - 6972 TL arası	17	12,9
6973 TL ve üstü	7	5,3
Meslek		
Ev hanımı	55	42
Memur	14	11
İşçi	14	11
Esnaf	10	8
Şoför	4	3
Bankacı	4	3
Diğer	31	22
Yaşanılan yer		

Kendi evi	93	70,5
Yakınının evi	38	28,8
Huzurevi/bakımevi	1	0,7
Aile tipi		
Çekirdek aile	121	91,7
Büyük aile	11	8,3
Birlikte yaşadığı kişi sayısı		
0 – 2	47	35,6
3 – 4	65	49,3
≥ 5 kişi	20	15,2
Çocuk sayısı		
0 - 3 çocuk	117	89
≥ 4 çocuk	14	11
Aileden destek alma		
Evet	102	77
Hayır	30	23
Bakıcı varlığı		
Evet	4	3
Hayır	128	97
Toplam	**132**	**100**

Hastaların onkolojiden takipli olduğu tanı, hastalık evresi, metastaz varlığı, hastalıklarıyla ilgili ameliyat geçirme durumları, onkolojide takipli oldukları süre, kemoterapi alma süreleri incelenmiştir. Hastaların %35'i (n=46) meme kanseri, %15'i (n=20) akciğer kanseri, %15'i (n=20) kolon kanseri, %8'i (n=11) mide kanseri, %13'ü (n=17) lenfoma (n=6), mesane kanseri (n=6), prostat kanseri (n=5) ve geri kalan 18 hasta (%14) diğer kanser türü tanısı almıştır (Şekil 1).



Şekil 1. Hastaların aldığı kanser tanılarının dağılımı

Hastaların %28'inin (n=37) hastalık evresi 4, %27,3'ünün (n=36) evre 3, %37,9'unun (n=50) evre 2 ve %6,8'inin (n=9) evre 1'dir. %44'ünün (n=58) metastazı vardır. %67'si (n=89) hastalığı ile ilgili ameliyat geçirmiştir. Onkolojide takipli oldukları süre ortalaması 15,5 ay, kemoterapi aldıkları süre ortalaması ise 7,3 aydır. Hastaların aldığı kanser tanısı, bulundukları evre, metastaz varlığı, ameliyat geçirme durumları, ortalama takipli oldukları süre ve kemoterapi alma süreleri Tablo-4'de gösterilmiştir.

Tablo 4. Hastaların aldığı kanser tanıları, bulundukları evre ve hastalıkları ile ilgili diğer özelliklerinin dağılımları

Özellik	**n=132**
Kanser tanısı, n (%)	
Meme kanseri	46 (35)
Akciğer kanseri	20 (15)
Kolon kanseri	20 (15)
Mide kanseri	11 (8)
Diğer kanser tanısı	35 (27)
Hastalık evresi, n (%)	
1	9 (6.8)
2	50 (37.9)
3	36 (27.3)
4	37 (28)
Metastaz varlığı, n (%)	
Var	58 (44)
Yok	74 (56)
Hastalıkla ilgili ameliyat geçirme durumu, n (%)	
Evet	89 (67)
Hayır	43 (33)
Takipli oldukları süre (ortalama ay)	15.5
Kemoterapi alma süresi (ortalama ay)	7.3

Hastaların başka bir kronik hastalık varlığı ve sahip oldukları hastalıklar, sürekli ilaç kullanma durumları, vücut kitle indeksleri (VKİ) ortalaması, sigara ve alkol kullanma durumları ve ne sıklıkta egzersiz yaptıkları araştırılmıştır. Hastaların %45'inin (n=59) başka bir kronik hastalığı bulunmaktadır. %27'sinin (n=36) hipertansiyon, %15'inin (n=20) diabetes mellitus, %6'sının (n=8) koroner arter hastalığı, %6'sının (n=8) KOAH, %5'inin (n=6) tiroit veya guatr, %3'ünün (n=4) hepatit ve %11'inin ise (n=15) başka bir kronik hastalığı bulunmaktadır. %50'si (n=66) sürekli ilaç kullanmaktadır. Hastaların ortalama VKİ 26,3 ± 5,8 kg/m^2'dir. Kadınların

ortalama VKİ 26,4 ± 6,5 kg/m^2, erkeklerin ortalama VKİ 26,1 ± 4,3 kg/m^2 olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,355). Hastaların %11'i (n=14) sigara kullanmakta, %60'ı (n=79) kullanmamakta ve %29'u (n=39) ise daha önce sigara kullanmış olup şu an kullanmamaktadır. %90'ı (n=119) alkol kullanmadığını, %2'si (n=3) kullandığını ve %8'i (n=10) ise alkolü bıraktığını belirtmiştir. %19'u (n=25) hiç egzersiz yapmadığını, %46'sı (n=60) nadiren egzersiz yaptığını, %24'ü (n=32) bazen egzersiz yaptığını ve %12'si (n=15) ise genellikle ya da sık sık egzersiz yaptığını belirtmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların kronik hastalık, ilaç kullanma, sigara ve alkol kullanma durumu, egzersiz yapma sıklığı ve ortalama VKİ değeri

Özellik	**n=132**
Başka kronik hastalığa sahip olma, n (%)	
Evet	59 (45)
Hayır	73 (55)
Kronik hastalıklar, n (%)	
Hipertansiyon	36 (27)
Diabetes mellitus	20 (15)
Koroner arter hastalığı	8 (6)
KOAH	8 (6)
Tiroid veya guatr hastalığı	6 (5)
Hepatit	4 (3)
Diğer	15 (11)
Sürekli ilaç kullanma durumu, n (%)	
Evet	66 (50)
Hayır	66 (50)
Sigara kullanma durumu, n (%)	
Evet	14 (11)
Hayır	79 (60)
Bırakmış	39 (29)
Alkol kullanma durumu, n (%)	
Evet	3 (2)
Hayır	119 (90)
Bırakmış	10 (8)
Egzersiz yapma sıklığı, n (%)	
Hiç	25 (19)
Nadiren	60 (46)
Bazen	32 (24)
Genellikle	11 (8)
Sık sık	4 (3)
Vücut kitle indeksi (kg/m^2), Ortalama ± Standart Sapma	26.3 ± 5.8

4.1. QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Hastaların EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Genel Sağlık Durumu, Fonksiyonel ve Semptom boyutlarından aldıkları puanların ortalama ve standart sapmaları hesaplandı. Genel Sağlık Durumu boyutunun ortalaması 53,4 ± 24,4 puandır. Fiziksel fonksiyon boyutunun ortalaması 68 ± 22 puandır. Uğraş fonksiyonu boyutunun ortalaması 79,8 ± 25 puandır. Duygusal fonksiyon boyutunun ortalaması 64,1 ± 27,2 puandır. Zihinsel fonksiyon boyutunun ortalaması 53,4 ± 24,4 puandır. Sosyal fonksiyon boyutunun ortalaması 70,6 ± 25,9 puandır. Ağrı boyutunun ortalaması 37,7 ± 24,7 puandır. Bulantı - kusma boyutunun ortalaması 26.9 ± 29.4 puandır. Halsizlik boyutunun ortalaması 45,1 ± 25,7 puandır. Dispne boyutunun ortalaması 21,2 ± 29,2 puandır. Uykusuzluk boyutunun ortalaması 16,4 ± 30,4 puandır. İştah kaybı boyutunun ortalaması 32,8 ± 34,7 puandır. Kabızlık boyutunun ortalaması 23,2 ± 32,1 puandır. İshal boyutunun ortalaması 20,9 ± 29,8 puandır. Maddi zorluk boyutunun ortalaması 25,7 ± 29,6 puandır. Hastaların her bir boyuttan aldığı ortalama puanlar ve standart sapmaları Tablo 6'te gösterilmiştir.

Tablo 6. EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt boyutlarından alınan ortalama puanlar ve standart sapmaları alınan ortalama puanlar ve standart sapmaları

	Ortalama	**Standart Sapma**
Genel Sağlık Durumu	53.4	24.4
Fonksiyonel Ölçek		
Fiziksel fonksiyon	68	22
Uğraş fonksiyonu	79.8	25
Duygusal fonksiyon	64.1	27.2
Zihinsel fonksiyon	80.7	17.6
Sosyal fonksiyon	70.6	25.9
Semptom Ölçeği		
Ağrı	37.7	24.7
Bulantı – kusma	26.9	29.4
Halsizlik	45.1	25.7
Dispne	21.2	29.2
Uykusuzluk	16.4	30.4
İştah kaybı	32.8	34.7
Kabızlık	23.2	32.1

40 yaş altı hastaların genel sağlık durumu puanı ortalaması 57,5 ± 29,2 (medyan 62,5), 40 yaş ve üstü hastaların 53,1 ± 24,1'dir (medyan 50). 40 yaş altı hastaların fiziksel fonksiyon puanı ortalaması 74,7 ± 26,2 (medyan 83,3), 40 yaş ve üstü hastaların 67,4 ± 21,6'dır (medyan 73,3). 40 yaş altı hastaların uğraş fonksiyonu puanı 83,3 ± 22,2 (medyan 91,7), 40 yaş ve üstü hastaların 79,5 ± 25,3'tür (medyan 83,3). 40 yaş altı hastaların duygusal fonksiyon puanı ortalaması 73,3 ± 28 (medyan 79,2), 40 yaş ve üstü hastaların 63,4 ± 27,2'dir (medyan 66,7) . 40 yaş altı hastaların zihinsel fonksiyon puanı ortalaması 81,7 ± 12,3 (medyan 83,3), 40 yaş ve üstü hastaların 80,6 ± 18'dir (medyan 83,3). 40 yaş altı hastaların sosyal işlev puanı ortalaması 83,3 ± 20,8 (medyan 83,3), 40 yaş ve üstü hastaların 69,5 ± 26'dır (medyan 66,7). Yaş grupları arasında genel sağlık durumu, fiziksel, uğraş, duygusal, zihinsel ve sosyal fonksiyon puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 7).

Erkeklerin genel sağlık durumu puanı ortalaması 55,3 ± 25,2 (medyan 58,3), kadınların genel sağlık durumu puanı 51,8 ± 23,8'dir (medyan 50). Erkeklerin fiziksel fonksiyon puanı ortalaması 70,9 ± 20,8 (medyan 76,7), kadınların 65,5 ± 22,7'dir (medyan 73.3). Erkeklerin uğraş fonksiyonu puanı 82.5 ± 23 (medyan 100), kadınların 77,5 ± 26,6'dır (medyan 83,3). Erkeklerin duygusal fonksiyon puanı ortalaması 66,1 ± 28,9 (medyan 70,8), kadınların 62,5 ± 25,8'dir (medyan 58,3) . Erkeklerin zihinsel fonksiyon puanı ortalaması 81,7 ± 16,4 (medyan 83,3), kadınların 79,9 ± 18,5'tir (medyan 83,3). Erkeklerin sosyal işlev puanı ortalaması 73 ± 24,9 (medyan 66,7), kadınların 68,5 ± 26,6'dır (medyan 66,7). Cinsiyetler arasında genel sağlık durumu, fiziksel, uğraş, duygusal, zihinsel ve sosyal fonksiyon puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 7).

Hastaların VKİ ile genel sağlık durumu, fiziksel, uğraş, duygusal, zihinsel ve sosyal fonksiyon puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelenmiş, sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır (Tablo 7).

Evli hastaların genel sağlık durumu puanı ortalaması 54,3 ± 25,1 (medyan 54,2), bekar hastaların 55,5 ± 16,6 (medyan 58,3), dul/boşanmış hastaların 48,5 ± 23,9'dur (medyan 50). Evli hastaların fiziksel fonksiyon puanı ortalaması 66,9 ± 21,5 (medyan 70), bekar hastaların 86,6 ± 11 (medyan 86,6), dul/boşanmış hastaların 65,2 ± 24,2 olup çıkan sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (medyan 66,7) (p=0,016). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalarda, bekar hastaların fiziksel fonksiyon puanının evli ve dul/boşanmış hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla düzeltilmiş p=0,015 ve p=0,025). Evli hastaların uğraş fonksiyonu ortalaması 80,2 ± 24,7 (medyan 83,3), bekar hastaların 83,3 ± 20,4 (medyan 83,3), dul/boşanmış hastaların 76,8 ± 28,7'dir (medyan 83,3). Evli hastaların duygusal fonksiyon puanı ortalaması 64,9 ± 27,1 (medyan 66,7), bekar hastaların 67,6 ± 20,6 (medyan 75), dul/boşanmış hastaların 59,4 ± 30'dur (medyan 58,3). Evli hastaların zihinsel fonksiyon puanı ortalaması 80,7 ± 17,3 (medyan 83,3), bekar hastaların 81,5 ± 10 (medyan 83,3), dul/boşanmış hastaların 80,4 ± 21,1'dir (medyan 83,3). Evli hastaların sosyal fonksiyon puanı ortalaması 69,5 ± 25,1 (medyan 66,7), bekar hastaların 77,8 ± 16,6 (medyan 83.3), dul/boşanmış hastaların 72,4 ± 30,4'tür (medyan 66,7). Hastaların medeni durumları ile genel sağlık durumu, uğraş, duygusal, zihinsel ve sosyal fonksiyon puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 7).

Tablo 7. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile genel sağlık durumu, fiziksel, uğraş, duygusal, zihinsel ve sosyal fonksiyon puanları arasındaki ilişki

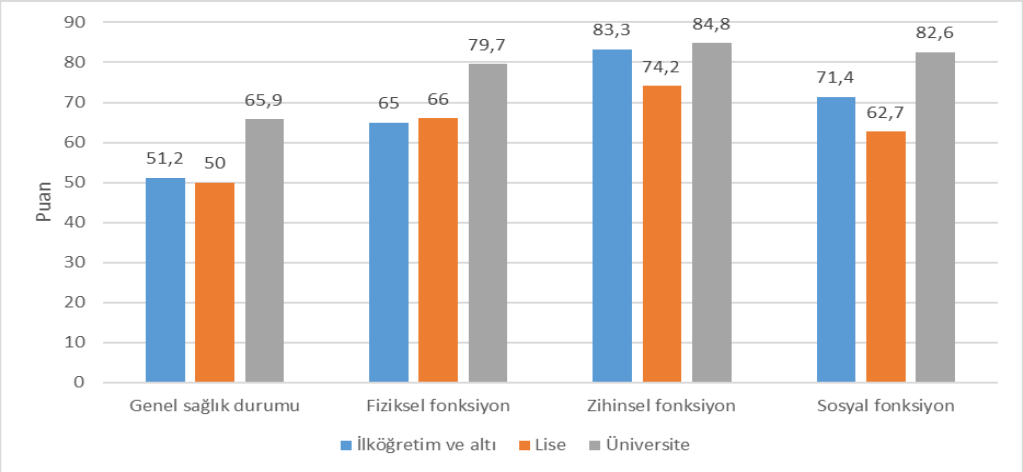
	Genel sağlık durumu	**Fiziksel fonksiyon**	**Uğraş fonksiyonu**	**Duygusal fonksiyon**	**Zihinsel fonksiyon**	**Sosyal fonksiyon**
Yaş grubu						
<40 yaş	57,5 ± 29,2	74,7 ± 26,2	83,3 ± 22,2	73,3 ± 28	81,7 ± 12,3	83,3 ± 20,8
≥40 yaş	53,1 ± 24,1	67,4 ± 21,6	79,5 ± 25,3	63,4 ± 27,2	80,6 ± 18	69,5 ± 26
p[1]	0.401	0.189	0.728	0.237	0.957	0.068
Cinsiyet						
Kadın	51.8 ± 23.8	65.5 ± 22.7	77.5 ± 26.6	62.5 ± 25.8	79.9 ± 18.5	68.5 ± 26.6
Erkek	55.3 ± 25.2	70.9 ± 20.8	82.5 ± 23	66.1 ± 28.9	81.7 ± 16.4	73 ± 24.9
p[1]	0.316	0.179	0.283	0.322	0.672	0.336
VKİ (kg/m^2)*	0.002	-0.079	-0.06	-0.103	-0.086	-0.018
p[2]	0.978	0.366	0.497	0.241	0.324	0.839
Medeni durum						
Evli	54.3 ± 25.1	66.9 ± 21.5	80.2 ± 24.7	64.9 ± 27.1	80.7 ± 17.3	69.5 ± 25.1
Bekar	55.5 ± 16.6	86.6 ± 11	83.3 ± 20.4	67.6 ± 20.6	81.5 ± 10	77.8 ± 16.6
Dul/boşanmış	48.5 ± 23.9	65.2 ± 24.2	76.8 ± 28.7	59.4 ± 30	80.4 ± 21.1	72.4 ± 30.4
p[3]	0.515	**0.016**	0.923	0.72	0.969	0.564
Öğrenim durumu						
İlköğretim ve altı	51.2 ± 22.2	65 ± 23.3	79.1 ± 27	66.3 ± 24.8	83.3 ± 17.9	71.4 ± 25.1
Lise	50 ± 26.7	66 ± 20	76.6 ± 25	57.1 ± 32	74.2 ± 17.7	62.7 ± 29
Üniversite	65.9 ± 23.1	79.7 ± 17.5	87.6 ± 17.5	70.6 ± 22.7	84.8 ± 13.2	82.6 ± 16.2
p[3]	**0.027**	**0.009**	0.24	0.217	**0.014**	**0.023**
Çalışma durumu						
Çalışmıyor	49.9 ± 22.7	66.4 ± 22.7	80.8 ± 24	65.7 ± 24.8	81.8 ± 18	70.6 ± 25.3
Kamu sektörü	59.4 ± 30.9	65 ± 21.4	80.2 ± 25.2	66.7 ± 31.2	81.2 ± 16	71.9 ± 26.3
Özel sektör	66.1 ± 19.6	76.5 ± 23.3	77.1 ± 33.3	56.7 ± 31.1	80.2 ± 17.4	71.9 ± 27.7
Emekli	51.5 ± 25	68.3 ± 19.9	78.3 ± 23.7	63.4 ± 28.7	78.3 ± 17.9	69.2 ± 27
p[3]	0.07	0.213	0.948	0.714	0.772	0.987
Aylık gelir						
≤ 2324 TL	48.4 ± 25.2	63.8 ± 23.3	76.1 ± 26.7	60.5 ± 27.3	80.2 ± 19.6	68.9 ± 27
2325 TL - 4648 TL	55.1 ± 22.7	70.4 ± 20.7	83.9 ± 21	68 ± 26.8	81.5 ± 16.2	70.9 ± 24.7
4649 TL - 6972 TL	56.9 ± 26.1	56.9 ± 26.1	56.9 ± 26.1	56.9 ± 26.1	56.9 ± 26.1	56.9 ± 26.1
≥ 6973 TL	69 ± 22.4	82.9 ± 8.5	85.7 ± 26.2	73.8 ± 18.9	88.1 ± 12.6	90.5 ± 16.3
p[3]	0.154	0.105	0.411	0.354	0.498	0.149
Yaşanılan yer						
Kendi evi	56 ± 23	68.6 ± 20.7	82 ± 22.4	63.9 ± 26.4	80.1 ± 17.4	72 ± 24.8
Yakınının evi	46,9 ± 27	66.6 ± 25.1	75 ± 30.2	63.8 ± 29.3	81.6 ± 18.1	67.1 ± 28.6
p[1]	**0.031**	0.834	0.289	0.868	0.612	0.387
Aile tipi						
Çekirdek aile	52.1 ± 24.2	67.1 ± 21.9	79.5 ± 25.1	63.4 ± 27.5	80.4 ± 17.6	69.1 ± 25.5

Geniş aile	67.4 ± 23.4	77 ± 20.9	83.3 ± 25.8	72 ± 23.3	83.3 ± 18.2	86.4 ± 25.6
p[1]	**0.04**	0.085	0.539	0.373	0.589	**0.009**
Aileden destek alma						
Evet	51.3 ± 24.1	66.9 ± 21.8	80.1 ± 25	62.8 ± 27.2	80.9 ± 17.5	68.8 ± 25.8
Hayır	60.6 ± 24.5	71.6 ± 22.5	78.9 ± 25.5	68.6 ± 27.3	80 ± 18.3	76.7 ± 25.7
p[1]	0.05	0.198	0.664	0.279	0.867	0.107
Çocuk sayısı*	-0.137	-0.158	0.085	-0.086	0.044	-0.04
p[2]	0.118	0.071	0.335	0.325	0.615	0.649
Birlikte yaşadığı kişi sayısı*	0.057	0.012	0.003	0.103	0.14	0.034
p[2]	0.518	0.888	0.976	0.241	0.11	0.695

