

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

KEMOTERAPİ ALAN HASTALARDA AKTİFLİK
DÜZEYİ VE YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dilek BENZER

İstanbul
Aralık-2022

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

KEMOTERAPİ ALAN HASTALARDA AKTİFLİK DÜZEYİ VE
YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dilek BENZER

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Feride TAŞKIN YILMAZ

İstanbul
Aralık-2022

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç. Dr. Feride TAŞKIN YILMAZ

Üye Prof. Dr. Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ

Üye Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Doç. Dr. Erhan İÇENER
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Kemoterapi Alan Hastalarda Aktiflik Düzeyi ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi**” adlı çalışmanın sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, proje içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, proje yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Dilek BENZER

ÖN SÖZ

Tez çalışmamın planlanması, yürütülmesi ve sonuçlanması aşamasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak destekleyen ve her aşamada yol gösteren danışmanım Sayın Doç. Dr. Feride TAŞKIN YILMAZ'a,

Tez önerisinde ve derslerde bana yol gösterici olan Sebahattin Zaim Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi ve araştırma görevlilerine,

Tezimin uygulama aşamasında araştırmamı destekleyen Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi Bakım Hizmetleri Müdürü ve Müdür Yardımcılarına ve değerli Hemşirelerine,

Araştırmamı kabul ederek deneyimlerini ve görüşlerini benimle paylaşarak tezimin oluşmasına katkı sağlayan sevgili hasta ve hasta yakınlarına,

Bu süreçte yanımda olan bana güvenen, destekleyen tüm arkadaşlarıma,

Her zaman yanımda olan, çalışma sürecinde her türlü motivasyon, anlayış ve ilgileri ile desteklerini her an hissettiğim sevgili aileme,

Her zaman sevgisini ve desteğini derinden hissettiğim değerli eşim Umut BENZER'e,

Tez yazma sürecinde beni hiç yormayan hep uyumlu olan doğmamış minik kızımız Duru BENZER'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dilek BENZER

İstanbul- 2022

ÖZET

KEMOTERAPİ ALAN HASTALARDA AKTİFLİK DÜZEYİ VE YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Dilek BENZER

Yüksek Lisans, Hemşirelik

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Feride TAŞKIN YILMAZ

Aralık, 2022 - 90 Sayfa

Bu çalışma, kemoterapi tedavisi alan kanser hastalarının aktiflik ve yaşam kalitesi düzeyini belirlemek, aktiflik düzeyinin yaşam kalitesi üzerine etkisini saptamak amacıyla planlanmıştır. Araştırma, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi'nde Mart-Haziran 2022 tarihinde kemoterapi ünitesinde tedavi gören 201 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Veriler hasta tanılama formu, Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği ile Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Anketi kullanılarak elde edilmiştir. Hastaların %34.3'ünün düzey 1 ve %38.3'ünün düzey 4 seviyesinde aktifliğe sahip olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaş, medeni durum, eğitim durumu, sürekli ilaç kullanımı, metastaz varlığı ve başka kronik hastalık varlığı gibi değişkenlerin aktiflik düzeyini etkilediği bulunmuştur. Hastaların, yaşam kalitesinin genel sağlık boyutunun orta düzeyde olduğu; sosyal fonksiyon boyutunu en yüksek iken, emosyonel fonksiyon boyutunun en düşük boyut olduğu saptanmıştır. Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, yaşadığı yer, sürekli ilaç kullanımı, tanı türü, tanı süresi, metastaz varlığı ve bakımında yardımcı birey varlığı gibi değişkenlerin yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir. Hastaların aktiflik düzeyi arttıkça genel iyilik halinin, fiziksel ve uğraş fonksiyonunun da arttığı, bununla birlikte mali zorluk düzeylerinin de artış gösterdiği tespit edilmiştir. Hemşirelerin, hasta ve ailenin tedavi ve bakım sürecine dahil edilmesini sağlaması, hastanın kendi bakımında aktif rol almasını desteklemesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Hasta Aktiflik Düzeyi, Yaşam Kalitesi, Kemoterapi, Hemşire

ABSTRACT

EXAMINATION OF ACTIVATION LEVEL AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY

Dilek BENZER

Master of Science Nursing

Supervisor: Assoc. Doç. Dr. Feride TAŞKIN YILMAZ

December, 2022- 90 Pages

This study investigated to determine the level of patient activation and quality of life of cancer patients who receiving chemotherapy, and to determine the effect of activity level on quality of life. The research was carried out with 201 patients who were treated in the chemotherapy unit in Tekirdağ Namık Kemal University Hospital between March-June 2022. Data has been maintained by using patient diagnosis form, patient activation measure (PAM) and European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-30). It was determined that 34.3% of the patients had activity at level 1 and 38.3% at level 4. It was found that variables such as age, marital status, educational status, continuous drug use, presence of metastasis and presence of other chronic diseases affected the activity level of the patients. The general health dimension of the quality of life of the patients is moderate; It was determined that while the social function dimension was the highest, the emotional function dimension was the lowest. It has been determined that variables such as age, gender, educational status, occupation, place of residence, continuous drug use, type of diagnosis, duration of diagnosis, presence of metastasis and presence of an assistant in the care of the patients affect the quality of life. It has been determined that as the activity level of the patients increases, the general state of well-being, physical and occupational function also increase, and the level of financial difficulty also increases. It is recommended that nurses ensure that the patient and family are included in the treatment and care process, and that the patient takes an active role in their own care.

Keywords: Cancer, Patient Activation Level, Quality of Life, Chemotherapy, Nurse

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ	ii
ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR LİSTESİ	xi

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ	1
-------------	---

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kanser.....	3
2.2. Kanserın Epidemiyolojisi	3
2.3. Kanserın Etiyolojisi.....	5
2.4. Kanserde Tedavi Yöntemleri.....	5
2.5. Kanser Hastalarının Hastalık ve Tedavi Sürecinde Sık Karşılaştığı Semptomlar	8
2.6. Kanser Hastalarının Semptom Yönetiminde Hemşirenin Sorumlulukları	12
2.7. Hasta Aktiflik Kavramı	13
2.7.1. Hasta Aktifliğinin Önemi	14
2.7.2. Kanser Hastalarında Hasta Aktifliği.....	16
2.7.3. Hasta Aktifliği ve Hemşirelik	17
2.8. Yaşam Kalitesi	18
2.8.1. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi	18
2.8.2. Kemoterapi Alan Hastalarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	19
2.8.3. Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik.....	20

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Amacı.....	22

3.2. Araştırmanın Tipi.....	22
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.5. Veri Toplama Araçları	23
3.5.1. Hasta Tanılama Formu	23
3.5.2. Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği (HADÖ).....	23
3.5.3. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Anketi (European Organization for Research and Treatment of Cancer Core QOL Questionnaire, EORTC QLQ-30 Ölçeği).....	24
3.6. Araştırmanın Uygulanması.....	25
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	25
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	25
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu.....	26
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	
BULGULAR	27
4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	27
4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	28
4.3. Hastaların Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği ve Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Anketi'ne ilişkin Puan Ortalamalarının Dağılımı	29
4.4. Hastaların Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği ve Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Anketi Arasındaki İlişki	30
4.5. Hastaların Aktiflik Düzeyi İle İlişkili Faktörler	30
4.6. Hastaların Yaşam Kalitesi İle İlişkili Faktörler	33
BEŞİNCİ BÖLÜM	
TARTIŞMA.....	45
5.1. Hasta Aktiflik Düzeyi Bulgularına Ait Tartışma	45
5.2. Yaşam Kalitesi Bulgularına Ait Tartışma	48
5.2. Hastaların Aktiflik Düzeyi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki	53
ALTINCI BÖLÜM	
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	54
6.1. Sonuç.....	54

6.2. Öneriler.....	54
KAYNAKÇA.....	56
EKLER.....	67
ÖZGEÇMİŞ	77



TABLULAR LİSTESİ

Tablo 2.1 En Yaygın Görülen Kanser Türleri Dağılımı	4
Tablo 2.2 Aktif Hasta Seviyeleri	13
Tablo 2.3 Aktif Hasta Seviyelerine Göre Hasta Bakış Açıları.....	14
Tablo 2.4 Aktif Hasta ve Pasif Hasta Özellikleri	14
Tablo 4.1 Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N: 201).....	27
Tablo 4.2 Hastaların Hastalık ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (N= 201).....	28
Tablo 4.3 Hastaların Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği ve Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Anketi'ne ilişkin Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	29
Tablo 4.4 Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği ve Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Anketi Arasındaki Korelasyon	30
Tablo 4.5 Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği Puan Ortalaması ile Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.6 Hastaların Hastalık Özelliklerinin Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği Puan Ortalaması ile Karşılaştırılması	32
Tablo 4.7 Hastaların Cinsiyeti ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.8 Hastaların Yaşı ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.9 Hastaların Eğitim Durumu ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması	35
Tablo 4.10 Hastaların Mesleği ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.11 Hastaların Yaşadığı Yer ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.12 Hastaların Sürekli ilaç Kullanımı ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması	39
Tablo 4.13 Hastaların Tıbbi Tanıları ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.14 Hastaların Tıbbi Tanı Süresi ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması	42

Tablo 4.15 Hastaların Metastaz Durumu ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması	43
Tablo 4.16 Hastaların Bakımında Yardımcı Olan Birey Varlığı ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması	43



KISALTMALAR LİSTESİ

EORTC QLQ-30 Ölçeği	: Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Anketi (European Organization for Research and Treatment of Cancer Core QoL Questionnaire)
GLOBOCAN	: Küresel Kanser Gözlemevi
HADÖ	: Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği
IARC	: Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı
SPSS	: Statistic Packets For Social Sciences (Sosyal Araştırmalar İçin İstatistiksel Program Paketi)
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO (DSÖ)	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
YK	: Yaşam Kalitesi

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Günümüzde en yaygın görülen sağlık sorunlarından biri kanserdir. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC)'nın 2020 yılı istatistiksel verilerine göre, dünya genelinde tahmini 19,3 milyon yeni kanser hastası ve yaklaşık 10 milyon kanser ölümünün meydana geldiği belirtilmekte ve gün geçtikçe dünyadaki kanser yükünün arttığı vurgulanmaktadır (Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı, 2020). Kanser vakalarındaki artış toplum sağlığını da tehdit etmektedir.

Kemoterapi kanser tedavisinin en etkili yöntemlerinden biridir. Bununla birlikte kemoterapiye bağlı olarak, bulantı-kusma, iştahsızlık, ağrı, ağız ülserleri, yorgunluk gibi fiziksel yan etkiler, anksiyete ve depresyon, uyku problemleri gibi psikolojik yan etkiler sık olarak ortaya çıkmaktadır. Gerek kansere bağlı gerekse kemoterapinin yan etkilerine bağlı ortaya çıkan semptomlar, hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Altıparmak vd., 2011; Başer ve Öz, 2003; Dolu Kubilay ve Ergüney, 2020).

Yaşamdan doyum almayı ifade eden yaşam kalitesi, bireyin fiziksel, psikolojik ve ekonomik açıdan yeterli olması, diğer bireyler ile iyi ilişkiler içinde olması, gelişim ve eğlence açısından kendine zaman ayırması olarak tanımlanmaktadır (Eskimez vd., 2020). Kanser hastalarında, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi oldukça önemlidir (Dolu Kubilay ve Ergüney, 2020; Eskimez vd., 2020). Kanser hastalarının hastalığını yönetme konusunda kendi sorumluluklarını ve becerilerini geliştirmesi, dolayısıyla bakım ve tedavi sürecinde aktif rol alması son derece önemlidir (Koşar ve Beser, 2015). Hasta aktifliği kavramı, bireylerin, tedavi programlarını takip etmeleri, durumlarını izlemesi, gerektiğinde yaşam tarzı değişikliği yapmaları ve karar verici rolde olmaları olarak ifade edilmektedir (Koşar ve Beser, 2015). Aktif olarak hastalık yönetimini sağlayan hastaların yaşam kalitesinin de yüksek olacağı öngörülmektedir (Başer ve Öz, 2003; Menekli vd., 2020).

Çalışmamıza özgün değer katan en önemli husus, bireylerin aktiflik düzeylerinin ve yaşam kalitesinin incelenmesidir. Bu inceleme, kemoterapi tedavisi alan kanser hastalarının sağlık bakım davranışı ile ilgili bireysel çabasının bilinmesini

destekleyecektir. Ayrıca, hasta için en uygun bakımın planlanması, uygun hedefler belirlenmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesini sağlayacaktır.

Literatür incelendiğinde, ulusal ve uluslararası bilimsel yayınlarda kemoterapi tedavisi alan hastaların aktiflik düzeyi ile yaşam kalitesine etkisinin araştırıldığı, etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmalara rastlanmamıştır. Bu çalışmanın kemoterapi tedavisi alan hastalara hizmet sunan sağlık profesyonellerine, hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi açısından aktifliğinin desteklenmesi konusunda fikir sunacağı ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu bağlamda araştırma, kemoterapi alan hastaların aktiflik ve yaşam kalitesi düzeyini belirlemek, aktiflik düzeyi ve yaşam kalitesi ile ilişkili faktörleri incelemek amacıyla planlanmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

Kanser, hücrelerin anormal büyümesi ve çoğalması ile tanımlanan multifaktöriyel bir hastalıktır. Çevresel ve genetik faktörlerin hücre DNA'sında ve genlerde oluşturduğu değişiklikler sonucu hücrenin farklılaşma, bölünme gibi fonksiyonlarında değişimler olmaktadır. Kanseri oluşturan bölgeden kan ve lenf dolaşımı aracılığıyla vücudun diğer organ ve dokularına yayılarak metastaz yapabilmekte ve tedavi edilmezse ölüme neden olmaktadır (Uğur, 2014).

Kanser, tüm dünya ülkelerinde birey, bakım verenler ve sağlık profesyonelleri açısından önemli bir sağlık sorunudur (Kutlutürkan ve Urvaylıoğlu, 2021). Özellikle, kanser tanısının konması ile birlikte tedavi sürecine başlanması, birey ve ailenin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik dengesini alt üst etmekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (Çalışkan vd., 2016). Sağlık profesyonellerinin, kanser tanı alındıktan itibaren, tedavi süresinin her aşamasında ve tedavi sonrasında hastaların yaşam kalitelerini iyileştirmeye yönelik önlemler alması gerekmektedir.

2.2. Kanserin Epidemiyolojisi

Kanser dünyada ve ülkemizde nedeni bilinen ölüm sıralamasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır. Dünyada her cinsiyet ve yaş için 2020 yılında 19,3 milyon insan kanser tanısı almış olup yaklaşık 10 milyon birey kanser nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Hastalık ve ölüm oranlarında giderek artış göstereceği tahmin edilen kanserin 2040 yılında 30,2 milyon bireyi etkileyeceği öngörülmektedir (Cancer tomorrow/IARC, 2020). Bu yönüyle kanser, bulaşıcı olmayan yaygın görülen hastalıklardan biri olarak kabul edilmektedir (The Global Cancer Observatory, 2020).

Uluslararası Kanseri Araştırma Ajansı (IARC) 2020 istatistiklerine göre dünyada görülen kanser türlerine bakıldığında, ilk sırada meme kanseri (%11,7), bunu takiben akciğer (%11,4), kolorektal (%10,0), prostat (%7,3) ve mide (%5,6) kanserlerinin yer aldığı görülmektedir. IARC Küresel Kanseri Gözlemevi'nin bir parçası olan GLOBOCAN 2020 veri tabanına göre en yaygın görülen kanser türü ve kanserden

ölümlerin en yaygın görüldüğü kanser türleri Tablo 2.1.' de verilmiştir. 2020 yılında ülkemizde görülen kanser vakaları ise; akciğer kanseri %17,6, meme kanseri %10,3, kolorektal kanser %9,1, prostat kanseri %8,3, tiroid kanseri %5,9 ve diğer kanser türlerinin görülme sıklığı %48,8 olarak yayınlanmıştır (The Globan Cancer Observatory, 2020).

Tablo 2.1 En Yaygın Görülen Kanser Türleri Dağılımı

En Yaygın Görülen Kanser Türleri	Ölüme Neden Olan En Yaygın Kanser Türleri
Meme (2.3 milyon vaka, %11.7)	Akciğer (1.8 milyon ölüm, %18)
Akciğer (2.2 milyon vaka, %11.4)	Kolorektal (935 bin ölüm, %9.4)
Kolorektum (1.9 milyon vaka, %10)	Karaciğer (830 bin ölüm, %8.3)
Prostat (1.4 milyon vaka, %7.3)	Mide (768 bin ölüm, %7.7)
Mide (1.1 milyon vaka, %5.6)	Meme (684 bin ölüm, %6.9)
Karaciğer (905 bin vaka, %4.7)	Özafagus (544 bin ölüm, %5.5)
Rahim ağzı (604 bin vaka, %3.1)	Pankreas (466 bin ölüm, %4.7)
Özafagus (604 bin vaka, %3.1)	Prostat (375 bin ölüm, %3.8)
Diğer Kanserler (8 bin vaka, %42.9)	Diğer Kanserler (3 milyon ölüm, %35.7)

Kaynak: IARC, 2020

Dünya’da kanser görülme sıklığı cinsiyet açısından incelendiğinde, erkeklerde görülen en yaygın kanser türleri, akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanseri iken; kadınlarda görülen en yaygın kanser türleri meme, kolorektal, akciğer, servikal ve tiroid kanserlerdir (WHO, 2020). Ülkemizde erkeklerde; akciğer, prostat, kolorektal, mesane ve mide kanseri iken, kadınlarda ise; meme, tiroid, kolorektal, rahim ve akciğer kanseri en sık görülen kanser türleridir (TÜİK, 2020). GLOBOCAN (2020) veri tabanında ülkemizde görülen cinsiyet başına göre en çok yaşam kaybına neden olan kanser dağılımı; akciğer kanseri %35,9, meme kanseri %12,9, prostat kanseri %11,3, mide kanseri %10,2, kolorektal kanser %10,1, pankreas kanseri %7,7, lösemi %4,8, mesane kanseri %3,3, rahim kanseri %2,7 ve tiroid kanseri % 0,74 olarak belirtilmiştir.

2.3. Kanserin Etiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve IARC kansere sebep olan ajanların sınıflandırılmasında çalışmalara devam etmektedir (WHO, 2020). Kansere istatistikleri, artan yaşla birlikte çeşitli kanser türleri için riskin olduğunu ve hücrel onarım mekanizmalarının daha az etkili olduğunu öne sürmektedir (WHO, 2020).

Bugüne kadar prostat, meme, akciğer, kolon, rektum, bronş ve mesane kanserlerinin baskın olduğu 277'den fazla kanser türü tanımlanmıştır. Kanserin nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte, çevresel (%90-95) ve genetik (%5-10) faktörlerin kansere yakalanma olasılığını artırdığı bilinmektedir (Kumar vd., 2018; Özer, 2019). Bununla birlikte kanserin temel nedeninin, tümör baskılayıcı genler, onkogenler ve stabilite genleri olarak sınıflandırılan çeşitli kanser genlerindeki bir dizi mutasyon olduğu belirlenmiştir (Kumar vd., 2018).

Günümüzde kanser nedenleri, değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Değiştirilemez risk faktörleri arasında; cinsiyet, yaş ve genetik yatkınlık yer alırken, değiştirilebilir risk faktörleri bireyin sağlık davranışı olarak belirtilmektedir. Tütün ve alkol kullanımı, bireyin beslenme alışkanlığı, radyasyona maruz kalma, bazı kimyasal maddeler ile temas halinde olma (asbest, benzin, boya maddeleri vb.), hava kirliliği, bazı virüsler, uzun süre güneş ışınlarına maruz kalma kanserin oluşumunda etkisi olan faktörlerdir. (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kansere Daire Başkanlığı, Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr>; Cortese, 2020).

2.4. Kanserde Tedavi Yöntemleri

Kansere tanısı alan hastalarda uygulanacak tedavinin çeşidi tümörün tipi ve yerleştiği bölge, hastalığın evresi, hastanın yaşı, hastanın genel durumu ve hastalık algısına göre pek çok faktörden etkilenir (Özer, 2019). Kansere risk faktörlerinden kaçınılması ve kanıt dayalı uygulamalar kullanılarak kansere yakalanma riski %30 ile %50'si önlenir. Bu aşamada, erken teşhis önemlidir. Erken teşhis sonrası kansere yakalanan hastaların uygun tedavi ve bakımı ile kanser yükü azaltılabilir (WHO, 2020). Kansere tedavisinde kullanılan yöntemler ve hastanın tedavisinde kullanılan ilaçlar, teknolojinin gelişmesiyle birlikte değişiklik göstermektedir (Baykara, 2016).