Değerler ortalama standart sapma olarak verilmiştir.
*Spearman korelasyon katsayısı
[1]Mann-Whitney U testi [2]Spearman korelasyon testi [3]Kruskal Wallis testi

Öğrenim durumu ilköğretim veya daha düşük düzeyde olan hastaların genel sağlık durumu puanı ortalaması 51,2 ± 22,2 (medyan 50), lise düzeyinde olan hastaların 50 ± 26,7 (medyan 50), üniversite düzeyinde olan hastaların ise 65,9 ± 23,1 (medyan 66,7) olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,027). Farklılığın hangi gruplar arasında oluştuğunu anlamak için post-hoc analiz yapılmıştır. Öğrenim durumu üniversite düzeyinde olan hastaların genel sağlık durumu puanı, öğrenim durumu lise ve ilköğretim veya daha düşük düzeyde olan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (sırasıyla düzeltilmiş p=0,039 ve p=0,042) (Şekil 2). Öğrenim durumu ilköğretim veya daha düşük düzeyde olan hastaların fiziksel fonksiyon puanı ortalaması 65 ± 23,3 (medyan 73,3), lise düzeyinde olan hastaların 66 ± 20 (medyan 66,7), üniversite düzeyinde olan hastaların ise 79,7 ± 17.5 (medyan 86,7) olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,009). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için post-hoc analiz yapılmıştır. Öğrenim durumu üniversite düzeyinde olan hastaların fiziksel fonksiyon puanı, öğrenim durumu lise ve ilköğretim veya daha düşük düzeyde olan hastalardan anlamlı olarak yüksek çıkmıştır (sırasıyla düzeltilmiş p=0,018 ve p=0,011) (Şekil 2). Öğrenim durumu ilköğretim veya daha düşük düzeyde olan hastaların uğraş fonksiyonu puanı ortalaması 79,1 ± 27 (medyan 83,3), lise düzeyinde olan hastaların 76,6 ± 25 (medyan 83,3), üniversite düzeyinde olan hastaların ise 87,6 ± 17,5'tir (medyan 100). Öğrenim durumu ilköğretim veya daha düşük düzeyde olan hastaların duygusal fonksiyon puanı ortalaması 66,3 ± 24,8 (medyan 66,7), lise düzeyinde olan hastaların 57,1 ± 32

(medyan 62,5), üniversite düzeyinde olan hastaların ise 70,6 ± 22,7'dir (medyan 75). Öğrenim durumu ilköğretim veya daha düşük düzeyde olan hastaların zihinsel fonksiyon puanı ortalaması 83,3 ± 17,9 (medyan 83,3), lise düzeyinde olan hastaların 74,2 ± 17,7 (medyan 66,7), üniversite düzeyinde olan hastaların ise 84,8 ± 13,2 (medyan 83,3) olup çıkan sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,014). Farklılığın hangi gruplar arasında oluştuğunu anlamak için post-hoc test yapılmıştır. Çıkan sonuca göre öğrenim durumu ilköğretim veya daha düşük düzeyde olan hastaların puanının, lise düzeyinde olan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (düzeltilmiş p=0,018). Öğrenim durumu ilköğretim veya daha düşük düzeyde olan hastaların sosyal fonksiyon puanı ortalaması 71,4 ± 25,1 (medyan 66,7), lise düzeyinde olan hastaların 62,7 ± 29 (medyan 66,7), üniversite düzeyinde olan hastaların ise 82,6 ± 16,2 (medyan 83,3) olup çıkan sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,023). Farklılığın hangi gruplar arasında oluştuğunu anlamak için post-hoc test yapılmıştır. Çıkan sonuca göre öğrenim durumu üniversite düzeyinde olan hastaların puanının, lise düzeyinde olan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (düzeltilmiş p=0,019). Hastaların öğrenim durumuna göre uğraş fonksiyonu ve duygusal fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 7). Hastaların öğrenim düzeylerine göre genel sağlık durumu, fiziksel, zihinsel ve sosyal fonksiyon puanlarının ortalaması Şekil 2'de gösterilmiştir.



Şekil 2. Hastaların öğrenim düzeylerine göre genel sağlık durumu, fiziksel, zihinsel ve sosyal fonksiyon puanlarının ortalaması

Çalışmayan hastaların genel sağlık durumu puanı ortalaması 49,9 ± 22,7 (medyan 50), kamu sektöründe çalışan hastaların 59,4 ± 30,9 (medyan 66,7), özel sektörde çalışan hastaların 66,1 ± 19,6 (medyan 62,5), emekli hastaların ise 51,5 ± 25'tir (medyan 50) (p=0,07). Çalışmayan hastaların fiziksel fonksiyon puanı ortalaması 66,4 ± 22,7 (medyan 73,3), kamu sektöründe çalışan hastaların 65 ± 21,4 (medyan 63,3), özel sektörde çalışan hastaların 76,5 ± 23,3 (medyan 86,7), emekli hastaların 68,3 ± 19,9'dur (medyan 73,3). Çalışmayan hastaların uğraş fonksiyonu puanı ortalaması 80,8 ± 24 (medyan 83,3), kamu sektöründe çalışan hastaların 80,2 ± 25,2 (medyan 91,7), özel sektörde çalışan hastaların 77,1 ± 33,3 (medyan 100), emekli hastaların 78,3 ± 23,7'dir (medyan 83,3). Çalışmayan hastaların duygusal fonksiyon puanı ortalaması 65,7 ± 24,8 (medyan 66,7), kamu sektöründe çalışan hastaların 66,7 ± 31,2 (medyan 79,1), özel sektörde çalışan hastaların 56,7 ± 31,1 (medyan 54,2), emekli hastaların 63,4 ± 28,7'dir (medyan 66,7). Çalışmayan hastaların zihinsel fonksiyon puanı ortalaması 81,8 ± 18 (medyan 83,3), kamu sektöründe çalışan hastaların 81,2 ± 16 (medyan 83,3), özel sektörde çalışan hastaların 80,2 ± 17,4 (medyan 83,3), emekli hastaların 78,3 ± 17,9'dur (medyan 83,3). Çalışmayan hastaların sosyal fonksiyon puanı ortalaması 70,6 ± 25,3 (medyan 66,7), kamu sektöründe çalışan hastaların 71,9 ± 26,3 (medyan 66,7), özel sektörde çalışan hastaların 71,9 ± 27,7 (medyan 75), emekli hastaların 69,2 ± 27'dir (medyan 66,7). Hastaların çalışma durumlarına göre genel sağlık durumu, fiziksel, uğraş, duygusal, zihinsel ve sosyal fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (Tablo 7).

Aylık geliri 2.324 TL ya da daha az olan hastaların genel sağlık durumu puanı ortalaması 48,4 ± 25,2 (medyan 50), 2.325 TL – 4.648 TL arası olan hastaların 55,1 ± 22,7 (medyan 50), 4.649 TL – 6.972 TL arası olan hastaların 56,9 ± 26,1 (medyan 58,3), 6.973 TL ve üzeri olan hastaların ise 69 ± 22,4'tür (medyan 66,7). Aylık geliri 2.324 TL ya da daha az olan hastaların fiziksel fonksiyon puanı ortalaması 63,8 ± 23,3 (medyan 60), 2.325 TL – 4.648 TL arası olan hastaların 70,4 ± 20,7 (medyan 73.3), 4.649 TL – 6.972 TL arası olan hastaların 56,9 ± 26,1 (medyan 66,7), 6.973 TL ve üzeri olan hastaların ise 82,9 ± 8,5'tir (medyan 86,7). Aylık geliri 2.324 TL ya da daha az olan hastaların uğraş fonksiyonu puanı ortalaması 76,1 ± 26,7 (medyan 83,3), 2.325 TL – 4.648 TL arası olan hastaların 83,9 ± 21 (medyan 83,3), 4.649 TL – 6.972 TL

arası olan hastaların 56,9 ± 26,1 (medyan 83,3), 6.973 TL ve üzeri olan hastaların ise 85,7 ± 26,2'dir (medyan 100). Aylık geliri 2.324 TL ya da daha az olan hastaların duygusal fonksiyon puanı ortalaması 60,5 ± 27,3 (medyan 66,7), 2.325 TL – 4.648 TL arası olan hastaların 68 ± 26,8 (medyan 66,7), 4.649 TL – 6.972 TL arası olan hastaların 56,9 ± 26,1 (medyan 58,3), 6.973 TL ve üzeri olan hastaların ise 73,8 ± 18,9'dur (medyan 75). Aylık geliri 2.324 TL ya da daha az olan hastaların zihinsel fonksiyon puanı ortalaması 80,2 ± 19,6 (medyan 83,3), 2.325 TL – 4.648 TL arası olan hastaların 81,5 ± 16,2 (medyan 83,3), 4.649 TL – 6.972 TL arası olan hastaların 56,9 ± 26,1 (medyan 66,7), 6.973 TL ve üzeri olan hastaların ise 88,1 ± 12,6'dır (medyan 83,3). Aylık geliri 2.324 TL ya da daha az olan hastaların sosyal fonksiyon puanı ortalaması 68,9 ± 27 (medyan 66,7), 2.325 TL – 4.648 TL arası olan hastaların 70,9 ± 24,7 (medyan 66,7), 4.649 TL – 6.972 TL arası olan hastaların 56,9 ± 26,1 (medyan 66,7), 6.973 TL ve üzeri olan hastaların ise 90,5 ± 16,3'tür (medyan 100). Hastaların aylık gelirleri ile genel sağlık durumu, fiziksel, uğraş, duygusal, zihinsel ve sosyal fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 7).

Kendi evinde yaşayan hastaların genel sağlık durumu puanı ortalaması 56 ± 23 (medyan 58,3), yakınının evinde yaşayanların ise 46,9 ± 27 (medyan 45,8) olup çıkan sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,031). Kendi evinde yaşayan hastaların fiziksel fonksiyon puanı ortalaması 68,6 ± 20,7 (medyan 73,3), yakınının evinde yaşayanların ise 66,6 ± 25,1'dir (medyan 73,3). Kendi evinde yaşayan hastaların uğraş fonksiyonu puanı ortalaması 82 ± 22,4 (medyan 100), yakınının evinde yaşayanların ise 75 ± 30,2'dir (medyan 83,3). Kendi evinde yaşayan hastaların duygusal fonksiyon puanı ortalaması 63,9 ± 26,4 (medyan 66,7), yakınının evinde yaşayanların ise 63,8 ± 29,3'tür (medyan 66,7). Kendi evinde yaşayan hastaların zihinsel fonksiyon puanı ortalaması 80,1 ± 17,4 (medyan 83,3), yakınının evinde yaşayanların ise 81,6 ± 18,1'dir (medyan 83,3). Kendi evinde yaşayan hastaların sosyal fonksiyon puanı ortalaması 72 ± 24,8 (medyan 66,7), yakınının evinde yaşayanların ise 67,1 ± 28,6'dır (medyan 66,7). Hastaların yaşadığı yerler ile fiziksel, uğraş, duygusal, zihinsel ve sosyal fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 7).

Çekirdek ailede yaşayan hastaların genel sağlık durumu puanı ortalaması 52,1 ± 24,2 (medyan 50), geniş ailede yaşayanların ise 67,4 ± 23,4'tür (medyan 66,7). Çıkan sonuca göre geniş ailede yaşayanların genel sağlık durumu puanları, çekirdek ailede yaşayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0,04). Çekirdek ailede yaşayan hastaların fiziksel fonksiyon puanı ortalaması 67,1 ± 21,9 (medyan 73,3), geniş ailede yaşayanların ise 77 ± 20,9'dur (medyan 86,7). Çekirdek ailede yaşayan hastaların uğraş fonksiyonu puanı ortalaması 79,5 ± 25,1 (medyan 83,3), geniş ailede yaşayanların ise 83,3 ± 25,8'dir (medyan 100). Çekirdek ailede yaşayan hastaların duygusal fonksiyon puanı ortalaması 63,4 ± 27,5 (medyan 66,7), geniş ailede yaşayanların ise 72 ± 23,3'tür (medyan 66,7). Çekirdek ailede yaşayan hastaların zihinsel fonksiyon puanı ortalaması 80,4 ± 17,6 (medyan 83,3), geniş ailede yaşayanların ise 83,3 ± 18,2'dir (medyan 83,3). Çekirdek ailede yaşayan hastaların sosyal fonksiyon puanı ortalaması 69,1 ± 25,5 (medyan 66,7), geniş ailede yaşayanların ise 86,4 ± 25,6'dır (medyan 100). Çıkan sonuca göre geniş aile yaşayanların sosyal fonksiyon puanları, çekirdek ailede yaşayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0,009). Hastaların aile tipi ile fiziksel, uğraş, duygusal ve zihinsel fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (Tablo 7).

Aileden destek alanların genel sağlık durumu puanı ortalaması 51,3 ± 24,1 (medyan 50), destek almayanların ise 60,6 ± 24,5'tir (medyan 66,7). Aileden destek alanların fiziksel fonksiyon puanı ortalaması 66,9 ± 21,8 (medyan 66,7), destek almayanların ise 71,6 ± 22,5'tir (medyan 80). Aileden destek alanların uğraş fonksiyonu puanı ortalaması 80,1 ± 25 (medyan 91,7), destek almayanların ise 78,9 ± 25,5'tir (medyan 83,3). Aileden destek alanların duygusal fonksiyon puanı ortalaması 62,8 ± 27,2 (medyan 66,7), destek almayanların ise 68,6 ± 27,3'tür (medyan 75). Aileden destek alanların zihinsel fonksiyon puanı ortalaması 80,9 ± 17,5 (medyan 83,3), destek almayanların ise 80 ± 18,3'tür (medyan 83,3). Aileden destek alanların sosyal fonksiyon puanı ortalaması 68,8 ± 25,8 (medyan 66,7), destek almayanların ise 76,7 ± 25,7'dir (medyan 83,3). Aileden destek alma durumu ile genel sağlık durumu, fiziksel, uğraş, duygusal, zihinsel ve sosyal fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (Tablo 7).

Hastaların çocuk sayısı, birlikte yaşadığı kişi sayısı ile genel sağlık durumu, fiziksel, uğraş, duygusal, zihinsel ve sosyal fonksiyon puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir ancak çıkan sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 7).

Hastaların hastalık evresi, hastalık süresi ve kemoterapi alma süresi ile genel sağlık durumu, fiziksel, uğraş, duygusal, zihinsel ve sosyal fonksiyon puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendi. Hastalık evresi ve kemoterapi alma süresi ile genel sağlık durumu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yokken, hastalık süresi ile genel sağlık durumu puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (rs =-184, p=0,035). Hastaların hastalık süresi ve kemoterapi alma süreleri ile fiziksel fonksiyon puanı arasında anlamlı bir ilişki yokken, hastalık evresi ile fiziksel fonksiyon puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (rs =-0,252, p=0,004). Hastaların hastalık evresi, hastalık süresi ve kemoterapi alma süresi ile uğraş fonksiyonu, duygusal fonksiyon ve zihinsel fonksiyon puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değilken, sosyal fonksiyon puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlüdür (sırasıyla rs=-0.215, p=0,013; rs=-0,176, p=0,043; rs=-0,177, p=0,042). Hastalık evresi, hastalık süresi ve kemoterapi alma süresi ile genel sağlık durumu, fiziksel, uğraş, duygusal, zihinsel ve sosyal fonksiyon puanları arasındaki ilişki Tablo 8'de gösterilmiştir.

Meme kanseri tanısı alan hastaların genel sağlık durumu puanı ortalaması 52,9 ± 25,2 (medyan 50), akciğer kanseri tanısı alanların 49,2 ± 21,3 (medyan 50), kolon kanseri tanısı alanların 66,2 ± 22,9 (medyan 66,7) ve diğer kanserlerden tanısı olan hastaların 50,2 ± 24,4'tür (medyan 58,3). Meme kanseri tanısı alan hastaların fiziksel fonksiyon puanı ortalaması 68,1 ± 22,9 (medyan 73,3), akciğer kanseri tanısı alanların 60,2 ± 21,3 (medyan 60), kolon kanseri tanısı alanların 67,7 ± 23 (medyan 73,3) ve diğer kanserlerden tanısı olan hastaların 71,2 ± 20,6'dır (medyan 70). Meme kanseri tanısı alan hastaların uğraş fonksiyonu puanı ortalaması 79,3 ± 25,1 (medyan 83,3), akciğer kanseri tanısı alanların 77,5 ± 26,6 (medyan 91,7), kolon kanseri tanısı alanların 80 ± 31,8 (medyan 100) ve diğer kanserlerden tanısı olan hastaların 81,2 ± 21,5'tir (medyan 91,7). Meme kanseri tanısı alan hastaların duygusal fonksiyon puanı

ortalaması 66,6 ± 24,5 (medyan 66,7), akciğer kanseri tanısı alanların 59,2 ± 31,6 (medyan 62,5), kolon kanseri tanısı alanların 70,8 ± 26 (medyan 79,2) ve diğer kanserlerden tanısı olan hastaların 61,2 ± 28,4'tür (medyan 66,7). Meme kanseri tanısı alan hastaların zihinsel fonksiyon puanı ortalaması 81,2 ± 18,1 (medyan 83,3), akciğer kanseri tanısı alanların 78,3 ± 19,6 (medyan 83,3), kolon kanseri tanısı alanların 80,8 ± 19,7 (medyan 83,3) ve diğer kanserlerden tanısı olan hastaların 81,2 ± 15,6'dır (medyan 83,3). Meme kanseri tanısı alan hastaların sosyal fonksiyon puanı ortalaması 72,1 ± 23,5 (medyan 66,7), akciğer kanseri tanısı alanların 63,3 ± 32,7 (medyan 66,7), kolon kanseri tanısı alanların 74,2 ± 29,4 (medyan 83,3) ve diğer kanserlerden tanısı olan hastaların 70,6 ± 23,4'tür (medyan 66,7). Hastaların aldığı kanser tanısına göre genel sağlık durumu, fiziksel, uğraş, duygusal, zihinsel ve sosyal puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 8).

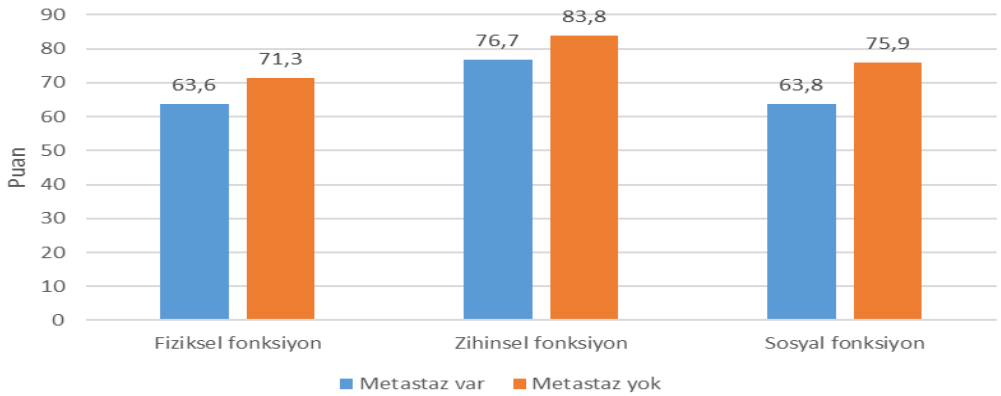
Tablo 8. Hastalık özelliklerine göre genel sağlık durumu, fiziksel, uğraş, duygusal, zihinsel ve sosyal fonksiyon puanlarının karşılaştırılması

	Genel sağlık durumu	Fiziksel fonksiyon	Uğraş fonksiyonu	Duygusal fonksiyon	Zihinsel fonksiyon	Sosyal fonksiyon
Evre*	-0.151	-0.252	-0.085	-0.119	-0.145	-0.215
p[1]	0.083	**0.004**	0.335	0.176	0.095	**0.013**
Hastalık süresi*	-0.184	-0.104	-0.015	0.017	-0.105	-0.176
p[1]	**0.035**	0.236	0.869	0.849	0.23	**0.043**
KT alma süresi*	0.061	-0.131	-0.086	-0.054	-0.048	-0.177
p[1]	0.488	0.134	0.329	0.542	0.583	**0.042**
Kanser tanısı						
Meme	52.9 ± 25.2	68.1 ± 22.9	79.3 ± 25.1	66.6 ± 24.5	81.2 ± 18.1	72.1 ± 23.5
Akciğer	49.2 ± 21.3	60.2 ± 21.3	77.5 ± 26.6	59.2 ± 31.6	78.3 ± 19.6	63.3 ± 32.7
Kolon	66.2 ± 22.9	67.7 ± 23	80 ± 31.8	70.8 ± 26	80.8 ± 19.7	74.2 ± 29.4
Diğer	50.2 ± 24.4	71.2 ± 20.6	81.2 ± 21.5	61.2 ± 28.4	81.2 ± 15.6	70.6 ± 23.4
P[2]	0.085	0.281	0.902	0.521	0.949	0.611
Metastaz						
Var	51.3 ± 23.8	63.6 ± 23.2	75.6 ± 28.1	60.9 ± 30.3	76.7 ± 18.4	63.8 ± 26.7
Yok	55.1 ± 24.9	71.3 ± 20.4	83.1 ± 22	66.7 ± 24.5	83.8 ± 16.3	75.9 ± 24
p[3]	0.416	**0.042**	0.154	0.373	**0.024**	**0.006**
Ameliyat geçirme						
Evet	54.6 ± 23.8	69.6 ± 20	82.8 ± 22.8	64.3 ± 26.9	80.1 ± 17.2	72.1 ± 24.5

Hayır	51 ± 25.7	64.6 ± 25.4	73.6 ± 28.5	63.8 ± 28.2	81.8 ± 18.5	67.4 ± 28.6
p[3]	0.485	0.376	0.068	0.969	0.53	0.429
Kronik hastalık						
Var	52.4 ± 26.1	61.2 ± 21.7	78 ± 25	63.6 ± 25.8	80.8 ± 17.7	68.1 ± 26.3
Yok	54.2 ± 23.1	73.4 ± 20.7	81.3 ± 25.1	64.6 ± 28.5	80.6 ± 17.6	72.6 ± 25.5
p[3]	0.671[4]	**0.001**	0.368	0.647	0.952	0.291

Değerler ortalama standart sapma olarak verilmiştir.
*Spearman korelasyon katsayısı
[1]Spearman korelasyon analizi [2] Kruskal Wallis testi [3]Mann-Whitney U testi [4] Bağımsız gruplar t testi

Metastazı olan hastaların genel sağlık durumu puanı ortalaması 51,3 ± 23,8 (medyan 50), metastazı olmayan hastaların ise 55,1 ± 24,9'dur (medyan 58,3) (p=0,416). Metastazı olan hastaların fiziksel fonksiyon puanı ortalaması 63,6 ± 23,2 (medyan 66,7), metastazı olmayan hastaların ise 71,3 ± 20,4 (medyan 73,3) olup, sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,042). Metastazı olan hastaların uğraş fonksiyonu puanı ortalaması 75,6 ± 28,1 (medyan 83,3), metastazı olmayan hastaların ise 83,1 ± 22'dir (medyan 100). Metastazı olan hastaların duygusal fonksiyon puanı ortalaması 60,9 ± 30,3 (medyan 66,7), metastazı olmayan hastaların ise 66,7 ± 24,5'tir (medyan 66,7). Metastazı olan hastaların zihinsel fonksiyon puanı ortalaması 76,7 ± 18,4 (medyan 75), metastazı olmayan hastaların ise 83,8 ± 16,3 (medyan 83,3) olup, sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,024). Metastazı olan hastaların sosyal fonksiyon puanı ortalaması 63,8 ± 26,7 (medyan 66,7), metastazı olmayan hastaların ise 75,9 ± 24 (medyan 83,3) olup, sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,006). Hastaların metastaz durumuna göre genel sağlık durumu, uğraş fonksiyonu ve duygusal fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 8). Hastaların metastaz durumuna göre fiziksel, zihinsel ve sosyal fonksiyon puanlarının ortalaması Şekil 3'de gösterilmiştir.



Şekil 3. Hastaların metastaz durumuna göre fiziksel, zihinsel ve sosyal fonksiyon puanı ortalamaları

Hastalığı ile ilgili ameliyat geçiren hastaların genel sağlık durumu puanı ortalaması 54,6 ± 23,8 (medyan 50), geçirmeyen hastaların ise 51 ± 25,7'dir (medyan 50). Hastalığı ile ilgili ameliyat geçiren hastaların fiziksel fonksiyon puanı ortalaması 69,6 ± 20 (medyan 73,3), geçirmeyen hastaların ise 64,6 ± 25,4'tür (medyan 66,7). Hastalığı ile ilgili ameliyat geçiren hastaların uğraş fonksiyonu puanı ortalaması 82,8 ± 22,8 (medyan 100), geçirmeyen hastaların ise 73,6 ± 28,5'tir (medyan 66,7). Hastalığı ile ilgili ameliyat geçiren hastaların duygusal fonksiyon puanı ortalaması 64,3 ± 26,9 (medyan 66,7), geçirmeyen hastaların ise 63,8 ± 28,2'dir (medyan 66,7). Hastalığı ile ilgili ameliyat geçiren hastaların zihinsel fonksiyon puanı ortalaması 80,1 ± 17,2 (medyan 83,3), geçirmeyen hastaların ise 81,8 ± 18,5'tir (medyan 83,3). Hastalığı ile ilgili ameliyat geçiren hastaların sosyal fonksiyon puanı ortalaması 72,1 ± 24,5 (medyan 66,7), geçirmeyen hastaların ise 67,4 ± 28,6'dır (medyan 66,7). Hastaların hastalığı ile ilgili ameliyat geçirme durumu ile genel sağlık durumu, fiziksel, uğraş, duygusal, zihinsel ve sosyal fonksiyonu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 8).

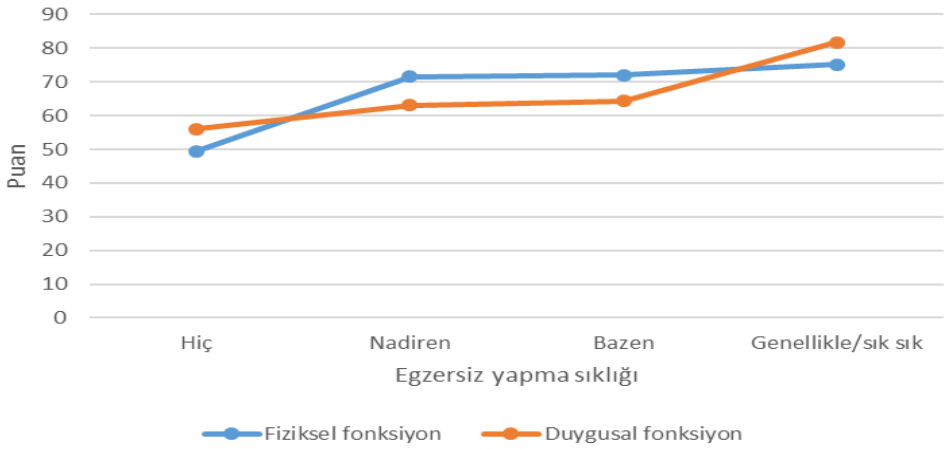
Başka bir kronik hastalık tanısı olan hastaların genel sağlık durumu puanı ortalaması 52,4 ± 26,1 (medyan 50), olmayan hastaların ise 54,2 ± 23,1'dir (medyan 58,3). Başka bir kronik hastalık tanısı olan hastaların fiziksel fonksiyon puanı ortalaması 61,2 ± 21,7 (medyan 66,7), olmayan hastaların ise 73,4 ± 20,7 (medyan 80) olup sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001). Başka bir kronik hastalık tanısı olan hastaların uğraş fonksiyonu puanı ortalaması 78 ± 25 (medyan 83,3), olmayan hastaların ise 81,3 ± 25,1'dir (medyan 100). Başka bir kronik hastalık tanısı olan hastaların duygusal fonksiyon puanı ortalaması 63,6 ± 25,8 (medyan 66,7), olmayan

hastaların ise 64,6 ± 28,5'tir (medyan 66,7). Başka bir kronik hastalık tanısı olan hastaların zihinsel fonksiyon puanı ortalaması 80,8 ± 17,7 (medyan 83,3), olmayan hastaların ise 80,6 ± 17,6'dır (medyan 83,3). Başka bir kronik hastalık tanısı olan hastaların sosyal fonksiyon puanı ortalaması 68,1 ± 26,3 (medyan 66,7), olmayan hastaların ise 72,6 ± 25,5'tir (medyan 66,7). Hastaların başka bir kronik hastalığa sahip olma durumuna göre genel sağlık durumu, uğraş, duygusal, zihinsel ve sosyal fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 8).

Sigara kullanan hastaların genel sağlık durumu puanı ortalaması 36,9 ± 23 (medyan 41,7), kullanmayan hastaların 55,1 ± 24,1 (medyan 58,3) ve bırakan hastaların 56 ± 23,7 (medyan 50) olup, sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,044). Farklılığın hangi gruplar arasında oluştuğunu anlamak için post-hoc analiz yapılmıştır. Buna göre sigara kullanan hastaların genel sağlık durumu puanı, kullanmayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük çıkmıştır (düzeltilmiş p=0,043). Sigara kullanan hastaların fiziksel fonksiyon puanı ortalaması 60,5 ± 26,8 (medyan 60), kullanmayan hastaların 69,2 ± 21,3 (medyan 73,3) ve bırakan hastaların 67,9 ± 21,3'tür (medyan 73,3) (p=0,578). Sigara kullanan hastaların uğraş fonksiyonu puanı ortalaması 73,8 ± 29 (medyan 75), kullanmayan hastaların 80,6 ± 24,8 (medyan 83,3) ve bırakan hastaların 80,3 ± 24,4'tür (medyan 83,3) (p=0,722). Sigara kullanan hastaların duygusal fonksiyon puanı ortalaması 64,3 ± 27,2 (medyan 62,5), kullanmayan hastaların 63,7 ± 28,2 (medyan 66,7) ve bırakan hastaların 65 ± 25,8'dir (medyan 66,7) (p=0,994). Sigara kullanan hastaların zihinsel fonksiyon puanı ortalaması 88,1 ± 15,2 (medyan 100), kullanmayan hastaların 80,6 ± 18,4 (medyan 83,3) ve bırakan hastaların 78,2 ± 16,3'tür (medyan 83,3) (p=0,161). Sigara kullanan hastaların sosyal fonksiyon puanı ortalaması 69 ± 25,2 (medyan 66,7), kullanmayan hastaların 70,7 ± 26,6 (medyan 66,7) ve bırakan hastaların 70,9 ± 25,3'tür (medyan 66,7) (p=0,912). Sigara kullanan, kullanmayan ve bırakan hastaların fiziksel, uğraş, duygusal, zihinsel fonkiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Genellikle/sık sık egzersiz yapan hastaların genel sağlık durumu puanı ortalaması 66,1 ± 19,5 (medyan 58,3), bazen egzersiz yapan hastaların 57,3 ± 26,1 (medyan 58,3), nadiren egzersiz yapanların 49,6 ± 23,4 (medyan 50) ve hiç egzersiz

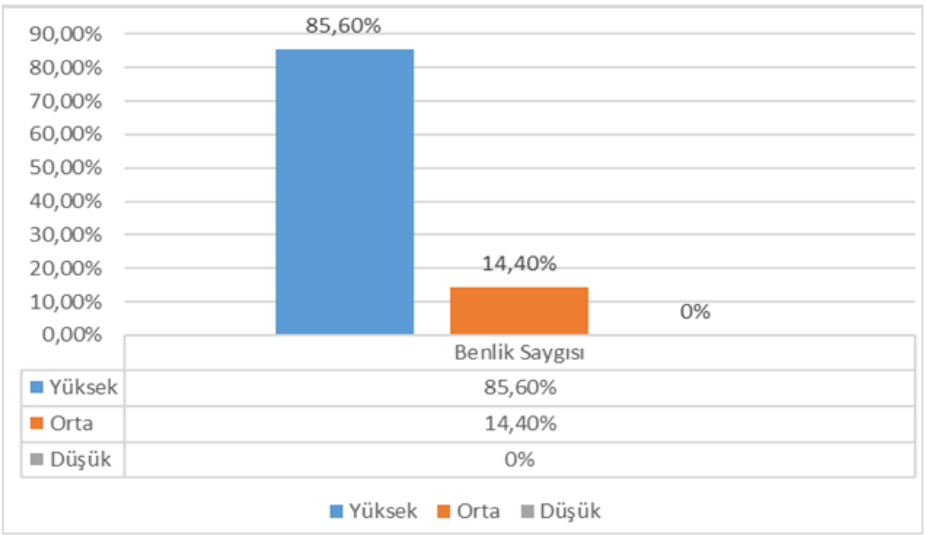
yapmayan hastaların 50 ± 25,1'dir (medyan 50) (p=0,089). Genellikle/sık sık egzersiz yapan hastaların fiziksel fonksiyon puanı ortalaması 75,1 ± 20,8 (medyan 86.,7), bazen egzersiz yapan hastaların 72,1 ± 16,9 (medyan 73,3), nadiren egzersiz yapanların 71,6 ± 19,6 (medyan 72,1) ve hiç egzersiz yapmayan hastaların ise 49,5 ± 24,9 (medyan 46,7) olup sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001) (Şekil 4). Farklılığın hangi gruplar arasında oluştuğunu anlamak için post-hoc analiz yapılmıştır. Hiç egzersiz yapmayan hastaların fiziksel fonksiyon puanı nadiren, bazen ve genellikle/sık sık egzersiz yapan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük çıkmıştır (sırasıyla düzeltilmiş p=0,001, p=0,007 ve p=0,005). Genellikle/sık sık egzersiz yapan hastaların uğraş fonksiyonu puanı ortalaması 84,4 ± 20,4 (medyan 100), bazen egzersiz yapan hastaların 78,1 ± 28,8 (medyan 83,3), nadiren egzersiz yapan hastaların 83,9 ± 21 (medyan 100) ve hiç egzersiz yapmayan hastaların 69,3 ± 29,1'dir (medyan 66,7) (p=0,17). Genellikle/sık sık egzersiz yapan hastaların duygusal fonksiyon puanı ortalaması 81,7 ± 20,5 (medyan 83,3), bazen yapan hastaların 64,3 ± 29 (medyan 66,7), nadiren yapanların 63,1 ± 27,7 (medyan 66,7) ve hiç yapmayan hastaların 56 ± 23,9 (medyan 50) olup sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,018) (Şekil 4). Farklılığın hangi gruplar arasında oluştuğunu anlamak için post-hoc analiz yapılmıştır. Hiç egzersiz yapmayan hastaların duygusal fonksiyon puanı, genellikle/sık sık egzersiz yapan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur (düzeltilmiş p=0,009). Genellikle/sık sık egzersiz yapan hastaların zihinsel fonksiyon puanı ortalaması 88,9 ± 12,1 (medyan 83,3), bazen egzersiz yapan hastaların 79,7 ± 19,3 (medyan 83,3), nadiren egzersiz yapanların 80,8 ± 16,2 (medyan 83,3) ve hiç egzersiz yapmayan hastaların 76,7 ± 20,4'tür (medyan 66,7) (p=0,259). Genellikle/sık sık egzersiz yapan hastaların sosyal fonksiyon puanı ortalaması 81,1 ± 19,8 (medyan 83,3), bazen egzersiz yapan hastaların 71,9 ± 27,6 (medyan 83,3), nadiren egzersiz yapanların 71,7 ± 25,5 (medyan 66,7) ve hiç egzersiz yapmayan hastaların ise 60 ± 25,4'tür (medyan 66,7) (p=0,072). Egzersiz yapma durumu ile zihinsel ve sosyal fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.



Şekil 4. Hastaların egzersiz yapma sıklığına göre fiziksel ve duygusal fonksiyon puanlarının ortalaması

4.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Hastaların Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nden aldıkları ortalama puan 1,15 ± 0,8 (medyan puan 1), minimum puan 0 ve maksimum puan ise 3,58'tir. Hastaların %85,6'sının (n=113) benlik saygısı yüksekken (0 – 1 puan), %14,4'ünün (n=19) benlik saygısı orta düzeyde (2 – 4 puan) bulunmuştur (Şekil 5) (Tablo 9). Benlik saygısı düşük olan hastamız yoktur.



Şekil 5. Hastaların Benlik Saygısı Ölçeği sonuçlarının dağılımı

Tablo 9. Hastaların Benlik Saygısı kategorilerine göre aldıkları puanlar

	n	**Ortalama ± SD**	**Medyan**	**Minimum – Maximum**
Yüksek	113	0,89 ± 0,47	0,83	0 – 1,91
Orta	19	2,64 ± 0,63	2,75	2 – 3,58
Düşük	0	-	-	-

n: Hasta sayısı, SD: Standart sapma

Tablo 10. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanları arasındaki ilişki

	Ortalama ± SD	**Medyan**	**Minimum - Maximum**	**p**
Yaş grubu				**0.017***
<40 yaş	0,79 ± 1,02	0,5	0 - 3,58	
≥40 yaş	1,17 ± 0,76	1	0 - 3,58	
Cinsiyet				0.912*
Kadın	1,2 ± 0,88	1	0 - 3,58	
Erkek	1,08 ± 0,65	1	0 - 3,58	
Medeni durum				0.139**
Evli	1,14 ± 0,77	1	0 - 3,58	
Bekar	0,72 ± 0,66	0,25	0 - 1,8	
Dul/boşanmış	1,31 ± 0,79	1	0,25 - 3,58	
Öğrenim durumu				0.213**
İlköğretim ve altı	1,16 ± 0,81	1	0 - 3,58	
Lise	1,27 ± 0,83	1,08	0,25 - 3,58	
Üniversite	0,88 ± 0,59	0,91	0 - 2,08	
Çalışma durumu				0.446**
Çalışmıyor	1,22 ± 0,9	1	0 - 3,58	
Kamu sektörü	1,29 ± 0,79	1,16	0,25 - 3,58	
Özel sektör	0,95 ± 0,74	0,66	0,25 - 2,75	
Emekli	1,02 ± 0,51	1	0,25 - 2,1	
Aylık gelir				0.259**
2324 TL ya da daha az	1,29 ± 0,8	1	0,25 - 3,58	
2325 TL - 4648 TL arası	1,08 ± 0,76	1	0 - 3,41	
4649 TL - 6972 TL arası	0,99 ± 0,87	0,75	0 - 3,58	
6973 TL ve üstü	0,91 ± 0,6	0,58	0,25 - 1,83	
Yaşanılan yer				0.819**
Kendi evi	1,31 ± 0,77	1	0 - 3,58	
Yakınının evi	1,2 ± 0,85	1	0 - 3,58	
Aile tipi				0.719*
Çekirdek aile	1,15 ± 0,81	1	0 - 3,58	
Geniş aile	1,09 ± 0,48	1	0,25 - 1,83	
Aileden destek alma				0.296*
Evet	1,15 ± 0,81	1	0 - 3,58	
Hayır	1,09 ± 0,48	1,08	0,25 - 2,75	
TOPLAM PUAN	**1,15 ± 0,8**	**1**	**0 - 3,58**	

SD: Standart sapma *Mann-Whitney U testi **Kruskal Wallis testi

40 yaş altı hastaların ölçekten aldıkları ortalama puan 0,79 ± 1,02 olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,017). Ölçekten kadın hastaların aldıkları ortalama puan 1,2 ± 0,88' dir. Ölçekten erkek hastaların aldıkları ortalama puan 1,08 ± 0,65' tir. Evli hastaların aldıkları ortalama puan 1,14 ± 0,77, bekar hastaların 0,72 ± 0,66 ve dul/boşanmış hastaların 1,31 ± 0,79' dur. Öğrenim durumu ilköğretim ve daha düşük düzey olan hastaların aldıkları ortalama puan 1,16 ± 0,81, lise düzeyinde olan hastaların 1,27 ± 0,83 ve üniversite düzeyinde olan hastaların ise 0,88 ± 0,59' dur. Çalışmayan hastaların aldıkları ortalama puan 1,22 ± 0,9, kamu sektöründe çalışan hastaların 1,29 ± 0,79, özel sektörde çalışan hastaların 0,95 ± 0,74 ve emekli hastaların 1,02 ± 0,51'dir). Aylık geliri 2324 TL ya da daha az olan hastaların aldıkları ortalama puan 1,29 ± 0,8, 2325 TL - 4648 TL arası olan hastaların 1,08 ± 0,76, 4649 TL - 6972 TL arası olan hastaların 0,99 ± 0,87 ve 6973 TL ve üstü olan hastaların 0,91 ± 0,6' dır. Ölçekten kendi evinde yaşayan hastaların aldıkları ortalama puan 1,31 ± 0,77, yakınının evinde yaşayan hastaların aldıkları ortalama puan 1,2 ± 0,85' tir. Çekirdek ailede yaşayan hastaların aldıkları ortalama puan 1,15 ± 0,81, geniş ailede yaşayan hastaların ise 1,09 ± 0,48'dir. Ailesinden destek alan hastaların aldıkları ortalama puan 1,15 ± 0,81, destek almayan hastaların ise 1,09 ± 0,48'dir. Hastaların cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, aylık gelir, yaşanılan yer, aile tipi ve aileden destek alma durumları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 10).