Kanserde tedavi yöntemleri şunlardır;

- Cerrahi tedavi,
- Kemoterapi,
- Radyoterapi,
- İmmünoterapi,
- Kök hücre ve kemik iliği nakli (KİT),
- Hormon tedavisi,

Bazı hastalarda, bu tedavi yöntemlerinden yalnızca biri yeterli olurken, bazı hastalarda kanser türüne göre kombine tedavi uygulanarak birkaç tedavi yöntemiyle birlikte kullanılır. Kanser tedavi yöntemlerinde amaç, vücudun kanser hücrelerinden arındırılması ve hastanın yaşam süresinin uzatılmasını sağlamaktır. Kanser tedavisi hastaya özel olup multidisipliner ekip yaklaşımı gerekir, konu ile ilgili uzmanlardan destek alınması önemlidir (Baykara, 2016).

2.4.1. Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavi yöntemi, kanser dokusunun ya da kitlenin vücudun lokalize bölgesinden çıkarılarak temizlenmesi işlemidir. Kemoterapi veya radyoterapi ile birlikte kullanılabilirdiği gibi tek başına da kullanılabilen eski ve yaygın bir yöntemdir (Koçubaba ve Tekgündüz, 2019). Cerrahi tedavi, kanser hastalarının %75-80'inde primer tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte bazı kanser hastalarında, profilaktik, palyatif, ya da rekonstruktif amaçla cerrahi tedavi uygulanmaktadır (Baykara, 2016). Primer tedavide amaç, kesin tanı için dokudan örnek alınır ya da kanserli hücrelerin tamamı çıkarılır. Profilaktik tedavide, dokunun kanser dokusu olmadığı bilindiği fakat kanser hücresine dönüşeceği düşünülen dokular çıkartılır. Palyatif tedavide, kansere bağlı semptomları önlemek amacıyla yapılır. Rekonstruktif tedavide, tüm doku ve organ kaybına neden olabilecek defektlerin onarılması, kanser hücresine dönüşmesini engellemek amacıyla yapılır (Koçubaba ve Tekgündüz, 2019).

2.4.2. Kemoterapi Tedavisi

Kemoterapi, anormal hücre çoğalma sürecini yavaşlatan, çoğalmasını önleyen ya da durduran ilaçların kullanılmasıdır. Kanserin türü ve evresine göre kemoterapi, kanseri tedavi etmek, kanserin diğer doku ve organlara yayılmasını önlemek, gelişmesini yavaşlatmak, kaynaklandığı yerden başka bir bölgeye metastaz yapan hücreleri yok etmek ve kanserin neden olduğu komplikasyonları azaltmak amacıyla uygulanır. Kemoterapi tedavisi, sadece çoğalan kanser hücrelerine değil sağlıklı dokulara da etki eder. Kemoterapiden olumsuz etkilenen bölgeler; saç, kemik iliği, oral mukoz membran bütünlüğünün bozulduğu ve barsak gibi normal vücut hücrelerinin zarar gördüğü bölgeler arasındadır. Kemoterapi nedeniyle hastalarda yorgunluk, bulantı-kusma, alopesi, diyare vb. gibi semptomlar görülebilmektedir. Görülen bu semptomlar hastanın tedaviye uyumunu zorlaştırmakta, bireyin yaşam kalitesini düşürmektedir. Kemoterapiye bağlı gelişebilecek semptomların nedenlerinin ve başa çıkma yöntemlerinin bilinmesi, hasta ve ailesinin tedaviye uyum sürecini kolaylaştırabilir (Uğur, 2014).

Kemoterapik ajanlar hastanın tedavi şeklinin planladığı kürler ile uygulanır. Uygulanılan kemoterapi tedavisinin türüne göre farklılık gösterir. İlk seanstan itibaren, hastanın tedaviye verdiği yanıt, ilacın türü, hastalığın süresi ile alınan kür sayısı farklılık gösterir (Özdelikara ve Arslan, 2017).

2.4.3. Radyoterapi

Radyoterapi, kanserli hücrelerin iyonizan ışınlar kullanılarak öldürülmesi ve tümörlerin küçültülmesi için radyasyon kullanılan bir tedavi yöntemidir. Radyoterapi hiperfonksiyon durumundaki veya kötü huylu tümörlerin, yanındaki sağlıklı hücrelere zarar vermeden tahrip edebilmektedir (National Cancer Enstitute, 2022). Bununla birlikte kusma, saç kaybı, iştahsızlık, halsizlik, cilt problemleri, ağrı, yorgunluk, kan değerlerinde değişiklik radyoterapiye bağlı sık görülen yan etkilerdir (Baykara, 2016).

2.4.4. İmmünoterapi

İmmünoterapi kanser tedavisinde, organizmanın kendi savunma sistemini aktive ederek bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi ile yapılır (National Cancer Enstitute, 2022). Hastalara interferon, interlökin, monoklonal antikolar ve koloni stimüle edici faktör uygulamaları yapılır. Tedavideki amaç immün sistem hücrelerinin

aktifleştirilmesi ve etkilerinin güçlendirilmesi ile kanserli hücrelerin inhibe edilmesini sağlamaktır (Baykara, 2016).

2.4.5. Kök hücre ve kemik iliği nakli (KİT)

Kemik iliği transplantasyonu, yüksek dozlarda kemoterapi ya da radyoterapiye alan veya her ikisiyle yapılan tedavilere yanıt veren kanser türlerinde yapılır. Bu yüksek dozlar kanser hücrelerini öldürdükleri gibi vücudumuzun kök hücre üretme yeteneğini geri kazanmamıza yardımcı olur (National Cancer Enstitute, 2022). Vericinin kemik iliği, alıcının kemik iliği boşluğundaki kök hücrelerin yeniden oluşmasını sağlayıp, eksik olan hematopoetik elementleri oluşturduğundan kemik iliği hastalarında kemik iliği transplantasyonu yapılır. Genellikle lösemilerde, lenfoma kanserlerinde, meme ve testis kanserlerin tedavisinde kullanılır (Baykara, 2016).

2.4.6. Hormon tedavisi

Hormon tedavisi, vücudun doğal yollardan ürettiği hormonun hücreye bağlanmasını ve kanser hücrelerinin büyümesini engellemektedir (Baykara, 2016). Hormon tedavisi kanser hücresinin büyümesini durdurma veya yavaşlamasına neden olurken aynı zamanda kanser semptomlarını hafifletir. Özellikle cerrahi tedavi yöntemi uygulanamayan veya radyoterapi alamayan prostat kanserli hastalarda semptomları azaltmak ve önlemek amacıyla hormon tedavisi kullanılır (National Cancer Enstitute, 2022).

2.5. Kanser Hastalarının Hastalık ve Tedavi Sürecinde Sık Karşılaştığı Semptomlar

Kanser tanısı alan bireyler, hastalık ve tedavi süreçlerinde birçok sağlık sorunuyla karşılaşabilmektedir. Kanser tedavisinde temel hedef hastalığın tekrarlanmasını ve ilerlemesinin önlenmesi olduğu gibi semptomların rahatlatılmasıdır (Ozan ve Ataseven, 2018). Özellikle kemoterapinin yan etkilerine bağlı olarak yaşanan sorunlar hastaların yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir (Genç ve Oğuz, 2018). Kanser tanısı alan bireylerde en sık görülen semptomlar şunlardır:

2.5.1. Ağrı

Ağrı, kanser tanısı alan bireylerin kanser türüne, tedavi şekline ve kanser dışı nedenlere bağlı olmak üzere birçok etiyolojik faktörlerden etkilenerek çoğu kanser hastasında

rastlanılan bir semptomdur (Sarıhan vd., 2012). Kanser ağrısına bağlı olarak hastada; depresyon, anksiyete gibi psikolojik süreçlerde bozulma, fizyolojik fonksiyonlarda, sosyal ilişkilerde, düşünme süreçlerinde bozulma gibi faktörler görülür. Bu faktörler hastalıktan kaynaklı fiziksel ağrı dışında hastanın ağrı algısına etki ederek yaşam kalitesini düşürmektedir (Arslan vd., 2013).

2.5.2. Yorgunluk

Yorgunluk, kanser tanısı alan bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak işlevini bozan yaşam kalitesini etkileyerek hastanın konfor alanını kısıtlayan ve sık rastlanılan semptomlar arasındadır (Çınar, 2009). Hemşirelik tanısı olarak kabul edilen yorgunluk, Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (North American Nursing Diagnosis Association NANDA) tarafından dinlenmekle geçmeyen, fiziksel ve mental iş kapasitesini azaltan, sürekli bitkinlik duygusu yaşama olarak tanımlanmıştır (Özdemir ve Taşçı, 2017). Bu bağlamda yorgunluk, hastanın iyilik hissini azaltmakta, günlük yaşam aktivitelerini, meslek yaşamını, sosyal hayatını, cinsel yaşamını ve tedaviye olan uyumunu zorlaştırmaktadır (Arslan, 2016).

2.5.3. Bulantı ve Kusma

Kanser tanısı alan bireylerin tedavilerinde kullanılan kemoterapik ilaçlar mide ve duodenum mukozasını tahriş etmektedir. Vagus ile sempatik sinirler aracılığıyla kusma merkezinin uyarılması ya da tedavide açığa çıkan nörotransmitter maddelerin sinir sistemi aracılığıyla mideden beyine iletilmesi, bulantı ve kusmaya neden olan iki ana faktördür (Gürcan ve Atay Turan, 2019). Bulantı ve kusma kanser hastalarında iştahsızlık, sıvı elektrolit dengesinin bozulmasına bununla beraber kilo kaybı ve dehidratasyona neden olarak hastanın yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmakla birlikte, uygulanan tedavilerin ertelenmesine, reddedilmesine ve iyileşme sürecinin yavaşlatılmasına yol açabilmektedir (Özdelikara ve Arslan, 2017). Bu nedenle kanser tanısı almış bireylerin tedavileri sırasında gelişen bulantı ve kusmanın tanınması ve uygun bakım ve tedavinin yapılması, hastanın yaşam kalitesinin yükselmesine ve tedavisine etkin katılımına katkı sağlayacaktır (Arslan ve Özdemir, 2015).

2.5.4. Anemi ve Halsizlik

Anemi, kanser tanısı alan bireylerde kanser türü ve tedavi yöntemine bağlı olarak hemoglobin seviyelerinin düşmesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte,

kemoterapik ajanların vücuda salgıladığı toksik maddelerin sistemleri etkilemesi, ileri dönemde hastaların iştahlarını, beslenme mekanizmasını bozmaktadır (Yavuzşen vd., 2014). Metabolizmanın bozulmasına neden olan bu durum, beslenme ve vitamin eksikliğine neden olarak kan üretiminin azalmasına buna bağlı olarak da anemiye neden olur. Bu süreçle ortaya çıkan anemi, halsizlik semptomuna da neden olmaktadır (Karadağ, 2018). Kanser tanısı almış bireylerde ortaya çıkan anemi ve halsizliği tanılamak, nedenlerini bilmek ve uygun tedavisinin yapılmasını sağlamak hastanın yaşam kalitesini yükseltmesine katkıda bulunacaktır (Kenar, 2013).

2.5.5. Konstipasyon

Konstipasyon, kanser hastalarında ağrı kontrolü için kullanılan opioidlerden kaynaklı sık karşılaşılan bir semptomdur (Uğur, 2014). Konstipasyona neden olan diğer durumlar; hareketsizlik, düşük lifli diyet alımı, antidepresan ilaç kullanımı, narkotik ilaç kullanımı, diüretikler, demir preparatları, kusma sonucu oluşan sıvı kaybı, hipokalemi, hiperkalsemi, yetersiz sıvı alınması, kas gevşetici ilaç kullanımı, kemoterapik ilaçlar olarak sayılabilir (Öztürk vd., 2020; Pehlivan, 2022). Hastada tespit edilen konstipasyon iyi yönetilemez ise rektal, ve abdominal ağrıya neden olabilmekte, sert dışlama alışkanlığının olması da aşırı zorlanmaya, hemoroitlere, fekal tıkaç oluşmasına ve bağırsakların tıkanmasına yol açabilmektedir. Bu durumda hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Öztürk vd., 2020).

2.5.6. Diyare

Diyare, kanser tanısı alan bireylerde barsak alışkanlığının normal düzeninden farklı olarak emilen besinlerin gastrointestinal sistemden sıvı elektrolit salınımının bozulması ile dışkının sıvı içeriği ve sıklığının artışı ortaya çıkmaktadır (Yurtsever ve Çavuşoğlu, 2018; Chu ve Sartorelli, 2014). Diyare genellikle, kemoterapiye bağlı yan etki olarak ortaya çıkmaktadır. Enfeksiyonlar, hastanın beslenmesinde değişim, ilaçlar ve uygulanan tedaviye bağlı olarak da diyare görülebilmektedir (Uğur, 2014).

2.5.7. Anoreksiya ve Kaşeksi

Anokresiya, kanser hastalarında besin alımında azalmasıyla ortaya çıkan klinik bir durumdur. Kaşeksi, multiple metabolik bozukluk olup, ciddi ilerleyici kilo kaybının

olduğu, kas ve vücut yağlarının azalması ile oluşan bir beslenme bozukluğudur (Ertem, 2008). Besin alımının azalması negatif protein ve enerji dengesine neden olur hastanın tedaviye cevabını, toleransını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Özellikle gastrointestinal sistem kanserinde, ağırlık kaybı ve kaşeksi, pankreas ve mide kanserlerinde diğer kanser türlerine oranla daha sık görülmektedir (Muhsiroğlu, 2017). Anoreksiya ve kaşeksi, hastanın hastanede kalış süresini uzatarak, mortalite ve morbidite riskinin artmasına yol açmaktadır (Uğur, 2014; Muhsiroğlu, 2017).

2.5.8. Ağız ve Boğaz Ülserleri

Ağız ve boğaz ülserleri, kemoterapi ve radyoterapi uygulanan kanser hastalarında genellikle ağız içi mukozasının harabiyetiyle oluşan ve hastada ağırlı lezyonlara neden olan bir durumdur. Hasta da ağırı, ülserasyon, yutma güçlüğüyle seyreden, oral alımın azalmasına neden olan, kanama ve buna bağlı enfeksiyon oluşmasına bireyin yaşam kalitesini ve tedavi uyumunu zorlaştıran bir semptomdur (Yurtsever ve Çavuşoğlu, 2018).

2.5.9. Nötropeni

Nötropeni, kemoterapiye, radyoterapiye ve hematopoetik kök hücre nakline bağlı olarak kemik iliğinin yeni hücre üretme hızının baskılanmasıyla ortaya çıkar. Yeni hücrelerin üretilmemesine bağlı olarak hastada anemi, trombositopeni ve nötropeni gelişir. Kemik iliğinde yeterli miktarda nötrofil hücrelerin üretilmemesi ve kanda bulunan nötrofil hücrelerin ölmesi sonucu nötrofil sayısı düşer. Nötropeni, kemoterapi tedavisinin 7 ile 14 gün sonrasında ortaya çıkan bir durumdur (Çelik, 2016; Uğur, 2014). Nötropenik hastalarda en sık karşılaşılan durum, hastanın enfeksiyon ajanlarına karşı savunmasız olmasıdır (Muhsiroğlu, 2017). Bu nedenle nötropenik hastalarda enfeksiyon belirti bulguları yönünden takip edilmesi önemlidir (Çelik, 2016).

2.5.10. Uyku Bozuklukları

Uyku bozukluğu, kanser hastalarının sık karşılaştığı semptomlar arasındadır. Hastaların ağırı, uygulanan tedavinin yan etkilerinin olması, anksiyete, depresyon, yorgunluk, anemi, bulantı kusma, hormonal bozukluklar, çevresel etkenler, gastrointestinal sistem bozuklukları bireyin uyku kalitesinin düşmesine neden olan rahatsızlık verici durumlar arasındadır (Pazarcıkcı, 2017). Yeterli ve kaliteli uyku

kanser bireyin temel gereksinimi ve ihtiyacı olup psikofiziksel sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önem taşır (Yavuzşen, vd., 2014).

2.6. Kanser Hastalarının Semptom Yönetiminde Hemşirenin Sorumlulukları

Kanser tanısı alan bireylerin sayısının hızla artmasına paralel olarak kanser tedavilerinde önemli çalışmalar elde edilmiştir. Bu çalışmalara rağmen kanser tedavisinde kullanılan yöntemlerin, sağlıklı hücre ve dokulara da zarar verebilmesi nedeniyle, tedaviye bağlı yan etkiler oldukça sık görölmektedir (Erdoğan Yüce ve Muz, 2020). Kanser tanısı alan bireyler, kanser tedavileri ve yan etkileri nedeniyle fiziksel ve bilişsel işlevlerde bozulma yaşamaktadır (Stout vd., 2021). Kanser tedavisinin neden olduğu bulantı-kusma, tat değişiklikleri, iştahsızlık, kaşeksi, ağrı, alopesi, mukozit gibi semptomlar tedavi sürecinin yavaşlamasına hatta tedaviye ara verilmesine neden olarak bireyin sosyal ve mesleki rollere katılımını olumsuz etkilemekte, yaşam kalitesini düşürmekte ve saç kalımın azalmasına neden olabilmektedir (Stout vd., 2021, Erdoğan Yüce ve Muz, 2020).

Kanıtı dayalı uygulamalar, hemşirelik bakımında kemoterapi alan hastaların semptom yönetiminde önemlidir (Bahar vd., 2019). Örneğin kanserli hastaların en sık yakındığı semptomlar arasında bulantı kusma gelir. Bulantı ve kusmayı yönetmek için kullanılan farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri hasta eğitimi, diyet değişiklikleri, hipnoz, akupunktur, yoga, gevşeme teknikleri, nefes egzersizleri, dikkati başka yöne çekme, davranışçı terapiler gibi teknikleri içerirken, farmakolojik tedavilerde antiemetik kullanımı önerilir (Erdoğan Yüce ve Muz, 2020).

Fiziksel ve bilişsel rahatlığın sağlanması için semptomların kontrol altına alınması yaşam kalitesini de artırabilmektedir (elik, 2016). Hemşireler, kanserli hastaların bakımının yönetimine katkıda bulunur, semptomatik kötüleşmesini belirler, hastanın ve ailesinin psikolojik iyi oluşunu iyileştirir ve bilgi sağlar, kanser hastaların durumunda bir bilgi ve destek kaynağı olarak hizmet eder (Monas vd., 2017).

Hastalar ve hasta yakınları, uygulanılan tedaviler, sağlık hizmeti sağlayıcıları, sağlayıcılarla nasıl iletişim kurulacağı ve karmaşık sağlık sisteminde nasıl anlaşılacağı konusunda bilgi eksikliği ile karşı karşıya kalabilmektedir. Hemşireler, hastaların bu sorunlarının özömlenmesinde önemli bir rol oynayabilir (Monas vd., 2017). Kanserli hastaya bakım verme sürecinde hastayla iletişim kurarak, semptomların erken

tanılanmasını ve yaşam kalitesini yükseltmek için uygun bakım yönetimi sağlarlar (Tuna vd., 2018).

2.7. Hasta Aktiflik Kavramı

Hasta aktifliği kavramı, ilk olarak Hibbard ve arkadaşları tarafından sağlığı yönetme, bilgi, beceri, inanç, kendine güveni değerlendirmek için geliştirilen Hasta Aktifliği Ölçeği ile tanımlanmıştır (Deen vd., 2011). Hasta aktifliği, hem sağlık hem de sağlık bakımını yönetme konusunda kendisinin önemli role sahip olduğuna inanan, öz yönetime sahip, sağlığın geliştirilmesi ve bakımıyla ilgili sağlık hizmetlerinin yürütülmesi konusunda sağlık çalışanları ile işbirliği yapan bilgi, beceriye erişmeye çalışan bireyler için oluşturulmuş bir kavramdır (Hibbard ve Greene, 2013; Koşar ve Besen, 2015). Yüksek aktiflik düzeyine erişen hastalar, daha iyi hastalık yönetimine sahip olarak daha sık sağlıklı davranışlarda bulunur, hastalıklarıyla daha aktif şekilde baş eder, sağlık hizmetlerinden daha verimli yararlanır, daha iyi öz bakım gerçekleştirir, tıbbi tedaviye bağlılık artar, hasta memnuniyet oranı artar ve sağlık bakım maliyetlerinde azalma gözlemlenir (Graffigna vd., 2015).

Bireyin aktiflik düzeyini anlamaya çalışarak bakımın bireye göre uygun şekilde planlanması ve bu sayede daha iyi sağlık çıktılarının sağlanması beklenmektedir. Hastaların bakımlarında aktif olarak yer almaları dört seviyeden oluşur. Birinci seviyede; hastalar pasif olma eğilimindedir ve kendi sağlıklarını yönetirken bunalmış hissederler. Bakım sürecinde rollerini anlamayabilirler. İkinci seviyede; bireyler sağlıklarını yönetecek bilgi ve güvenden yoksun olabilirler. Üçüncü seviyede; bireyler harekete geçiyor gibi görünürler ancak davranışlarını destekleyecek güven ve beceriden yoksundurlar. Dördüncü seviyede; bireyler sağlıklarını desteklemek için yeni davranışlar benimsemiştirler. Hasta için sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmek önemli bir odak noktasıdır (Greenstock ve Ahmad, 2018).