Tablo 11. Hastaların yaşı, VKİ, çocuk sayısı ve birlikte yaşadığı kişi sayısı ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanları arasındaki ilişki

	Korelasyon katsayısı	**p***
Yaş	0,1	0,252
VKİ (kg/m^2)	**-,177**	**0,042**
Çocuk sayısı	0,111	0,203
Birlikte yaşadığı kişi sayısı	0,007	0,934

*Spearman korelasyon testi

Hastaların yaşı, VKİ, çocuk sayısı ve birlikte yaşadığı kişi sayısı ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir. Hastaların yaşı, çocuk sayısı ve birlikte yaşadığı kişi sayısı ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (sırasıyla rs=0.1, p=0,252; rs=0,111, p=0,203 ve

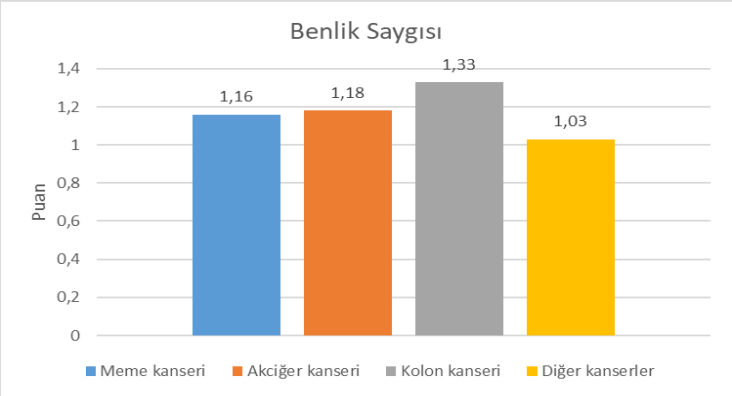
rs=0,007, p=0,934). Hastaların VKİ ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki vardır. VKİ yüksek olanların benlik saygısı anlamlı olarak yüksektir. (rs=-0,177, p=0,042) (Tablo 11).

Tablo 12. Hastaların hastalıkları ile ilgili özelliklerine göre Benlik Saygısı Ölçeği'nden aldıkları puanların karşılaştırılması

	Ortalama ± SD	**Medyan**	**Minimum – Maximum**	**P**
Tanı				0,342*
Meme kanseri	1,16 ± 0,92	1	0 – 3,58	
Akciğer kanseri	1,18 ± 0,7	1	0,25 – 2,75	
Kolon kanseri	1,33 ± 0,74	1,16	0,25 – 3,41	
Diğer	1,03 ± 0,7	0,75	0 – 3,41	
Metastaz durumu				0,408**
Var	1,1 ± 0,81	0,91	0 – 3,58	
Yok	1,18 ± 0,77	1	0 – 3,58	
Hastalıkla ilgili ameliyat geçirme				0,31**
Evet	1,11 ± 0,8	1	0 – 3,58	
Hayır	1,21 ± 0,76	1	0 – 3,58	
Kronik hastalık				0,359**
Var	1,21 ± 0,82	1	0 – 3,58	
Yok	1,09 ± 0,76	1	0 – 3,58	

SD: Standart sapma. * Kruskal Wallis testi ** Mann-Whitney U testi

Hastaların kanser tanısı türü, metastaz, hastalığı ile ilgili ameliyat geçirme durumu ve başka bir kronik hastalığa sahip olma durumlarına göre benlik saygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 12). Kanser türlerine göre ölçekten alınan puanların ortalamaları Şekil 6'de gösterilmiştir.



Şekil 6 Kanser türlerine göre Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nden alınan puanların ortalamaları

Tablo 13. Hastaların kanser evresi ve takipli oldukları süre ile Rosenberg Benlik Saygısı puanları arasındaki korelasyon ilişkisi

	Korelasyon katsayısı	**p***
Evre	-,04	0,649
Takip süresi	,052	0,554

*Spearman korelasyon testi

Hastaların kanser evresi ve onkolojiden takipli oldukları süre ile benlik saygısı puanları arasında korelasyon ilişkisi incelenmiş olup çıkan sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir (sırasıyla rs=-0,04, p=0,649 ve rs=0.052, p=0,554) (Tablo 13).

4.2.1. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği İle QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Hastaların Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ortalama puanı 1,14 ± 0,8 (minimum 0 – maximum 3,58) bulunmuştur. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği arasındaki korelasyon ilişkisi incelenmiştir. Genel sağlık durumu, fiziksel fonksiyon ve duygusal fonksiyon puanları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki vardır. (sırasıyla rs=-0,191, p=0,028; rs=-0.217, p=0,012; rs=-0,21, p=0,016). Genel sağlık durumu, fiziksel fonksiyon ve duygusal fonksiyon puanı yüksek olanların benlik saygısı da yüksektir.

Tablo 14. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği arasındaki korelasyon

	r*	P
Genel sağlık durumu	**-,191**	**0,028**
Fiziksel fonksiyon	**-,217**	**0,012**
Uğraş fonksiyonu	-0,143	0,102
Duygusal fonksiyon	**-,210**	**0,016**
Zihinsel fonksiyon	-0,092	0,293
Sosyal fonksiyon	-0,101	0,248
Ağrı	0,140	0,109
Bulantı-kusma	0,074	0,401
Halsizlik	0,011	0,898
Dispne	**,229**	**0,008**
Uykusuzluk	**,509**	**0,000**
İştah kaybı	0,160	0,066
Kabızlık	0,048	0,586
İshal	**,192**	**0,028**
Maddi zorluk	**,183**	**0,036**

*Spearman korelasyon katsayısı

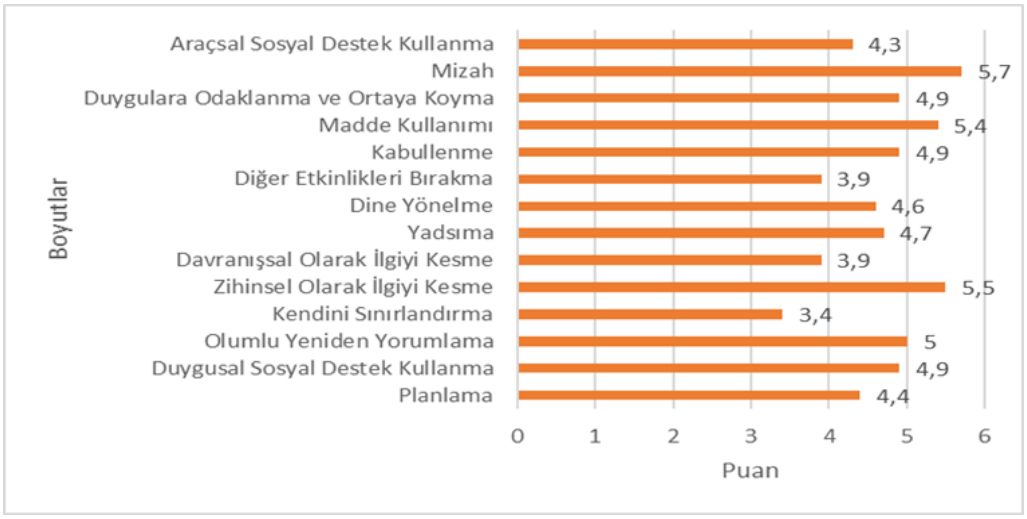
Uğraş fonksiyonu, zihinsel fonksiyon ve sosyal fonksiyon puanları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. Dispne, uykusuzluk, ishal ve maddi zorluk boyutları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Dispne, uykusuzluk, ishal ve maddi zorluk şikayetlerini yoğun yaşayan hastaların benlik saygısı düşük bulunmuştur. (sırasıyla rs=0,229, p=0,008; rs=0,509, p<0,001; rs=0,192, p=0,028; rs=0,183, p=0,036). Ağrı, bulantı – kusma, halsizlik, iştah kaybı, kabızlık boyutları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği arasındaki korelasyon Tablo 14'de gösterilmiştir.

4.3. COPE Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Bulguları

Tablo 15. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formunun alt boyutlarına ait ortalama standart sapma ve medyan değerleri

	Ortalama	Standart Sapma	Medyan
Araçsal Sosyal Destek Kullanma	4.3	1.3	4
Mizah	5.7	1.7	6
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	4.9	1.6	5
Madde Kullanımı	5.4	1.9	6
Kabullenme	4.9	1.6	5
Diğer Etkinlikleri Bırakma	3.9	1.2	4
Dine Yönelme	4.6	1.2	5
Yadsıma	4.7	1.4	4
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	3.9	1.3	4
Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme	5.5	1.6	5
Kendini Sınırlandırma	3.4	1.5	3
Olumlu Yeniden Yorumlama	5	1.5	5
Duygusal Sosyal Destek Kullanma	4.9	1.8	5
Planlama	4.4	1.3	4

Hastaların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formundaki boyutlara verdikleri yanıtların ortalama ± standart sapma ve medyan (ortanca) değerleri Tablo 15'de gösterilmiştir. Tüm alt gruplar için alınabilecek minimum puan 2, maksimum puan 8'dir. Araçsal Sosyal Destek Kullanma boyutunun ortalaması 4,3 ± 1,3 (medyan 4) puandır. Mizah boyutunun ortalaması 5,7 ± 1,7 (medyan 6) puandır. Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma boyutunun ortalaması 4,9 ± 1,6 (medyan 5) puandır. Madde Kullanımı boyutunun ortalaması 5,4 ± 1,9 (medyan 6) puandır. Kabullenme boyutunun ortalaması 4,9 ± 1,6 (medyan 5) puandır. Diğer Etkinlikleri Bırakma boyutunun ortalaması 3,9 ± 1,2 (medyan 4) puandır. Dine Yönelme boyutunun ortalaması 4,6 ± 1,2 (medyan 5) puandır. Yadsıma boyutunun ortalaması 4,7 ± 1,4 (medyan 4) puandır. Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme boyutunun ortalaması 3,9 ± 1,3 (medyan 4) puandır. Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme boyutunun ortalaması 5,5 ± 1,6 (medyan 5) puandır. Kendini Sınırlandırma boyutunun ortalaması 3,4 ± 1,5 (medyan 3) puandır. Olumlu Yeniden Yorumlama boyutunun ortalaması 5 ± 1,5 (medyan 5) puandır. Duygusal Sosyal Destek Kullanma boyutunun ortalaması 4,9 ± 1,8 (medyan 5) puandır. Planlama boyutunun ortalaması 4,4 ± 1,3 (medyan 4) puandır. Boyutlara ait puanların ortalaması Şekil 7'da gösterilmiştir.



Şekil 7 Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formuna ait alt boyutların ortalama puanları

Tablo 16. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Başa Çıkma Stilleri Ölçeği'nden aldıkları puanların karşılaştırılması

Değerler medyan (minimum – maximum) olarak verilmiştir. 1:Araçsal sosyal destek kullanma, 2:Mizah, 3:Duygulara odaklanma ve ortaya koyma, 4:Madde kullanımı 5:Kabullenme, 6:Diğer etkinlikleri bırakma, 7:Dine yönelme, 8:Yadsıma, 9:Davranışsal olarak ilgiyi kesme, 10:Zihinsel olarak ilgiyi kesme, 11:Kendini sınırlandırma, 12:Olumlu yeniden yorumlama, 13:Duygusal sosyal destek kullanma, 14:Planlama

[1]Mann-Whitney U testi [2]Kruskal Wallis testi

	Cinsiyet[1]		**Medeni durum[2]**			**Öğrenim düzeyi[2]**			**Aylık gelir[2]**			**Aileden destek alma[2]**	
	Erkek	**Kadın**	**Evli**	**Bekar**	**Dul**	**İlköğretim ve altı**	**Lise**	**Üniversite**	**<2324 TL**	**2325-4648 TL**	**>4649 TL**	**Evet**	**Hayır**
1	4 (2-8)	4 (2-7)	4 (2-8)	4 (3-8)	4 (2-7)	4 (2-8)	4 (2-8)	4 (3-5)	4 (2-8)	4 (2-8)	5 (2-7)	4 (2-8)	4 (2-8)
p	0,988		0,764			0,957			0,671			0,203	
2	6 (2-8)	6 (2-8)	6 (2-8)	6 (4-8)	7 (2-8)	6 (2-8)	6 (2-8)	6 (3-8)	6 (2-8)	5 (2-8)	6,5 (4-8)	6 (2-8)	5 (2-8)
p	0,548		0,656			0,977			0,143			0,073	
3	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (3-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (3-8)	4 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	4 (2-8)
p	0,107		0,343			0,453			0,153			0,134	
4	5 (2-8)	6 (2-8)	5 (2-8)	6 (3-8)	5 (2-8)	6 (2-8)	5,5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	6 (2-8)	6 (2-8)	6 (2-8)	5 (2-8)
p	0,584		0,863			0,594			0,386			**0,03**	
5	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	6 (3-8)	5 (2-7)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	4 (2-8)
p	0,308		0,108			0,548			0,465			**0,04**	
6	4 (2-8)	4 (2-8)	4 (2-8)	5 (3-6)	4 (2-5)	4 (2-8)	4 (2-8)	4 (2-6)	4 (2-6)	4 (2-8)	5 (2-5)	4 (2-8)	4 (2-8)
p	0,43		0,078			0,529			**0,043**			0,758	
7	5 (2-7)	5 (2-8)	5 (2-8)	4 (2-6)	5 (2-7)	5 (2-8)	5 (2-8)	4 (2-5)	5 (3-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)
p	0,138		0,327			0,17			0,972			0,34	
8	4 (2-8)	4,5 (2-8)	4 (2-8)	5 (3-8)	4 (2-8)	4 (2-8)	5 (2-8)	4 (2-7)	4 (2-8)	4 (2-8)	4,5 (2-7)	5 (2-8)	4 (2-8)
p	0,655		0,723			0,601			0,857			**0,038**	
9	4 (2-8)	4 (2-8)	4 (2-8)	5 (3-5)	3 (3-5)	4 (2-8)	4 (2-8)	4 (2-6)	3 (2-5)	4 (2-8)	4 (2-5)	4 (2-8)	3,5 (2-8)
p	0,796		0,15			0,83			0,42			0,538	
10	5 (2-8)	6 (2-8)	5 (2-8)	5 (4-8)	7 (2-8)	5 (2-8)	5,5 (2-8)	5 (4-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	6 (3-8)	5 (2-8)	5 (2-8)
p	0,175		0,417			0,987			0,176			0,23	
11	3 (2-8)	3 (2-8)	3 (2-8)	4 (3-6)	3 (2-8)	3 (2-8)	3 (2-8)	3 (2-6)	3 (2-8)	3 (2-8)	3 (2-8)	3 (2-8)	3 (2-8)
p	0,519		**0,036**			0,151			0,427			0,141	
12	4 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (4-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	4 (2-7)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	4 (2-8)
p	**0,048**		0,585			0,268			0,619			0,167	
13	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	6 (3-8)	4,5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (3-8)	4 (2-8)	5 (2-8)	5,5 (2-8)	5 (2-8)	4 (2-8)
p	0,947		0,518			0,51			0,089			**0,022**	
14	4 (2-8)	4 (2-8)	4,5 (2-8)	4 (2-5)	5 (2-8)	5 (2-8)	4 (2-8)	4 (2-8)	4 (2-8)	5 (2-8)	4 (2-8)	5 (2-8)	4 (2-8)
p	0,927		0,342			**0,005**			0,121			0,156	

Ölçek değişkenleri normal dağılıma uymadığı için bulgular medyan değerler (minumum-maksimum) olarak verildi. Erkeklerin olumlu yeniden yorumlama medyan puanı 4 (min. 2 – max. 8), kadınların medyan puanı ise 5 (min.2 – max. 8) olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,048). Evli hastaların kendini

sınırlama medyan puanı 3 (min. 2 – max. 8), bekar hastaların 4 (min. 3 – max. 6) ve dul/boşanmış hastaların ise 3 (min. 2 – max. 8) aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,036). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için post-hoc analiz yapılmıştır. Çıkan sonuca göre bekar hastaların kendini sınırlama puanı, evli hastalardan istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (düzeltilmiş p=0,031). Öğrenim durumu ilköğretim veya daha düşük seviyede olan hastaların planlama medyan puanı 5 (min. 2 – max. 8), lise ve üniversite düzeyinde olan hastaların medyan puanı ise 4 (min. 2 – max. 8) olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,005). Yapılan post-hoc analizde, öğrenim düzeyi ilköğretim veya daha düşük seviyede olan hastaların planlama puanı, öğrenim düzeyi üniversite olan hastalardan istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (düzeltilmiş p=0,014). Aylık geliri 2.324 TL veya daha az olan hastaların diğer etkinlikleri bırakma medyan puanı 4 (min. 2 – max. 6), 2.325 – 4.648 TL arası olan hastaların medyan puanı 4 (min. 2 – max. 8), 4.649 TL ve üzeri olan hastaların ise medyan puanı 5 (min. 2 – max. 5) olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,044). Yapılan post-hoc analizde aylık geliri 4.649 TL ve üzeri olan hastaların diğer etkinlikleri bırakma puanı, aylık geliri 2.324 TL veya daha az olan hastaların puanından istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (düzeltilmiş p=0,038). Ailesinden destek alan hastaların madde kullanımı medyan puanı 6 (min. 2 – max. 8), ailesinden destek almayan hastaların medyan puanı ise 5 (min. 2 – max. 8) olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,03). Ailesinden destek alan hastaların kabullenme medyan puanı 5 (min. 2 – max. 8), ailesinden destek almayan hastaların medyan puanı ise 4 (min. 2 – max. 8) olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,04). Ailesinden destek alan hastaların yadsıma medyan puanı 5 (min. 2 – max. 8), ailesinden destek almayan hastaların medyan puanı ise 4 (min. 2 – max. 8) olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,038). Ailesinden destek alan hastaların duygusal sosyal destek kullanma medyan puanı 5 (min. 2 – max. 8), ailesinden destek almayan hastaların medyan puanı ise 4 (min. 2 – max. 8) olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,022). Hastaların cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, aylık gelir, aileden destek alma durumlarına göre Başa Çıkma Stilleri alt boyutlarından aldıkları medyan, minimum ve maximum puanlar ile p değerleri Tablo 16'da sunulmuştur.