Tablo 2.2. Aktif Hasta Seviyeleri

Seviye 1	Seviye 2	Seviye 3	Seviye 4
Ayrılmış Ve Ezilmiş	Farkında Olmak Ve Müdahale Etme	Harekete Geçme	Davranışları Sürdürmek ve Daha İleriye Gitme

Aktif Hasta Seviyesi

Tablo2.3. Aktif Hasta Seviyelerine Göre Hasta Bakış Açıları

Seviye 1	Hasta pasiftir ve kendine güveni yoktur. Bilgi düzeyi düşük, hedef yönelimi ve bağlılığı zayıftır. Hasta bakış açısı: “Doktorum sağlığımdan sorumludur”.
Seviye 2	Hasta sağlığı ile ilgilenmeye başlamıştır. Ancak bilgi ve güven eksikliği yaşamaktadır. Hasta bakış açısı: “Daha fazlasını yapabilirdim”.
Seviye 3	Hastanın temel gerçekleri vardır ve öz yönetim inşa etmektedir. Hasta en iyi uygulama davranışları için hedef odaklı çaba göstermektedir. Hasta bakış açısı: “Sağlık bakım ekibimin bir parçasıyım”.
Seviye 4	Hasta stres veya değişim zamanlarında mücadele edebilmek için yeni davranışlar benimsemiştir. Hasta için sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmek önemli bir odak noktasıdır. Hasta bakış açısı: “Ben kendimin savunucusuyum”

Kaynak: (NHS England, 2018).

Aktif hasta kavramında, hastalar bakım sürecindeki rollerini anlar ve bu rolü yerine getirebilecek kapasitede ve kendilerini güvende hissedeler, olumlu sağlık davranışları sergileyerek sağlık durumlarını daha etkin bir şekilde yönetirler (Hibbard ve Cunningham, 2008).

2.7.1. Hasta Aktifliğinin Önemi

Hasta aktifliği, bakım sürecinde bireyin rolünü anlaması bireyin sağlığını, sağlık bakımını yönetmek için bilgi, beceri ve öz güvene sahip olmasıdır (Hibbard vd., 2004). Tedavisine aktif olarak katılan hastaların daha iyi sağlık sonuçları, daha iyi bakım ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Hibbard ve Greene, 2013). Tablo 2.4 de aktif hasta ve pasif hasta özellikleri belirtilmiştir.

Tablo 2.3 Aktif Hasta ve Pasif Hasta Özellikleri

Aktif Hasta Özellikleri	Pasif Hasta Özellikleri
Birey sağlığında aktif rol oynar	Birey sağlığında daha az aktif rol oynar

Tedavi edilmediği durumda kendi kendine yönetir	Tedavi edilmediği durumda kendi kendine yönetme olasılığı daha düşüktür
Kendi sağlığını yönetmede kendine güvenir	Kendi sağlığını yönetmede güven eksikliği yaşar
Sağlığı aktif olarak dikkate alır ve daha bilinçli seçimler yapar	Sağlığı yönetme konusunda başarısızlık yaşar
Gerektiğinde yardım arar	İhtiyaç duyduklarında yardım istemezler
Sonuçlar	Sonuçlar
Yaşam kalitesi yüksektir	Yaşam kalitesi düşüktür
Bakım memnuniyeti yüksektir	Bakım memnuniyeti düşüktür
Sağlık kaynağı kullanımı düşüktür	Sağlık kaynağı kullanımı ve sağlık harcamaları yüksektir

Kaynak: (Rix ve Marrin, 2015)

Aktif hasta düzeylerinden beklenen sağlık çıktıları şu şekildedir (NHS England, 2018; Koşar, 2015)

- Kendi sağlık bakımının sorumluluğunu almasının ve bakımında aktif rol almasının önemini kavrayan,
- Sağlık durumu ile ilgili problemleri önleyebileceğine veya azaltabileceğine inanan,
- Kullandığı ilaçların ne işe yaradığını bilen,
- Sağlık problemleri ile ilgili karar verebilen, semptom yönetimi yapabilen,
- Kaygı ve endişelerini doktoru/sağlık ekibiyle paylaşan,
- Evde tıbbi tedaviyi sürdürebilen,
- Sağlık probleminin nedenini anlayan,
- Beslenme egzersiz gibi yaşam şekli değişikliklerini yapıp sürdürebilen,
- Sağlık durumuyla ilgili yeni problemler çıktığında çözebileceğine inanandır.

Pasif hasta düzeylerinden beklenen sağlık çıktıları şu şekildedir:

- Sağlıklarını yönetme göreviyle bunalmış hissetmek,
- Sağlıkları üzerinde olumlu bir etki yaratma yeteneklerine güvenmemek,
- Bakım sürecindeki rollerini kavrayamamak,
- Problem çözme becerilerine yeterince sahip olmamak,

- Sağlıklarını yönetmede pasif hale gelmek,
- Sağlıklarını düşünmemeyi tercih etmektir (Greenstock ve Ahmad, 2018).

2.7.2. Kanser Hastalarında Hasta Aktifliği

Hasta aktifliği DSÖ'nün 2013'teki eylem çağrılarında biridir. Örneğin, DSÖ hastaların el hijyeni ve hasta güvenliğinin geliştirmesine teşvik ederek uygulamaya yardımcı olacak kılavuzlar ve programlar geliştirmiştir. Sağlık hizmetlerini geliştirmeyi, bakım kalitesinin artırmayı ve maliyetleri düşürmeyi amaçlayan hasta merkezli entegre bakım hizmetine yönelik eylem çağrıları, bireylerin sağlıklarına katılımı konusunda aktif olması desteklenmektedir (Ding vd., 2019).

Tüm dünyada kanserin hastalar üzerindeki etkileri sık çalışılan konular arasındadır. Genel olarak hastalar için bireysel hastalık anlayışı ve hastalıklarını kontrol etme yeteneği kazandırmak; hastaların durumlarını daha kolay anlamalarına ve durumu netleştirmelerine yardımcı olur. Hastaların teşhisleriyle baş etmeleri, tedavi ve bakımlarından sorumlu olmaları, hastalıkları üzerinde kontrol izleniminin olması dolayısıyla aktif olmaları kanser hastalığının etkili ve sürdürülebilir yönetilmesinde önemli rol oynar. (Welter vd., 2021).

Kronik hastalığı olan bireylerde etkili öz yönetim becerilerinin temelinde, bireyin bilgisi, güveni, kendi sağlık ve sağlık bakımını kendi yönetme ve rol üstlenme yeteneği olarak tanımlanan "hasta aktifliği" kavramı vardır (Hendriks ve Rademakers, 2014). Hasta aktifliği kavramı ilgili, bilgili ve yetenekli hastaların kendi öz bakımlarını gerçekleştirme olasılıkları daha da yükselttiği için önemlidir (Erskin vd., 2018). Aktiflik düzeyi yüksek olan bireylerin daha sağlıklı yaşama, daha fazla egzersiz yapma ayrıca önleyici bakım almak için düzenli olarak doktor ziyaretleri yapma davranışları sergilediği gözlemlenmektedir. Tüm bunlara ek olarak aktiflik düzeyi yüksek olan bireylerde yapılan çalışmada, aha az sigara içmek, ilaç kullanmamak gibi sağlıklarına zararlı davranışlar gösterme, düzenli ve dengeli beslenme, stresle başa çıkma, kan basıncı ve kan şekeri ölçümü, kilo takibi gibi öz yönetim davranışlarının kanser hastalarında hastanın aktiflik düzeyiyle pozitif yönde anlamlı ilişki gösterdiği saptanmıştır (Welter vd., 2021).

Literatürde, kronik hastalığı olan bireylerde, hastalık yönetiminin desteklenmesinde hasta aktifliğinin önemini vurgulanmaktadır (Koşar, 2015). Daha aktif hastaların

tedavi rejimlerine uyma, koşulları izleme, önerilen bakımı alma ve daha iyi klinik sonuçlara sahip olma olasılıkları daha yüksektir (Hibbard vd., 2017). Sağlık hizmeti sunum modelleri de, kronik hastalıkların genellikle uzun süreli bakım ve hastaya bağı olan hastalık öz yönetim becerilerinin geliştirilmesinin üzerinde durmaktadır (Erskine vd., 2018).

Aktif hastalar, kendi sağlık hizmetine katılma becerisine, motivasyonuna ve gücüne sahip olan bireylerdir, pasif alıcı değillerdir. Bu hastalar, sağlık hizmeti veren kurumlarla iş birliğı yaparak tıbbi karar verme süreçlerinde yer alabilir ve sağlıklarını kendi kendilerine yönetmek için aktif olarak izliyor, planlıyor ve bilgi arıyor olabilirler (Bernat vd., 2016). Yapılan bir çalışmada, kronik hastalığı olan hastaların bakımlarına katılmaları, sağlık hizmetleri ile iş birliğı yapma durumunda sağlık sonuçlarının iyileştiğı gösterilmiştir (Hibbard vd., 2013). Hastalar aktif olduklarında ve bakımlarına dahil olduklarında sadece sağlık sonuçlarını iyileştirmekle kalmaz, aynı zamanda sağlık hizmeti kalitesini ve maliyetlerini de olumlu yönde etkiler (Bernat vd., 2016). Bu nedenlerden dolayı hasta aktifliğı kanser gibi kronik hastalıkların yönetiminde önemli bir yere sahiptir. Bireylerin tedavilerinde aktifliğini desteklemek ve yüksek aktiflik düzeyine sahip olmasını sağlamak, kanser tedavisini yönetmekte büyük önem taşımaktadır (Hibbard vd., 2004).

2.7.3. Hasta Aktifliğı ve Hemşirelik

Hastaların sağlık hizmetlerine katılması, hasta memnuniyeti, hasta güvenliğı, sağlık hizmetinin kalitesi, hastanın psikolojik sağlığı ve klinik sonuçlar üzerinde olumlu etkisi vardır (Ding vd., 2019). Hastalar hem bakım ihtiyacının hem de bakımın sonuçlarının belirlenmesinde önemli bir rol oynadığından, hastaların kendi sağlık ve sağlık bakımlarının daha aktif ve etkili yöneticileri olmaları gerektiğine dair artan bir farkındalık vardır (Greene ve Hibbard, 2011).

Bakım planlarına aktif olarak katılan hastaların, sağlık profesyonellerine daha fazla güvenmesi sağlanırken, olumsuz klinik olaylar ve hastaneye yeniden yatış yapma olasılıklarını düşürmektedir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin yükünü ve maliyetini azaltmakta, dolayısıyla sağlık hizmetlerini daha sürdürülebilir kılmak için kilit bir strateji olarak kabul edilmektedir (Graffigna vd., 2017). Bu nedenle hastanın aktifliğinin bilinmesi, buna uygun tedavinin belirlenmesi, hastaya uygun sağlık bakım davranışının geliştirilmesi, uygun bakım planının belirlenmesi ve hastanın bu

plana dahil edilmesi uygulanan sağlık hizmetinin en iyi Şekilde yurutulmesini sağlar (Koşar, 2015). Hasta katılımının sağlandığı hemşire-hasta ilişkisi ile, ortak karar verme, kronik hastalık tedavisi ve sağlık sistemlerinin yeniden tasarımı dahil olmak üzere sağlık hizmetinin geliştirilmesi moomkun olabilmektedir (Ding vd., 2019).

2.8. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi (YK), bireylerin kilturel alanlarındaki amaŐlarını, beklentilerini, ilgi alanlarını ve inanŐlarını anlamayı gerektiren bir kavramdır (Ustundağ ve Zencirci, 2015). DSÖ yaşam kalitesini “Sağlığı belirleyenler, fiziksel çevredeki rahatlık dahil mutluluk ve tatmin edici bir meslek, eğitim, sosyal ve entelektuel kazanımlar, özgürlük gibi bir dizi faktörün etkilerinin birleŐiminden kaynaklanan yaşam durumu” olarak tanımlamaktadır (Pigozzi vd., 2021).

Yaşam kalitesi, çoğunlukla bireyin performansının ve iyilik halinin çeşitli yönlerini ele alan kendi kendine uygulanan araçlarla değerlendirilen çok boyutlu bir ifadedir (Jacobsen vd., 2002). Bireyin yaşam kalitesinin temel boyutları, fonksiyonel, fiziksel, duygusal ve sosyal boyutların yanı sıra hastalığın semptomları ve terapötik yan etkilerini içerir (Leppert vd., 2015).

Yaşamın bir bütün olarak subjektif değerlendirilmesi veya hastanın mevcut işlevsellik düzeyine ilişkin değerlendirmesi ve memnuniyeti, olası veya ideal olarak algıladıklarıyla karşılaştırıldığında yaşam kalitesi, hastaların fiziksel, duygusal, işlevsel ve sosyal alanlardaki (veya boyutlardaki) öznel iyilik halini (hem olumlu hem de olumsuz yönleri) yansıtan çok boyutlu bir yapıdır (Ramasubbu vd., 2021).

2.8.1. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi

Kanserde yaşam kalitesi, hastanın tüm yaşam yönlerine ve ihtiyaŐlarına atıfta bulunan, belirli bir zamanda gerŐek durum ile ideal durum arasındaki denge süreçlerini sürekli olarak değerlendiren dinamik, çok boyutlu bir kavramdır (Lewandowska vd., 2020). Kanserli birÇok bireyin, yaşadığı sıkıntı ve semptomlarının ciddiyeti yaşam kalitesi ile iliŐkilendirilmiŐtir (Ramasubbu vd., 2021).

Yaşam kalitesi sağlık sisteminin sonuçlarını değerlendirmek için çok önemli bir faktör olarak kabul edilir ve kronik hastalığı olan hastalara verilen bakımların etkinliğini değerlendirmek için en etkili stratejilerden biridir (Burckhardt ve Anderson, 2003). Son yıllarda, hastaların yaşadığı zorlukların belirlenmesinde ve sağlık sisteminin

çeşitli hastalıklar, özellikle kronik hastalıklar ile ilgili planlamalarında, yaşam kalitesinin incelenmesi önem kazanmıştır (Torkzahrani vd., 2013).

İlerlemiş kanser hastaları, kanser ve tedaviye bağlı yan etkiler nedeniyle yaşam kalitesinin düşmesi durumuyla karşı karşıya kalırlar (Jacob J vd., 2019). Ek olarak, kanser tedavisi gören hastaların birçok sorun ve semptomla karşı karşıya kalması da, yaşam kalitesinin azalmasına neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, kanser hastalarında yaşam kalitesinin düşük olduğu tespit edilmiştir (Demir Göl vd., 2017; Karakaş Uğurlu vd., 2021). Buna rağmen, yüksek düzeyde yaşam kalitesi, hastaların tedaviyi en az zararlı tamamlamasına, yaşanan semptomları kontrol altına alınmasına katkı sağlar (Üstündağ ve Zencirci, 2015)

Kanser hastalarına bakım vermenin amaçları, yalnızca sağkalımlarını artırmak değil, aynı zamanda uygun semptom yönetimini gerçekleştirmek ve yaşam kalitelerini iyileştirmektir (Üstündağ ve Zencirci, 2015). Bu nedenle hastaların yaşam kalitesini yükseltmek için çalışmalar yapmak önemlidir (Musarezaie vd., 2012).

2.8.2. Kemoterapi Alan Hastalarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Bireyin yaşam kalitesini birkaç faktör etkileyebilir. Bunlardan en önemlisi hastalığa bağlı semptomlardır (Ramasubbu vd., 2021). Semptomların yetersiz yönetilmesi de bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesini engelleyebilir (Nayak vd., 2015).

Yaşam kalitesindeki bozulma, kanser tanısı konulduktan sonra başlar ve tedavinin şiddetliyle devam eder. Kanser hastaları, tedavi süreçlerinde genellikle kemoterapi tedavisi görürler. Kemoterapik ajanlar terapötik bir etkiye sahip olmasına rağmen, bazı fiziksel ve psikolojik problemlere neden olmaktadır. Kemoterapinin neden olduğu semptomlar hastanın yaşam kalitesini düşürmekte, bu durum tedavinin olumsuz etkilemesine ve iyileşme sürecinin uzamasına neden olmaktadır. Kemoterapi tedavisi alan hastalarda genellikle yaşanan semptomların kontrol altına alınamaması, yaşam kalitesinin düşmesine ve tedaviye uyumun azalmasına yol açmaktadır (Vural ve Vural, 2013). Ayrıca, kemoterapi tedavisinin, gerekli etkiyi elde etmek için uzun bir uygulama süresinin bulunması da, yaşam kalitesini etkilemektedir (Ramasubbu vd., 2021).

Kanser tanısı nedeniyle kemoterapi tedavisi gören hastalar endişe, depresyon, ishal, öksürük, nefes darlığı, mide bulantısı, halsizlik, yorgunluk, ateş ve kafa karışıklığı gibi çeşitli semptomlar yaşayabilmektedir. Bakım eksikliği, bireyin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme yeteneğini engelleyen tedavi edilmemiş semptomlarla sonuçlanır. Semptomların tedavisi ve etkin yönetimi, genellikle iyileşme oranını ve yaşam kalitesini yükseltir (Nayak vd., 2015). Bu nedenle yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin araştırması hastalığın ve tedavisinin getirdiği yaygın sorunları tanıma ve bu sorunları çözmek için uygun yaklaşımlar belirleme konusunda bilgi sağlar (Ramasubbu vd., 2021).

2.8.3. Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik

Hemşireler, hasta bakımının taleplerini karşılamak ve istenen sağlık sonuçlarına ulaşmak için bilgi, beceri ve deneyimlerini kullanarak çeşitli ve değişen ihtiyaçları olan hastalara bakım sağlar. Hemşireler, insanların sağlık durumundaki iyileşmenin yanı sıra morbidite ve mortalitenin azaltılması gibi sağlık sonuçlarının optimize edilmesinde önemli bir rol oynar. Özel bir meslek grubu olan hemşireler, hayat kurtarma ve sağlığı geliştirme gibi önemli bir görevi üstlenirler. Çalışma durumları ve çalışma kabiliyetleri, hastaların yaşamları ve güvenlikleri üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir (Li vd., 2021).

Kanser tedavisini tamamlayan hastalar sürekli bakım ve desteğin sağlandığı uzun süreli bakıma ihtiyaç duyarlar. Birçok insan için kanserde hayatta kalma, kronik ve karmaşık bir durumla yaşamak anlamına gelmektedir. Kanserli bireyler, hastalığın karmaşık doğası ve yönetimi nedeniyle, genellikle hem hastane hem de toplum ortamlarında geniş bir sağlık hizmeti, hemşirelik ve yardımcı sağlık hizmetlerinden oluşan çok disiplinli uzun süreli bakıma ihtiyaç duyarlar (Colombani vd., 2019). Kanserde destekleyici bakım, kanserin semptomlarının ve yan etkilerinin önlenmesi ve yönetimi ve kanserin teşhisinden yaşamın sonuna kadar kanser süreci boyunca tedavisi; hastalara, ailelerine ve bakıcılarına desteği içerir (Brown vd., 2021).

Kemoterapi tedavisiyle birlikte etkilenen sistemlerin değerlendirilmesinde bütüncül hemşirelik yaklaşımı gerekir (Eren ve İskender, 2019). Toplumda kanser gelişmesini önlemek başta olmak üzere, sağlıklı bir yaşam tarzının kazandırılmaya çalışılması, kanser hastalarının ve ailesinin bütüncül değerlendirilmesi, kanser hastalarında

bakımın kalitesinin artırılması ve hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesi hemşirelerin görevleri arasında yer almaktadır (Şentürk vd., 2018).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, kemoterapi alan kanser hastalarının aktiflik ve yaşam kalitesi düzeyini belirlemek, ilişkili faktörleri saptamak, aktiflik düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisini ortaya koymak amacıyla planlanmıştır. Bu bağlamda çalışmada, aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Kemoterapi alan kanser hastalarının aktiflik düzeyi nedir?
- Kemoterapi alan kanser hastalarında aktiflik düzeyi ile ilişkili faktörler nelerdir?
- Kemoterapi alan kanser hastalarının yaşam kalitesi düzeyi nedir?
- Kemoterapi alan kanser hastalarında yaşam kalitesi ile ilişkili faktörler nelerdir?
- Kemoterapi alan kanser hastalarında aktiflik düzeyi ve yaşam kalitesi arasında ilişkisi var mıdır?

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte tasarlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan sonra 01 Nisan – 31 Temmuz 2022 tarihleri arasında Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi'nin ayaktan kemoterapi ünitesinde yapılmıştır. Bu ünite, 30 bireylik hasta kapasitesine sahiptir. Üniteye biri sorumlu hemşire olmak üzere dört hemşire, üç sekreter ve bir personel görev yapmakta olup, günlük ortalama 50-60 hastaya hekimin onayı doğrultusunda kemoterapi tedavisi uygulanmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesi için güç analizi (power analysis) uygulanmıştır.

Güç analizi G*POWER 3.1 sürümü ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmalarda, istatistiksel gücün $1-\beta=0.80$ olmasının yeterli olduğunu Cohen (1988) ve Parajapati et al. (2010) çalışmalarında belirtmiştir. Bu çalışmada, daha güvenilir bir sonuç elde etmek için $1-\beta=0.95$ olarak ele alınmıştır. Güç analizi sonucunda en az 176 katılımcının çalışmaya dahil edilmesi belirlenmiştir.

Dahil edilme kriterleri;

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olma,
- 18 yaş ve üzerinde olma,
- Görüşmeleri sürdürmeyi engelleyecek görsel, işitsel ve sözel engelin olmaması,
- Okuma ve yazma bilme

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, hasta tanılama formu, Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği (HADÖ) ile Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Anketi (European Organization for Research and Treatment of Cancer Core QoL Questionnaire, EORTC QLQ-30 Ölçeği) kullanılarak elde edilmiştir.

3.5.1. Hasta Tanılama Formu

Hasta tanılama formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hastalara ait sosyo-demografik (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, yaşanılan yer) sağlık durumları ve sağlık algısı (ilaç kullanma) içeren 7 soru yer almaktadır. İkinci bölümde hastalığa ilişkin özellikler (tanı, tanı süresi, metastaz durumu, kanser dışında ek hastalık varlığı ve bakımında yardımcı olan bireylerin varlığı) içeren 6 soru yer almaktadır (EK 1).

3.5.2. Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği (HADÖ)

İlk olarak Hibbard ve arkadaşları (2004) tarafından kronik hastalığı olan bireylerde hasta aktiflik düzeyini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Daha sonra Hibbard ve arkadaşları (2005) tarafından ölçeğin kısa formu uyarlanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Koşar tarafından (2015) hipertansiyon, diyabet ve

romatoid artritli hastalarla yapılmıştır. HADÖ tek boyutlu olup 13 maddeden oluşmaktadır. 5'li likert tipinde olan ölçeğe verilen cevaplar "1: kesinlikle katılmıyorum, 2: katılmıyorum, 3: katılıyorum, 4: kesinlikle katılıyorum, 5: bilemiyorum/değerlendiremiyorum" şeklinde değişmektedir. Ölçekten alınan puanlar 0-100 aralığında olup; elde edilen puana göre aktiflik düzeyi 0 < 47 Puan: 1. düzey (en düşük aktiflik düzeyi); 47-55 puan: 2. Düzey; 55-72 puan: 3. düzey ve 72.5 - 100 puan: 4. düzey (en yüksek aktiflik) olarak değerlendirilmektedir. Koşar (2015) tarafından yapılan Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,81 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa katsayısı: 0,98'dir (EK 2).

3.5.3. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Anketi (European Organization for Research and Treatment of Cancer Core QOL Questionnaire, EORTC QLQ-30 Ölçeği)

Kanser hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirildiği sık kullanılan yaşam kalitesi ölçeklerinden biridir. İlk kez 1987 yılında EORTC QLQ-C36 olarak geliştirilmiştir. Ancak yeterli bilgi sağlamaması ve güvenilirliğinin düşük olması nedeniyle revizyon gereksinimi ortaya çıkmıştır. Aaronson ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek, 30 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte genel sağlık durumu, işlevsel ve semptomlarına yönelik bilgiler elde edilebilmektedir. Ölçeğin işlevsel alt boyutu; fiziksel, rol, bilişsel, emosyonel, sosyal, global yaşam kalitesi olmak üzere altı bölümden oluşmaktadır. Semptom alt boyutu; yorgunluk, bulantı ve kusma, ağrı, dispne, uyku bozukluğu, iştahsızlık, konstipasyon, diyare, ve mali etki sorularını içermektedir. Ölçekteki 30 maddeden ilk 28'i 4'lü likert tipi ölçektir ve maddeler "Hiç=1", "Biraz=2", "Oldukça=3" ya da "Çok=4" olarak değerlendirilmektedir. Bu bölümde elde edilen yüksek puan fonksiyonel düzeyin veya semptom derecesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin 29. sorusunda, hastadan 1'den 7'ye kadar (1: Çok kötü ve 7: Mükemmel) sağlığını ve 30. soruda genel yaşam kalitesini değerlendirmesi istenmektedir. Bu bölümden alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise yaşam kalitesinin düştüğünü ifade etmektedir. EORTC QLQ-C30 ölçeği Cankurtaran ve arkadaşları (2008) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve Türk kanserli hastalarda Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği saptanmıştır. Bu

çalışmada ölçeğin cronbach alfa katsayısı genel sağlık alt boyutu için 0,97, fonksiyonel alt boyut için 0,93 ve semptom alt boyutu için 0,93 olarak bulunmuştur (EK 3).

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi alan hastalar ile yapılmıştır. Kanser tanısı nedeniyle kemoterapi alan hastalar ile tek tek görüşme yapılmıştır. Dahil edilme kriterlerine uyan hastalara araştırmanın amacı anlatılarak araştırmaya davet edilmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar çalışmaya alınmıştır. Veriler ayaktan kemoterapi ünitesinde ve bekleme salonunda yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından okunup tedavi alan hastaların cevap vermesi istenmiştir. Verilerin toplanması yaklaşık olarak 30-35 dk sürmüştür.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

3.7.1.Bağımlı değişkenler: Hasta aktiflik düzeyi, yaşam kalitesi

3.7.2.Bağımsız değişkenler: Sosyodemografik özellikler (Cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, yaşanılan yer, sürekli kullanılan ilaçlar), hastalıkla ilgili özellikler (tanı, tanı süresi, metastaz durumu, kanser dışında farklı hastalık olma durumu, hastanın bakımında yardımcı olan birey varlığı)

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin analizi yapılarak Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Windows 26 paket programında yapılmıştır. Elde edilen verilerin normal dağılım gösterdiği değerlendirilmiştir. Analizde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ile verilerin normal dağılım durumuna göre parametrik testlerden yararlanılmıştır. Bu doğrultuda verilerin analizi için bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizinde gruplar arası farkın tespit edilmesi için post-hoc testlerden Tukey Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $P<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan 24.02.2022 tarihli ve 2022/02 sayılı toplantısında değerlendirilerek araştırma izni alınmıştır (EK 4). Araştırmanın gerçekleşebilmesi için Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi'nden yazılı izin alınmıştır (EK 5). Araştırmaya katılan hastalardan bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı izin alınmıştır (EK 6). Araştırmada veri toplama amacıyla kullanılan ölçekler için sorumlu yazarlardan izin alınmıştır (EK 7-8).



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1’de gösterilmiştir. Buna göre hastaların %50,2’si kadın, %52,2’si 65 yaş ve üzeri, %92,5’i evli, %34,3’ü lise mezunu, %40,8’i ev hanımı ve %70,1’i de ilçede yaşamaktadır.

Tablo 4.1 Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n: 201)

Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	101	50.2
	Erkek	100	49.8
Yaş	65 yaş altı	96	47.8
	65 yaş ve üzeri	105	52.2
Medeni Durum	Evli	186	92.5
	Bekar	15	7.5
Eğitim Durumu	Okuryazar	8	4.0
	İlkokul	44	21.9
	Ortaokul	67	33.3
	Lise	69	34.3
	Üniversite ve üzeri	13	6.5
Meslek	Memur	5	2.5
	İşçi	20	10.0
	Serbest meslek	25	12.4
	Emekli	65	32.3
	Ev hanımı	82	40.8
	Diğer	4	2.0
Yaşanılan Yer	İl	53	26.4
	İlçe	141	70.1
	Köy	7	3.5

4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Hastaların hastalık ile ilgili özellikleri Tablo 4.2’de gösterilmiştir. Buna göre hastaların %65,2’si sürekli ilaç kullanmaktadır. Hastaların %26,9’u akciğer kanseri hastası olup, %39,8’sinin tanı süresi 1-3 yıldır. Hastaların %45,3’ünde metastaz bulunmaktadır. Katılımcıların %36,3’ünün kanser dışında başka kronik hastalığı bulunmamakta olup, %96,5’inin bakımında yardımcı olan bireyler mevcuttur.

Tablo 4.2 Hastaların Hastalık ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (N= 201)

Özellikler		n	%
Sürekli ilaç kullanımı	Var	131	65.2
	Yok	70	34.8
Tanı	Meme Kanseri	40	19.9
	Akciğer Kanseri	54	26.9
	Kolon Kanseri	21	10.4
	Pankreas Kanseri	9	4.5
	Mide Kanseri	19	9.5
	Over-Serviks	24	11.9
	Larenks Kanseri	5	2.5
	Lenfoma-Lenf-Beyin-Hodgkin Lenfoma	17	8.5
	Böbrek-Rektum-Mesane- Prostat	12	6.0
	Tanı süresi	1 yıldan az	73
1-3 yıl		80	39.8
3-4 yıl		25	12.4
4 yıl ve üzeri		23	11.4
Metastaz durumu	Var	91	45.3
	Yok	110	54.7
Başka kronik hastalık	Hastalık yok	128	63.7
	Hastalık var	73	36.3
Bakımında yardımcı birey varlığı	Evet	194	96.5
	Hayır	7	3.5

4.3. Hastaların Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçeği ve Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Anketi'ne ilişkin Puan Ortalamalarının Dağılımı

Hastaların %34,3'ü (69 birey) düzey 1, %3,5'i (7 birey) düzey 2, %23,9'u (48 birey) düzey 3 ve %38,3'ü (77 birey) düzey 4 seviyesindedir. Hastaların HADÖ puan ortalaması 59.58 ± 34.99 'dur. Hastaların EORTC QLQ-C30 ölçeği alt boyutu olan genel sağlık ölçeği puan ortalaması 50.12 ± 17.68 , fonksiyonel sağlık ölçeği puan ortalaması 53.27 ± 27.82 ve Semptom ölçeği puan ortalaması 53.69 ± 29.65 'tir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3 Hastaların Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçeği ve Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Anketi'ne ilişkin Puan Ortalamaları

Ölçekler	Ortalama	SS	n	%
HADÖ	59.588	34.998		
Aktiflik düzeyi				
Düzyey 1			69	34.3
Düzyey 2			7	3.5
Düzyey 3			48	23.9
Düzyey 4			77	38.3
EORTC QLQ-30 Ölçeği				
Genel Sağlık Ölçeği	50.124	17.687		
Fonksiyonel Ölçeği	53.278	27.820		
<i>Fiziksel Fonksiyon</i>	52.902	30.113		
<i>Uğraş Fonksiyonu</i>	53.482	30.714		
<i>Emosyonel Fonksiyon</i>	39.718	38.613		
<i>Kognitif Fonksiyon</i>	58.789	36.326		
<i>Sosyal Fonksiyon</i>	62.321	35.300		
Semptom Ölçeği	53.693	29.657		
<i>Yorgunluk</i>	62.189	32.168		
<i>Bulantı ve kusma</i>	49.005	40.539		
<i>Ağrı</i>	58.789	34.199		
<i>Nefes darlığı</i>	34.328	39.848		
<i>Uykusuzluk</i>	59.535	39.143		
<i>İştah kaybı</i>	49.917	41.516		
<i>Konstipasyon</i>	54.394	43.124		
<i>Diyare</i>	48.424	40.947		
<i>Mali zorluklar</i>	49.253	31.459		

4.4. Hastaların Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği ve Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Anketi Arasındaki İlişki

Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği ile EORTC QLQ-30 Ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde, aktiflik düzeyi ile genel sağlık alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,235$, $P=0,001$). Benzer şekilde fonksiyon alt boyutunun fiziksel fonksiyonu ($r=0,197$, $P=0,005$) ve uğraş fonksiyonunu ($r=0,143$, $P=0,042$) ile hasta aktiflik düzeyi arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte semptom alt boyutunun mali zorlukları ile hasta aktiflik düzeyi arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,19$, $P=0,007$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4 Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği ve Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Anketi Arasındaki Korelasyon

EORTC QLQ-30	Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği	
	r	p
Genel Sağlık Ölçeği	0.235	0.001*
Fonksiyonel Ölçek	0.011	0.877
<i>Fiziksel Fonksiyon</i>	0.197	0.005*
<i>Uğraş Fonksiyonu</i>	0.143	0.042*
<i>Emisyonla Fonksiyon</i>	0.115	0.103
<i>Kognitif Fonksiyon</i>	0.028	0.695
<i>Sosyal Fonksiyon</i>	0.041	0.562
Semptom Ölçeği	0.005	0.948
<i>Yorgunluk</i>	0.034	0.631
<i>Bulantı ve kusma</i>	-0.006	0.931
<i>Ağrı</i>	0.041	0.564
<i>Nefes darlığı</i>	-0.077	0.275
<i>Uykusuzluk</i>	0.062	0.382
<i>İştah kaybı</i>	0.004	0.959
<i>Konstipasyon</i>	0.045	0.529
<i>Diyare</i>	0.018	0.799
<i>Mali zorluklar</i>	-0.190	0.007*

* $P<0.05$

4.5. Hastaların Aktiflik Düzeyi İle İlişkili Faktörler

Hastaların sosyodemografik özellikleri ile HADÖ puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.5'te verilmiştir. HADÖ puan ortalaması, yaşa ($t=3,609$, $P=0,000$), medeni

duruma ($t=-2,037$, $P=0,033$) ve eğitim durumuna ($F=3,482$, $P=0,009$) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($P<0,05$). Gruplar arasındaki farklılık incelendiğinde, 65 yaş altı, bekar, üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip kanser hastalarının aktiflik düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5 Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği Puan Ortalaması ile Karşılaştırılması

Özellikler		Ortalama±S	t/F	p	Post-Hoc
Cinsiyet	Kadın	57.49 ± 37.82	-0.851	0.396	-
	Erkek	61.70 ± 31.94			
Yaş	65 yaş altı	68.64 ± 35.22	3.609	0.000*	-
	65 yaş ve üzeri	51.31 ± 33.77			
Medeni Durum	Evli	58.17 ± 34.87	-2.037	0.033*	-
	Bekar	77.16 ± 32.71			
Eğitim Durumu	(1)Okuryazar	42.96 ± 24.90	3.482	0.009*	3>2, 3>1,4>1, 4>2, 4>3, 5>4, 5>3, 5>2,
	(2)İlkokul	52.52 ± 31.43			
	(3)Ortaokul	54.38 ± 34.60			
	(4)Lise	66.90 ± 35.90			
	(5)Üniversite ve üzeri	81.67 ± 35.59			
Meslek	(1)Memur	40.00 ± 54.77	1.567	0.171	2>1,2>3,2>5, 4>1,4>3,5>1,6>5,6>4, 6>3,6>2,6>1
	(2)İşçi	62.39 ± 35.53			
	(3)Serbest meslek	55.08 ± 44.00			
	(4)Emekli	61.26 ± 30.51			
	(5)Ev hanımı	58.17 ± 33.96			
	(6)Diğer	100.00 ± 0.00			
Yaşanılan Yer	İl	66.34 ± 37.67	1.527	0.220	-
	İlçe	56.78 ± 33.58			
	Köy	64.87 ± 39.85			

* $P<0,05$

Hastaların hastalık özellikleri ile HADÖ puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.6’te verilmiştir. HADÖ puan ortalaması ile sürekli ilaç kullanım durumu ($t=-2,496$, $P=0,013$), metastaz varlığına ($t=-2,861$, $P=0,005$) ve başka hastalık varlığına ($t=2,618$, $P=0,010$) göre istatistiksel anlamlı farklılık göstermiştir ($P<0,05$). Farklılık

incelendiğinde, sürekli ilaç kullanmayan, metastazı olmayan ve başka kronik hastalığı bulunmayan hastaların aktiflik düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.6 Hastaların Hastalık Özelliklerinin Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği Puan Ortalaması ile Karşılaştırılması

Özellikler		Ortalama±SS	t/F	p
Sürekli ilaç kullanımı	Var	55.14 ± 35.49	-2.496	0.013*
	Yok	67.90 ± 32.69		
Tanı	Meme Kanseri	57.11 ± 34.60	0.787	0.614
	Akciğer Kanseri	54.96 ± 32.89		
	Kolon Kanseri	53.93 ± 37.76		
	Pankreas Kanseri	54.12 ± 36.38		
	Mide Kanseri	72.53 ± 37.21		
	Over-Serviks	60.92 ± 39.42		
	Larenks Kanseri	58.06 ± 38.59		
	Lenfoma-Lenf-Beyin-Hodgkin Lenfoma	69.68 ± 35.11		
	Böbrek-Rektum-Mesane-Prostat	65.80 ± 26.39		
Tanı süresi	1 yıldan az	66.15 ± 32.78	1.489	0.219
	1-3 yıl	56.82 ± 38.12		
	3-4 yıl	56.55 ± 25.82		
	4 yıl ve üzeri	51.66 ± 37.72		
Metastaz durumu	Var	51.96 ± 33.52	-2.861	0.005*
	Yok	65.89 ± 35.07		
Başka kronik hastalık	Hastalık yok	64.39 ± 34.29	2.618	0.010*
	Hastalık var	51.15 ± 34.84		
Bakımında yardımcı birey varlığı	Evet	58.87 ± 35.11	-1.525	0.129
	Hayır	79.34 ± 26.38		

*P<0.05

4.6. Hastaların Yaşam Kalitesi İle İlişkili Faktörler

Hastaların cinsiyeti ile EORTC QLQ-C30 ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında fonksiyonel ölçek ($t=-2,647$, $P=0,009$), sosyal fonksiyon ($t=-3,107$, $P=0,002$), semptom ölçeği ($t=2,167$, $P=0,031$), yorgunluk ($t=2,401$, $P=0,017$), bulantı ve kusma ($t=2,468$, $P=0,014$), konstipasyon ($t=2,336$, $P=0,021$) ve mali zorluklar ($t=2,074$, $P=0,039$) göre istatistiksel anlamlı farklılık göstermiştir ($P<0.05$). Farklılık incelendiğinde, erkek hastalarda fonksiyonel ölçek ve sosyal fonksiyon boyutunun; kadın hastalarda semptom ölçeği, yorgunluk, bulantı ve kusma, konstipasyon ve mali zorluklar boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7 Hastaların Cinsiyeti ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları		Ortalama±SS	t	p
Genel Sağlık Ölçeği	Kadın	47.77 ± 17.95	-1.907	0.058
	Erkek	52.50 ± 17.18		
Fonksiyonel Ölçek	Kadın	48.18 ± 28.56	-2.647	0.009*
	Erkek	58.42 ± 26.20		
Sosyal Fonksiyon	Kadın	54.79 ± 35.28	-3.107	0.002*
	Erkek	69.93 ± 33.81		
Semptom Ölçeği	Kadın	58.16 ± 28.71	2.167	0.031*
	Erkek	49.18 ± 30.06		
Yorgunluk	Kadın	67.55 ± 30.46	2.401	0.017*
	Erkek	56.78 ± 33.09		
Bulantı ve kusma	Kadın	55.94 ± 40.04	2.468	0.014*
	Erkek	42.00 ± 40.03		
Konstipasyon	Kadın	61.39 ± 42.09	2.336	0.021*
	Erkek	47.33 ± 43.21		
Mali zorluklar	Kadın	53.80 ± 32.31	2.074	0.039*
	Erkek	44.67 ± 30.05		

* $P<0.05$

Hastaların yaş ile EORTC QLQ-C30 ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında fonksiyonel ölçek ($t=2,984$, $P=0,025$), fiziksel fonksiyon ($t=3,674$, $P=0,012$), sosyal fonksiyon ($t=3,688$, $P=0,003$), semptom ölçeği ($t=3,512$, $P=0,005$), uykusuzluk ($t=4,327$, $P=0,011$), mali zorluklar ($t=2,991$, $P=0,026$) arasında istatistiksel olarak

anlamlılık tespit edilmiştir (P<0.05). 65 yaş ve üzeri hastalarda fonksiyonel ölçek, sosyal fonksiyon ve mali zorluklar boyutu; 65 yaş altında olan hastalarda genel sağlık ölçeği, semptom ölçeği, fiziksel fonksiyon ve uykusuzluk boyutu puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 4.8).