Tablo 17. Hastaların aldığı kanser tanısı, metastaz, hastalığı ile ilgili ameliyat geçirme durumu, evre, takip süresi ve kemoterapi alma süresine göre Başa Çıkma Stilleri Ölçeği'nden aldıkları puanlar ve korelasyon katsayıları

	Kanser tanısı[1]				**Metastaz durumu[2]**		**Hastalıkla ilgili ameliyat geçirme[2]**				
	Meme	**Akciğer**	**Kolon**	**Diğer**	**Var**	**Yok**	**Evet**	**Hayır**	**Evre[3]**	**Takip süresi[3]**	**KT alma süresi[3]**
1	4 (2-7)	4 (2-6)	4 (2-8)	4 (2-8)	4 (2-8)	4 (2-8)	4 (2-8)	4 (2-8)	-0,033	-0,050	-0,031
p	0.597				0,683		0,233		0,705	0,570	0,724
2	6 (2-8)	5 (3-8)	5,5 (2-8)	6 (2-8)	6 (2-8)	6 (2-8)	6 (2-8)	6 (2-8)	0,036	-0,018	0,020
p	0.318				0,552		0,471		0,682	0,839	0,818
3	5,5 (2-8)	5 (3-8)	4 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	0,051	0,009	0,062
p	**0.038**				0,888		0,388		0,559	0,914	0,480
4	6 (2-8)	5,5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	6 (2-8)	5 (2-8)	6 (2-8)	5 (2-8)	0,033	0,070	0,052
p	0.533				0,573		0,285		0,711	0,425	0,556
5	5 (2-8)	5 (2-7)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	0,023	-0,010	-0,063
p	0.83				0,545		0,160		0,792	0,911	0,472
6	4 (2-8)	4 (2-5)	4 (2-8)	4 (2-8)	4 (2-8)	4 (2-8)	4 (2-8)	4 (2-8)	0,052	-0,076	-0,149
p	0.658				0,342		0,214		0,551	0,385	0,089
7	5 (2-8)	5 (2-7)	5 (2-6)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-7)	5 (2-8)	0,097	0,018	0,018
p	0.681				0,877		0,841		0,269	0,838	0,837
8	4 (2-8)	4 (2-8)	4,5 (2-8)	5 (2-8)	4 (2-8)	5 (2-8)	4 (2-8)	5 (2-8)	-0,064	-0,096	-0,112
p	0.846				0,550		0,476		0,468	0,274	0,199
9	4 (2-5)	3,5 (2-8)	4 (2-8)	4 (2-8)	4 (2-8)	4 (2-7)	4 (2-8)	3 (2-7)	-0,067	-0,077	-0,153
p	0.527				0,628		0,348		0,444	0,379	0,080
10	6 (3-8)	5 (4-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5,5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	6 (2-8)	0,002	-0,105	0,014
p	0.162				0,643		0,572		0,979	0,230	0,870
11	3 (2-8)	3 (2-8)	3 (2-8)	3 (2-6)	3 (2-8)	3 (2-8)	3 (2-8)	3 (2-8)	-0,007	0,029	0,025
p	0.454				0,998		0,072		0,935	0,741	0,778
12	5 (2-8)	4 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	-0,006	0,067	0,020
p	0.551				0,461		0,316		0,950	0,448	0,818
13	5 (2-8)	4 (2-8)	4,5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	0,136	-0,013	0,033
p	0.549				0,116		0,376		0,122	0,884	0,710
14	4 (2-8)	5 (2-7)	5 (2-8)	4 (2-7)	5 (2-8)	4 (2-8)	4 (2-8)	5 (2-8)	0,069	0,040	-0,062
p	0.706				0,091		0,389		0,433	0,647	0,478

Değerler medyan (minimum – maximum) olarak verilmiştir. 1:Araçsal sosyal destek kullanma, 2:Mizah, 3:Duygulara odaklanma ve ortaya koyma, 4:Madde kullanımı 5:Kabullenme, 6:Diğer etkinlikleri bırakma, 7:Dine yönelme, 8:Yadsıma, 9:Davranışsal olarak ilgiyi kesme, 10:Zihinsel olarak ilgiyi kesme, 11:Kendini sınırlandırma, 12:Olumlu yeniden yorumlama, 13:Duygusal sosyal destek kullanma, 14:Planlama

[1]Kruskal Wallis testi [2]Mann Whitney U testi [3]Spearman korelasyon testi

Meme kanseri tanısı alan hastaların duygulara odaklanma ve ortaya koyma medyan puanı 5,5 (min. 2 – max. 8), akciğer kanseri tanısı alan hastaların 5 (min. 3 – max. 8), kolon kanseri tanısı alan hastaların 4 (min. 2 – max. 8) ve diğer kanser tanısı olan hastaların ise medyan puanı 5 (min. 2 – max. 8) olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,038). Yapılan post-hoc analizde, meme kanseri tanısı olan

hastaların aldığı puanın kolon kanseri tanısı olan hastalardan istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (düzeltilmiş p=0,038). Hastaların kanser tanısı, metastaz, hastalıkla ilgili ameliyat geçirme, evre, takipli olduğu süre, kemoterapi alma süresi durumlarına göre Başa Çıkma Stilleri alt boyutlarından aldıkları medyan, minimum ve maksimum puanlar ile p değerleri Tablo 17'da sunulmuştur.

4.3.1. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formunun alt boyut puanları ile Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Genel Sağlık Durumu ve fonksiyonel boyut puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir. Mizah boyutu puanı, Genel sağlık durumu ve Zihinsel fonksiyon puanı ile istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde koreledir. Mizah boyutunu çok kullananların Genel sağlık durumu ve Zihinsel fonksiyon puanı anlamlı olarak yüksektir. (sırasıyla rs=0,205, p=0,018 ve rs=0,181, p=0,038). Diğer Etkinlikleri Bırakma puanı ile Genel Sağlık Durumu puanı istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde koreledir. (r_s=0.311, p<0.001). Dine Yönelme puanı ile Fiziksel Fonksiyon puanı istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde koreledir. (rs=-0,372, p<0,001). Yadsıma puanı ile Duygusal Fonksiyon puanı istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde koreledir. Yadsıma tutumunu çok kullananların duygusal fonksiyon puanı anlamlı olarak düşük çıkmıştır. (rs=-0,264, p=0,002). Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme puanı ile Genel Sağlık Durumu puanı istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde koreledir (rs=0,29, p=0,001). Kendini Sınırlandırma puanı ile Genel Sağlık Durumu puanı pozitif yönde, Zihinsel Fonksiyon puanı negatif yönde koreledir (sırasıyla rs=0,176, p=0,044 ve rs=-0,177, p=0,043). Duygusal Sosyal Destek Kullanma puanı ile Genel Sağlık Durumu puanı istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde koreledir (rs=0,238, p=0,006). Planlama puanı ile Fiziksel Fonksiyon puanı ve Sosyal Fonksiyon puanı istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde koreledir (sırasıyla rs=-0,326, p<0,001 ve rs=-0,219 ve p=0,012). Araçsal Sosyal Destek Kullanma, Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma, Madde Kullanımı, Kabullenme, Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme ve Olumlu Yeniden Yorumlama boyutu ile Genel Sağlık Durumu ve fonksiyonel boyutlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 18).

Tablo 18. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu ile Genel Sağlık Durumu ve Fonksiyonel boyutlar arasındaki korelasyon ilişkisi

		Genel Sağlık Durumu	Fiziksel Fonksiyon	Uğraş Fonksiyonu	Duygusal Fonksiyon	Zihinsel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon
Araçsal Sosyal Destek Kullanma	r_s	0,158	0,100	0,048	-0,125	0,013	-0,060
	p	0,071	0,255	0,585	0,154	0,881	0,491
Mizah	r_s	**,205**	0,009	0,064	0,099	**,181**	0,097
	p	**0,018**	0,917	0,468	0,260	**0,038**	0,271
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	r_s	0,169	0,078	0,134	-0,044	0,016	0,030
	p	0,052	0,377	0,125	0,616	0,854	0,732
Madde Kullanımı	r_s	0,073	-0,162	-0,046	-0,015	0,060	-0,124
	p	0,409	0,064	0,601	0,862	0,494	0,157
Kabullenme	r_s	0,102	-0,054	0,002	-0,098	-0,100	-0,096
	p	0,246	0,537	0,980	0,267	0,256	0,274
Diğer Etkinlikleri Bırakma	r_s	,**311**	-0,015	-0,002	0,098	-0,010	0,055
	p	**0,000**	0,861	0,983	0,264	0,909	0,534
Dine Yönelme	r_s	0,084	**-,372**	-0,141	-0,138	-0,012	-0,144
	p	0,340	**0,000**	0,108	0,114	0,893	0,100
Yadsıma	r_s	-0,006	-0,089	-0,037	**-,264**	-0,116	-0,061
	p	0,949	0,311	0,671	**0,002**	0,184	0,487
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	r_s	0,140	-0,032	0,105	-0,016	-0,054	0,012
	p	0,110	0,713	0,233	0,852	0,537	0,888
Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme	r_s	**,290**	-0,006	-0,043	-0,011	0,151	0,089
	p	**0,001**	0,943	0,623	0,903	0,084	0,308
Kendini Sınırlandırma	r_s	**,176**	0,066	-0,031	0,050	**-,177**	-0,006
	p	**0,044**	0,449	0,723	0,567	**0,043**	0,943
Olumlu Yeniden Yorumlama	r_s	0,116	0,007	-0,074	-0,030	0,028	-0,066
	p	0,185	0,936	0,397	0,736	0,749	0,451
Duygusal Sosyal Destek Kullanma	r_s	**,238**	0,039	-0,045	0,087	0,055	-0,028
	p	**0,006**	0,660	0,611	0,325	0,532	0,747
Planlama	r_s	-0,081	**-,326**	-0,074	-0,086	-0,007	**-,219**
	p	0,358	**0,000**	0,402	0,327	0,937	**0,012**

r_s=Spearman Korelasyon Katsayısı

4.3.2. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu alt boyut puanları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanları arasındaki korelasyon ilişkisi incelenmiştir. Mizah, Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma, Madde Kullanımı, Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme, Olumlu Yeniden Yorumlama ve Duygusal Sosyal Destek Kullanma puanları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla rs=-0,360, p<0,000, rs=-0,225, p<0,009, rs=-0,279, p<0,001, rs=-0,232, p<0,008, rs=-0,203, p<0,02, rs=-0,455, p<0,000). Bu tutumları çok kullananların benlik saygısı yüksektir. Araçsal Sosyal Destek Kullanma, Kabullenme, Diğer Etkinlikleri Bırakma, Dine Yönelme, Yadsıma, Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme, Kendini Sınırlandırma ve Planlama boyutları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu alt boyut puanları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanları arasındaki korelasyon ilişkisi Tablo 19'da gösterilmiştir.

Tablo 19. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu alt boyutları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği arasındaki korelasyon ilişkisi

	r*	**p**
Araçsal Sosyal Destek Kullanma	-0,022	0,805
Mizah	**-,360**	**0,000**
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	**-,225**	**0,009**
Madde Kullanımı	**-,279**	**0,001**
Kabullenme	-0,135	0,126
Diğer Etkinlikleri Bırakma	-0,115	0,188
Dine Yönelme	-0,112	0,200
Yadsıma	-0,065	0,458
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	-0,070	0,427
Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme	**-,232**	**0,008**
Kendini Sınırlandırma	-0,041	0,643
Olumlu Yeniden Yorumlama	**-,203**	**0,020**
Duygusal Sosyal Destek Kullanma	**-,455**	**0,000**
Planlama	0,101	0,248

*Spearman korelasyon katsayısı

5.TARTIŞMA

Kemoterapi alan kanser hastalarında yaşam kalitesi düzeyini değerlendirmek ve yaşam kalitesi düzeyinin, çeşitli sosyodemografik faktörler, benlik saygısı ve başa çıkma tutumları arasında ilişki olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan araştırmamız sonucunda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Kanser üzerinde aktif olarak araştırmalar yapılan bir hastalıktır. Ülkemizin nüfusunun artmasına paralel olarak yıllık yeni tanı alan kanser sayısı da artmaktadır. Ülkemizde 2020 yılında en sık görülen ilk 5 kanser türü, akciğer kanseri, meme kanseri, kolorektal (kalın bağırsak) kanser, prostat kanseri ve tiroid kanseridir. Bu beş kanser türü, görülen tüm kanserlerin %50'den fazlasını oluşturmaktadır (1). Bizim çalışmamızda da hastaların %35'i meme kanseri, %15'i akciğer kanseri, %15'i kolon kanseri, %8'i mide kanseridir.

Sigara, kanserin bilinen en önemli nedenidir. Sigara kullanımının azaltılması, kanserin önlenmesini ciddi olarak amaçlayan herhangi bir programın merkezinde olmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerine dayalı bireysel bir yaklaşım, tütün bağımlılığında önemli azalmalar sağlama potansiyeline sahiptir (58). Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2019 verilerine göre Türkiye'de nüfusun % 31,3'ü tütün ürünleri kullanmaktadır (59). Çalışmamızda, hastaların %11'i sigara kullanmakta, %60'ı kullanmamakta ve %29'u daha önce sigara kullanmış olup şu an kullanmamaktadır. Hastalarımızın kanser tanısı almasının, sigara bırakma konusunda etkili olduğu düşünülebilir. Sigarayla kanserin ilişkisi çok iyi bilinmekte, literatürde bu ilişkiyi gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (46, 58, 60).

Şenışık ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, kanser tanısı sonrası verilen egzersiz reçetesinin cerrahi sonuçları geliştirme, hissedilen yakınmaları azaltma, radyasyon ve kemoterapiye bağlı yan etkilerle baş etme, fiziksel işlevi sürdürme veya iyileştirme, ruhsal sağlığı geliştirme ve yaşam süresini uzatma gibi birçok olası yararları olduğu sonucuna varılmışır (61). Bu nedenle, düzenli egzersiz yapılması tüm popülasyona olduğu gibi, özellikle kanser açısından yüksek riskteki kişilere ve aktif hastalığı olan kanser hastalarına da önerilmelidir. Şenışık ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada egzersizin tedavinin bir parçası olarak, yaşam kalitesini arttırmak ve morbiditeyi ve mortaliteyi azaltmak amacıyla kanser hastalarının rutin klinik bakımlarına eklenmesi gerektiğine vurgu yapılmıştır (61). Çalışmamızda,

hastalarımızın %19'u hiç egzersiz yapmadığını, %46'sı nadiren egzersiz yaptığını, %24'ü bazen egzersiz yaptığını ve %12'si ise genellikle ya da sık sık egzersiz yaptığını belirtmiştir. Egzersiz yapanların yaşam kalitesi puanı nadiren ve hiç yapmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Çalışmamızda egzersiz yapılma oranlarının düşüklüğü hastalığa ve tedavinin yan etkilerine bağlı olarak hastaların egzersiz yapma durumunun kısıtlanmasından kaynaklanabilir. Birinci basamak hekimleri hastaları kanserin tanı öncesi, tedavi süreci ve sonrasında takip etme imkanı olduğu için her aşamada yapılabilecek egzersiz türleri ve sağlıklı yaşam konusunda danışmanlık vermelidir.

Kanser etyolojisine bakıldığında yaşam tarzı alışkanlıkları ve diyet ile ilgili risk faktörleri kanser gelişmesinde önemli rol oynamaktadır. Bunlar sigara kullanımı ve alkol kullanımı, yüksek VKİ, meyve ve sebzeyi yetersiz tüketme, karbonhidrat ağırlıklı gıdalara ve paket ürünlere diyette fazla yer verilmesi, fiziksel aktivitenin az olması gibi risk faktörleridir (46). Literatüre bakıldığında kansere zemin oluşturan bu risk faktörleriyle ilgili birçok çalışma bulunmaktadır. (62-64). Sohbet ve arkadaşlarının meme kanseri risk faktörleri hakkındaki farkındalığı araştırdığı bir çalışmada katılımcıların sigara, alkol, yaş, kilo, ileri yaş gibi risk faktörlerini yeterince bilmediği ortaya konulmuştur (65). İlk bakışta çalışmamızda, çalışmaya katılan hastalarımızın sigara ve alkol kullanım oranları düşük çıkması sevindiricidir. Ancak bırakanlarla birlikte değerlendirildiğinde ve bırakanların muhtemelen kanser tanısı aldıktan sonra bıraktığı varsayıldığında, toplam sigarayla tanışma oranının %40'larda olduğu görülmektedir. Ülkemizde, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü kanserle mücadaleye paralel olarak düzenlediği tütün ve obezite ile mücadele programı, sağlıklı yaşam ve bağımlılıkla mücadele programı, fiziksel aktivitenin artırılması gibi faaliyetler aile hekimlerinin de desteği ile artırılmalı ve farkındalık yaratılmaya çalışmasına önem verilmelidir (48).

Son yıllarda sağlık alanında yaşam kalitesi önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Kanserli hastalarla ilgili yapılan çalışmalarda yaşam kalitesinin son zamanlarda eskiye kıyasla daha sık araştırıldığı görülmektedir. Tıp alanında yaşanan teknolojik gelişmelere paralel olarak kanserli hastaların tedavilerinde gün geçtikçe yeni tedavi yöntemleri geliştirilmesi beraberinde kendi artı ve eksilerini taşımaktadır. Yapılan bir çalışmada temel hedef sağ kalımı iyileştirmek iken, bu amaçla yapılacak

tedavilerin hastaların yaşam kalitelerini bozmaması ilkesi de gözetilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır (66). Kanserli hastalarda klinik anlamda yaşam kalitesi ölçümleri, kanserin yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesini amaçlar. Böylece; hastaların fiziksel yeteneklerini, refahını ve genel sağlık anlayışlarını geliştirebilecek tedavi seçenekleri tercih edilebilir. Hastanın tedavi uyumu artırabilir ve kanserin yaşam kalitesine olan olumsuz etkileri azaltılabilir. Bu nedenlerle, kanserli hastalara hizmet veren tüm sağlık profesyonellerinin hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmeleri son derece önemlidir

Harmancı ve arkadaşlarının, kemoterapi alan hastaların sosyodemografik özelliklerinin yaşam kalitesine etkisini değerlendirdiği araştırmada; cinsiyet, yaş, mesleki durum, aile tipi ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (67). Haydarnejad ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da kanserli hastaların yaşam kalitesi değerlendirilmesinde yaş, medeni durum, eğitim ve gelir düzeyiyle ilişki bulunmamıştır (68). Çalışmamızda da benzer şekilde; yaş, cinsiyet, mesleki durumla yaşam kalitesi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamakla birlikte, geniş ailede yaşayanların sosyal fonksiyon puanları, çekirdek ailede yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır. Kanser gibi insan hayatını her açıdan etkileyen bir hastalıkta geniş aile yapısının sağladığı aile desteği, hastanın kendini bu süreçte yalnız hissetmemesini sağlamanın yanısıra sosyal ve psikolojik olarak hastayı motive eden bir etkendir. Harmancı ve arkadaşları, hastaların medeni durumu ile yaşam kalitesi düzeyini incelediğinde dul//boşanmış olanların yaşam kalitesinin tüm alt ölçeklerinde yüksek puan aldığını saptamıştır (67). Kılıçkap ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, evli olmanın ve aile desteğinin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği, tek başına yaşayan bireylerde yaşam kalitesi skorunun düşük olduğu bulunmuştur (69).

Çalışmamızda bekar hastaların sadece fiziksel fonksiyon puanının evli ve dul/boşanmış hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir. Fiziksel fonksiyon; egzersizin yanısıra, insanların günlük hayatta yaptığı ve efor gerektiren aktiviteleri kapsadığı için eş desteği olmayan kişilerin bu aktiviteleri tek başına üstlenmesi gerekebilir. Çalışmamızda, aynı zamanda aileden destek alma durumunun yaşam kalitesini etkilemediği sonucuna varılsa da kanser gibi

kronik ve mortalitesi yüksek bir hastalıkta yakın çevrenin desteğinin önemli olduğu yadsınamaz.

Göl ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çocuk sahibi olma durumu ile fiziksel ve zihinsel sağlık puan ortalamaları arasında önemli bir fark olmadığı saptanmıştır (70). Atay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, bekarların genel sağlık; çocuğu olmayanların ise fiziksel işlev ve rol, genel sağlık, enerji, mental sağlık puanı önemli düzeyde yüksek bulunmuştur (71). Çalışmamızda da çoçuk sahibi olma durumu ile yaşam kalitesi alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Masson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, çoçuk sahibi olmanın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür (72). Çocuk sahibi olan ailelerin çocuklarına karşı olan sorumlukları yaşam kalitelerinde olumsuz etkilere yol açabilir. Fakat çocuğun sahibi olmanın verdiği sevgi ve doyum, yaşam kalitelerini olumlu da etkileyebilir. Bu nedenle hastaların hayat görüşleri ve çocuktan beklentileri gibi birçok farklı nedenler çalışma sonucunda etkili olabilir. Çoçuk sayısı, medeni durum ve aile desteği ile ilgili bulgulara bakıldığında, hastaların yaşam kalitelerini etkileyen faktörlerin farklı olması nedeni ile bakım verilirken bireysel farklılıkların göz önünde bulundurulması ve konuya yönelik bilgilerin periyodik olarak güncelleştirilmesi önerilebilir.

Gelin ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, kemoterapi alan hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır (73). Bu sonuçlar, bizim çalışma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir. Aynı çalışmada, ekonomik durum ile yaşam kalitesi puanı arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Hastaların ekonomik durumu yükseldikçe yaşam kalitesi puanlarının da yükseldiği gözlenmiştir (73). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla farklılık göstermektedir. Çalışmamızda hastaların aylık gelirleri ile genel sağlık durumu, fiziksel, uğraş, duygusal, zihinsel ve sosyal fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Çalışma sonuçlarımızda ekonomik durum yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmasa da hastanın sağlık hizmetlerine kolay ulaşması, sosyal-psikolojik destek alabilmesinin yaşam kalitesini olumlu etkileyeceği düşünülebilir. Ancak ekonomik düzeyin tek başına etkili olmaması yaşam kalitesi düzeyinin hayat görüşü ve bireysel farklılıklarla ilişkili olarak birçok faktörden etkilendiği gerçeğini de destekler niteliktedir.