Tablo 4.8 Hastaların Yaşı ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları		Ortalama±SS	t	p
Genel Sağlık Ölçeği	65 yaş altı	50.43 ± 19.36	0.584	0.752
	65 yaş ve üzeri	49.84 ± 16.09		
Fonksiyonel Ölçek	65 yaş altı	48.07 ± 30.67	2.984	0.025*
	65 yaş ve üzeri	58.03 ± 24.11		
<i>Fiziksel Fonksiyon</i>	65 yaş altı	54.34 ± 31.46	3.674	0.012*
	65 yaş ve üzeri	51.58 ± 28.91		
<i>Sosyal Fonksiyon</i>	65 yaş altı	56.04 ± 37.06	3.688	0.003*
	65 yaş ve üzeri	68.06 ± 32.73		
Semptom Ölçeği	65 yaş altı	58.44 ± 31.34	3.512	0.005*
	65 yaş ve üzeri	49.35 ± 27.46		
<i>Uykusuzluk</i>	65 yaş altı	68.05 ± 38.66	4.327	0.011*
	65 yaş ve üzeri	51.74 ± 38.11		
<i>Mali zorluklar</i>	65 yaş altı	47.91 ± 33.44	2.991	0.026*
	65 yaş ve üzeri	50.47 ± 29.63		

*P<0.05

Hastaların eğitim durumu ile EORTC QLQ-C30 ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında, genel sağlık ölçeği (F=6,364, P=0,000), fiziksel fonksiyon (F=3,424, P=0,010), uğraş fonksiyonu (F=3,198, P=0,014), nefes darlığı (F=3,099, P=0,017), konstipasyon (F=3,162, P=0,015) ve mali zorluklar (F=4,362, P=0,002) göre istatistiksel anlamlı farklılık göstermiştir (P<0.05). Üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip hastalarda genel sağlık ölçeği, fonksiyonel ölçek, fiziksel fonksiyon ve uğraş fonksiyonu boyutu; lise mezunu hastalarda nefes darlığı boyutu; ortaokul mezunu hastalarda konstipasyon boyutu ve okuryazar olan hastalarda mali zorluklar boyutunun puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.9).

Tablo 4.9 Hastaların Eğitim Durumu ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları		Ortalama±SS	F	p	Post-Hoc
Genel Sağlık Ölçeği	(1)Okuryazar	57.29 ± 13.68	6.364	0.000*	1>2, 1>3, 1>4, 5>1, 5>2
	(2)İlkokul	50.57 ± 19.22			
	(3)Ortaokul	45.65 ± 13.40			
	(4)Lise	49.52 ± 17.44			
	(5)Üniversite ve üzeri	70.51 ± 21.68			
Fonksiyonel Ölçek	Okuryazar	61.67 ± 16.19	0.912	0.458	
	İlkokul	55.91 ± 23.94			
	Ortaokul	53.73 ± 28.94			
	Lise	48.89 ± 30.46			
	Üniversite ve üzeri	60.17 ± 24.40			
<i>Fiziksel Fonksiyon</i>	(1)Okuryazar	41.67 ± 30.86	3.424	0.010*	2>1, 3>1, 3>2, 5>1, 5>2, 5>3
	(2)İlkokul	45.45 ± 36.54			
	(3)Ortaokul	53.23 ± 23.97			
	(4)Lise	53.86 ± 30.00			
	(5)Üniversite ve üzeri	78.21 ± 22.96			
<i>Uğraş Fonksiyonu</i>	(1)Okuryazar	43.75 ± 39.78	3.198	0.014*	2>1, 3>1, 3>2, 5>1, 5>2, 5>3
	(2)İlkokul	46.86 ± 29.29			
	(3)Ortaokul	53.98 ± 28.44			
	(4)Lise	51.93 ± 31.90			
	(5)Üniversite ve üzeri	80.77 ± 23.42			
<i>Nefes darlığı</i>	(1)Okuryazar	33.33 ± 43.64	3.099	0.017*	1>2, 1>5, 3>2, 4>1, 4>2, 4>3
	(2)İlkokul	18.94 ± 34.02			
	(3)Ortaokul	36.82 ± 38.98			
	(4)Lise	43.96 ± 41.81			
	(5)Üniversite ve üzeri	23.08 ± 36.98			
<i>Konstipasyon</i>	(1)Okuryazar	41.67 ± 38.83	3.162	0.015*	1>2, 3>1, 3>2, 3>4, 3>5
	(2)İlkokul	37.88 ± 44.08			
	(3)Ortaokul	65.67 ± 41.43			
	(4)Lise	56.52 ± 42.13			
	(5)Üniversite ve üzeri	48.72 ± 42.20			
<i>Mali zorluklar</i>	(1)Okuryazar	62.50 ± 27.82	4.362	0.002*	1>2, 1>3, 1>4, 1>5, 2>3, 2>4, 2>5
	(2)İlkokul	58.33 ± 38.80			
	(3)Ortaokul	49.75 ± 25.54			
	(4)Lise	46.86 ± 30.42			
	(5)Üniversite ve üzeri	20.51 ± 21.68			

*P<0.05

Hastaların mesleği ile EORTC QLQ-C30 ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında, genel sağlık ölçeği (F=8,438, P=0,000), fonksiyonel ölçek (F=3,135, P=0,010), fiziksel fonksiyon (F=3,617, P=0,004), uğraş fonksiyonu (F=3,385, P=0,006), kognitif fonksiyon (F=2,695, P=0,022), sosyal fonksiyon (F=5,474, P=0,000), mali zorluklar (F=4,601, P=0,001) arasında istatistiksel anlamlı farklılık göstermiştir (P<0.05). Memur olan hastalarda genel sağlık ölçeği, fonksiyonel ölçek, fiziksel ölçek, uğraş fonksiyonu, kognitif fonksiyon, sosyal fonksiyon boyutu; ev hanımı olan hastalarda semptom ölçeği ve mali zorluklar boyutu puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.10).

Tablo 4.10 Hastaların Mesleği ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	Ortalama	F	p	Post-Hoc	
Genel Sağlık Ölçeği	(1)Memur	63.33 ± 26.74	8.438	0.000*	1>2, 1>3, 1>4, 1>5, 3>2, 3>5, 6>4, 6>5
	(2)İşçi	48.33 ± 16.80			
	(3)Serbest meslek	59.00 ± 16.65			
	(4)Emekli	48.33 ± 15.60			
	(5)Ev hanımı	46.44 ± 15.99			
	(6)Diğer	91.67 ± 9.62			
Fonksiyonel Ölçek	(1)Memur	82.22 ± 12.86	3.135	0.010*	4>1, 4>2, 4>5, 6>1, 6>2, 6>3, 6>4, 6>5
	(2)İşçi	43.89 ± 27.52			
	(3)Serbest meslek	52.71 ± 28.58			
	(4)Emekli	58.94 ± 25.66			
	(5)Ev hanımı	48.51 ± 28.22			
	(6)Diğer	73.33 ± 25.66			
<i>Fiziksel Fonksiyon</i>	(1)Memur	80.00 ± 29.81	3.617	0.004*	1>2, 1>3, 1>4, 1>5, 6>2, 6>3, 6>4, 6>5
	(2)İşçi	49.17 ± 40.28			
	(3)Serbest meslek	53.33 ± 30.05			
	(4)Emekli	55.38 ± 26.86			
	(5)Ev hanımı	47.76 ± 28.06			
	(6)Diğer	100.00 ± 0.00			
<i>Uğraş Fonksiyonu</i>	(1)Memur	86.67 ± 29.81	3.385	0.006*	1>2, 1>3, 1>4, 1>5, 6>2, 6>3, 6>4, 6>5
	(2)İşçi	43.33 ± 36.83			
	(3)Serbest meslek	53.33 ± 31.55			
	(4)Emekli	56.41 ± 29.71			
	(5)Ev hanımı	49.90 ± 27.90			
	(6)Diğer	91.67 ± 16.67			

Tablo 4.11 Hastaların Mesleği ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (Devamı)

<i>Kognitif Fonksiyon</i>	(1)Memur	100.00 ± 0.00	2.695	0.022*	1>2, 1>3, 1>4, 1>5, 6>2, 6>3, 6>4, 6>5
	(2)İşçi	44.17 ± 36.78			
	(3)Serbest meslek	62.67 ± 36.41			
	(4)Emekli	64.10 ± 32.71			
	(5)Ev hanımı	54.07 ± 37.91			
	(6)Diğer	66.67 ± 38.49			
<i>Sosyal Fonksiyon</i>	(1)Memur	93.33 ± 14.91	5.474	0.000*	1>2, 1>3, 1>4, 1>5, 6>2, 6>3, 6>4, 6>5
	(2)İşçi	43.00 ± 36.16			
	(3)Serbest meslek	68.27 ± 35.08			
	(4)Emekli	74.46 ± 30.97			
	(5)Ev hanımı	53.01 ± 35.40			
	(6)Diğer	76.67 ± 11.51			
Semptom Ölçeği	Memur	25.64 ± 16.91	2.025	0.077	
	İşçi	55.13 ± 31.09			
	Serbest meslek	58.77 ± 30.98			
	Emekli	51.91 ± 28.55			
	Ev hanımı	56.32 ± 29.40			
	Diğer	25.00 ± 28.89			
<i>Mali zorluklar</i>	(1)Memur	20.00 ± 29.51	4.601	0.001*	2>1, 2>3, 2>4, 5>2, 5>3, 5>1, 5>4
	(2)İşçi	53.33 ± 39.59			
	(3)Serbest meslek	48.00 ± 29.00			
	(4)Emekli	44.10 ± 25.76			
	(5)Ev hanımı	56.91 ± 31.64			
	(6)Diğer	33.33 ± 21.55			

*P<0.05

Hastaların yaşadığı yer ile EORTC QLQ-C30 ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında, fiziksel fonksiyon (F=3,035, P=0,040), uğraş fonksiyonu (F=4,058, P=0,019), bulantı ve kusma (F=3,828, P=0,023), iştah kaybı (F=3,583, P=0,030) arasında istatistiksel anlamlı farklılık göstermiştir (P<0.05). İlde yaşayan hastalarda fiziksel fonksiyon ve uğraş fonksiyonu boyutu; ilçede yaşayan hastalarda bulantı kusma, iştah kaybı ve mali zorluklar boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.11).

Tablo 4.12 Hastaların Yaşadığı Yer ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları		Ortalama±SS	F	p	Post-Hoc
Genel Sağlık Ölçeği	İl	52.04 ± 13.57	0.629	0.534	
	İlçe	46.65 ± 19.31			
	Köy	45.27 ± 8.13			
Fonksiyonel Ölçek	İl	56.02 ± 21.66	0.757	0.471	
	İlçe	51.84 ± 29.85			
	Köy	61.59 ± 27.27			
Fiziksel Fonksiyon	(1)İl	61.01 ± 25.31	3.035	0.040*	1>2, 1>3
	(2)İlçe	50.47 ± 31.30			
	(3)Köy	40.48 ± 30.21			
Uğraş Fonksiyonu	(1)İl	63.52 ± 23.13	4.058	0.019*	1>2, 1>3
	(2)İlçe	49.65 ± 32.09			
	(3)Köy	54.76 ± 36.34			
Semptom Ölçeği	İl	51.38 ± 27.67	1.300	0.275	
	İlçe	55.32 ± 30.51			
	Köy	38.46 ± 24.19			
Bulantı ve kusma	(1)İl	46.86 ± 39.91	3.828	0.023*	2>1, 2>3
	(2)İlçe	51.77 ± 40.71			
	(3)Köy	9.52 ± 16.27			
İştah kaybı	(1)İl	49.69 ± 42.18	3.583	0.030*	2>1, 2>3
	(2)İlçe	52.01 ± 41.28			
	(3)Köy	9.52 ± 16.27			
Mali zorluklar	(1)İl	39.62 ± 27.00	4.229	0.016*	2>1, 3>1, 3>2
	(2)İlçe	52.01 ± 32.70			
	(3)Köy	66.67 ± 19.25			

*P<0.05

Hastaların sürekli ilaç kullanımı ile EORTC QLQ-C30 ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında, fiziksel fonksiyon (t=-2,645, P=0,009), uğraş fonksiyonu (t=-3,324, P=0,001), emosyonel fonksiyon (t=-2,471, P=0,014), semptom ölçeği (t=2,155, P=0,032), yorgunluk (t=2,779, P=0,006), ağrı (t=3,165, P=0,002), uykusuzluk (t=2,036, P=0,043), mali zorluklar (t=2,288, P=0,023) arasında istatistiksel anlamlı farklılık göstermiştir (P<0.05). Sürekli ilaç kullanmayan hastalarda fiziksel fonksiyon, uğraş fonksiyonu ve emosyonel fonksiyon boyutu; sürekli ilaç kullanan hastalarda ise semptom ölçeği boyutları puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 4.12).

Tablo 4.13 Hastaların Sürekli ilaç Kullanımı ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları		Ortalama±SS	t	p
Genel Sağlık Ölçeği	Var	48.47 ± 16.50	-1.821	0.070
	Yok	53.21 ± 19.47		
Fonksiyonel Ölçek	Var	50.57 ± 25.95	-1.901	0.059
	Yok	58.35 ± 30.57		
<i>Fiziksel Fonksiyon</i>	Var	48.85 ± 28.36	-2.645	0.009*
	Yok	60.48 ± 32.00		
<i>Uğraş Fonksiyonu</i>	Var	48.35 ± 29.15	-3.324	0.001*
	Yok	63.10 ± 31.46		
<i>Emosyonel Fonksiyon</i>	Var	34.86 ± 36.95	-2.471	0.014*
	Yok	48.81 ± 40.26		
Semptom Ölçeği	Var	56.96 ± 28.74	2.155	0.032*
	Yok	47.58 ± 30.59		
<i>Yorgunluk</i>	Var	66.92 ± 29.86	2.779	0.006*
	Yok	53.33 ± 34.60		
<i>Ağrı</i>	Var	64.25 ± 33.08	3.165	0.002*
	Yok	48.57 ± 34.14		
<i>Uykusuzluk</i>	Var	63.61 ± 37.77	2.036	0.043*
	Yok	51.90 ± 40.78		
<i>Mali zorluklar</i>	Var	52.93 ± 30.63	2.288	0.023*
	Yok	42.38 ± 32.06		

*P<0.05

Hastaların tıbbi tanıları ile EORTC QLQ-C30 ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında, sosyal fonksiyon (F=2,510, P=0,013), nefes darlığı (F=2,752, P=0,007), mali zorluklar (F=2,283, P=0,023) arasında istatistiksel anlamlı farklılık göstermiştir (P<0.05). Larenks kanseri olan hastalardan sosyal fonksiyon; pankreas kanseri olan hastalarda nefes darlığı ve meme kanseri olan hastalarda mali zorluklar boyutu puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 4.13).

Tablo 4.14 Hastaların Tıbbi Tanıları ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları		Ortalama±SS	F	p	Post-Hoc
Genel Sağlık Ölçeği	Meme Kanseri	47.08 ± 15.28	0.620	0.760	
	Akciğer Kanseri	51.70 ± 19.04			
	Kolon Kanseri	50.79 ± 16.22			
	Pankreas Kanseri	48.15 ± 19.44			
	Mide Kanseri	51.75 ± 24.78			
	Over-Serviks	46.87 ± 16.63			
	Larenks Kanseri	61.67 ± 11.18			
	Lenfoma-Lenf-Beyin-Hodgkin Lenfoma	51.96 ± 18.52			
	Böbrek-Rektum-Mesane-Prostat	50.00 ± 9.40			
Fonksiyonel Ölçek	Meme Kanseri	53.06 ± 28.03	1.855	0.069	
	Akciğer Kanseri	58.27 ± 25.46			
	Kolon Kanseri	54.39 ± 32.05			
	Pankreas Kanseri	36.30 ± 24.92			
	Mide Kanseri	35.67 ± 32.24			
	Over-Serviks	56.02 ± 25.50			
	Larenks Kanseri	58.67 ± 9.64			
	Lenfoma-Lenf-Beyin-Hodgkin Lenfoma	53.59 ± 29.63			
	Böbrek-Rektum-Mesane-Prostat	62.04 ± 21.51			
Sosyal Fonksiyon	(1)Meme Kanseri	62.50 ± 33.10	2.510	0.013*	7>1, 7>2, 7>3, 7>4, 7>5, 7>6, 7>8, 7>9, 2>1, 2>3, 2>4, 2>5, 2>6, 2>8, 2>9
	(2)Akciğer Kanseri	72.35 ± 32.98			
	(3)Kolon Kanseri	59.68 ± 42.97			
	(4)Pankreas Kanseri	40.74 ± 32.39			
	(5)Mide Kanseri	37.89 ± 31.67			
	(6)Over-Serviks	63.06 ± 33.99			
	(7)Larenks Kanseri	81.33 ± 25.56			
	(8) Lenfoma-Lenf-Beyin-Hodgkin Lenfoma	60.39 ± 37.30			
	(9)Böbrek-Rektum-Mesane-Prostat	69.44 ± 30.81			

Tablo 4.15 Hastaların Tıbbi Tanıları ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (Devamı)

Ölçek Alt Boyutları	Ortalama±SS	F	p	Post-Hoc	
Semptom Ölçeği	(1)Meme Kanseri	55.77 ± 29.05	0.772	0.628	
	(2)Akciğer Kanseri	50.00 ± 28.40			
	(3)Kolon Kanseri	52.75 ± 32.93			
	(4)Pankreas Kanseri	65.53 ± 28.09			
	(5)Mide Kanseri	63.97 ± 32.37			
	(6)Over-Serviks	52.99 ± 28.11			
	(7)Larenks Kanseri	59.49 ± 16.05			
	(8) Lenfoma-Lenf-Beyin-Hodgkin Lenfoma	48.27 ± 32.55			
	(9)Böbrek-Rektum-Mesane-Prostat	46.58 ± 32.69			
<i>Nefes darlığı</i>	(1)Meme Kanseri	34.17 ± 36.58	2.752	0.007*	4>1, 4>3, 4>6, 4>7, 4>8, 4>9, 5>6, 5>7, 5>8
	(2)Akciğer Kanseri	46.91 ± 40.19			
	(3)Kolon Kanseri	23.81 ± 35.19			
	(4)Pankreas Kanseri	51.85 ± 37.68			
	(5)Mide Kanseri	47.37 ± 47.55			
	(6)Over-Serviks	13.89 ± 32.48			
	(7)Larenks Kanseri	20.00 ± 44.72			
	(8) Lenfoma-Lenf-Beyin-Hodgkin Lenfoma	17.65 ± 35.59			
	(9)Böbrek-Rektum-Mesane-Prostat	33.33 ± 40.20			
<i>Mali zorluklar</i>	(1)Meme Kanseri	64.17 ± 27.62	2.283	0.023*	1>2, 1>3, 1>4, 1>5, 1>6, 1>8, 1>9, 7>2, 7>3, 7>4, 7>5
	(2)Akciğer Kanseri	46.30 ± 27.79			
	(3)Kolon Kanseri	47.62 ± 38.83			
	(4)Pankreas Kanseri	29.63 ± 30.93			
	(5)Mide Kanseri	36.84 ± 33.14			
	(6)Over-Serviks	51.39 ± 34.02			
	(7)Larenks Kanseri	60.00 ± 27.89			
	(8) Lenfoma-Lenf-Beyin-Hodgkin Lenfoma	49.02 ± 26.66			
	(9)Böbrek-Rektum-Mesane-Prostat	41.67 ± 32.18			

*P<0.05

Hastaların tıbbi tanı süreleri ile EORTC QLQ-C30 ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında, genel sağlık ölçeği (F=3,047, P=0,030), sosyal fonksiyon (F=1,765, P=0,028) arasında istatistiksel anlamlı farklılık göstermiştir (P<0.05).

Tıbbi tanı süresi bir yıldan az olan hastalarda genel sağlık ölçeği ve sosyal fonksiyon boyutu puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 4.14).

Tablo 4.16 Hastaların Tıbbi Tanı Süresi ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları		Ortalama±S	F	p	Post-
Genel Sağlık Ölçeği	(1)1 yıldan az	54.79 ± 16.25	3.047	0.030*	1>2,
	(2)1-3 yıl	48.44 ± 18.57			1>3,
	(3)3-4 yıl	47.00 ± 15.19			1>4,
	(4)4 yıl ve üzeri	44.57 ± 19.07			2>4
Fonksiyonel Ölçek	1 yıldan az	59.51 ± 27.69	2.619	0.052	
	1-3 yıl	52.28 ± 26.69			
	3-4 yıl	46.76 ± 26.57			
	4 yıl ve üzeri	44.06 ± 30.49			
<i>Sosyal Fonksiyon</i>	(1)1 yıldan az	69.22 ± 34.63	3.089	0.028*	1>2,
	(2)1-3 yıl	63.42 ± 33.93			1>3,
	(3)3-4 yıl	47.47 ± 33.24			1>4,
	(4)4 yıl ve üzeri	52.75 ± 39.44			2>3, 2>4
Semptom Ölçeği	1 yıldan az	47.49 ± 29.37	1.765	0.155	
	1-3 yıl	56.35 ± 28.77			
	3-4 yıl	59.38 ± 31.15			
	4 yıl ve üzeri	57.97 ± 30.56			

*P<0.05

Hastaların metastaz durumu ile EORTC QLQ-C30 ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında, Mali zorluklar (t=2,308, P=0,022) arasında istatistiksel anlamlı farklılık göstermiştir (P<0.05). Metastazı olan hastalarda mali zorluklar alt boyut puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 4.15).

Tablo 4.17 Hastaların Metastaz Durumu ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları		Ortalama±SS	t ist	p
Genel Sağlık Ölçeği	Var	48.08 ± 18.09	-1.497	0.136
	Yok	51.82 ± 17.24		
Fonksiyonel Ölçek	Var	52.53 ± 28.33	-0.347	0.729
	Yok	53.90 ± 27.50		
Semptom Ölçeği	Var	53.56 ± 30.32	-0.056	0.956
	Yok	53.80 ± 29.24		
<i>Mali zorluklar</i>	Var	54.95 ± 34.92	2.308	0.022*
	Yok	44.55 ± 27.57		

*P<0.05

Hastaların bakımında yardımcı olan birey varlığı ile EORTC QLQ-C30 ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında, fonksiyonel ölçek (t=2,134, P=0,034), uğraş fonksiyonu (t=3,769, P=0,004), sosyal fonksiyon (t=4,480, P=0,003), semptom ölçeği (t=-2,604, 0,034), yorgunluk (t=-2,585, 0,030), uykusuzluk (t=-3,037, P=0,015), diyare (t=-3,260, P=0,014) istatistiksel anlamlı farklılık göstermiştir (P<0.05). Bakımında yardımcı birey bulunan hastaların fonksiyonel ölçek, uğraş fonksiyonu ve sosyal fonksiyon boyutu puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bakımında yardımcı birey bulunmayan hastaların semptom ölçeği alt boyut puan ortalamaları, bakımında yardımcı birey bulunan hastalara göre daha yüksektir (Tablo 4.16).

Tablo 4.18 Hastaların Bakımında Yardımcı Olan Birey Varlığı ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları		Ortalama±SS	t ist.	p
Genel Sağlık Ölçeği	Evet	50.17 ± 17.87	0.200	0.842
	Hayır	48.81 ± 12.20		
Fonksiyonel Ölçek	Evet	54.07 ± 27.79	2.134	0.034*
	Hayır	31.43 ± 19.31		
<i>Uğraş Fonksiyonu</i>	Evet	54.12 ± 31.01	3.769	0.004*
	Hayır	35.71 ± 11.50		
<i>Sosyal Fonksiyon</i>	Evet	63.57 ± 35.12	4.480	0.003*
	Hayır	27.62 ± 20.16		

Tablo 4.19 Hastaların Bakımında Yardımcı Olan Birey Varlığı ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (Devamı)

Semptom Ölçeği	Evet	53.04 ± 29.81	-2.604	0.034*
	Hayır	71.79 ± 18.19		
<i>Yorgunluk</i>	Evet	61.68 ± 32.55	-2.585	0.030*
	Hayır	76.19 ± 13.50		
<i>Uykusuzluk</i>	Evet	58.76 ± 39.51	-3.037	0.015*
	Hayır	80.95 ± 17.82		
<i>Diyare</i>	Evet	47.25 ± 40.94	-3.260	0.014*
	Hayır	80.95 ± 26.23		

*P<0.05

Çalışmada hastaların medeni durumu, başka hastalık varlığı ile EORTC QLQ-C30 Ölçeği puan ortalamasına göre istatistiksel anlamlı farklılık göstermemiştir (P>0.05).

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışma, kemoterapi alan hastaların aktiflik ve yaşam kalitesi düzeyini belirlemek, ilişkili faktörleri incelemek, aktiflik düzeyi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yapılmış olup elde edilen bulgular bu bölümde literatür ışığında tartışılmıştır.

5.1. Hasta Aktiflik Düzeyi Bulgularına Ait Tartışma

Hasta aktifliği, hastalığın yönetiminde önemli bir rol oynamakta olup hasta aktifliğinin yüksek olması hastanın sağlık çıktılarını iyileştirmekte, daha iyi klinik sonuçlara katkı sağlamakta ve sağlık harcamalarını azaltmaktadır (Greene ve Hibbard, 2011; Hibbard vd., 2013; Hibbard ve Greene, 2013). Çalışmada katılımcıların aktiflik düzeyleri incelendiğinde %38.3'ünün düzey 4, yani en yüksek aktiflik düzeyinde oldukları tespit edilmiştir. Bununla birlikte katılımcıların %34.3'ünün düzey 1 seviyesinde yani en düşük aktiflik düzeyinde oldukları tespit edilmiştir. Kanu ve arkadaşlarının (2021) meme kanseri hastalarında yapmış olduğu çalışmada, katılımcıların yüksek düzeyde hasta aktifliğine sahip olduğu bulunmuştur. Akça ve arkadaşlarının (2018) hipertansiyon hastalarında yapmış olduğu çalışmada, hastaların aktiflik düzeylerinin genel olarak yüksek olduğu, %35'inin stres altındayken bile rutini koruma bölümünde yer aldıkları, hastaların çoğunluğunun 4. düzeyde aktiflik düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Greene ve Hibbard'ın (2011) Minnesota'da birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran 18 yaş üstü 25,047 hasta ile yaptıkları çalışmada hastaların %46'sının 4.düzye ve %7'sinin 1.düzye hasta aktifliğine sahip olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada, hastaların yarıya yakınının aktiflik düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur. Mevcut çalışmada, yaklaşık %40'nın aktiflik düzeyinin yüksek olması çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun tanı süresinin bir yıldan az süreli kanser tanısı alması ve metastazı olmaması ile ilişkili olabilir. Bununla birlikte elde edilen çalışma bulgusu, hasta aktifliği konusunda hastaların desteklenmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Çalışmada hastaların cinsiyeti ile aktiflik düzeyi arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir. Bu çalışma bulgusuna rağmen, Paukkonen ve arkadaşlarının 2021 yılında çoklu morbiditesi olan yetişkin hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, cinsiyetin hasta aktifliğini etkilediğini, kadın hastaların erkek hastalara göre daha aktif olduğu sonucuna ulaşmıştır. Aynı çalışmada, kadın hastaların erkek hastalara göre tıbbi kararlara katılımında daha güçlü bir tercihe sahip oldukları, sağlıkla ilgili bilgilerle daha fazla ilgilendikleri ve tedaviye karşı daha aktif bir tutum sergiledikleri tespit edilmiştir (Paukkonen vd., 2021). Başka bir çalışmada ise, erkek hastaların kadın hastalardan daha aktif olduğunu gösterilmiştir (Mazanec vd., 2016). Bu çalışmada diğer çalışmalarla kıyaslandığında, cinsiyet ile aktiflik düzeyi arasında ilişki tespit edilememesi, hastalığın özelliğinden ya da çalışma popülasyonunun farklılığından kaynaklanmış olabilir. Bununla birlikte, çalışma bulgusu ile literatürde yer alan bulgular incelendiğinde, hasta aktifliği ile cinsiyet arasındaki ilişkinin ortaya konulmasında daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Çalışmada hastaların yaşı ile aktiflik düzeyi arasında ilişki olduğu, 65 yaş altında olan hastaların aktiflik düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, Alduran'ın (2021), kadınlarda meme kanseri tarama davranışı ve hasta aktiflik düzeyini incelediği çalışmasında, 20-39 yaş aralığında olan katılımcıların aktiflik düzeyinin 40-69 yaş aralığında olan katılımcıların daha yüksek olduğunu bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada da, genç yaş hasta katılımcıların aktivite düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Hibbard vd., 2017). Bu çalışmada, 65 yaş altı kanser hastalarının, yaşlı bireylere göre aktiflik düzeyinin yüksek olduğuna dair elde edilen bulgu, beklenen bir durumdur. Kanser hastalığına ek olarak, yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan fonksiyonel azalmanın yaşlı bireylerde aktiflik düzeyini azaltabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada hastaların medeni durumu ile aktiflik düzeyi arasında ilişki olduğu, bekar hastaların aktiflik düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, Mazanec ve arkadaşlarının (2016) kolorektal kanser cerrahisi olan hastalarla yaptığı çalışmada da, hastaların medeni durumu ile aktivasyon durumu arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada, evli olmayanların, evli olanlara göre hasta aktiflik düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, medeni durum değişkeninin hasta aktiflik düzeyini anlamlı farklılığın olmadığına dair bulguların yer aldığı araştırmalara da rastlanmıştır. Örneğin, Radha'ın (2021) kanser hastalarının

hasta aktiflik düzeyleri ile hastalığı kabullenme durumu arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada, evli olan kanser hastalarının, hasta aktiflik düzeyi puan ortalaması bekar olan katılımcılara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Çiftçi Kırac ve arkadaşlarının (2022) yetişkin bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve hasta aktivasyonunun değerlendirildiği çalışmada da, evli olan hastaların bekar hastalara göre daha yüksek aktiflik düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada, bekar hastalarda aktiflik düzeyinin yüksek olması, bireyin kendi günlük yaşam aktivitelerini destek olmadan yapabilmesi, tedavi ve bakım sürecini tek başına yürütme çabası ile ilişkili olmuş olabilir.

Çalışmada hastaların eğitim durumu ile aktiflik düzeyi arasında ilişki olduğu, üniversite mezunu hastaların aktiflik düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Koşar ve arkadaşlarının (2015) kronik hastalıklarda hasta aktifliği çalışmada, bireylerin eğitim durumunun hasta aktiflik düzeyini etkileyen faktörler arasında olduğunu belirtmiştir. Akça ve arkadaşlarının (2018) hipertansiyon hastalarında hasta aktifliği ve tedaviye uyum düzeylerini incelediği çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olanların düşük olanlara göre daha aktif olduğunu tespit etmiştir. Bu ve benzer çalışmalar araştırma verilerimizle paralellik göstermektedir. Çalışma bulgusu, eğitim düzeyinin hastaların sağlıklarını yönetme konusunda aktifliğin önemini ortaya koyması açısından önemlidir.

Çalışmada hastaların mesleği ile aktiflik düzeyi arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir. Literatürde benzer çalışma bulgusu bulunmamaktadır. Bu çalışma bulgusu serbest meslek, memur gibi çalışan ya da emekli gibi çalışmayan hastalar arasında aktiflik düzeyinin farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır.

Çalışmada hastaların yaşadığı yer ile aktiflik düzeyi arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir. Greene ve arkadaşlarının (2012) yapmış olduğu hasta aktivasyonu ile sağlıkla ilgili sonuçlar arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada, yüksek geliri olan bölgede yaşayanların, düşük gelirli bölgede yaşayanlardan daha yüksek aktiflik düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, yüksek gelirli bölgelerde yaşayan hastaların sigara içme, obez olma veya acil servise başvurma olasılıkları önemli ölçüde daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Greene ve Hibbard, 2012). Yaşanılan yer, sağlık hizmetlerine erişim açısından önemli olabilir. Bu çalışmada elde edilen bulgu, Tekirdağ ili, ilçesi ve köylerinde yaşayan hemodiyaliz hastalarının benzer aktiflik düzeyine sahip olduğunu göstermektedir.

Çalışmada hastaların sürekli ilaç kullanım durumu ile aktiflik düzeyi arasında ilişki olduğu, sürekli ilaç kullanmayan hastaların aktiflik düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde benzer çalışma bulgusu bulunmamaktadır. Bu çalışma bulgusu, kanser hastalarının mevcut tedavi sürecindeki kullandığı ilaçlar ile hastalığa eşlik eden başka kronik hastalıklardan kaynaklı ilaç kullanım öyküsü olan bireylerde, aktifliğin düşük olduğunu da göstermektedir. Bu durum hastalardan ilaç uyumunun sağlanamamasından kaynaklanmış olabilir.

5.2. Yaşam Kalitesi Bulgularına Ait Tartışma

Çalışmada hastaların EORTC QLQ-30 ölçeğinde genel sağlığının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Hastaların fonksiyonel alt ölçek bölümünden en yüksek puanı sosyal fonksiyonundan, en düşük puanı da emosyonel fonksiyondan aldıkları saptanmıştır. Hastaların semptom alt ölçeği bölümünde ise en yoğun görülen üç semptom yorgunluk, ağrı ve uykusuzluk olarak belirlenmiştir. Özgün ve arkadaşlarının (2020) kanser ve yaşam kalitesi üzerine yapmış olduğu çalışmada, hastaların genel sağlık düzeyi puan ortalaması orta düzeyde saptanmış olup çalışmamızla benzerlik gösterdiği belirlenmiştir. Aynı çalışmada hastaların fonksiyonel ölçek bölümünden en yüksek puanı emosyonel fonksiyondan, en düşük puanı da uğraş fonksiyonundan aldıkları, en yoğun görülen üç semptomun ise yorgunluk, iştahsızlık, uykusuzluk olduğu tespit edilmiştir (Özgün vd., 2020). Çalışkan ve arkadaşlarının (2016) kanser hastalarında yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmada da, hastaların fonksiyonel sağlık durumları iyi düzeyde belirlenmiştir. Aynı çalışmada hastalar fonksiyonel ölçeklerden en yüksek puanı emosyonel fonksiyondan alırken en düşük puanı da uğraş fonksiyonundan almış olup, en yoğun görülen üç semptom yorgunluk, iştahsızlık, uykusuzluk olarak saptanmıştır (Çalışkan vd., 2016). Kutlutürkan (2019) 65 yaş üstü kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada, yaşlı hastaların genel sağlık düzeyi puan ortalaması düşük bulunurken fonksiyonel alt ölçek bölümünden en yüksek puanı bilişsel fonksiyon ve emosyonel fonksiyondan aldığı tespit edilmiştir. Ekinci ve Düger'in (2018) çalışmasında, hastaların belirli semptomlarla hastane yatışlarının olduğunu ve yaşam kalitesinin bu semptomların yönetilememesi nedeniyle azaldığı saptanmıştır. Çalışmamızda hastalarda en yoğun görülen yorgunluk, ağrı ve uykusuzluk semptomlarının daha fazla görülmesi, kemoterapinin yan etkisi olarak düşünülmektedir. Bununla birlikte

çalışmada, hastaların sosyal fonksiyon alanının yüksek olması, sosyal destek açısından olumlu olarak değerlendirilmektedir. Ancak çalışmada, emosyonel olarak hastaların desteklenmeye ihtiyaç duyduğu görülmektedir. Kanser tanısının oluşturduğu endişe ile birlikte tedavi sürecinin uzun süreli olmasının, hastalarda emosyonel alanda düşüklüğe yol açtığı düşünülmektedir.

Hastaların cinsiyeti ile yaşam kalitesi karşılaştırıldığında, erkek hastalarda fonksiyonel ölçek ve sosyal fonksiyon boyutunun; kadın hastalarda semptom ölçeği, yorgunluk, bulantı ve kusma, konstipasyon ve mali zorluklar boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Özgün ve arkadaşlarının (2020) onkoloji hastalarında yaşam kalitesi üzerine yapmış olduğu çalışmada, kadınlar erkeklere göre fonksiyonel ve fiziksel ölçek puanlarının düşük olduğu, yorgunluk ve bulantı kusma boyutunun yüksek olduğu bulunmuştur. Pilz ve arkadaşlarının (2022) İtalya’da yaptıkları yaşam kalitesi çalışmasında, erkeklerde kadınlara göre daha yüksek düzeyde işlevsellik ve daha düşük semptom yükü tespit edilmiştir. Benzer şekilde Altıparmak ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, yaşam kalitesinin alt boyutlarından fiziksel fonksiyon, rol fonksiyonu, emosyonel fonksiyon, kognitif fonksiyon ve sosyal fonksiyon puanlarının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada, erkeklerde fonksiyonel ve sosyal alanlarda düşüklüğün tespit edilmesi, hastalığa bağlı iş/meslek alanında kayıpların meydana gelmesinden kaynaklanabilir. Kadınlarda da, semptomların yüksek olması kemoterapi tedavisinin hormonal dengeyi bozması ile ilişkili olabilir.

Çalışmada hastaların yaşı ile yaşam kalitesi karşılaştırıldığında fonksiyonel ölçek, fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, semptom ölçeği, uykusuzluk, mali zorluklar arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir. Güngörmüş ve arkadaşlarının (2014) kanserli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğünü, 50-80 yaş aralığında olan hastalarda fiziksel işlev puanının 19-49 yaş aralığındaki hastalara göre daha düşük olduğunu tespit edilmiştir. Subaşı'nın (2010) kanserli hastalar ile yapmış olduğu çalışmada, 51-65 yaş arasındaki hastaların fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, mental sağlık, yorgunluk, ağrı ve genel sağlık puanlarının diğer yaş gruplarına göre düşük olduğu saptanmıştır. Güngörmüş ve arkadaşlarının (2014) aynı çalışmasında, fiziksel fonksiyon ve enerji alt boyut ortalamaları anlamlı derecede farklı bulunmuştur. Yaş arttıkça fonksiyonel kapasitenin azalmasına, ek

kronik hastalıkların artış göstermesi, bağımlılık düzeylerinin artması gibi nedenlerle bağlı yaşam kalitesinde azalma görülebilmektedir.

Çalışmada hastaların eğitim durumu ile yaşam kalitesi karşılaştırıldığında, üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip hastalarda genel sağlık ölçeği, fonksiyonel ölçek, fiziksel fonksiyon ve uğraş fonksiyonu boyutu; lise mezunu hastalarda nefes darlığı boyutu; ortaokul mezunu hastalarda konstipasyon boyutu ve okuryazar olan hastalarda mali zorluklar boyutunun puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Özkan ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında, eğitim düzeyinin fonksiyonel yaşam kalitesini etkilediği, kemoterapi alan hastalarda fonksiyonel yaşam kalitesinin orta düzeyden daha iyi olduğu belirlenmiştir. Gelin ve Ulus'un (2015) kemoterapi alan hastalar üzerinde yapmış olduğu çalışmasında, eğitim düzeyi yükseldikçe tüm alanlarda yaşam kalitesi puanlarının da yükseldiği belirtilmiştir. Güngörmüş ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında da, üniversite mezunlarında yaşam kalitesi alt boyut puanları yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada eğitim seviyesi arttıkça bireyin sağlığını koruma ve geliştirme davranışlarının yüksek olabileceği vurgulanmaktadır. Bu çalışmada, elde edilen bulgu literatür ile benzerlik göstermektedir. Eğitim düzeyinin yüksek olması, hastaların hastalıkları ile başedebilme yeteneğini artırarak bağımsızlık düzeyini artırabilir ve bu durum yaşam kalitesini olumlu etkileyebilir.

Çalışmada hastaların mesleği ile yaşam kalitesi karşılaştırıldığında, memur olan hastalarda genel sağlık ölçeği, fonksiyonel ölçek, fiziksel ölçek, uğraş fonksiyonu, kognitif fonksiyon, sosyal fonksiyon boyutu; ev hanımı olan hastalarda semptom ölçeği ve mali zorluklar boyutu puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Kızılcı ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında hastaların mesleklerinin yaşam kalitelerini etkiledikleri, ev hanımlarının yaşam kalitesi diğer meslek gruplarına göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Köktürk Dalcalı ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında da, hastaların yaşam kalitesi ölçeğinde fonksiyon skoru meslek gruplarından etkilendiği, bu farklılığın çoğunluğun ev hanımı olmasından kaynaklandığı belirtilmiştir. Çalışmada, özellikle ev hanımlarında semptom ölçeğinin düşük olması, erkeklere göre evdeki sorumlulukların daha fazla olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada hastaların yaşadığı yer ile yaşam kalitesi karşılaştırıldığında, ilde yaşayan hastalarda fiziksel fonksiyon ve uğraş fonksiyonu boyutu; ilçede yaşayan hastalarda bulantı kusma, iştah kaybı ve mali zorluklar boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Akman (2016) çalışmasında ilde yaşayan hastalarda fiziksel ve

rol fonksiyon puanları daha yüksek bulunurken yorgunluk puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Güngörmüş ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ilde yaşayan hastaların işlev, genel sağlık ve mental sağlık puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada, elde edilen bulgu literatür ile benzerlik göstermektedir. İlde yaşayan hastaların sağlık kurumlarına erişimin daha rahat olması, eğitim olanaklarından daha fazla yararlanılması, hayat standartlarının daha fazla yükselmesine neden olduğu düşünülerek yaşam kalitesinin artmasına neden olabilir.