Kutlutürkan ve arkadaşlarının 65 yaş ve üzeri kanserli hastaların semptomlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirildiği çalışmada genel sağlık skoru ortalama puanları (41,50±21,14) oldukça düşük bulunmuştur (74). Bizim çalışmamızda 40 yaş altı hastaların genel sağlık skoru puanı 57,5 ± 29,2 iken, 40 yaş üstü hastaların genel sağlık skoru puanı 53,1 ± 24,1 olarak hesaplanmıştır. 40 yaş üstü hastaların genel sağlık skoru genç hastalara göre daha düşük çıksa da fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kılıçkap ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, 60 yaş ve üzeri hastalarla 60 yaş altı hastalar arasında yaşam kalitesi skorları arasında fark bulunamamıştır (69). Yaş ilerledikçe; hastalık yükünün daha ağır hissedilmesi, ek hastalıkların görülme olasılığının artması, çalışma hayatının sona ermesi ile sosyal ve iş hayatının sekteye uğraması gibi çoğaltılabilecek faktörlerin yaşam kalitesini etkilemesi muhtemeldir.

Özgün ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, fiziksel fonksiyon ölçek puanları ve genel sağlık skoru puanlarının kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmışır (75). Çalışmamızda da kadın cinsiyette yaşam kalitesi skorunun tüm alt ölçek puanları erkeklere göre düşük olsa da fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Hastalıkların çoğunda olduğu gibi kanserde de; fiziksel farklılık, hastalık algısı ve dayanma gücü gibi faktörler düşünüldüğünde cinsiyetler arasında yaşam kalitesi düzeyinde farklılıklar görülebilir.

Andrade ve arkadaşları, kemoterapi gören onko-hematoloji hastaları ile yaptıkları çalışmada yaşam kalitesi semptom ölçeklerindeki puanlamada, yorgunluk (64,57) semptomu baskın olarak görülmüş, bunu uykusuzluk (56,90) ve iştahsızlık (50,71) izlemiştir. Bu semptomların fiziksel, duygusal ve bilişsel işlevlerle ilişkisi, tedavinin yan etkilerinin hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır (76). Çalışmamızda en sık rastlanan semptomların puanı sırası ile: halsizlik (45,1), ağrı (37,7) ve iştah kaybı (32,8) semptomları idi. Özgün ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, semptomlar arasında yorgunluğun en yüksek ortalama puana sahip olduğu, en yaygın görülen semptomların ise yorgunluk, mali sorunlar, uyku bozuklukları ve ağrı olduğu ortaya konmuştur (75). Hastaların yorgunluk, uyku bozukluğu, ağrı ve iştahsızlık semptomlarını daha fazla yaşamaları, hastalık sürecine ve tedaviye bağlı gelişen yan etkilerden kaynaklanabilir.

Günümüzün en korkulan ve sık görülen hastalıkların başında gelen kanser, yalnızca bir hastalık değil, farklılaşan yaşam tarzımızın da bir yansımasıdır. Joo Ho ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, meme kanseri olan hastaların egzersize katılım, uygun diyet gibi sağlıklı yaşam davranışlarının yaşam kalitesine olumlu katkıları olduğu görülmüştür (77). Pilates egzersizinin, egzersizin etkinliği ve yararlılığı konusunda yapılan bir çalışmada meme kanseri hastalarında fonksiyonel kapasite, yorgunluk, depresyon ve yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri olduğu saptanmışır (78). Çalışmamızda baskın olarak ortaya çıkan yorgunluk şikayeti hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca egzersiz yapma sıklığı fazla olan hastaların fiziksel ve duygusal fonksiyon puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Birinci basamak hekimleri, hastalarının egzersiz, uygun diyet gibi sağlıklı yaşam davranışlarını benimsemesini teşvik etmeli, ve her izlemde yer vermelidir.

Peppone ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, sigaranın kanser tedavileri sırasında ve sonrasında artan semptom yükü ile ilişkili olduğu bulunmuştur (79). Kutlu ve arkadaşlarının çalışmasında sigara kullanma durumu ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilse de araştırma kapsamına alınan hastaların sadece %4.6'sının sigara kullanıyor olmasının bu sonucu etkilediği düşünülmüştür (80). Çalışmamızda sigara kullanan hastaların genel sağlık durumu puanı, kullanmayan ve bırakan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük çıkmıştır. Sonuçlarımıza göre, sigaranın bırakılmasının hem hastalığın semptom yükünü azaltmak, hem de yaşam kalitesini artırılması bakımından önemli olduğu düşünülebilir.

Altıparmak ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hastalarda metastaz varlığı ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (81). Güzelant ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur (55). Bu sonuçlar bize hastaların metastaz olsun ya da olmasın, hastalığın yaygınlığı ile ilişkisi olmadan hem kanserin hem de tedavinin etkilerini yoğun bir şekilde yaşadıklarını, yaşam kalitelerinin etkilendiğini düşündürse de, çalışmamızda metastazı olan hastaların fiziksel fonksiyon puanı ortalaması ve zihinsel fonksiyon puanı ortalaması metastazı olmayanlara göre düşük olup, çıkan sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır.

Sonuçlarımız, kanser tanısının erken evrede konulmasının, hem yaşam kalitesini hem de sağkalımı artırması açısından önemli olduğuna işaret etmektedir.

Altıparmak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastalık süresi üç aydan daha az olanların emosyonel fonksiyon alanının diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha iyi olduğu belirlenmiştir (81). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak hastalık süresi ile genel sağlık durumu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Benzer şekilde çalışmamızda hastaların kemoterapi alma süresi ile sosyal fonksiyon puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlüdür. Bunun sebebinin, kanser tedavisinde hastalık sürecinin ve kemoterapinin getirdiği fiziksel ve ruhsal yan etkilerinden kaynaklandığı, süre arttıkça izolasyon ve sosyal çevreden kopmanın arttığı düşünülebilir.

Su ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, diğer kanser hastalarına kıyasla, akciğer kanseri hastalarının en düşük yaşam kalitesi düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (82). Gültekin ve arkadaşlarının akciğer kanseri olan hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentilerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada hastaların tüm alt ölçeklerde ortalamalarının 50 puan altında olduğu belirtilmiştir (19). Kramer ve arkadaşlarının çalışmasında, baş ve boyun kanseri ve tedavisinin yaşam kalitesini bozduğu tespit edilmiştir (83). Literatürdeki bulgularla çalışmamızdaki sonuçlar farklılık göstermektedir. Çalışmamızda hastaların aldığı kanser tanısına göre genel sağlık durumu, fiziksel, uğraş, duygusal, zihinsel ve sosyal puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmamıştır. Akciğer kanseri tanısı olan hastaların yaşam kalitesindeki tüm alt ölçeklerdeki puanları diğer kanser türlerine göre istatistiksel olarak anlamlı olmasa da düşük çıkmıştır. Çalışmamızı gönüllülük esasına göre yürüttüğümüz için; katılmak istemeyen ve genel durumu kötü olan hastaların dahil edilememesi çalışmamızın kısıtlıklarından olup, yaşam kalitesi puanları bu sebeple görece yüksek olarak değerlendirilebilir. Çalışmamız sadece ayaktan başvurabilecek durumda olan kemoterapi hastalarında yürütüldüğü için sonuçlarımız tüm kanser hastalarına genellenemez. Ayrıca; yaşam kalitesi puanlarının literatürdeki çalışmalardan görece yüksek çıkması, popülasyonumuzu ayaktan kemoterapi alan hastaların oluşturması ve hastanemizde yataklı onkoloji servisimizin olmamasından kaynaklanabilir.

Kılıçkap ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, kanser dışında ek hastalığı olan yani komorbiditesi olan kişilerin genel ve işlevsel yaşam kalitesi skorları komorbid hastalığı olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Komorbid hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (69). Çalışmamızda benzer şekilde başka bir kronik hastalık tanısı olan hastaların genel sağlık durumu puanı ortalaması ve fiziksel fonksiyon puanı ortalaması ek kronik hastalığı olmayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Kronik hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesinin düşük olmasının nedeni, kanserle ilişkili klinik durumların daha ağır seyretmesi ve tedavi alması gereken durumlarda zamanında ve yeterli tedavi alamamalarından kaynaklı olabilir.

Kanser hastalarında yaşam kalitesi ile ilgili literatürde çok fazla bilgiye ulaşmak mümkündür. Fakat kişilerin hissettikleri ve bildirdikleri yaşam kalitesi aslında sübjektif bir ölçüttür ve hastaların o anki durumu ve psikolojisi ile yakından ilişkilidir. Bu sebeple, yaşam kalitesi ölçümünün esas önemi hastanın klinik durumu ile korelasyonunun değerlendirilmesinde ve özellikle tedavi ile ilişkili parametrelerin etkilerinin takibinde yatmaktadır. Kişilerin yaş, kanser türü, cinsiyet, ek hastalık ve diğer demografik verilerinin yaşam kalitesi ile ilişkisinin değerlendirilmesi önem taşısa da, asıl önemli olan hastaların tedavileri boyunca ölçülen yaşam kalitelerinin zaman içindeki değişimleri ile tedavi ve hastalık durumlarının fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan birlikte değerlendirilmesidir. Diğer bir deyişle hastanın biyopsikososyal açıdan değerlendirilmesi ve bütüncül hizmetlerin sunulması büyük önem taşımaktadır. Bu yaklaşımın birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimleri tarafından tedavi ve takibin her aşamasında sunulması hastanın konforunu ve yaşam kalitesini arttırmakta faydalı olacaktır.

Şahan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, 18 yaş üstü kanser tanısı almamış bireylerin; kanseri hasta ve yakınları tarafından yönetilmesi zor, korkulan ve ölümcül bir hastalık olarak algıladığı belirlenmiştir. Hastalık algısı süreci etkilediğinden, niteliksel araştırmalarla bu algının boyutlarının belirlenmesinin, algının ölçülmesine yönelik niceliksel araştırmalar için yol gösterici olacağı düşünülmüştür (84). Kato ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tip 2 diyabetli hastalarda kendini damgalamanın, hem doğrudan hem de dolaylı olarak benlik saygısı ve öz yeterliliğin aracılık ettiği, öz bakım için hastanın aktivasyonunu etkilediğini gösterilmektedir (85). Işıkhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kanserli hastaların benlik saygısı düzeyi ortalama bir kişi için geçerli olan benlik saygısı düzeyinden düşük çıkmıştır (86). Çalışmamızda

hastalarımızın %85,6'da yüksek, %14,4'ünde ise orta benlik saygısı düzeyi bulunmuş, hiçbirinde düşük benlik saygısı düzeyi saptanmamıştır. Çalışmamızın tek merkezli olması ve ayaktan kemoterapi ünitesinde yürütülmesi gibi kısıtlılıklarından dolayı benlik saygısının yüksek çıktığı düşünülebilir. Benlik saygısını yükselten durumlar; aileden destek almak, spor yapmak, hobi edinmek ve sağlık profesyonellerinden yardım almak gibi müdahaleler kanserli hastalarda hastalık algısını değiştirebilir ve hastanın motivasyonunu artırabilir.

Tavares ve arkadaşlarının yaşlı populasyonda yaptığı çalışmada, düşük yaşam kalitesi puanları ile daha düşük benlik saygısı seviyeleri ilişkili bulunmuştur (87). Çalışmamızda 40 yaş üstü bireylerde benlik saygısı düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Çalışmamızda, yaşam kalitesi alt boyutlarından genel sağlık durumu, fiziksel fonksiyon ve duygusal fonksiyon puanı yüksek olanların benlik saygısı da yüksek olarak değerlendirilmişir. Yaş ilerledikçe benlik saygısı düzeylerinin azalmasının tıbbi durumlarla ilişkisi ile ilgili olarak, mesleki faaliyetlerin sona ermesi, yaşa bağlı kognitif ve fiziksel fonksiyonların gerileme sürecine girmesi ve emeklilik sürecinin başlamasından kaynaklı olduğu düşünülebilir. Benlik saygısının azalması nedeniyle yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin daha iyi araştırılması ve yaşlanma sürecinin özgünlükleri göz önünde bulundurarak sağlık eylemlerinin geliştirilmesi gerekliliği Tavares ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada vurgulanmıştır (87).

Eberly ve arkadaşlarının depresyon hastaları ile yaptığı çalışmada yüksek benlik saygısı olan hastaların tedavi boyunca semptom şiddeti daha düşük olup, tedaviye cevapları daha çabuk olmuştur (88). Çalışmamızda da dispne, uykusuzluk, ishal semptomlarını yoğun yaşayan hastalarda benlik saygısı istatistiksel olarak düşük çıkmıştır. Aynı zamanda genel sağlık durumu skoru ve fiziksel fonksiyon skoru düşük olan hastalarda benlik saygısı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Kanser hastalarının klinik olarak ağır ve şikayetlerin yoğun yaşandığı durumlarda benlik saygısının düşük çıkması hastaların fiziki durumunun ruhsal olarak yansıması olarak düşünülebilir.

Yektatalab ve arkadaşlarının meme kanseri olan kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, meme kanseri olan kadınlarda kaygı ve benlik saygısı arasında dolaylı bir ilişki olduğu gösterilmektedir (89). Boing ve arkadaşlarının meme kanserli kadınlarda

yaptığı çalışmada, depresyon belirtilerinin varlığı ile daha genç kadın grubu (40-60 yaş), kanser dışında başka hastalığı olanlar, mastektomi ameliyatı olanlar, lenfödem şikayeti olanlarda düşük-orta düzeyde benlik saygısı bulunmuştur (90). Kadınlarda görülen kanser türleri arasında birinci sırada karşılaştığımız meme kanseri kadın sağlığını hem tıbbi hem ruhsal yönden olumsuz etkilediğinden literatürde meme kanseri ile ilgili birçok araştırma bulunmaktadır. Tarkowska ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, mastektomi sonrası düşük benlik saygısı ile kötü prognozun ilişkili bulunduğu saptanmıştır (91). Benlik saygısının fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığın diğer yönleri üzerindeki önemli etkileri düşünüldüğünde, hekimlerin özellikle meme kanseri tanısıalan kadınların benlik saygısı ve ruhsal sağlığına daha fazla dikkat etmesi önerilebilir. Çalışmamızda hastaların hastalıkla ilgili opere olma durumları ile benlik saygısı arasında ilişkibulunamasa dahi; özellikle organ kaybı ile ilişkili travma göz ardı edilmemelidir. Başta meme kanseri olmak üzere tüm kanserlerde; ruhsal bozuklukların saptanması için tarama stratejileri, benlik saygısını artıracak ve kaygıyı azaltacak etkin müdahaleler hastanın yaşam kalitesini artırabilir.

Roelen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, gelir düzeyi düşüklüğünün Haiti kırsalındaki insanlarda düşük benlik saygısıyla ilişkili olduğuna vurgu yapılmıştır (92). Çalışmamızda gelir düzeyi ile benlik saygısı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Ekonomik durum ve refah düzeyinin kişinin sağlık problemlerini çözmede ve sosyal hayata katılımda olumlu yönde etkilerinin olduğu dolayısıyla benlik saygısını artıracağı düşünülse de çalışmamızda benlik saygısı düzeyinin ekonomik durumdan etkilenmediği görülmüştür.

Ferraira ve arkadaşlarının kolorektal kanser nedeniyle ostomili hastalarda benlik saygısı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, ostomili hastaların özgüvenlerinin zedelenmiş olduğu ve benlik saygısının düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Benlik saygısı puanları ile, yaşam kalitesinin tüm alt ölçekleri ile arasında istatistiksel olarak anlamlı güçlü negatif korelasyon bulunmuştur. Benlik saygısı puanı ne kadar yüksek ise (benlik saygısı düzeyi ne kadar düşükse) yaşam kalitesi skoru da o kadar düşük bulunmuştur. Analiz edilen değişkenlerden cinsiyet, medeni durum, yaş, okullaşma, aile geliri, ostomi zamanı, ostomi tipi, stoma zamanı ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da katılımcıların benlik saygılarının düşük olduğu saptanmıştır (93). Salome

ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, 60 yaş ve üzeri, ilkokulu bitirmemiş ve kalıcı ostomili erkeklerde ve evli katılımcılarda benlik saygısının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı, bu değişkenler arasındaki ilişkinin benlik saygısını etkilediği görülmüşür (94). Çalışmamızda medeni durum, öğrenim düzeyi, cinsiyet ve gelir düzeyi ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamış sadece yaş faktörü ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkili bulunmuştur. Literatürde yapılan çalışmalarda görüldüğü gibi kanserli hastalarda benlik saygısı düzeyi birçok değişkenden etkilenebilse ve genellikle düşük seyretse bile çalışmamızın sonucuna göre hastalarımızda benlik saygısı düzeylerinin oldukça yüksek seyrettiği saptanmıştır. Bu sonuç örneklemimizin ayaktan kemoterapi alan, yaşam kalitesi nispeten yüksek olan hastalardan oluşmasından kaynaklanabilir.

Ülkemizde de giderek artan bir problem olarak karşımıza çıkan alkol ve madde bağımlılığı, kişinin ruhsal, fiziksel sağlığını ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Kulu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hastaların tıbbi tedavisine ek olarak birçok psikiyatrik bozukluğun tedavisinde kullanılabileceği düşünülen düzenli egzersiz yapmanın alkol veya madde bağımlısı hastaların benlik saygıları, beden saygılarına ve sosyal uyumlarına olumlu etkisi olduğu görülmüştür. Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak başa çıkma stillerinden madde kullanımı puanı yüksek çıkanların benlik saygısı düzeyi düşük çıkmıştır. Hastalar klinik durumlarıyla başa çıkmak için sigara, alkol ve madde kullanımına eğilimi gösterebilir. Hastaları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmeyi ilke edinen aile hekimleri olarak hastalarımıza bu konuda eğitim vermemiz ve aydınlatmamız gerektiği düşünülebilir.

Durmuşçelebi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada obezite ile depresyon ve benlik saygısı arasındaki ilişki araştırılmıştır. VKİ yüksek olan hastaların depresyon skorunun yüksek olduğu ve benlik saygısının düşük olduğu saptanmış, obezitenin hem tıbbi hem de psikososyal açısından değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (95). Literatürden farklı olarak çalışmamızda VKİ yüksek olanların benlik saygısı yüksek çıkmıştır. Sonuçun böyle çıkması çalışma popülasyonumuzun kanser hastası olması ve kemoterapinin yan etkileri nedeniyle iştahsızlık şikayetini yoğun yaşamalarından kaynaklanabilir. Doğan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kemoterapinin yan etkisi olan alopesinin akut lösemi hastalarında benlik saygısını olumsuz etkilediği

saptanmıştır (96). Kişinin dış görünüşünün, kendini sağlıklı olduğu kiloda hissetmesinin benlik saygısını olumlu şekilde etkilediği düşünülebilir.

Aprilianto ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; kemoterapi gören meme kanseri hastalarının aldıkları aile desteği ile benlik saygıları arasında güçlü, pozitif yönlü bir ilişki olduğunu gösterilmiştir (97). Çalışmamızda medeni durum, aile tipi ve aileden destek alma durumları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Aile desteği ve sosyal destek kanser hastaları için oldukça önemlidir. Çalışmamızda bu faktörlerle benlik saygısının ilişkili çıkmaması benlik saygısının çok çeşitli durumlardan etkilenmesinden kaynaklanabilir.

Işıkhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan kanser hastalarının benlik saygısı düzeyi yüksek bulunmuştur (86). Çalışmamızda eğitim düzeyi ile ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Sonuçların bu şekilde çıkması katılımcıların sadece %17.4'ünün üniversite mezunu olmasından kaynaklanabilir.

Karakaya ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada; tiroid, meme, over ve kolorektal kanserli hastalarda değişik kanser türlerinin benlik saygısını farklı şekilde etkilediği ortaya konmuştur. Meme ve over kanseri olan hastaların benlik saygısı daha düşük bulunmuştur. Ayrıca, komorbiditesi olan katılımcıların benlik saygısının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (98). Bizim çalışmamızda kanser türleri ve ek kronik hastalık varlığı ile benlik saygısı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Sonuçlarımız çalışmanın tek merkezli olmasından ve olgu sayısından kaynaklanabilir.

Valente ve arkadaşlarının, yaptığı çalışmada, hastaların kanser ve tedavisinin olumsuzluklarından dolayı anksiyete yaşaması ve depresyona girmesi sonucunda, hastaların algılama ve öğrenme düzeyinin bozulduğu, duygularını ifade etme, başa çıkma yöntemlerini kullanma becerilerinin azaldığı, sosyal etkileşimde bulunmanın zorlaştığı ve hastalıkla mücadele gücünün azaldığı görülmüştür (99).Bu sebeplerin hastanın tedaviye uyumu azalttığı ve hastanede yatış süresini uzattığı, beraberinde hastalığın maliyetini arttırdığı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği vurgulanmıştır (100). Hopman ve Rijken'in yaptıkları araştırmada, kanser hastalarının hastalıklarını nasıl algıladıklarının hangi baş etme stratejisini kullanacaklarını etkilediği

bulunmuştur. Hastalık süresi uzun, klinik olarak kötü seyreden ve duygusal olarak süreci daha zor geçiren hastaların pasif başa çıkma stratejilerini daha çok kullandıkları görülmüştür (37). Çalışmamızda, hastalarımızın başa çıkma yöntemlerinden en çok mizah, olumlu yeniden yorumlama, madde kullanımı ve zihinsel olarak ilgiyi kesme tutumunu daha çok tercih ettikleri tespit edilmiştir. Mizah, duygusal sosyal destek ve zihinsel olarak ilgiyi kesme baş etme yöntemini kullananların genel sağlık skoru daha yüksek çıkmıştır. Kişinin, kanser hastalığına yönelik algısı ve tutumunun; hastalık sürecindeki tecrübeleri, aile ve yakınlarının desteği, baş etme yöntemlerini, hastalığın prognozunu ve yaşam kalitesi düzeyini etkilediği düşünülebilir.

Unruh ve arkadaşlarının yaptığı araştırmaya göre; erkekler ağrıyı yönetmek için davranışsal dikkat dağıtma ve sorun odaklı taktikler kullanmayı daha çok tercih ederken, kadınlar duygusal sosyal destek, olumlu yeniden yorumlama, zihinsel yeniden yorumlama gibi çeşitli başa çıkma tekniklerini kullanma eğilimindedir (101). Konkan ve arkadaşlarının yaptığı baş etme tutumlarının incelendiği bir çalışmada, kadınların erkeklere kıyasla soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma stratejilerini daha çok kullandığı görülmüştür (102). Çalışmamızda kadınların olumlu yeniden yorumlama puanı erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Başa çıkma tutumları cinsiyetler arasında farklılık gösterebilir.

Nipp ve arkadaşlarının ileri evre kanserli hastalarda yaptığı çalışmada ölümcül sağlık durumu bildiren hastalardan olumlu yeniden yorumlamayı daha fazla kullananlarda daha iyi yaşam kalitesine rastlandığı ve depresyonun daha az görüldüğü saptanmıştır (103). Çalışmamızda evre, metastaz, hastalıkla ilgili ameliyat geçirme, evre, takipli olduğu süre, kemoterapi alma süresi durumlarına göre başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmasa da mizah, duygulara odaklanma ve ortaya koyma, madde kullanımı, zihinsel olarak ilgiyi kesme, olumlu yeniden yorumlama ve duygusal sosyal destek kullanma başa çıkma stillerini fazla kullanan hastalarda benlik saygısı düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Bu verilere göre ileri evre ve prognozu kötü kanserli hastalarda daha kötü yaşam kalitesi düzeyi tıbbi durumuna ek olarak emosyonel durumla ilişkili olabilir. Belirli başa çıkma stratejilerinin kullanılması bu ilişkileri dengeleyebilir.

Korkmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ameliyat geçirmeyenlerde, şakaya vurma ve alkol/madde kullanımı ve zihinsel boş verme alt ölçek puanları ve

duygusal odaklı başa çıkma puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (104). Çalışmamızda ameliyat olup olmama durumu ile başa çıkma stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir.

Guan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada prostat kanserli hastaların hastalık belirsizliği, kaçınmacı başa çıkma stratejileriyle ilişkili bulunmuştur. Hastaların kaçınmacı başa çıkma stratejilerinin, zihinsel sağlıklarını olumsuz etkilediği görülmüştür (105). Çalışmamızda da yadsıma baş etme stilini çok kullanan hastaların duygusal fonksiyon puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük çıkmıştır. Kaçınmacı başa çıkma stratejilerini kullanmalarını azaltarak hastalarımızın yaşam kalitelerini iyileştirebiliriz.

Mesquita ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada; manevi destek almak isteyen kanser hastalarının dini başa çıkmayı olumlu bir şekilde kullanmakta olduğunu ve kanserle başa çıkmak için önemli bir strateji olduğunu saptamıştır (106). Matos ve arkadaşlarının palyatif bakım alan kanser hastalarında dini başa çıkmayı çok kullanan hastaların yaşam kalitesi düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (107). Çalışmamızda, literatürden farklı olarak dine yönelme tutumuna çok başvuranların fiziksel fonksiyon puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük çıkmıştır. Dini başa çıkma mekanizmalarını kullanmanın kanserle başa çıkmak için etkili bir tutum olduğu düşünülebilir fakat her hasta bireysel olarak kendi değerlerine göre değişik başa çıkma tutumlarını tercih edebilir.

Lotfi ve Karataş'ın meme kanserli yoksul kadınların baş etme süreçlerini inceledikleri çalışmada, aylık geliri düşük ve mesleği olmayan hastalarda başa çıkma tutumu olarak dini öğelerin daha çok kullanıldığı ve eğitim düzeyi düşük (okuryazar olmayan) kişilerin kabullenme başa çıkma tutumunu eğitim düzeyi yüksek kadınlara göre daha çok kullandığını saptanmıştır. Ek olarak aile desteğinin başa çıkmada çok büyük bir etken olduğu tespit edilmiştir (108). Çalışmamızda, öğrenim düzeyi ilköğretim veya daha düşük seviyede olan hastaların planlama puanı, öğrenim düzeyi üniversite olan hastalardan yüksek bulunmuştur. Gelir düzeyi yüksek olan hastaların, düşük olanlardan diğer etkinlikleri bırakma puanı yüksek çıkmıştır. Aile desteği alanların ise duygusal sosyal destek ve kabullenme başa tutumlarını daha çok kullandıkları tespit edilmiştir. Başa çıkma tutumlarının seçiminin eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve aile desteğinden etkilendiği düşünülebilir.

Kimi hastalar, kanseri yenebilecekleri ve ileride daha güçlü olacağını düşündükleri bir geçiş süreci olarak değerlendirirken, kimi hastalar kanseri hayatlarındaki tüm alanlar için tehlike ve bir son olarak değerlendirmektedir. Ludolph ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, kanser hastalarının dayanıklılığını artırmaya yönelik olarak verilen olumlu psikoloji, destekleyici/ifade edici grup terapisi, davranışçıl terapi veya farkındalık kavramlarına dayanan eğitimleriyle bireysel olarak önemli faydalar sağlandığı bulunmuştur (109). Prip ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hastaların poliklinik ortamında doktor-hemşire ile aralarındaki ilişki ve iletişimin, kanserle başa çıkmada etkili olduğu bulunmuştur (110). Tüm bu sonuçlar, kanser tedavisinde tümörü yok etme, küçültme, metastazları önleme gibi hedeflerin yanısıra psikolojik destek ve iletişimin en az tıbbi/cerrahi tedavi stratejileri kadar önemli olduğunu göstermektedir.

SONUÇ

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 132 gönüllü kanser hastası ile yaptığımız çalışmada, katılımcıların yaşam kalitesi düzeyini değerlendirerek yaşam kalitesi düzeyi ile çeşitli sosyodemografik faktörler, benlik saygısı düzeyi ve başa çıkma tutumları arasında ilişki olup olmadığını saptamayı amaçladık.

1. Çalışmamızda, yaşam kalitesi düzeyi ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırdığımızda; yaş, cinsiyet, çalışma durumu, gelir düzeyi, mesleği, kendi evinde yaşama durumu, aile desteği, çoçuk sayısı gibi değişkenler ile yaşam kalitesi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir.

2.Medeni durumu bekar olanların fiziksel fonksiyon durumunun daha iyi olduğu, öğrenim düzeyi üniversite düzeyinde olanların genel sağlık durumunun daha iyi olduğu, geniş ailede yaşayanların sosyal fonksiyon düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

3. Uzun hastalık süresi, kanserin ileri evrede olması ve metastaz varlığında kişilerde yaşam kalitesinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır. Hastaların kanser tanılarına ve hastalıklarıyla ilgili ameliyat geçirme durumuna göre yaşam kalitesi düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Hastaların en yoğun yaşadığı semptomların halsizlik, ağrı ve iştah kaybı olduğu gözlemlenmiştir.

4. Hastanın ek kronik hastalıkları olması, sigara kullanması ve egzersiz yapmamasının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır.

5. Hastaların %85,6'sında yüksek ve %14,4'ünde orta düzeyde benlik saygısı seviyesi bulunmuştur. Hastaların cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, aylık gelir, yaşanılan yer, aile tipi ve aileden destek alma durumları ile benlik saygısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. 40 yaş altı hastaların ve VKİ yüksek olanların benlik saygısı düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Hastaların kanser türü, metastaz varlığı, hastalığı ile ilgili ameliyat geçirme durumu, evresi, hastalık süresi ve başka bir kronik hastalığa sahip olma durumu ile benlik saygısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

6. Yaşam kalitesi ile benlik saygısı karşılaştırıldığında; dispne, uykusuzluk, ishal ve maddi zorluk şikayetlerini yoğun yaşayan hastaların benlik saygısı düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Genel sağlık durumu, fiziksel fonksiyon ve duygusal fonksiyon puanı yüksek olanların benlik saygısı düzeyleri de istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır.

7. Hastaların başa çıkma stillerinden en çok kullandıkları mizah, madde kullanımı, olumlu yeniden yorumlama ve zihinsel olarak ilgiyi kesmedir. Sosyodemografik özelliklerden; medeni durum, öğrenim durumu, gelir düzeyi ve aile desteğinin başa çıkma tutumlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilediği saptanmıştır. Kanser türünün başa çıkma stillerini kullanımında anlamlı farklılıklara neden olduğu görülmüştür. Hastaların hastalığıyla ilgili evre, takip süresi, kemoterapi süresi, metastaz varlığı ve opere olma durumu ile başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir.

8. Yaşam kalitesi ile başa çıkma tutumları karşılaştırıldığında; mizah boyutunu çok kullananların genel sağlık durumu ve zihinsel fonksiyon düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Duygusal sosyal destek kullanma ve kendini sınırlandırma tutumunu çok kullananların genel sağlık durumu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha iyi çıkmıştır. Yadsıma tutumunu çok kullananların duygusal fonksiyon düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük çıkmıştır.

9. Başa çıkma stilleri ile benlik saygısı düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; mizah, duygulara odaklanma ve ortaya koyma, madde kullanımı, zihinsel olarak ilgiyi kesme, olumlu yeniden yorumlama ve duygusal sosyal destek kullanma tutumlarını çok kullananların benlik saygısı düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Araçsal sosyal destek kullanma, kabullenme, diğer etkinlikleri bırakma, dine yönelme, yadsıma, davranışsal olarak ilgiyi kesme, kendini sınırlandırma ve planlama boyutları ile benlik saygısı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

Sonsöz

Yaşam kalitesi; kanser hastalığının kendisi ve tedavi sürecinin getirdiği zorluklar dışında sosyodemografik özellikler, hastanın hastalığa karşı algısı ve bu durumla nasıl mücadele edeceği gibi birçok değişkenle ilişkilidir. Temel prensibi

hastayı bütüncül değerlendirmek olan aile hekimleri; hastaların sosyokültürel özelliklerini, psikolojik durumlarını, aile alt yapısını, kronik hastalıklarını en iyi bilen sağlık profesyonelleridir. Kanserin tanı, tedavi ve takibinde önemli görevler üstlenen aile hekimleri, biyopsikososyal yaklaşım çerçevesinde hastalarının yaşam kalitesinin yükseltilmesi, benlik saygılarının korunması, başa çıkma tutumlarının geliştirilmesi ile ilgili olarak hastaları ile işbirliği yapmalıdır. Bakımın sürekliliği ve kapsamlı bakım sağlama ilkesi ile hastalarının kanser yönetiminde tarama, tanı, tedavi, destek, izlem ve sevk hususlarında ulaşabilecekleri profesyonel çok yönlü sağlık hizmetini en iyi şekilde sağlamaya çalışmalıdırlar.

Çalışma sonuçlarımızın kanser hastalarının takip ve tedavi sürecinde yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik araştırmalara yön vereceği kanaatindeyiz.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızı Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde gerçekleştirdik. Çalışmamız, ayaktan kemoterapi alan hastaları kapsayan kesitsel bir çalışmadır. Hastanemizin yataklı onkoloji servisi olmadığından; tıbbi durumu daha kötü olan hastaların değerlendirmeye alınamaması nedeni ile çalışmamızın sonuçları diğer popülasyon çalışmalarındaki oranları yansıtmayabilir. Çalışmaya gönüllük esasıyla katılım sağlandığı için; tıbbi durumları sebebiyle katılamayan, iletişim kurulamayan, rızası olmayan ve pandemi sebebiyle katılmak istemeyen hastalar da çalışmaya alınamamıştır.

Çalışmamızda çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKÇA

1. Global Cancer Observatory Https://Gco.İarc.Fr/ 07 Mayıs 2021 Tarihinde Erişilmiştir.

2. Prof. Dr. Mustafa Özdoğan Türkiye Kanser İstatistikleri 2020. Https://Www.Drozdogan.Com/Turkiye-Kanser-İstatistikleri-2020/07 Mayıs 2021 Tarihinde Erişilmiştir.

3. Ertem G, Kalkım A, Bulut S, Sevil Ü. Radyoterapi Alan Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri Ve Yaşam Kaliteleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi 2009;2(2):3-12

4. Işikhan V. Kanser ve sosyal destek. Toplum Ve Sos Hizmet. 2007;18(1):15-29.

5. Lazovich D, Robien K, Cutler G, Virnig B, Sweeney C. Quality of life in a prospective cohort of elderly women with and without cancer. Cancer. 2009;115(18 Suppl):4283-97.

6. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, Delongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. J Pers Soc Psychol. 1986;50(3):571-9.

7. Kanser Cancer - Who | World Health Organization . Https://Www.Who.İnt/News-Room/Fact-Sheets/Detail/Cancer. 07 Mayıs 2021 Tarihinde Erişilmiştir.

8. Tüik Kurumsal Olum-Ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710 . Https://Data.Tuik.Gov.Tr/ 07 Mayıs 2021 Tarihinde Erişilmiştir.

9. Dünya Kanser Raporu 2008 Https://Studylibtr.Com/Doc/07 Mayıs 2021 Tarihinde Erişilmiştir.

10. Bonassa Ema, Santana Tr. Enfermagem Em Terapêutica Oncológica. São Paulo: Atheneu; 2005.

11. Devita Vt, Chu E. A History Of Cancer Chemotherapy. Cancer Res. 2008;68(21):8643-53.

12. InformedHealth.org [Internet]. Cologne, Germany: Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG); 2006-. How does chemotherapy work? https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279427/ 07 Mayıs 2021 Tarihinde Erişilmiştir.

13. Çeçen E, Bolaman Az. İkincil kanserler. Uluslar Hematol-Onkol Derg. 2010;20(3):190-9.

14. DemiRci U, Benekli M, Büyükberber S, Coşkun U. Late side effects of cancer therapy. Uluslar Hematol-Onkol Derg. 2010;20(4):250-61.

15. Dilek İ. Kemoterapide Toksisite Değerlendirmesi. 36. Ulusal Hematoloji Kongresi Özet Kitabı S.63-70, Antalya, 2010.

16.David A. Karnofsky , Walter H. Abelmann , Lloyd F. Craver Joseph H. Burchenal Karsinomun palyatif tedavisinde nitrojen mustardların kullanımı. Bronkojenik karsinoma -American Cancer Society Journals 1948;1(4):634-656

17. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (WHOQOL). Https://Www.Who.İnt/Publications/İ/İtem/Who-Hıs-Hsı-Rev.2012.03 07 Mayıs 2021 tarihinde erişilmiştir.

18. Arends J, Bachmann P, Baracos V, et al. Guidelines On Nutrition İn Cancer Patients. Clin Nutr Edinb Scotl. 2017;36(1):11-48.

19. Gültekin Z, Pinar G, Pinar T, ve ark. Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri. Uluslar Hematol-Onkol Derg. 2008;18(2):99-106.

20. Fetting J, Anderson P, Ball H, et al.Outcomes Of Cancer Treatment For Technology Assessment And Cancer Treatment Guidelines. J Clin Oncol. 1996;14(2):671-9.

21. Aaronson Nk, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez Nj.The European Organization For Research And Treatment Of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst. 03 Mart 1993;85(5):365-76.

22. Eşer H. Üniversite Öğrencilerinde Dini İnanç Ve Benlik Saygısı İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı.Din Psikolojisi Bilim Dalı. 2005.

23. Yücalan ÖB. Üniversite Öğrencilerinin Yakın İlişkilerinin Bazı Değişkenler Ve Baskın Ben Durumları (TA) Açısından İncelenmesi.Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı. Eğitimde Psikolojik Hizmetler Bilim Dalı. 2006.

24. Avşaroğlu S, Üre Ö.Üniversite Öğrencilerinin karar vermede özsaygı, karar verme ve stresle başaçıkma stillerinin benlik saygısı ve bazı değişkenler açısından i.ncelenmesi Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2007;18:85-100.

25. Özmen E, Aydemir Ö, Bayraktar E. . Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar. Ankara, Hekimler Yayın Birliği,. 1997.

26. Landmark Bt, Wahl A. Living With Newly Diagnosed Breast Cancer: A Qualitative Study Of 10 Women With Newly Diagnosed Breast Cancer. J Adv Nurs. Ekim 2002;40(1):112-21.

27. Aygin D, Durat G. Meme kanserli kadınlarda cinsel sorunlar ve yaklaşım. Androloji Bülteni 2005;23(1): 352-4.

28. Holroyd E, Twinn SF, Shia AT. Chinese women's experiences and images of the Pap mmear examination. Cancer Nurs. 2001;24(1):68-75.

29. Kılıç E, Taycan O, Belli A, Özmen M.Kalıcı ostomi ameliyatının beden algısı, benlik saygısı, eş uyumu ve cinsel işlevler üzerine etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18(4) :302 - 10.

30. Li H, Chan S, Chung O, Chui M. Relationships among mental health, self-esteem and physical health in Chinese adolescents: An exploratory study. J Health Psychol. 2010;15:96-106.

31. Lazarus RS, Folkman S.. Stress, Appraisal, and Coping. New York, Springer Publishing Company, 1984;460

32. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. J Health Soc Behav. 1980;21(3):219-39.

33. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. J Pers Soc Psychol. 1984;46(4):839-52.

34. Carver CS, Scheier MF. Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. J Pers Soc Psychol. 1994;66(1):184-95.

35. Sevi O, Eylen Özyurt B. Kanser Ailesi Sosyal Destek Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. Anatol J Clin Investig. 2013;7:1-9.

36. Kayır G.Onkoloji hastalarının hastalık algısı ve stresle başa çıkma biçimleri. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilimdalı Psikiyatri Hemşireliği Programı. 2014.

37. Hopman P, Rijken M. Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. Psychooncology. 2015;24(1):11-8.

38. Dunkel-Schetter C, Feinstein LG, Taylor SE, Falke RL. Patterns of coping with cancer. Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc. 1992;11(2):79-87. 39. Levy SM , Heiden L. Depression, distress, and immunity: Risk factors for infectious diseases Stress and Health 1991;7(1):45-51.

40. Billings AG, Moos RH. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. J Behav Med. 1981;4(2):139-57.

41. Auerbach SM. Stress management and coping research in the health care setting: an overview and methodological commentary. J Consult Clin Psychol. 1989;57(3):388-95.

42. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. J Pers Soc Psychol. 1989;56(2):267-83.

43. Aile Hekimliği Nedir? - Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği https://www.tahud.org.tr 27 Mayıs 2021 tarihinde erişilmiştir.

44. Hiramanek N, McAvoy BR. Meeting the needs of patients with cancer--a GP guide to support services. Aust Fam Physician. 2005;34(5):365-7.