Çalışmada hastaların sürekli ilaç kullanımı durumu ile yaşam kalitesi karşılaştırıldığında, sürekli ilaç kullanmayan hastalarda fiziksel fonksiyon, uğraş fonksiyonu ve emosyonel fonksiyon boyutu; sürekli ilaç kullanan hastalarda ise semptom ölçeği boyutları puan ortalaması daha yüksektir. Önsüz ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında ilaç kullanan hastaların genel sağlık durumu fiziksel, rol, bilişsel, sosyal fonksiyon ölçek puan ortalamalarının ilaç kullanmayan hastalara göre daha düşük olduğu ve daha fazla yorgunluk, ağrı, uykusuzluk ve ekonomik güçlükler yaşadığı tespit edilmiştir. Çalışma bulgularından yola çıkarak hastaların sürekli kullandığı ilaçların kemoterapinin yan etkilerine bağlı olarak mı yada kronik hastalık varlığından mı kullanılan ilaçlar olup olmadığı araştırılmalı ona göre semptom değerlendirilmesi yapıp kanıta dayalı uygulamalar ile desteklenerek farmakolojik tedavi yöntemlerine yönlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmada hastaların tanısı ile yaşam kalitesi karşılaştırıldığında, larenks kanseri olan hastalardan sosyal fonksiyon; pankreas kanseri olan hastalarda nefes darlığı ve meme kanseri olan hastalarda mali zorluklar boyutu puan ortalaması daha yüksektir. Özgün ve arkadaşlarının (2020) onkoloji hastalarının kanser türlerine göre yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışma da, genel sağlık ölçeği puanları prostat kanseri hastalarının baş- boyun kanseri, meme ve akciğer kanseri dahil olmak üzere diğer kanser türleri olan hastalara kıyasla daha yüksek puan aldıkları belirlenerek anlamlılık tespit edilmiştir. Çalışmada en düşük puanları akciğer kanserli ve baş boyun kanseri olan hastalar almıştır. Çalışma bulgusu, akciğer ve baş boyun kanserinin prognozundan kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada hastaların tıbbi tanı süresi ile yaşam kalitesi karşılaştırıldığında, tıbbi tanı süresi bir yıldan az olan hastalarda genel sağlık ölçeği ve sosyal fonksiyon boyutu puan ortalaması daha yüksektir. Kızılcı ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında tanı sonrası ilk 6 ayda kanser hastalarının yaşam kalitesinin düştüğü tespit edilmiştir.

Kılıçkap (2009) çalışmasında da kanser tanısı alan ilk 1 yıl içindeki hastaların genel yaşam kalitesi skoru, 1 yıl ve sonrasına oranla daha düşük seyretmiş ve hastalarda tanı aldıktan 3 yıl sonra bu skorun aynı kaldığı gözlemlenmiştir. Bu çalışmada elde edilen bulgu hastaların kanser ve tedavisinden dolayı tanı aldıkları ilk dönemde hasta bireylerin aile ve sosyal yaşamının etkilenmesiyle birlikte, genel sağlık durumlarının bozulmasına bağlı olarak sosyal etkileşimde bulunma, sosyal destek alma olanaklarının zorlaşmasına; dolayısıyla yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmesine neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada hastalarda metastaz varlığı ile yaşam kalitesi karşılaştırıldığında, metastazı olan hastalarda mali zorluklar alt boyut puan ortalaması daha yüksektir. Köktürk Dalcalı ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında, hastaların yaşam kalitesinin genel sağlık ölçeği alt boyutu ile metastaz varlığı arasında anlamlı bir farklılık elde edildiği, metastazı olan hastalarda genel sağlık durumunun olumsuz yönde etkilendiği tespit edilmiştir. Özgün ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında da, metastazı olan hastaların yaşam kalitesi ve genel sağlık durumu puanının düştüğü sonucuna ulaşılmıştır. Demir Göl ve arkadaşlarının (2017) kemoterapi alan hastalar ile yapmış olduğu çalışmada, kanserin metastaz yapması hastalıkla ilgili semptomları artıracığından ve bireyin hastalığı yönetimi konusunda zorluk yaşayacağından yaşam kalitesini olumsuz etkilediği vurgusu yapılmıştır. Bu çalışmada elde edilen bulgu, hastaların metastaz nedeniyle sık hastane başvurularının artmasına, dolayısıyla sağlık harcamalarının fazla olmasına bağlı olmuş olabilir.

Çalışmada hastaların bakımına yardımcı birey varlığı ile yaşam kalitesi karşılaştırıldığında, bakımında yardımcı birey bulunan hastaların fonksiyonel ölçek, uğraş fonksiyonu ve sosyal fonksiyon boyutu puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bakımında yardımcı birey bulunmayan hastaların semptom ölçeği alt boyut puan ortalamaları, bakımında yardımcı birey bulunan hastalara göre daha yüksektir. Literatürde benzer çalışma bulgusu bulunmamaktadır. Çalışma bulgusu, hastaların bağımsızlıklarının desteklenerek bakımına yardımcı olunmasının önemini ortaya koyması açısından önemli bir bulgudur. Bu bulgu, hastaların günlük yaşam aktivitelerinin bakım vericiler tarafından sağlanmasıyla, hastanın daha az efor harcamasından kaynaklanmış olabilir.

5.2. Hastaların Aktiflik Düzeyi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Hasta aktifliği yüksek olan hastaların kendi tedavilerinde rol alma, süreçleri izleme, önerilen bakımı sağlama ve daha iyi sağlık çıktılarına sahip olmaları beklenir (Hibbard ve Greene, 2013). Bu durum hastaların yaşam kalitesini olumlu etkileyebilir . Çalışmada hastaların aktiflik düzeyi arttıkça genel iyilik halinin, fiziksel ve uğraş fonksiyonunun arttığı, bireyin yaşam kalitesini etkileyen spesifik semptomlardan mali zorluk çektikleri elde edilmiştir. Literatürde benzer çalışma bulgusu bulunmamaktadır. Bu nedenle aktiflik düzeyi ile sağlık çıktılarının karşılaştırıldığı çalışma bulguları irdelenmiştir. Örneğin, Hibbard ve arkadaşlarının (2017), 500 kanser hastası ile yaptıkları çalışmada, aktiflik düzeyi yüksek olan hastaların tedavi planına 9 kat daha fazla uyum sağladıkları, tedaviden kaynaklı yan etkilerle başa çıkma olasılığı 4.5 kat olduğu, tanı konduktan sonra daha sağlıklı bir diyet başlamanın ise neredeyse 3.3 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, aktiflik düzeyi düşük olan hastalarda bu oranların da düşük olduğu belirlenmiştir (Hibbard vd., 2017). Kanser hastalarının sağlık bakım hizmetlerinden yararlanma ve öz bakımlarını yönetme konusunda aktif olması sağlanırsa hastaların semptom yükü azaltılabilir ve yaşam kalitesinin artırılması sağlanabilir (Ekstedt vd., 2019).

Bilindiği gibi kanser hastalığı pek çok semptom yükünü içinde barındıran, iyileşme süreci uzun olan, bakım ve tedavisi sadece hastane sınırlarında değil de hastanın taburculuğunda da uygun bakımının yapılması gerektiği zor bir hastalıktır (Ekinci ve Düger, 2018). Kemoterapinin yan etkilerine bağlı bulantı kusma, yorgunluk, ağrı gibi ortaya çıkan semptomların hemşirelik yönetiminde önemli bir yeri vardır (Gelin ve Ulus, 2015). Hemşireler hasta ile birlikte bu semptomları izleyerek tedavi ve yönetim süreçlerinde hasta ve ailesine destek olması ile aktiflik düzeyini artırması, yaşam kalitesinin de yükseltilmesine katkı sağlayabilir sağlanabilir. Bu çalışma bulgusunda da görüldüğü gibi, kanser hastalarının kendi hastalıklarını yönetme konusunda aktif olmaları, tedavi ve rejimleri hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olmaları ve bilgiye erişim konusunda çekimser olmamaları, yaşam kalitesinin birçok alanını olumlu destekleyecektir. Bununla birlikte çalışmada, sağlıklarını yönetme konusunda aktif olan hastaların ekonomik sıkıntı yaşayabileceği ortaya konulmuştur.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuç

Kemoterapi alan hastaların aktiflik ve yaşam kalitesi düzeyini belirlemek, aktiflik düzeyi ile yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

- Hastaların %34.3'ünün düzey 1 ve %38.3'ünün düzey 4 seviyesinde aktifliğe sahip olduğu,
- Hastaların, yaşam kalitesinin genel sağlık boyutunun orta düzeyde olduğu; sosyal fonksiyon boyutunu en yüksek iken, emosyonel fonksiyon boyutunun en düşük olduğu,
- Hastaların aktiflik düzeyi arttıkça genel iyilik halinin, fiziksel ve uğraş fonksiyonunun da arttığı, bununla birlikte mali zorluk düzeylerinin de artış gösterdiği,
- Hastaların yaş, medeni durum, eğitim durumu, sürekli ilaç kullanımı, metastaz varlığı ve başka kronik hastalık varlığı gibi değişkenlerin aktiflik düzeyini etkilediği,
- Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, yaşadığı yer, sürekli ilaç kullanımı, tanı türü, tanı süresi, metastaz varlığı ve bakımında yardımcı birey varlığı gibi değişkenlerin yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda:

- Kanser tanısı aldıkları günden itibaren hastaların bütüncül olarak değerlendirilmesi, hasta ve ailenin tedavi ve bakım süresine dahil edilmesi, hastanın kendi bakımında aktif rol almasının desteklenmesi,
- Hastalara ve ailelerine hastalığı yönetme konusunda eğitim ve danışmanlık hizmetinin sağlanması,
- Her kemoterapi tedavisi sürecinde hastaların hastalığı yönetme becerilerinin değerlendirilmesi ve kendi bakımını üstlenmesi konusunda teşvik edilmesi,

- Özellikle hastalığını yönetme konusunda aktif olan hastalar başta olmak üzere tüm kanser hastalarının mali zorluklar yönünden değerlendirilmesi ve gerekli destek kaynakları açısından hastaların yönlendirilmesi,
- Hasta aktifliğini ve yaşam kalitesinin alt boyutlarını olumsuz etkileyen nedenlerin araştırılması,
- Daha büyük örnekleme sahip, çok merkezli araştırmaların yapılması ve verilerin birleştirilerek ulusal veri tabanı oluşturulması önerilmektedir.



KAYNAKÇA

- Altıparmak, S., Fadiloğlu, Ç., Gürsoy, Ş.T., Altıparmak, O. (2011). Kemoterapi Tedavisi Alan Akciğer Kanserli Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. *Ege Tıp Dergisi*, 50 (2): 95-102.
- Akça, N., Sönmez, S., Öke, P., Saygılı, M. (2018). Hipertansiyon Hastalarında Hasta Aktifliği ve Tedaviye Uyum Düzeylerinin Değerlendirilmesi. 2. *Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi*, 1768-1778.
- Akman, G. (2016). *Kolorektal Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
- Alduran, Ö. (2021). *Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Davranışı ve Hasta Aktiflik Düzeyi* (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Arslan, D., Tatlı, A. M., Üyetürk, Ü. (2013). Kansere Bağlı Ağrı ve Tedavisi. *Abant Tıp Dergisi*, 2 (3): 256-260. doi: 10.5505/abantmedj.2013.85856.
- Arslan, M., Özdemir, L. (2015). Kemoterapiye Bağlı Gelişen Bulantı-Kusmanın Yönetiminde Kullanılan Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri. *Türk Onkoloji Dergisi*. <https://doi.org/10.5505/tjoncol.2015.1204>.
- Arslan, S. (2016). Kansere Bağlı Yorgunluk. PDF 15.03.2022 tarihinde https://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/472/1762016127828_Bolum_27_Yorgunluk.pdf adresinden erişildi.
- Bahar, A., Ovayolu, Ö., Ovayolu, N. (2019). Onkoloji Hastalarında Sık Karşılaşılan Semptomlar ve Hemşirelik Yönetimi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1): 42-58.
- Başer, N., Öz F. (2003). Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Ve Yaşam Kalitesi. *Cumhuriyet Üniversitesi HYO Dergisi*, 7(1): 47-58.
- Baykara, O. (2016). Kansere Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3): 154-65.
- Bernat, J. K., Coa, K., Blanch-Hartigan, D. (2016). Cancer Survivors As Activated Patients: Exploring The Relationship Between Cancer History and Patient Activation. *Journal Of Psychosocial Oncology*, 35(2): 239–247.

- Burckhardt, C. S., Anderson, K. L. (2003). The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, Validity, and Utilization. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1: 60. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-60>.
- Brown, T.M., Cruickshank, S., & Noblet, M. (2021). Specialist Breast Care Nurses For Support of Women with Breast Cancer. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2, CD005634.
- Cankurtaran, E. S., Ozalp, E., Soygur, H., Ozer, S., Akbiyik, D. I., & Bottomley, A. (2008). Understanding the Reliability and Validity of the EORTC QLQ-C30 in Turkish Cancer Patients. *European Journal of Cancer Care*, 17(1): 98–104. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2007.00827.x>
- Chu, E., Sartorelli, A. C. (2014). *Kanser Kemoterapisi*. Temel ve Klinik Farmakoloji Kitabı, 12. Baskı, 949-975.
- Colombani, F., Sibé, M., Kret, M., Quintard, B., Ravaud, A., & Saillour-Glénisson, F. (2019). EPOCK Study Protocol: A Mixed-Methods Research Program Evaluating Cancer Care Coordination Nursing Occupations in France As A Complex Intervention. *BMC Health Services Research*, 19(1): 483.
- Cortese M. (2020). Cancer. In: Harding MM, Kwong J, Roberts D, Hagler D, Reinisch C (eds). *Lewis's Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems*, 11th ed. Canada, Elsevier, 2020: 957-1069.
- Çalışkan, T., Duran, S., Karadaş, A., Tekir, Ö. (2016). Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17 (1): 27-36.
- Çelik, G. H. T. (2016). Onkoloji Hemşireliğinde Semptom Yönetimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4): 93-100.
- Çınar, S. (2009)., Kanserli hastalarda yorgunluk. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 17(1): 61-68.
- Çiftçi Kırac, F., Ertaş, H. (2022). Evaluation of Healthy Lifestyle Behaviors and Patient Activation in Adult Individuals: A Cross-Sectional Research. *Türkiye Klinikleri Journal Of Health Sciences*, 7(1): 253–261.
- Deen, D., Lu, W., Rothstein, D., Santana, L. Gold, M. (2011). Asking Questions: The Effect of a Brief Intervention in Community Health Centers on Patient Activation. *Patient Education And Counseling*, 84: 257–260.

- Demir Göl, N., Hacıhasanoğlu, Aşlar, R. (2017). Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1): 29-39.
- Ding, B., Liu, W., Tsai, S. B., Gu, D., Bian, F., Shao, X. (2019). Effect Of Patient Participation on Nurse and Patient Outcomes in Inpatient *Healthcare. International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 16(8): 1344. <https://doi.org/10.3390/Ijerph16081344>
- Dolu Kubilay, E., Ergüney, S. (2020). Kemoterapi Tedavisi Alan Hastalarda Progresif Gevşeme Egzersizleri ve Yönlendirilmiş İmgelem Lamasının Kemoterapi Semptomları Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1): 67-76.
- Ekinci, Y., Düger, T. (2018). Kanser Hastalarında Kavrama Kuvveti ve Quadriceps Kas Kuvveti ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *Türk Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon Dergisi (Online)*, 29(1): 27 - 32. doi: 10.21653/Tjpr.416623
- Ekstedt, M., Schildmeijer, K., Wennerberg, C., Nilsson, L., Wannheden, C., Hellström, A. (2019). Enhanced Patient Activation in Cancer Care Transitions: Protocol For a Randomized Controlled Trial Of A Tailored Electronic Health İntervention For Men With Prostate Cancer. *Jmir Research Protocols*, 8(3): E1162.
- Erdoğan Yüce, G., Muz, G. (2020). Kanser Hastalarında Görülen Bulantı ve Kusma Semptomlarının Yönetimi. *Nevşehir Bilim Ve Teknoloji Dergisi*, 9 (2): 116-124. doi: 10.17100/Nevbiltek.697291
- Eren, H., İskender, M. D. (2019). Kemoterapi Alan Mide Kanserli Bir Vakanın Roy Adaptasyon Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakımı. *Selçuk Tıp Dergisi*, 1(35): 58–62. <https://doi.org/10.30733/Std.2019.01049>
- Erskine, N. A., Gandek, B., Waring, M. E., Kinney, R. L., Lessard, D. M., Devereaux, R. S., Chrysanthopoulou, S. A., Kiefe, C. I., Goldberg, R. J. (2018). Survivors of an Acute Coronary Syndrome with Lower Patient Activation are More Likely to Experience Declines in Health-Related Quality of Life. *The Journal Of Cardiovascular Nursing*, 33(2): 168–178.
- Ertem, G. (2008). Kanser Hastalarında Beslenme ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Dirim Tıp Gazetesi*, 83: 56-63.

- Eskimez, Z., Köse Tosunöz, P., Öztunç, G., Yeşil Demirci, P., Paydaş, S., Kumaş, G. (2020). Kemoterapi Alan Meme Kanserli Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 30(1): 21-30.
- Gelin D., Ulus B. (2015). Hastanede Kemoterapi Alan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1): 31-35.
- Genç, A., Oğuz, S. (2018). Kanserli Hastalarda Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Kemoterapinin Yan Etkileri Üzerine Etkisi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5: 517-524. doi: 10.38079/İgusabder.430828
- Gürcan, M., Atay Turan, S. (2019). Kanser Tedavisi Alan Çocuklarda Bulantı-Kusmaya Yönelik Semptom Yönetimi: Kanıt Temelli Uygulamalar . *Güncel Pediatri*, 17(1): 170-182.
- Graffigna, G., Barello, S., Bonanomi, A. (2017). The Role of Patient Health Engagement Model (Phe-Model) in Affecting Patient Activation and Medication Adherence: A Structural Equation Model. *Plos One*, 12(6): E0179865. <https://doi.org/10.1371/Journal.Pone.0179865>
- Graffigna, G., Barello, S., Bonanomi, A. et Al. (2015). Measuring Patient Activation in Italy: Translation, Adaptation and Validation of the Italian Version of the Patient Activation Measure 13 (Pam13-I). *Bmc Med Inform Decis Mak*, 15: 109.
- Greene, J., Hibbard, J. H. (2011). Why Does Patient Activation Matter? An Examination of the Relationships Between Patient Activation and Health-Related Outcomes. *Journal Of General Internal Medicine*, 27(5): 520–526. <https://doi.org/10.1007/S11606-011-1931-2>
- Greene, J., Hibbard Jh. (2012). Why is Patient Activation Important? Examining the Relationships Between Patient Activation and Health-Related Outcomes. *J Gen Stajyer Med*. 27(5): 520–526.
- Greenstock And Ahmad. (2018). Using the Patient Activation Measure in Dudley. Icf / The Strategy Unit.
- Güngörmüş, Z., Erdem, BÖ. (2014). Kanserli Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Oral Mukozit. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1):24-30.
- Hendriks, M., Rademakers J. (2014). Relationships Between Patient Activation, Disease-Specific Knowledge and Health Outcomes Among People With

- Diabetes; A Survey Study. *Bmc Health Serv Res.* 14: 393. doi:10. 1186/1472-6963-14-393
- Hibbard, J. H., Stockard, J., Mahoney, E. R., Tusler, M. (2004). Development of The Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers. *Health Services Research.* 39(4p1): 1005-1026.
- Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stockard, J., & Tusler, M. (2005). Development And Testing Of A Short Form Of The Patient Activation Measure. *Health services research,* 40(6): 1918–1930. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00438.x>
- Hibbard, J. H., Cunningham, P. J. (2008). How Engaged Are Consumers In Their Health And Health Care, And Why Does It Matter?. *Research brief,* (8): 1–9.
- Hibbard, J., Gilbert, H. (2013). Supporting People To Manage Their Health: An Introduction To Patient Activation. London: Kings Fund. Available At: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/supporting-people-manage-health-patient-activation-may14.pdf
- Hibbard, J.H., Greene, J. (2013). What the Evidence Shows about Patient Activation: Better Health Outcomes and Care Experiences; Fewer Data on Costs. *Health Affairs,* 32: 207-214. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1061>
- Hibbard, J. H., Mahoney, E., Sonet, E. (2017). Does Patient Activation Level Affect The Cancer Patient Journey? *Patient Education And Counseling,* 100(7): 1276–1279. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.03.019>
- Jacob, J., Palat, G., Verghese, N., Chandran, P., Rapelli, V., Kumari, S., Malhotra, C., Teo, I., Finkelstein, E., & Ozdemir, S. (2019). Health-Related Quality Of Life And Its Socio-Economic And Cultural Predictors Among Advanced Cancer Patients: Evidence From The APPROACH Cross-Sectional Survey in Hyderabad-India. *BMC Palliative Care,* 18(1).
- Jacobsen, P., Davis, K., Cella, D. (2002). Assessing Quality of Life in Research And Clinical Practice. *Oncology,* 16: 133–9.
- Kanu, C., Brown, C. M., Rascati, K., Moczygemba, L. R., Mackert, M., Wilfong, L. (2021). Are Health Literacy and Patient Activation Related to Health Outcomes in Breast Cancer Patients. *Hlpr: Health Literacy Research And Practice,* 5(3). <https://doi.org/10.3928/24748307-20210524-02>