45. Cancer diagnosis in primary care | British Journal of General Practice https://bjgp.org/content/60/571/121.full 27 Mayıs 2021 tarihinde erişilmiştir.

46. Danaei G, Vander Hoorn S, Lopez AD, Murray CJ, Ezzati .Comparative Risk Assessment collaborating group (Cancers). Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. Lancet. 2005 19;366(9499):1784-93.

47. Ulusal Kanser Tarama Standartları https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari 27 Mayıs 2021 tarihinde erişilmiştir

48. Gültekin M. Turkiye Kanser Kontrol Programı. TC. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara. 2016.

49. Kanser Dairesi Başkanlığı https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-28 Mayıs 2021 tarihinde erişilmiştir.Hata veriyor!!!!

50. Arıbal E, Tunçbilek N , Çelik L.Türk Radyoloji Derneği Meme Radyolojisi Çalışma Grubu Meme Kanseri Radyolojik Tarama Standartları The Journal of Breast Health ,Meme Sağlığı Dergisi 2012; 8 (1)

51. Muñoz N, Bosch FX, de Sanjosé S, Herrero R, Castellsagué X, Shah KV. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. N Engl J Med. 2003;348(6):518-27.

52. Chan AT, Giovannucci EL. Primary prevention of colorectal cancer. Gastroenterology 2010;138(6):2029-43.

53.Wei EK, Giovannucci E, Wu K, et al. Comparison of risk factors for colon and rectal cancer. Int J Cancer. 2004 20;108(3):433-42.

54. Wilkinson AN. Cancer diagnosis in primary careSix steps to reducing the diagnostic interval. Canadian Family Physician 2021; 67(4):265-8

55. Guzelant A, Goksel T, Ozkok S, Tasbakan S, Aysan T, Bottomley A. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: an examination into the cultural validity and reliability of the Turkish version of the EORTC QLQ-C30. Eur J Cancer Care (Engl). 2004;13(2):135-44.

56. Çuhadaroğlu F. . Adölesanlarda Benlik Saygısı. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fak Psikiyatri ABD. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi. Ankara.1986

57. Bacanli H, Sürücü M, İlhan T. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formunun (BÇSÖ-KF) psikometrik özelliklerinin incelenmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Kuram Ve Uygulamada Eğitim Bilimleri. 2013; 13(1): 81 - 96.

58. Austoker J, Sanders D, Fowler G. Smoking and cancer: smoking cessation. BMJ. 1994 4;308(6942):1478-82.

59. TÜİK - Veri Portalı https://data.tuik.gov.tr/ 29 Mayıs 2021 tarihinde erişilmiştir.

60. Lüleci NE, Keskin Y. Manisa'nın iki kasabasında kanser olguları ile sigara içme ve beslenme alışkanlıklarının ilişkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2006;5(5):326-31.

61. Şenışık Ş.Kanser ve egzersiz. Spor Hekimliği Dergisi 2014; 49(3): 99-110

62. Yazar H, Karaca İR. Oral kanserin risk faktörleri. ADO Klin Bilim Derg. 2018;9(1):1609-16.

63. Erbaycu AE. Akciğer kanserinde epidemiyoloji ve risk faktörleri. Ünsal M, editör. Akciğer Kanseri. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020;1-5.

64. Ücebakan NN, Alim NE. Baş ve boyun kanserlerinde risk faktörleri ve beslenme. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2021; 1(1): 54-66.

65. Sohbet R, Sarı E, Ateş M, Bişgin S, Sevim S, Özbayındır S. Bir hastaneye başvuran hasta yakınlarının meme kanseri bilgileri. 3.International 21.National Public Health Congress 2019.

66. List MA, Rutherford JL, Stracks J,et al. Prioritizing treatment outcomes: head and neck cancer patients versus nonpatients. Head Neck. 2004;26(2):163-70.

67. Karamanoğlu, AE. Kemoterapi alan kanser hastalarında yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi. 1999.

68. Heydarnejad MS, Hassanpour DA, Solati DK. Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. Afr Health Sci. 2011;11(2):266-70.

69. Kılıçkap S. Kanser Hastalarında Yaşam kalitesi ile hastalığın klinikopatolojik özellikleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kanser Epidemiyolojisi Programı 2009.

70. Göl ND, Aşilar RH. Kemoterapi alan kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesinin belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2017;6(1):29-39.

71. Atay İM, Kaya V, Yalçın AY,Ünal GÖ. Meme kanseri olgularında aile işlevleri ve depresyon ilişkisinin değerlendirilmesi. Journal of Clinical and Analytical Medicine 2015;6 (5): 612-5.

72. Masson N, Dany L, Cannone P, Barlesi F, Baciuchka M, Tomasini P. Illness representations and quality of life in French patients suffering from lung cancer. Psychology Health Medicine 2020;25(9):1119-29 .

73. Gelin D, Ulus B. Hastanede Kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2015;(1):31-5.

74. Kutlutürkan S, Öztürk E. Yaşlı Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesinin ve Semptomların Değerlendirilmesi Van Med J. 2019; 26(4): 418-26

75. Özgün G. Onkoloji hastalarının kanser türlerine göre yaşam kalitesi, kaygı ve antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi. Hacet Univ Fac Health Sci J. 2020;7(3):345-68.

76. Andrade V, Sawada NO, Barichello E. Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico [Quality of life in hematologic oncology patients undergoing chemotherapy]. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(2):355-61.
77. Gong XH, Wang JW, Li J, Chen XF, Sun L, Yuan ZP, Yu JM. Physical exercise, vegetable and fruit intake and health-related quality of life in Chinese breast cancer survivors: a cross-sectional study. Qual Life Res. 2017;26(6):1541-1550.
78. Eyigor S, Karapolat H, Yesil H, Uslu R, Durmaz B. Effects of pilates exercises on functional capacity, flexibility, fatigue, depression and quality of life in female breast cancer patients: a randomized controlled study. Eur J Phys Rehabil Med. 2010;46(4):481-7.
79. Peppone LJ, Mustian KM, Morrow GR, Dozier AM, Ossip DJ, Janelsins MC, Sprod LK, McIntosh S. The effect of cigarette smoking on cancer treatment-related side effects. Oncologist. 2011;16(12):1784-92. .
80. Kutlu R, Çivi S, Börüban MC, Demir A. Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Selçuk Üniv Tıp Derg 2011;27(3):149-53
81. Altıparmak S, Fadıloğlu Ç, Gürsoy ŞT, Altıparmak O. Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. Ege Tıp Dergisi 2011 ;50(2): 95-102.
82. Su M, Hua X, Wang J, et al. Health-related quality of life among cancer survivors in rural China. Qual Life Res. 2019;28(3):695-702.
83. Uğur Ö,Karadağ E, Çetinayak O. Baş boyun kanserli hastaların uzun dönem yaşam kalitesi ve beslenme durumu: Beslenme ve kanser. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2019; 4(3): 83-9.
84. Şahan B, Erkek BE, Ak İ, Şen M, Çalışkan M, Öztürk RA. On sekiz yaş üstü kanser tanısı almamış bireylerde kanser algısı: Niteliksel araştırma. J Turk Fam Physician. 2019;10(3):140-9.
85. Kato A, Fujimaki Y, Fujimori S, Isogawa A, Onishi Y, Suzuki R. How self-stigma affects patient activation in persons with type 2 diabetes: a cross-sectional study. BMJ Open. 2020;10(5):e034757.
86. Işikhan V, Kömürcü Ş, Özet A, Arpaci F, Öztürk B, Tufan B. Kanser hastalarının sosyal destek sistemleri, benlik saygıları ve bazı ruhsal belirtileri. Türk Hematoloji Onkoloji Dergisi. 1998;8(4):215-21.

87. Tavares DMDS, Matias TGC, Ferreira PCDS, Pegorari MS, Nascimento JS, Paiva MM de. Quality of life and self-esteem among the elderly in the community. Cienc Saude Coletiva. 2016;21(11):3557-64.

88. Eberl C, Winkler I, Pawelczack S, et al. Self-esteem consistency predicts the course of therapy in depressed patients. PLoS One. 2018. 25;13(7):e0199957.

89. Yektatalab S Ghanbari E. The relationship between anxiety and self-esteem in women suffering from breast cancer J Midlife Health. 2020; 11(3): 126-32

90.. Boing L, Pereira GS, Araújo CDCR, et al. Factors associated with depression symptoms in women after breast cancer. Rev Saude Publica. 2019.1;53:30.

91. Tarkowska M, Głowacka-Mrotek I, Nowikiewicz T, Monastyrska-Waszak E, Gastecka A, Goch A. Sexual functioning and self-esteem in women after mastectomy - a single-centre, non-randomised, cross-sectional study. Contemp Oncol Poznan Pol. 2020;24(2):106-11.

92. Roelen K, Taylor E. Assessing mental health in a context of extreme poverty: Validation of the rosenberg self-esteem scale in rural Haiti. PLoS One. 2020.14;15(12):e0243457.

93. Ferreira E da C, Barbosa MH, Sonobe HM, Barichello E. Self-esteem and health-related quality of life in ostomized patients. Rev Bras Enferm. 2017;70(2):271-8.

94. Salomé GM, de Almeida SA, Silveira MM. Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma. J Coloproctology. 2014;34(4):231-9.

95. Durmuşçelebi E, Akman M. Obezite ile depresyon ve benlik saygısı durumunun ilişkisinin değerlendirilmesi. OPUS Uluslar Toplum Araştırmaları Derg. 2021;17(34):903-19.

96. Doğan D, Kahraman BN. Akut lösemi hastalarında alopesinin beden imajı ve benlik saygısına etkisi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2019; 45(2) :173-8.

97. Aprilianto E, Lumadi SA, Handian FI. Family social support and the self-esteem of breast cancer patients undergoing neoadjuvant chemotherapy. J Public Healt Res 2021 14;10(2):2234.

98. Karakaya B. Meme, tiroid, kolorektal ve over kanseri nedeni ile cerrahi uygulanmış kadın hastalarda depresyon, anksiyete ve benlik saygısının

değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi. İç Hastalıkları Anabilim Dalı. 2014.

99. Valente SM, Saunders JM. Diagnosis and treatment of major depression among people with cancer. Cancer Nurs. 1997;20(3):168-77.

100. Norum J, Wist EA. Quality of life in survivors of Hodgkin's disease. Qual Life Res 1996;5(3):367-74.

101. Unruh AM, Ritchie J, Merskey H. Does gender affect appraisal of pain and pain coping strategies? Clin J Pain. 1999;15(1):31-40.

102. Konkan R, Erkuş GH, Güçlü O, Şenormanci Ö, Aydin E, Ülgen MC.. İntihar girişiminde bulunan kişilerde başa çıkma tutumları. Nöro Psikiyatri Arş. 2014;51(1):46-51.

103. Nipp RD, Greer JA, El-Jawahri A, Moran SM, Traeger L, Jacobs JM. Coping and Prognostic awareness in patients with advanced cancer. J Clin Oncol. 2017;35(22):2551-7.

104. Korkmaz Ö. Kanser Hastalarında Stres Ve Başetme Yolları. Ruh Sağlığı Yüksek Lisans Programı. İstanbul Bilgi Üniversitesi / Lisansüstü Programlar Enstitüsü / Afet Eğitimi ve Yönetimi Ana Bilim Dalı 2020.

105. Guan T, Santacroce SJ, Chen D-G, Song L. Illness uncertainty, coping, and quality of life among patients with prostate cancer. Psychooncology. 2020;29(6):1019-25.

106. Mesquita AC, Chaves É de CL, Avelino CCV, Nogueira DA, Panzini RG, de Carvalho EC. The use of religious/spiritual coping among patients with cancer undergoing chemotherapy treatment. Rev Lat Am Enfermagem. Nisan 2013;21(2):539-45.

107. Matos TDS, Meneguin S, Ferreira MLDS, Miot HA. Quality of life and religious-spiritual coping in palliative cancer care patients. Rev Lat Am Enfermagem. 2017 10;25:e2910

108. Lotfi S, Karataş K. Meme kanseri hastası yoksul kadınlarda baş etme süreçlerinin incelenmesi. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi 2020;16: 23-42.

109. Ludolph P, Kunzler AM, Stoffers-Winterling J, Helmreich I, Lieb K. Interventions to promote resilience in cancer patients. Dtsch Arzteblatt Int. 2019;51-52(51-52):865-72.

110. Prip A, Møller KA, Nielsen DL, Jarden M, Olsen M-H, Danielsen AK. The patient-healthcare professional relationship and communication in the oncology outpatient setting: a systematic review. Cancer Nurs. 2018;41(5):E11-22.

EKLER

KANSER HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ DÜZEYİ VE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYİNİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER, BENLİK SAYGISI VE BAŞA ÇIKMA TUTUMUYLA İLİŞKİSİ

Sayın katılımcı,

Bu anket 'Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Düzeyinin Sosyodemografik özellilkler, Benlik Saygısı ve Başa Çıkma Tutumuyla İlişkisi' konulu tez çalışmasına veri sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Anket; katılımcı bilgi toplama formu,'EORTC QLQ-C30' yaşam kalitesi ölçeği ,Rosenberg benlik saygısı ölçeği ve 'COPE' başa çıkma tutumları değerlendirme ölçeği olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır.

Çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Ankette yer alan bilgiler analiz edilerek, kesinlikle gizli tutulacak ve belirtilen amacın dışında kullanılmayacaktır. Değerli zamanınızı ayırarak araştırmaya yaptığınız katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

Doç. Dr..E. Zeynep TUZCULAR VURAL
S.B.Ü. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği
Tez Danışmanı

Dr. Yağmur Hatice Kılıç Yangın
S.B.Ü. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği
Uzmanlık Öğrencisi Tel: 0 506 760 52 57

I) KATILIMCI BİLGİ TOPLAMA FORMU

1. Yaş:

2. Cinsiyet: Kadın( ) Erkek( )

3. Boy: Kilo: Vücut Kitle İndeksi:

4. Medeni durum: Evli ( ) Bekar( ) Dul/Boşanmış( )

5. Öğrenim durumu: ( ) Okur-yazar değil ( ) Okur-yazar ( )İlköğretim ( )Lise ( )Üniversite ( ) Lisansüstü

6. Çalışma durumu: Çalışmıyor ( ) Kamu sektörü ( ) Özel sektör ( ) Emekli( )

7. Meslek:

8. Aylık toplam hane geliriniz: 2324 TL ya da daha az ( ) 2325 TL- 4648 TL arası ( ) 4649 TL - 6972 TL arası( ) 6973TL ve üstü( )

9. Yaşadığınız yer: Kendi Evi( ) Yakının evi ( ) Huzurevi/Bakımevi( )

10.Kaç kişi ile beraber yaşıyorsunuz? ( )

11.Aile tipiniz nedir ? Çekirdek aile ( ) Büyük aile ( )

12.Kaç çocuğunuz var ? ( )

13.Ailenizden destek alıyor musunuz? Evet ( ) Hayır( )

14.Bakıcınız var mı? Evet ( ) Hayır( )

15.Onkolojiden hangi tanıyla takiplisiniz? ( )

16.Hastalığınızın evresi nedir ? ( )

17.Onkolojiden ne kadar süredir takiplisiniz? ( )

18.Ne kadar süredir kemoterapi almaktasınız? ( )

19.Metastaz (vücutta başka bir organda tutulum) var mı? Evet ( ) Hayır( )

20.Hastalığınızla ilgili ameliyat geçirdiniz mi? Evet ( ) Hayır( )

21. Başka kronik bir hastalığınız var mı? Evet ( ) Hayır( )

Evet ise hastalık veya hastalıklarınızı lütfen belirtiniz:

22.Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? Evet ( ) Hayır( )

Varsa kaç tane? İsimlerini yazınız.

23. Sigara kullanıyor musunuz? Evet ( ) Hayır( ) Bıraktım( )

25.Alkol kullanıyor musunuz? Evet ( ) Hayır( ) Bıraktım( )

24. Düzenli egzersiz/spor (tempolu yürüyüş veya diğer benzer aktiviteler gibi orta dereceli sporlar) yapar mısınız?

Hiç yapmam ( ) Nadiren yaparım( ) Bazen yaparım ( )

Genellikle yaparım ( ) Sık sık yaparım( )

EORLTC QLQ-C30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

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

Geçtiğimiz hafta zarfında;

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
6.İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7. Boş zamanlarınızı sürdürmekten veya hopilerinizle 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.Uyumaktan çok korktunuz mu?	1	2	3	4
12. Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13.İştahınız azaldı mı ?	1	2	3	4
14.Bulantınız oldu mu ?	1	2	3	4
15.Kustunuz mu ?	1	2	3	4
16.Kabız oldunuz mu ?	1	2	3	4
17.İshal oldunuz mu ?	1	2	3	4
18.Yoruldunuz mu ?	1	2	3	4
19.Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?				
20.Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri	1	2	3	4
Yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?				

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 ?	1	2	3	4
25.Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26.Fiziksel durumunuz veya tibbi tedaviniz aile yaşantınıza engel oldu mu?	1	2	3	4
27. Fiziksel durumunuz veya tibbi 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 arasında size en uygun rakamı daire içine alınız.

29.Geçen haftaki sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü Mükemmel

30.Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü Mükemmel

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği **Tarih:**

Sizin İçin Uygun Olanı Seçiniz

1) Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

2) Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

3) Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

4) Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

5) Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

6) Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

7) Genel olarak kendimden memnunum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

8) Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

9) Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

10) Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

BAŞA ÇIKMA STILLERINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ – KISA FORM (BŞTDÖ-KF)

Bu ölçekte öğrencilerin üniversite yaşantılarında kullandıkları başa çıkma yollarını tanımlayan 28 madde bulunmaktadır. Sorunlarla başa çıkmaya çalışmanın birçok yolları vardır. Bu yolların doğru veya yanlış oluşu değil, kişiye uygun olup olmadığı önemlidir. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyunuz ve her birini diğerlerinden ayrı değerlendirmeye çalışarak, yanıtınızı olabildiğince sizin için doğru kılınız.

Her bir ifade için verdiğiniz kararı "bunu hiç yapmıyorum"dan "bunu çok yapıyorum"a kadar uzanan dörtlü ölçek üzerinde size uygun olan derecelerden yalnız birini işaretleyerek belirtiniz.

1 = Bunu hiç yapmıyorum

2 = Bunu çok az yapıyorum

3 = Bunu orta derecede yapıyorum

4 = Bunu çok yapıyorum

Maddeler	1	2	3	4
Zihnimi boşaltmak için kendimi işe veya diğer etkinliklere veriyorum.				
Tüm çabamı içinde bulunduğum durum için birşeyler yapmaya yoğunlaştırıyorum.				
Kendime "bu gerçek değil" diyorum.				
Kendimi daha iyi hissetmek için alkol veya diğer maddeleri kullanıyorum.				
Diğer insanlardan duygusal destek alıyorum.				
Başa çıkmaya çalışmaktan vazgeçiyorum.				
Durumu daha iyi yapmaya çalışmak için harekete geçiyorum.				
Böyle bir şey olduğuna inanmayı reddediyorum.				
Kendime rahatsız edici duygulardan kurtulmamı sağlayan şeyler söylüyorum.				
Diğer insanlardan yardım ve tavsiye alıyorum.				
Bu durumu atlatabilmek için alkol veya başka maddeler kullanıyorum.				
Sorunu farklı bir gözle görmeye, onun daha olumlu görünmesini sağlamaya çalışıyorum.				
Kendimi eleştiriyorum.				
Ne yapmam gerektiğine ilişkin bir yol bulmaya çalışıyorum.				
Beni rahatlatan ve bana anlayış gösteren birisini buluyorum.				
Başa çıkma girişimlerimden vazgeçiyorum.				
Olup bitenlerde olumlu bir şeyler arıyorum.				
Durumla ilgili şakalar yapıyorum.				
Sorunu daha az düşünmek için sinemaya gitmek, TV seyretmek, okumak, hayal kurmak, uyumak, alışveriş yapmak gibi şeyler yapıyorum.				
Bu durumun gerçek olduğunu kabul ediyorum.				
Olumsuz duygularımı ifade ediyorum.				
Huzuru dinsel veya diğer inançlarımda bulmaya çalışıyorum.				
Ne yapabileceğim konusunda diğer insanlardan tavsiye ve yardım almaya çalışıyorum.				
Bu durumla yaşamayı öğreniyorum.				
Hangi adımları atacağım konusunda çok düşünüyorum.				
Olup bitenler için kendimi suçluyorum.				
Dua ediyorum veya meditasyon yapıyorum.				
Bu durumla dalga geçiyorum.				

EKLER