- Karadağ, E. (2018). Yaşlı Kanser Hastalarında Yorgunluk. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(4): 328-333.
- Karakaş, Uğurlu, G., Uğurlu, M., Akıncı, M. B., Gaygusuz, D. I., Erol, S., Koç Apaydın, Z., Turan, G., Peker, O., Doğan, E. T., Norçin Demirdağ, H. S., Mutlu Haydanlı, A., Çayköylü, A. (2021). Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesinin İyileştirilmesi ve Uyku Bozukluklarının Tedavisinde Uyku Hijyeni ve Psikopatolojinin Yeri: Bir Yol Analizi Çalışması. *Genel Tıp Dergisi* , 31 (4): 344-348. doi: 10.54005/GenelTıp.1036518
- Kenar, G. (2013). *Yeni Tanı Kanser Hastalarında Anemi Parametrelerinin Değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Kılıçkap, S. (2009). *Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi İle Hastalığın Klinikopatolojik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Kızılcı, S. (1999). Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar Ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(2): 18-26.
- Koçubaba, Ş., Tekgündüz, E. (2019). Hematopoetik Kök Hücre Nakli. Can, G. (Editör). *Onkoloji Hemşireliği*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 223-230.
- Koşar, C. (2015). *Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı'nın (Patient Activation Measure) Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması* (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Koşar, C., Beser. D B. (2015). Kronik Hastalarda Da Hasta Aktifliği: Kavram Analizi. *Deuhfed*, 45-51.
- Köktürk Dalcalı, B., Durgun, H., Can, Ş. (2021). Onkoloji Biriminde Tedavi Alan Hastaların Manevi İyi Oluşları ve Yaşam Kaliteleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 9(2): 536-553. Doi: 10.33715/İnonusaglik.812182
- Kumar, M. S., Adki, K. M. (2018). Marine Natural Products for Multi-Targeted Cancer Treatment: A Future Insight. *Biomedicine And Pharmacotherapy*, Vol. 105: 233–245. <https://doi.org/10.1016/J.Biopha.2018.05.142>

- Kutlutürkan S., Urvaylıgölu Ae. (2021). Onkolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı. In: Olgun N, Çelik S. Tüm Yönleriyle İç Hastalıkları Hemşireliği. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti, 447-489.
- Kutlutürkan, S., Öztürk, E.S., Erdoğan, S.B., İyimaya, Ö., Bay, F., Gül, F. (2019). Yaşlı Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesinin ve Semptomların Değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi*, 26(4): 418-426.
- Leppert, W., Gottwald, L., Forycka, M. (2015). Clinical Practice Recommendations For Quality of Life Assessment in Patients with Gynecological Cancer. *Prz Menopausalny*. 14:271.
- Lewandowska, A., Rudzki, G., Lewandowski, T., Próchnicki, M., Rudzki, S., Laskowska, B., Brudniak, J. (2020). Quality of Life of Cancer Patients Treated with Chemotherapy. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 17(19): 6938.
- Li, X., Jiang, T., Sun, J., Shi, L., Liu, J. (2021). The Relationship Between Occupational Stress, Job Burnout And Quality of Life Among Surgical Nurses In Xinjiang, China. *Bmc Nursing*, 20(1).
- Mazanec, S. R., Sattar, A., Delaney, C. P., Daly, B. J. (2016). Activation for Health Management in Colorectal Cancer Survivors and Their Family Caregivers. *Western Journal Of Nursing Research*, 38(3): 325–344.
- Menekli, T., Doğan, F., Elkıran, E. (2020). Kanserli Hastalarda Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 467–474.
- Monas, L., Toren, O., Uziely, B., Chinitz, D. (2017). Oncology Nurse Coordinator: Role Perceptions of Staff Members and Nurse Coordinators. *Isr J Health Policy Res*, 6(1): 66. <https://doi.org/10.1186/S13584-017-0186-8>
- Muhsiroğlu, O. (2017). Medical Nutrition Treatment in Cancer Patients. *Gülhane Tıp Dergisi*, 59(4): 79.
- Musarezaie, A., Ghasemi, T. M., Esfahani, H. (2012). Investigation The Quality of Life and Its Relation With Clinical and Demographic Characteristics in Women With Breast Cancer Under Chemotherapy. *International Journal Of Preventive Medicine*, 3(12):853.
- National Cancer Institute. Types of Cancer Treatment. (2022). <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types>. Erişim Tarihi: 15.03.2022

- Nayak, Mg., George, A., Vidyasagar, M., Mathew, S., Nayak, S., Nayak, Bs., Et Al. (2015). Symptoms of Cancer Patients and Barriers to Symptom Management. *Indian J Palliat Care*, 21:349–354.
- NHS England (2018). Module 1: Pam: İmplementation - Quick Guide. Available At: <https://www.england.nhs.uk/wpcontent/uploads/2018/04/patient-activation-measure-quick-guide.pdf>
- Ozan, Z. T., Ataseven, H., (2018). Uyku Bozuklukları ve Gastrointestinal Sistem. *Bozok Medical Journal*, 8:26-33.
- Önsüz, Ü., Can, G. (2020). Taksan Bazlı Tedavi İle İlişkili Periferal Nöropatinin Yönetiminde Girişim Uygulayan ve Uygulamayan Hastaların Yaşam Kalitesi. *İzmir Demokrasi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2): 114-134 .
- Özdelikara, A., Arslan, B. (2017). Kemoterapiye Bağlı Bulantı-Kusma Yönetiminde Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemlerinin Kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4): 218-223.
- Özdemir, Ü., Taşçı, S., (2017). Yorgunluk Yaşayan Kanserli Bireylerde Bütünleşik Sağlık Uygulaması: Akupres. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 26 (3): 253-256. Retrieved From <https://Dergipark.Org.Tr/En/Pub/Eujhs/Issue/44570/553106>
- Özer, S. (2019). İç Hastalıkları Hemşireliği: Olgu Senaryolarıyla. İstanbul Tıp Kitabevi.
- Özgün, G., Türker, P. F., Kaya, B. (2020). Onkoloji Hastalarının Kanser Türlerine Göre Yaşam Kalitesi, Kaygı Ve Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi . *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, 7(3): 345-368.
- Özkan, M., Akın, S. (2017). Evaluation of The Effect of Fatigue on Functional Quality Of Life İn Cancer Patients. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(3): 177-192.
- Öztürk, N., Kocabıyık, B. Ç., Arıkan, F., Coşkun, H. Ş. (2020). Kanser Hastalarında Konstipasyon Sıklığı ve Gelişme Riskinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(3): 178-184
- Paukkonen, L., Oikarinen, A., Kahkönen, O., Kyngas, H. (2021). Patient Participation During Primary Health-Care Encounters Among Adult Patients With Multimorbidity: A Cross-Sectional Study. *Health Expectations*, 24(5): 1660–1676. <https://doi.org/10.1111/Hex.13306>

- Pazarcıkcı, F. (2017). Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5 (1): 11-21. doi: 10.24998/Maeusabed.292260
- Pehlivan, Z., Güner, S. G., Nural, N. (2022). Kanser Hastalarında Bir Semptom Konstipasyon: Literatür İncelemesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1): 139-144.
- Pigozzi, L. B., Pereira, D. D., Pattussi, M. P., Moret-Tatay, C., Irigaray, T. Q., Weber, J. B. B., Grossi, P. K., Grossi, M. L. (2021). Quality Of Life İn Young and Middle Age Adult Temporomandibular Disorders Patients and Asymptomatic Subjects: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Health And Quality of Life Outcomes*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/S12955-021-01727-7>
- Pilz, M. J., Gamper, E. M., Efficace, F., Arraras, J. I., Nolte, S., Liegl, G., Rose, M., Giesinger, J. M., & EORTC Quality of Life Group (2022). EORTC QLQ-C30 general population normative data for Italy by sex, age and health condition: an analysis of 1,036 individuals. *BMC Public Health*, 22(1): 1040. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13211-y>
- Radha, R. (2021). *Kanser Hastalarında Hasta Aktiflik Düzeyi İle Hastalığı Kabullenme Durumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Ramasubbu, Sk, Pasricha, Rk, Nath ,Uk, Rawat, Vs, Das, B. (2021). Quality of Life And Factors Affecting It in Adult Cancer Patients Undergoing Cancer Chemotherapy in a Tertiary Care Hospital. *Cancer Rep*, 4:1.
- Sarıhan, E., Kadioğlu, E., Artıran İğde F. (2012). Kanser Ağrısı, Tedavi Prensipleri ve Dünya Sağlık Örgütü Ağrı Basamak Tedavisi. *Nobel Med*, 8(1): 5-1.
- Stout, N.L., Santa Mina, D., Lyons, K.D., Robb, K., Silver, J.K. (2021). A Systematic Review of Rehabilitation and Exercise Recommendations in Oncology Guidelines. *CA Cancer J Clin*. 71(2):149-175. doi: 10.3322/caac.21639.
- Subaşı, D. (2010). *Kanser Ağrısı Deneyimleyen Hastaların Yaşam Kalitesi ve Başetme Tutumlarının Değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
- Şentürk, S., Bıçak, D., Akça, D. (2018). Kanserli Hasta Yakınlarının Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5 (1): 35-39. Retrieved From

- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı.
Kanser Tedavisi Nelerdir? <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi>
Son Erişim Tarihi: 11 Mart 2022
- The Globan Cancer Observatory. (2020). Breast Source: Globocan 2020. from
<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/20-Breast-fact-sheet.pdf>
Erişim Tarihi: 05.02.2022
- Torkzahrani, S., Rastegari, L., Khodakarami, N., Akbarzadeh-Baghian, A., &
Alizadeh, K. (2013). Quality of Life and its Related Factors Among Iranian
Cervical Cancer Survivors. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(4):
320.
- Tuna, H., Ünver, G., Molu, B., (2018). Palyatif Bakım Alan Son Dönem Kanser
Hastalarında Semptom Kümeleme Ve Hemşirelik. *Ankara Sağlık Bilimleri
Dergisi*, 7(2): 64-69.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2020). <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri>, Erişim Tarihi: 15.03.2022
- Uğur, Ö. (2014). Kanser Hastasının Semptom Yönetimi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 29(3):
125-135.
- International Agency for Research on Cancer (IARC). The Global Cancer
Observatory. GLOBOCAN. <https://gco.iarc.fr/>
- International Agency for Research on Cancer (IARC). Kanser Çeşitleri.
<https://losante.com.tr/content/brosur/ds%c3%96%20kanser%20verileri%20tablo%20%c3%87evirisi.pdf>
- Üstündağ, S., Zencirci, Ad. (2015). Factors Affecting The Quality of Life of Cancer
Patients Undergoing Chemotherapy: *A Questionnaire Study*. *Pac J Oncol
Nurs*, 2:17–25.
- Vural, G., Vural, Ö. (2013). Kemoterapi Alan Jinekolojik Kanserli Hastaların
Hemşirelik Bakım Memnuniyetlerinin Belirlenmesi *Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 6 (1): 17-25.
- Welter, S., Keinki, C., Ahmadi, E., Huebner, J. (2021). Lay Etiology, Self-Efficacy
And Patient Activation Among Cancer Patients. *Cancer Investigation*, 39(3):
219–228. <https://doi.org/10.1080/07357907.2021.1878528>
- World Health Organization. The International Agency For Research On Cancer (Iarc)
Cancer Tomorrow 2020. <https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/isotype>
Erişim Tarihi: 15 Mart 2020.

- Yavuzşen, T., Alacacıoğlu, A., Çeltik, A., Yılmaz, U. (2014). Kanser ve Uyku Bozuklukları. *Türk Onkoloji Dergisi*, 29(3): 112-119.
- Yurtsever, S., Çavuşoğlu, E. (2018). Onkoloji Hastalarının Palyatif Bakımında Semptom Yönetimi. *Türkiye Klinikleri İç Hastalıkları Hemşireliği*, 4(1):83-8.



EKLER

EK 1: Bireysel Bilgi Formu

I. KİŞİSEL ÖZELLİKLER

1. Cinsiyetiniz: **a.** Kadın **b.** Erkek
2. Yaşınız:
3. Medeni durumunuz **a.** Evli **b.** Bekar
4. Eğitim durumunuz: **a.** Okur-yazar **b.** İlkokul **c.** Ortaokul **d.** Lise **e.** Üniversite ve üzeri
5. Mesleğiniz:
 - a.** Memur
 - b.** İşçi
 - c.** Serbest meslek
 - d.** Emekli
 - e.** Ev hanımı
 - f.** Diğer (açıklayınız).....
6. Yaşadığı yer: **a.** İl **b.** İlçe **c.** Köy

2. Hastalıkla İlgili Özellikler

1. Tanı:
2. Tanı süresi:
3. Metastaz durumu:
4. Kanser dışında başka bir hastalığın varlığı:
 - a.** Hastalık yok **b.** Hastalık var (açıklayınız).....
5. Sürekli kullandığınız ilaçlar: **a)** var **b)** yok
6. Bakımınızda yardımcı olan / olanlar var mı?
 - a.** Evet (açıklayınız)..... **b.** Hayır

EK 2: HASTA AKTİFLİK DÜZEYİ ÖLÇEĞİ (HADÖ)

Lütfen aşağıdaki her bir maddeye hangi düzeyde katıldığınızı boş kutuyu işaretleyerek belirtiniz. Maddeleri, başkalarının sizden beklediği şekilde değil, size doğru geldiği şekilde cevaplamamız önem taşımaktadır. Eğer herhangi bir madde size uygun gelmiyorsa 'Bilemiyorum / Değerlendiremiyorum' seçeneğini işaretleyiniz.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Bilemiyorum/Değerlendiremiyorum
1. Her şeyden ve herkesten önce kendi sağlığımdan ve bakımımdan sorumlu olan birey benim.					
2. Kendi sağlık bakımında aktif rol almak, sağlığım için en önemli faktördür.					
3. Sağlık problemlerimi önleyebilme veya azaltabilme konusunda kendimden eminim.					
4. Benim için reçetelenen her bir ilacı neden kullandığımı biliyorum.					
5. Bir sağlık sorunum olduğunda, bu sorunla kendim baş edebilir miyim ya da doktora gitmem mi gerekiyor, bunu ayırt etmede kendimden eminim.					
6. Doktor bana sormasa bile, ona endişelerimi aktarabilme konusunda kendimden eminim.					
7. Tıbbi tedaviyi (beslenme, egzersiz, ilaç tedavisi) evde sürdürebileceğim konusunda kendimden eminim.					

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Bilemiyorum/Değerlendiremiyorum
8. Sağlık sorunlarımı ve bunlara nelerin neden olduğunu biliyorum.					
9. Sağlık sorunlarım için hangi tedavi yöntemlerinin uygun olduğunu biliyorum.					
10. Şu ana kadar, doğru beslenme ya da egzersiz gibi yaşam şekli değişikliklerini sürdürebildim.					
11. Sağlığım ile ilgili sorunları nasıl önleyebileceğimi biliyorum.					
12. Sağlığım ile ilgili yeni sorunlar ortaya çıktığında, bu sorunları çözebileceğim konusunda kendimden eminim.					
13. Stresli zamanlarda bile, beslenme ve egzersiz gibi yaşam şekli değişikliklerini sürdürebileceğim konusunda kendimden eminim.					

EK 3: EORTC QLQ-C30 VERSİYON 3.0 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Lütfen soruların tamamını size en uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların “doğru” veya “yanlış” yanıtları yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır.

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

20. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?						
21. Gerginlik hissettiniz mi?						
22. Endişelendiniz mi?						
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?						
24. Bunalıma girdiniz mi?						
Geçtiğimiz hafta zarfında:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok		
25. Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?						
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz aile yaşantınıza engel oluşturdu mu?						
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz sosyal aktivitelerinize engel oluşturdu mu?						
28. Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?						
Aşağıdaki sorular için 1 ila 7 arasındaki size en uygun rakamı işaretleyiniz.						
29. Geçen haftaki sağlığınıza 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			

EK 4: ETİK KURUL İZİN BELGESİ



T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Sayı : E-20292139-050.01.04-24427
Konu : Etik Kurul Kararları

Sayın Dilek BENZER
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

"Kemoterapi Tedavisi Alan Hastalarda Aktiflik Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi"
başlıklı araştırmanız kurulumuzun 24.02.2022 tarihli ve 2022/02 sayılı toplantısında değerlendirilerek
etik açıdan uygun bulunduğu katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Nasuh USLU
Kurul Başkanı

Ek:45-Dilek BENZER Etik Onay Belgesi (1 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BS4PKZFTT* Pin Kodu :92642
Adres:Halkalı Caddesi No: 281 Küçükçekmece/İstanbul
Telefon:444 97 98 Faks:+90 (212) 693 82 29
e-Posta: bilgi@izu.edu.tr Web: www.izu.edu.tr
Kep Adresi: izu@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://ebys.izu.edu.tr/en/Vision/Dogrula/0N3>

Bilgi için: Zeynep Funda TEZ
Unvanı: Yeminli Katip
Tel No: +902126929606



**EK 5: TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
UYGULAMA İZİNİ**

T.C.

TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Kurumumuz Çocuk Acil Biriminde hemşire olarak görev yapmaktayım. Eğitim gördüğüm İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Bölümünde Tez konum “Kemoterapi Tedavisi Alan Hastalarda Aktiflik Düzeyi Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi” olan çalışmam için kurumumuz Hematoloji-Onkoloji Anabilim Dalı hocalarımız ile görüşme yaparak tarafınızdan çalışmam için uygunluk yazısı isteyecektim.

Gereğinin yapılmasını saygılarımla tarafınıza arz ederim.

Ekler:

- 1-Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurul Onam Formu
- 2- Veri Toplama Formu

24.03.2022

Dilek BENZER

OLUR

EK 6: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi Dilek BENZER tarafından yürütülen “Kemoterapi Alan Hastalarda Aktiflik Düzeyi Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı kemoterapi alan hastaların aktiflik ve yaşam kalitesi düzeyini belirlemek, aktiflik düzeyi ile yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelemektir. Araştırmada sizden tahminen 10-15 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup bireysel bilgileriniz **gizli tutulacaktır.** Araştırmada Bireysel veri toplanacağından **6698 sayılı Bireysel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca bireysel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya dcataalkayaa@gmail.com e-posta adresi ve 5455567416 numaralı telefonda ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bireysel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı-Soyadı:

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Dilek BENZER

İmzası:

EK 7: HASTA AKTİFLİK DÜZEYİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

PAM ölçek izni hak. Gelen Kutusu x



cansu koşar
Alıcı: ben v

24 Oca 2022 19:52 ☆ ↩ ⋮

Merhaba,

Ölçeği araştırmanızda kullanabilirsiniz.

Ölçek puanlama tablosu ve ölçek kullanımı hakkında bilgi ekte yer alıyor. Ölçek maddelerine YÖK tezden teze girip bakabilirsiniz.


Ölçek maddelerine verilen yanıtları puanlama tablosuna girdiğinizde her bir kişinin PAM puanı ve hangi aktiflik düzeyinde olduğu ortaya çıkıyor (4 aktiflik düzeyi var)

Not: Ancak yine de Insignia Health ile de görüşmenizde fayda var.

Çalışmanızda kolaylıklar ve başarılar dilerim.



EK 8: EORTC QLQ-C30 VERSİYON 3.0 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ


 **dilek Çatalkaya** <dcatalkayaa@gmail.com> 5 Eki 2021 Sal 20:38 ☆ ↶ ⋮
Alıcı: eylemcankurtaran ▾

Merhabalar;

Öncelikle kendimi tanıttayım Dilek Benzer ben İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi İç hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Öğrencisiyim Tez Çalışmam " Kemoterapi Alan Hastaların Aktiflik Düzeyinin Yaşam Kalitesine Etkisi " adlı konum için sizin geliştirmiş olduğunuz EORTC QLQ-C30 ölçeği kullanmak istiyorum bu konuda izin isteyecektim.


İzin vermeniz ve geri dönüşünüz benim için çok önemli ve değerli.

İyi çalışmalar dilerim.

 **Eylem Sahin CANKURTARAN** <eylemcankurtaran@yahoo.com> 28 Eki 2021 Per 15:09 ★ ↶ ⋮
Alıcı: ben ▾

Dilek hanım merhaba, kusura bakmayın geç cevabım için ,EORTC QLQ-C30 ölçeğini tabii ki kullanabilirsiniz

...

 **dilek Çatalkaya** <dcatalkayaa@gmail.com> 1 Kas 2021 Pzt 23:43 ☆ ↶ ⋮
Alıcı: Eylem ▾

Teşekkür ederim 🙏🙏🙏🙏🙏

ÖZGEÇMİŞ

Ad Soyadı: Dilek BENZER

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Bildiği Yabancı Dilin Düzeyi: Orta

Eğitim Durumu

Lise: Bakırköy Lisesi

Lisans: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Çalıştığı Kurum/lar: Ermeni Hastanesi- Koç Üniversitesi Hastanesi- Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi

