T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi İlknur DİNDAR

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNİN MEDİKAL ONKOLOJİ AYAKTAN KEMOTERAPİ ÜNİTESİNDE KEMOTERAPİ ALAN HASTALARIN EVDE BAKIM GEREKSİNİMLERİ VE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Nezir AKYÜZ

Referans no: 10300358

EDİRNE -2019

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi İlknur DİNDAR

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNİN MEDİKAL ONKOLOJİ AYAKTAN KEMOTERAPİ ÜNİTESİNDE KEMOTERAPİ ALAN HASTALARIN EVDE BAKIM GEREKSİNİMLERİ VE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Nezir AKYÜZ

Destekleyen kurum:

Tez no:

EDİRNE -2019

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca yardım ve desteği için değerli hocam İlknur DİNDAR'a, tez çalışmamın her aşamasında yanımda olan sevgili eşim Özlem AKYÜZ'e en içten duygularımla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ **1**
GENEL BİLGİLER **4**
- **KANSERİN EPİDEMİYOLOJİSİ** **4**
- **KANSERİN ETİYOLOJİSİ** **4**
- **KANSERDE TEDAVİ** **7**
- **KANSERDEN KORUNMA** **12**
- **YAŞAM KALİTESİ** **14**
- **KANSER VE YAŞAM KALİTESİ** **15**
- **EVDE BAKIM** **16**

GEREÇ VE YÖNTEM **19**
BULGULAR **23**
TARTIŞMA **83**
SONUÇLAR **88**
ÖZET **91**
SUMMARY **92**
KAYNAKLAR **93**
TABLOLAR LİSTESİ **103**
ÖZGEÇMİŞ **105**

SİMGE VE KISALTMALAR

DNA: Deoksirübonükleik asit

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EORTC QLQ C-30: European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of life Questionnaire

GİRİŞ VE AMAÇ

Kanserin günümüz tıp gündeminde tüm hastalık tanılarının %70'ini oluşturduğu bilinmekte ve beş yıl içerisinde tüm tanılar arasında ilk sırada yer alacağı düşünülmektedir (1,2). Akciğer, mide, deri, mesane ve meme kanserleri, ülkemizde en çok karşılaşılan kanser türleridir. Morbidite ve mortaliteye sebebiyet verdiği için çok büyük bir problemdir. Gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerde çok daha büyük bir sağlık problem durumundadır. Bahsedilen ülkelerde tanı, hastalığın ileri evrelerinde konulabilmekte ve tedavi süreci daha yüksek maliyetlere ulaşmaktadır (1,3,4).

Kanser bireyleri tıbbi açıdan etkilediği gibi, psikolojik olarak da etkilemektedir. Bu hastalığın bireylerde çağrıştırdığı duygular; mutsuzluk, çaresizlik, başkalarına bağımlılık, şiddetli ve sürekli ağrılar gibi negatif duygulardır (5,6). Kronik semptomların fazlalığı, ciddi yan etkiler ve uzun tedavi sürecinden dolayı bireyin tüm yaşamını etkilemektedir (2,7-10). Fiziksel görünüm değişiklikleri, cinsel fonksiyonlarda kayıplar, aile içinde ve sosyal hayatta statü kayıpları kanser hastalarının yaşayabildiği problemlerdendir (11,12). Hastaların çoğu, aile bireyleri tarafından bakım hizmeti ve maddi-manevi destek almaktadır. Kemoterapi gören lenfoma hastaları ile çalışma yapan Öz ve ark (13), hastaların büyük bir kısmının (%98,8) eş ve çocukları ile birlikte yaşadığını; bakım gereksinimleri ve sorumlulukları açısından eş ve çocuklarından yardım ve destek gördüklerini saptamışlardır. Hasta ve aile bireylerinin duruma gösterdikleri tepki prognoz açısından oldukça önem arz etmektedir. Hastalık karşısındaki tepkiler bireyden bireye farklılık göstermektedir. Tanı almış ve tedavi sürecinde olan hastalarda ümitsizlik ve korku gibi duyguların ruhsal problemlere yol açtığı, bu durumun

tedavi süreci ve hastaya yaklaşımı zorlaştırdığı görülmektedir. Aile bireyleri de tanı ve tedavi sürecinden etkilenebilmekte ve ümitsizlik yaşayabilmektedir (7,11,14-17).

Sağlık bakım hizmetleri; teşhis ve tedavi sonrası bakım sürecinde, kronik hastalık takibinde ve bir sağlık problemi olmadan koruyucu sağlık ve tetkik hizmetleri verilmesinde bireyin evinde aldığı sağlık bakım hizmetidir. Evde bakım ile hastanın mevcut koşulları değişmeden uygun bakım ve tedavi ile hastalık ve hastalığa bağlı gelişen olumsuzlukların etkisi indirgenmektedir (18,19). Hasta merkezli bakım sağlaması açısından hastalar tarafından tercih edilen evde bakım hizmetleri, sağlık giderleri yönünden de birçok avantajı olması sebebiyle hükümetler tarafından da tercih edilmektedir (20). Hastanın günlük hayatını en az düzeyde etkileyerek en doğru tedaviyi uygulamak, hastalığın etkilerini minimuma indirgemek ve yaşam kalitesini yükseltmek; evde bakım hizmetlerinin amacını oluşturmaktadır (21).

Fiziksel sağlık, inançlar, psikolojik durum, sosyal ilişkiler ve çevre ilişkilerinin etkilediği yaşam kalitesi, çok geniş bir kavramdır (22-24). Kanser tedavisinin uzun sürmesi ve çok fazla yan etkisi olması bireyin aile, iş ve sosyal yaşantısını alt üst etmektedir. Bunun sonucunda hastada rol ve statü kaybı, ümitsizlik, çaresizlik, kendini soyutlama, tükenmişlik ve depresyon görülebilmektedir (25).

Depresyon ve anksiyete gibi ruhsal bozukluklar kanser hastalarında, normal bireylere göre çok daha yüksek oranlarda görülmektedir. Bu hastalıklar bireyin tedavi uyumunu zorlaştırmakta, hastalığın seyrini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (26). Dolayısıyla kanser hastalığı; tanı aşamasından terminal döneme kadar hasta ve aile bireylerini ruhsal problemlere itmekte, denge ve uyumu bozmakta ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (27). Hastalıklar bireyin kişiliğini ve benlik algısını bazı yönlerden değiştirmektedir. Özellikle de kanser gibi hayatı tehdit eden hastalıklar; bedendeki fiziki değişiklikler, yorgunluk, kemoterapi ve radyoterapi uygulamaları sebebiyle hastalık öncesi kişilik algısını etkilemektedir (28). Hasta bireylerin değişen kişilik algısıyla birlikte oluşan yeni kimliklerine adaptasyon sürecini rahat ve huzurlu geçirmelerine yardımcı olmak; sağlık profesyonellerinin bütüncül bakım vermesinin temelidir. Bütüncül sağlık yaklaşımı, bireyin sosyal, fiziksel, ruhsal ve kültürel olarak bütün olduğu ve her bireyin birbirinden farklı bir şekilde, çevresi ile birlikte değerlendirilmesini temel almaktadır (29). Sağlık profesyonelleri; hastanın fiziksel güvenliğini sağlamalı, optimal bilişsel işlevini sürdürmesi yardım etmeli, bağımsızlığı ve öz bakım aktivitelerini desteklemeli, anksiyete ve ajitasyonunu azaltmalı, sosyalleşmesine yardım etmeli, uyku bozukluklarını gidermesine yardımcı olmalı, yeterli ve dengeli beslenmesini sağlamalı, aile içi iletişim ve etkileşimi arttırmasına destek olmalı,

sorunlarını ifade etmesini desteklemeli ve bireyin sağlık potansiyelini en üst düzeye çıkartmasına yardımcı olmalıdır. Bu şekilde yaşam kalitesi optimal düzeye çıkabilmektedir (30).

Bu araştırma, bir üniversite hastanesinin medikal onkoloji ayaktan kemoterapi ünitesinde kemoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GENEL BİLGİLER

KANSERİN EPİDEMİYOLOJİSİ

Kanserin epidemiyolojisine bakıldığında bütün kanser insidansı içerisinde bireyden bireye, toplumdan topluma ve zamana göre değişiklik gösterdiği ve bu değişikliğin bireysel faktörler, çevresel faktörler, sosyal alışkanlıklar ve genetik faktörlerle ilişkili olduğu görülmektedir (31). Yaş, cinsiyet, coğrafi dağılım, meslek ve sosyo-ekonomik durum, kanser epidemiyolojisini belirleyen en önemli özelliklerdir (32). Kanserin sebepleri, bu sebepler için alınacak koruyucu önlemler, en etkili ve ekonomik tedavi şekilleri; epidemiyolojik incelemeler sayesinde geliştirilmektedir (33).

KANSERİN ETİYOLOJİSİ

Kanser etiyolojisine bakıldığında birçok etken bulunmaktadır. Kansere yol açan olan özel etkenler tanımlanmıştır.

Bakteriler ve parazitler, inaktivite, cinsel sağlık ve doğurganlık, hormonal faktörler, immünolojik faktörler, fiziksel faktörler, sigara, virüsler, kimyasal etkenler, genetik faktörler, obezite, diyet vb. (34,35,36).

Virüsler, Bakteriler, Parazitler

Kansere sebebiyet verdiği bilinen virüsler, hücre için girip onu enfekte ederek kendilerini kopyalar ve çoğalırlar. Bu virüsler nükleik asitlerinde taşıdıkları genetik bilgiyi enfekte ettiği hücre kromozomuna ekle, ve bu şekilde hücreyi kanserleşme sürecine sokarlar

(35). Örnek olarak B tipi sarılık geliştiren Hepatit B virüsünün karaciğer kanserine etkisi gösterilebilir. Bakteriyal enfeksiyonlara örnek olarak da H. Pylorinin mide kanseri oluşumundaki etkisi gösterilebilir. Paraziter enfeksiyon olarak bakılacak olursa; schistosoma haematobium (mesane kanseri), opisthorchis viverrini (safra yolları kanseri) ve clomorchis siensis (karaciğer tutulumlu bir kanser) kanser riskini arttıran enfeksiyonlardır (37,38,39).

Fiziksel Faktörler

Manyetik alanlar: Beyin tümörü gelişimine etki etmektedir. İyonize edici radyasyon: DNA yapısının nükleer kazalar, mesleki zorunluluk, terapötik etkiler sonucunda bozulması ile kanser gelişimi görülebilmektedir (38).

Güneş ışığı (ultraviyole): Özellikle öğle saatlerinde ultraviyole ışınlar dik gelmektedir, bu saatlerde güneşe uzun süre maruz kalınması malign melanom, bazal hücreli deri kanserleri geliştirebilmektedir (38).

Sigara

Sigara kullanımı kanser etkenleri arasında çok büyük yere sahiptir ve toplumumuzda tüm sağlık problemlerinin başında görülmektedir (40). Sanayileşme oranı artış ülkelerde sigaranın primer olarak larenks, orofarenks, özefagus ve akciğer kanserlerine sebebiyet verdiği; bununla birlikte böbrek, serviks, mesane ve pankreas kanserlerinin dörtte birinden sorumlu olduğu bilinmektedir (41). Avrupa ülkelerinde mesane kanserlerinin primer risk etkenleri arasında sigara gösterilmektedir (42). Yalnızca sigara değil, tüm tütün türlerinin kanserojen etki gösterdiği kanıtlanmıştır (43).

Kimyasal Etkenler

Kanserojen etki gösteren kimyasalların çoğu iş yerinde bulunduğu bilinmektedir(34). Mobilya sanayii, boya sanayii gibi iş alanlarında çalışan bireylerin özellikle akciğer gibi birçok kanser türüne yakalanma olasılığı yüksektir (44).

Cinsel Sağlık ve Doğurganlık

Evli kadınlarda, erken evlilik yapmış, birden fazla erkek partneri olan, cinsel ilişkiye erken yaşta başlamış olan kadınlarda serviks kanser riski artış göstermektedir. Bununla birlikte; doğum öyküsü bulunmayan, geç doğum yapmış olan veya geç evlenmiş kadınlarda

meme kanseri oranı artış göstermektedir. Kanser riski menapoza geç girme, menstrüasyonun erken başlaması ve ovülasyon gerçekleşmeyen menstrüel dönemin fazlalığı ile yükselmektedir (34). Jinekoloji kanser tanısı alan hasta bireylerle yapılan bir çalışmada bireylerin en az bir risk etkeni taşıdığı görülmüştür. Endometrium kanserinde obezite, menapoza girmiş olmak, postmenapoz kanamalar, normal dışı kanama ve lekelenmeler en sık görülen risk etkenleri iken; serviks kanseri için koital birleşim sonrası kanama, normal olmayan kanama, sayıca fazla gebelik, 40-55 yaş, servikal lezyon, erken koital birleşim, sürekli vajinal akıntı; over kanserleri için ise obezite, 40-60 yaş, menapoza geç girmiş olmak, gastrointestinal sistem rahatsızlıkları ve düzensiz kanamalar en sık görülen risk etkenleridir (45).

Genetik ve Ailesel Özellikler

Birçok kanser türünde yalnızca çevre değil, genetik aktarımın da rol oynadığı kanıtlanmıştır (35). Örnek verilecek olursa BRCA1 ve 2 mutasyonları meme kanserine, BRCA1 mutasyonu over kanserine, familyal adenomatöz polipzis kolerektal kanserlere, nörofibromatozis beyin tümörüne sebebiyet vermekte, bununla birlikte akciğer kanserinde de genetik etmenlerin rol oynadığı düşünülmektedir (35,38,46).

Obezite, Diyet ve Fiziksel İnaktivite

Çevresel etkenlerin %40-60'ının beslenme kaynaklı olduğu düşünülmektedir (34). Yağ oranı yüksek ve kalorili diyet türlerinin prostat, kolon, endometrium ve meme kanseri oluşma olasılığını yükselttiği epidemiyolojik çalışmalarda kanıtlanmıştır (43). Yüksek oranda karbonhidrat alınmasının özefagus adenokarsinomunu arttırdığı bulunmuştur (47). Meme kanseri, endometrium kanseri, kolon kanseri, safra kesesi kanseri, özofagus kanseri ve böbrek kanseri ile obezitenin ilişkili olduğu bilinmekte, bununla birlikte fiziksel aktivite azlığının çeşitli kanser türlerinde etken olduğu kanıtlanmıştır (41,43).

Hormonal Faktörler

Hormonal problemlerle, tümör oluşum ve büyümesi açısından bağlantı olduğu yapılan araştırmalarla kanıtlanmıştır. Prostat, uterus ve meme kanseri gibi kanserlerin endojen hormon seviyesiyle ilişkili olarak arttığı, menstrüel başlangıçtan itibaren uzun süre oral kontraseptif kullanımının endometrium ve meme kanseri olasılığını yükselttiği, östrojen seviyesini arttırmaya yönelik tedavilerin meme ve hepatosellüler kanser olaslıklarını hafif

seviyede yükselttiği tespit edilmiştir (34). T4 Tiroit hormon kullanımının kadın bireylerde akciğer kanseri tanısı alma olasılığını yükseltebileceği, yapılan çalışmalarla anlaşılmıştır (48).

İmmünolojik Faktörler

Kanser ve immün sistemin ilişkili olduğu bilinmektedir. Edinsel veya kalıtıma bağlı sebeplerle (AIDS, transplantasyon) baskılanan immün sistem kanser oluşumunda etkin rol oynamaktadır. Bununla birlikte kanser görülme olasılığı çocukluk ve yaşlılık gibi bağışıklık sistemi açısından zayıf olunan dönemlerde artmaktadır. Romatoit artrit ve Sjögren Sendomu gibi otoimmün hastalıklar da kanser görülme olasılığını arttırmaktadır (34).

KANSERDE TEDAVİ

Kanserde tedavi tümörün histoloji açısından yapısı, kanser evresi ve metastaz olup olmamasına göre kontrol, palyatif veya iyileşme şeklinde belirlenir. Kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedaviler tek başına ya da kombine olarak kullanılabilmektedir (49).

Cerrahi Tedavi

Kanser tedavisinde kullanılan en eski yöntemlerden biri olan cerrahi tedavi, palyatif cerrahi, radikal cerrahi, önleyici cerrahi ve tanısal cerrahi gibi değişik amaçlarla uygulanmaktadır. Kolon kanseri, küçük hücre dışı akciğer kanseri, meme kanseri gibi kanserde temel tedavi yöntemi olarak kullanılmakradır (2,12).

Radyoterapi

Radyoterapi, iyonize halde radyasyon aracılığıyla tümörlü dokuda bulunan DNA siklusunu hedef alarak tümörlü hücrelerin ölümüne sebep olmaktadır. Esas tedavi olarak ya da palyatif amaçlı olarak tercih edilebilmektedir (8).

İmmünoterapi

Hastanın immün sisteminin, mutasyon geçirmiş olan kanser hücrelerinin tanınması ve imha edilmesi konusunda uyarma şeklindeki tedavi yöntemi immünoterapi olarak adlandırılır. İmmünoterapiye örnek olarak monoklonal antikorlar, interferon ve interlökin-2(IL-2) verilebilir (2).

Kemoterapi

Malign tümör hücrelerinin sitotoksik etki aracılığıyla çoğalmasını engelleyen ve ölümlerini sağlayan, kimyasal ajanlarla gerçekleştirilen tedavi yöntemi kemoterapi olarak adlandırılır. Bireyin tedavisini gerçekleştirip, hayatını negatif etkileyen ve tehlikeye sokan komplikasyonları aza indirgemek ve ortalama hayat süresini arttırmak kemoterapinin başlıca amaçlarıdır (2,10,50).

Kanser tedavisinde en sık kullanılan tedavi şekli kemoterapidir. 1940'lı yıllarda mustard gazının kemik iliği üzerindeki baskılayıcı özelliğinin keşfedilmesiyle kemoterapi kanser tedavisinde rol almaya başlamıştır ve hala kullanılmaktadır (2,51). Kemoterapi, hususiyetle hızlı çoğalmakta olan hücreleri hedef alıp öldüren, doğal ya da sentetik kimyasallarla, biyolojik ajanlarla ve hormonlarla hazırlanmaktadır (7). Üç hastadan ikisine palyatif veya küratif amaçla kullanılmaktadır. Sıklıkla sistemik şekilde kullanılmakta olan kemoterapinin esas amacı tümörlü hücrenin çoğalmasını yavaşlatıp durdurmaktır. Bunu hücrede DNA'ya tesir edip ya da RNA sentezlenmesini engel olarak gerçekleştirmektedir (2,52).

Kemoterapi tedavisi intravenöz, oral, subkutan, intratümör, intraarteriyal, intrakaviter ya da subkutanintraplevral gibi çeşitli yollardan uygulanabilmektedir. Tedavinin uygulama yolu ve süresi tümör durumuna ve bireyin yaşına göre değişkenlik göstermektedir. Tek başına uygulanabilmesinin yanı sıra diğer tedavi yöntemleri olan radyoterapi ve cerrahi tedavi ile birlikte de kullanılabilmektedir. Bu şekilde kötü huylu (malign) hücre çoğalması engellenmektedir. Neoadjuvan, küratif, adjuvan ve palyatif tedaviler kemoterapide kombine şekilde kullanılmaktadır (9,10,51,52).

Adjuvan Kemoterapi: Bu kemoterapi çeşidi bölgesel bazda etkilenmiş olan (prostat, kolorektal, meme, over) kanser türlerinde, malign hücrelerin etkilenen bölgeden cerrahi yöntem ile temizlenmesi sonrasında kullanılmaktadır. Bu kemoterapi çeşidinde amaç mikro bazdaki metastazlardan kaynaklanan hasta kayıplarını önlemektir (9,52).

Neoadjuvan Kemoterapi: Bu kemoterapi çeşidi radyasyon veya cerrahi tedavi öncesinde uygulanmaktadır. Avantajı; erken dönemde verilerek tedavi şansını arttırmasıdır. Bu tedavi şekline rektum, meme, kemik iliği v mesane kanseri tedavilerinde rastlamak mümkündür (9,53).

Palyatif Kemoterapi: Bu kemoterapi çeşidi, diğer kemoterapi türleriyle malign hücrelerin temizlenemediği durumlarda, sıklıkla fazla ilerlemiş olan metastatik kanserlerde kullanılmaktadır. Yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve semptomların azaltılması palyatif tedavide esas amaçtır (9,10).

Küratif Kemoterapi: Bu kemoterapi türü sitotoksik ilaç kullanılarak malign hücrelerin imha edilmesi şeklinde uygulanır. Lenfoma, pediatrik maligniteler, testis tümörleri küratif kemoterapinin tercih edildiği kanser türleridir.

Kemoterapinin kötü huylu(malign) hücrelerin büyüyüp atmasını durdurma ve imha etme gibi avantajının yanında istenmeyen yan etkiler olarak dezavantajı vardır (10).

Kemoterapinin Yan Etkileri

Hızla bölünme özelliği olan bağırsak ve mukoza epiteli, kemik iliğinin hematopoetik hücreleri, testisin jerminatif epiteli, kıl folikül hücreleri, embriyo ve fetüs hücrelerinin kemoterapinin sitotoksik etkilerinden diğer hücrelere oranla çok daha fazla etkilendiği kanıtlanmıştır. Verilen ilaç dozuna ve türüne göre yan etki şekilleri değişmektedir. Anemi, bulantı-kusma, oral mukozit, yorgunluk vb. gibi kişinin yaşam kalitesini ciddi oranda etkileyebilecek yan etkiler mevcuttur. Bu yan etkiler bireyin yaşam şekli ve sosyal yaşantısında çeşitli değişimlere sebebiyet vermesine bağlı olarak anksiyete, sosyal izolasyon ve depresyon gibi problemler ortaya çıkmaktadır (2,10,52,54,55-58).

Hematolojik yan etkiler: Kemoterapik ilaçlar en sık ve şiddetli olarak kemik iliğini etkilemektedir. Bu ilaçlar sitotoksik etki ile kemik iliği işlevlerinin durmasına veya miyelosupresyon (kemik iliğinin baskılanması)' a sebep olarak nötropeni, trombositopeni, eritrositopeni ve yorgunluk gelişmesine sebep olur (2,51, 58,59).

1-Trombositopeni: Trombositopeni; trombosit sayısının 150,000 mm^3'ün altına düşmesidir. Kemoterapik ilaçların kemik iliğini baskılaması sonucu megakaryositlerde azalma gözlenir, bu da trombositopeni şeklinde kendini gösterir. Bu semptom sıklıkla kemoterapi tedavisini takip eden 10-14. Günlerde görülmektedir. Trombosit miktarı 100.000 mm^3'ün altında olursa hafif kanama ihtimali, 50.000 mm^3'ün altında olursa orta derece kanama ihtimali bulunmaktadır. Tedavide kullanılan ilacın dozu ve kanser tanısı trombositopeni görülme sıklığını değiştirmektedir (59,66). Kemoterapi tedavisi alan bireylerin %50-75'inde trombositopeni görüldüğü yapılan çalışmalarda kanıtlanmıştır (60,61).

2-Nötropeni: Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Kanser Enstitüsü'nün tanımına göre, nötrofil miktarının 2000/mm^{3}'ün altında olmasına nötropeni denmektedir (62). Kemoterapik ajanlar kemik iliğinde hücre üretimini baskılarlar. Böylelikle nötrofil miktarında azalma veya üretimde bozulmalar ortaya çıkmaktadır. Kemoterapi tedavisi gören bireylerde sıklıkla görülen nötropeni, ciddi enfeksiyonlara yol açmaktadır. Enfeksiyon riski mutlak nötrofil miktarının 1000/mm^3 altına düşmesi ile artarken, 100/mm^3 altına düştüğünde çoğunlukla bakteriyemi görülmektedir (10,62,63). Kemoterapi tedavisi gören bireylerin %20-40'ında nötropeni görüldüğü yapılan araştırmalarla kanıtlanmıştır (63-66). Örnek verilecek olursa Amerika Birleşik Devletleri'nde her sene yaklaşık 60.000 hastanın kemoterapi sonrası nötropeni şikayeti ile hastaneye başvurduğu bilinmektedir (62).

3-Eritrositopeni: Hemoglobin seviyesinin 8 g/dL-10 g/dL arasında olması DSÖ tarafından hafif-orta şiddetli anemi şeklinde belirtilmiştir (67). Kemoterapötik ajanlar kemik iliğinin baskılanmasına sebebiyet vererek hemoglobin üretimini azaltır, bu sebeple dokulara yeteri kadar oksijen taşınmasının önüne geçilmiş olur. Kemoterapi gören bireylerin %80'inin anemi yaşadığı kanıtlanmıştır (67-70). 2000-2007 arasında yapılan bir çalışmada Wu ve ark. (60) kemoterapi gören bireylerin %55.4'ünde anemi yaşandığını kanıtlamışlardır.

4-Yorgunluk: Kemoterapi tedavisi gören bireylerde yorgunluk görülmesi oldukça sık yaşanan ciddi bir problem olmakla birlikte karmaşık ve subjektif bir semptomdur. Hastaların %70-90'ında yorgunluk görülmektedir (6,52,71-77). Kemoterapi tedavisi gören hastalarda gelişen aneminin, ağrı ve bulantı-kusma ile yakın ilişkili olduğu bilindiği halde fizyopatolojik açıdan herhangi bir açıklama bulamamıştır (71).

Gastrointestinal sorunlar: Diyare, konstipasyon, oral mukozitler ve bulantı-kusma kemoterapiyle bağlantılı olarak ortaya çıkan gastrointestinal sorunlardır (54,58).

1-Bulantı ve kusma: Kemoterapötik ajanların beynin kusma merkezinin kemoreseptör tetikleyici bölgesini uyarmasıyla oluşan bulantı ve kusma; yaşam kalitesini çok ciddi anlamda etkileyen bir semptomdur. Kemoterapi sonucu oluşan bulantı-kusma beş sınıf halinde ele alınmıştır; beklentisel bulantı-kusma, akut bulantı-kusma, gecikmiş bulantı-kusma, refrakter ve breakthrough bulantı-kusma (54,56). Kemoterapi tedavisi gören hastaların %30-80'inde bulantı-kusma şikayeti bulunduğu kanıtlanmıştır (2,18,56,74,77,79,80-82). Bu çalışmalardan biri olan Heffinger ve ark (78) yaptıkları çalışmada kemoterapi tedavisi alan bireylerde beş gün içinde bulantı-kusma hikayesi %64.4 oranında görülmüştür.

2-Diyare: Bağırsak hareketlerinin artması ve gaita ağırlığının günde 200gr'dan daha fazla olması diyare olarak tanımlanmıştır. Bağırsaktaki solüt miktarını arttırabilen kemoterapik ilaçların; total sıvı volümünün ve elektrolit miktarının artmasına sebep olarak bağırsağın absorbsiyon kapasitesini ve dengesini bozması sonucu diyare gelişmektedir. Sıklıkla tedavi sonrası 24-96 saat içerisinde gelişir (76-80). Kemoterapi tedavisi gören bireylerin %50-80'inde diyare şikayeti geliştiği yapılan çalışmalarda kanıtlanmıştır (72,83,84).

3-Konstipasyon: Defekasyonun haftada üç kezden az olması ve gaitanın sert ve kuru olması konstipasyon olarak adlandırılmaktadır. Opoid vb. ilaç kullanımı, hareketsizlik, sitotoksik kemoterapik etki, kemoterapi kaynaklı beslenme bozuklukları konstipasyona zemin hazırlamaktadır. Kemoterapi alan hastalarla çalışma yapan Ünsar ve ark. (86) çalışmaya katılan bireylerin %50'sinde konstipasyon şikayeti tespit etmiştir. Kemoterapi tedavisi gören bireylerin %30-65'inde konstipasyon geliştiği kanıtlanmıştır (6,76,77,81). Konstipasyon tedavisi görmeyi onaylayan bireylerin %80'inin laksatif kullanıldığı gözlenmiştir (85).

4-Oral mukozit: Oral mukoza hücrelerinin DNA yapısını etkileyen kemoterapik ajanlar rektif oksijen ürünlerinin salınımında artmaya sebep olmaktadır. Artmış olan rektif oksijenler fazla miktarda hücre ölümüne yol açarak sekonder nükleer faktör-kB(NF-kB) salınımında artma meydana getirir. Aktiflik kazanan NF-kB, interkolin ve tümör nekrotik faktör gibi proinflamatuar sitokinlerin üretiminde artma sağlayarak doku hasarına ve oral mukoza bütünlüğünde bozulmalara sebebiyet vermektedir. Kemoterapi tedavisini takip eden 5-8. günde oral mukozit görülebilmektedir (10,54). Kemoterapi tedavisi gören bireylerin %39-84'ünde oral mukozit görüldüğü yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (16,52,73,74,77,79,80,81). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada kemoterapi gören bireylerin %75'inde oral mukozit şikayeti bulunduğu kanıtlanmıştır (52,57).

Psiko-sosyal sorunlar:

1-Depresyon ve anksiyete: Gündelik yaşamın üzgün geçirilmesi, mutsuzluk ve hüznün ağır egemen olduğu anormal duygu haline depresyon denilmektedir. Tanımlanamayan endişe ve korku ile karakterize duruma ise anksiyete denmektedir (87). Kemoterapi tedavisinin uzun bir süreç olması, bu süreçte hastalarda gözlenen fiziksel yan etkiler ve aşırı kimyasal metabolik değişimler, kemoterapi tedavisi ören hastaların psikolojik problemler yaşamasına yol açabilmektedir (5). Yapılan bir çalışmada Heater ve ark. (75), kemoterapi tedavisi gören bireylerin %19'unun tedavi sürecinde antidepresan ilaçlar kullandığını ve depresyon sıklığının

kemoterapiye bağlı yorgunlukla ilişkili olduğunu gözlemlemişlerdir. Başka bir çalışmada ise Ateşçi ve ark.(88) tedavi gören hastaların %7'sinde anksiyetik seyreden uyum bozukluğu, %2,3'ünde yaygın anksiyete bozukluğu, %39,5'inde majör depresif bozukluk olduğunu gözlemlemişlerdir. Kemoterapi tedavisi gören hastalarla yapılan çalışmalarda bireylerin %40-70'inin stres, depresyon ve üzüntü problemlerinin bulunduğu kanıtlanmıştır (76,77,79).

2-Ağrı: Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği tanımına göre ağrı; bedende herhangi bir bölge kaynaklı organik bir sebebe dayanan veya dayanmayan, bireyin eski tecrübeleri ile ilişkili, hoş olmayan emosyonel durumdur (89). Santral sinir sistemi, periferal sinir sistemi veya kraniyal sinirler kemoterapi kaynaklı nörotoksisiteden direkt ya da indirekt olarak etkilenebilmektedir. Böylelikle nöropatik ağrı ortaya çıkabilmektedir. Kemoterapi tedavisi alan ileri evre kanser hastası bireylerin %24-30'unda ağrı gözlenmektedir (90). Ayaktan kemoterapi tedavisi alan bireylerle yapılan bir araştırmada Yates ve ark. (91) ağrı yaşanma sıklığını %95 olarak bulgulamışlardır. Bir diğer çalışmada Aranda ve Hayman (6) kemoterapi tedavisi gören bireylerin %79'unda ağrı bulgulamışlardır. Kemoterapi tedavisi gören bireylerle yapılan diğer çalışmalarda tedavi sürecinde %50-70'inde ağrı gözlemlemiştir (74,77,79).

Yukarıda ifade edildiği gibi kemoterapiye bağlı olarak hastalar yoğun ve sıkıntılı semptomlar yaşayabilmektedirler. Ayaktan kemoterapi ünitelerinde tedavi uygulanan hastaların tedavi sırasında bu semptomlarla evlerinde baş etmeleri beklenmektedir. Bu süreçte hastalara yaşadıkları sorunlarla baş etmelerinde aile bireyleri destek olmaktadır. Hastalık ve tedaviye bağlı sorunlarla baş etme konusunda yeterince bilgilendirilmeyen aile bireyleri bakım yükü altında zorlanabilmektedir.

KANSERDEN KORUNMA

%30'u önlenebilecek düzeyde olan kanser kaynaklı ölümler, dünyadaki en önemli ölüm sebepleridir. Kanser hastalığı yoğun morbidite ve mortalite ile seyretmektedir, bu sebeple erken teşhis ve korunma çok önemlidir (92). Kansere sebep olan etmenlerin belirlenmesi ve bu etmenlerden bertaraf edilmiş bir hayat kanserden korunmanın, kanser kaynaklı ölümlerin en bariz yöntemidir. Birincil korunma, ikincil korunma ve üçüncül korunma kanserden korunma yöntemleridir (40).

Halk sağlığının önem arz eden bir konusu olan kanserden birincil korunma; ekarte edilebilecek durumdaki risk etmenlerinin ortadan kaldırılması ya da bu etmenlerin bireylerin bedeninde ortaya çıkarabileceği zararların onarılması esasına dayanan kansersel olguların

önlenmesi şeklindeki yöntemdir (93). Bu aşamada kanserle bağlantılı herhangi bir semptom veya hücre değişim hareketi yoktur. Birincil korumada yalnızca kansere sebep olabilecek etmenlerle alakalı tedbirler alınması yeterli değildir, aynı zamanda bireylerin sağlık bilincinin de arttırılması gereklidir (32). Radyasyon, alkol, mesleki temas, güneş ışığı, beslenme, sigara, kişisel hijyen ve cinsel sağlık konularında verilebilecek eğitimler kanserden korunma açısından birincil korunmaya örnekti (35).

Kişilerin hayat tarzlarını pozitif şekilde değiştirerek kanser tanısı alma ihtimallerini düşürebileceklerini bilmesi çok önem arz etmektedir. Şüpheli cinsel temastan uzak durmak, hijyenik koşullara uymak, tek kullanımlık enjektör kullanmak, alkol tüketimini sınırlandırmak, kan ve kan ürünlerini transfüzyon öncesi serolojik testlerden geçirmek ve vitamin kullanmak kanser tanısı alma ihtimalini düşürebilmektedir (92).

Başta akciğer kanseri olmak üzere farenks, larenks, oral kavite, pankreas, serviks ve mesane kanserleri tütüne karşı yürütülen başarılı mücadele sayesinde Türkiye çapında senede ortalama 40.000 kanserin önüne geçebilecektir.

Fiziksel aktivitenin prostat kanseri görülme sıklığını az miktarda düşürdüğü gözlenmiştir(95). Özellikle kolon ve kolorektal kanserlerde egzersiz %40-50 oranında koruyucu olmakla birlikte sigara ve diğer hayat tarzı değişimleri akciğer kanseri tanısı alma olasılığını %40 azaltmaktadır (94).

İkincil koruma, herhangi bir klinik semptom olmaksızın hücresel bazda kanserleşme başlangıcının erken tanısında önem arz etmektedir. Kanser tedavisinin başarıyla sonuçlanması olasılığı çoğu durumda düşükken, erken teşhisle bu ihtimal oldukça artmaktadır. (38). Sağlıklı bireylerin düzenli aralıklarla tarama programlarına tabi tutulması ikincil korumanın temelidir (93). Açıklanamayan kilo kaybı, herhangi bir bölgede kitlesel oluşum, rektal kanama, hematüri, idrar yapmada ve dışkılamada değişiklik, uzun süre nedeni açıklanmayan öksürük, ses kısıklığı, abdominal ağrı, iyileşmeyen yaralar erken tanıda dikkate alınması gereken belirtilerdir (35,44). Erken belirti gözlenmeyen bir evrede yakalanan bazı kanser türlerine bağlı ölüm oranlarında düşüş gözlenebilmektedir. Endometrium kanseri, prostat kanseri, meme kanseri, kolon- rektum kanserleri, malign melanom ve serviks kanseri erken tanı koyma imkanı bulunan kanser türleridir. Buna rağmen over kanseri, mesane kanseri, akciğer kanseri, lenf bezi kanserleri, testis kanserleri, tiroid kanserleri, orofarinks kanseri, mide kanseri erken tanı ihtimali düşük olan kanser türleridir (93).

Gelişmekte olan kanserleri tedavi etmek, kanser sebepli ölümleri önlemenin en mühim yöntemidir. Semptom göstermekten olan kanser hastalığını uygun yöntemle tedavi ederek

mortaliteyi düşürmek, üçüncül koruma yöntemidir. Tedavi sonrası oluşan komplikasyonların azaltılması, sosyal ve tıbbi rehabiltasyon da üçüncü korumanın kapsamındadır (32). Verilen kayıplara saplanmak yerine, mevcut kabiliyet ve gücü kullanarak destek sistemlerini tekrar düzenlemek, fiziksel fonksiyonları düzenlemek ve oluşması muhtemel komplikasyonların önüne geçmek rehabilitasyonun esas amacıdır. Bu amaçlar ışığında kanser tanısı almış olan bireylerin rehabilite olma ihtiyacı multidisipliner yaklaşımla karşılanmalıdır (96).

YAŞAM KALİTESİ

1960'lı yıllarda sosyoloji bilimiyle başlayıp sırasıyla ekonomi ve psikoloji bilimlerinin de kapsamına girmiş olan yaşam kalitesi 1970'li yıllardan itibaren sağlık alanının kapsamı altına da alınmıştır.

İlk kez Thorndik tarafından sosyal çevrenin kişide uyanan tepkisi şeklinde tanımlanan yaşam kalitesinin; Murrel ve Norris tarafından tek bir disiplin şeklinde ele alınmasının doğru olmayacağı belirtilmiştir. Buna dayanarak Andrews ve Withney kişilerin sosyal ilişki kesişimi ve doyumları olarak, Frankel ise kişinin mutluluk kapasitesi ve hayatından doyum alması şeklinde tanımlamıştır (97).

Burchardt ise kişinin ekonomik gücünün yerinde olması, fiziksel gücünün yerinde olması, diğer şahıslarla iyi ilişkiler kurması, hayatından doyum alması, eğlenmeye zaman ayırması, kendisini geliştirmesi, toplumsal davranışlarda sosyal güç yeterliliğine sahip olmasını yaşam kalitesi olarak ifade etmiştir (98).

Kişinin genel rahatlığı, sağlık durumu, ekonomik durumu ve performans durumu gibi özelliklerin yaşam kalitesini her yönden değerlendirmede gerekli olduğunu saptayan Johnson, Shin ve Patterson farklı bir yaklaşımda bulunmuşlardır. Bir başka yaklaşımda ise Tartar ve arkadaşları kişinin kavrama kapasitesi ve davranış düzeyini, performansını, sosyal rollerini ve emosyonel iyilik durumunu değerlendirerek kavramlaştırmışlardır (99).

Evans ve arkadaşlarının yaklaşımında ise, yaşam kalitesinin sübjektif ve objektif göstergeler şeklinde iki kısımda incelenmelidir (100).

Yaşam Kalitesinin Objektif Göstergeleri

Yaşam kalitesinin objektif göstergesi, fiziksel iyilik halidir.

a) Kendine bakabilme (giyinme, beslenme, uyku, banyo ve tuvaleti kullanma)

b) Hareket (evin içinde ve dışında hareket etme)

c) Fiziksel etkinlik (eğilme, doğrulma, yürüme, yorgunluk, merdiven çıkma)

d) Rol etkinliği (aile ve işle bağlantı, sosyal roller)

e) Sağlık hastalık inancı, tanı ve tedavinin sonucu fiziksel iyilik halini içerir.

Burada bireyin öz bakımını ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesiyle birlikte bunların yeterli düzeyde olması ve bireyin bu durumdan doyum alması esastır.

Yaşam Kalitesinin Subjektif Göstergeleri

Psikolojik iyilik hali: Bireyin farklı ruh hallerini ve değişik durumlardaki uyum stratejilerini kapsamaktadır. Bireyin psikolojik açıdan esenlik durumu, subjektif yaşam kalitesinin göstergesidir. Bunlar; emosyonel esenlik durumu, psikolojik etki ve yaşam doyumudur ve yaşam deneyimlerinin subjektif bir şekilde ele alınmasıyla tespit edilir. Beden imajı, anksiyete, otonomi, dinlenme ve uğraşı, depresyon ve yararlılık gibi durumlarda yaşamın mutluluğu ve normalliği psikolojik-emosyonel esenliktir.

Sosyal ve bireysel iyilik hali: Bireyin arkadaş, eş ve ailesiyle olan ilişkilerinin niceliği ve niteliğiyle sosyal destek görme, rollerini yerine getirme ve sosyal faaliyetlere katılma sıklığını içeren süreç sosyal ve bireysel iyilik halini ifade eder.

Maddi iyilik hali: Mevcut pozisyondaki, barınma, iş güvencesi, sağlık sigortası ve geleceğe yönelik güvenlik duygusu gibi fonksiyonlardır (97-103).

KANSER VE YAŞAM KALİTESİ

Günümüzde ‘kanser’ kelimesi tıp alanında kat edilen büyük aşamaya rağmen hala korku ve anksiyete gibi olumsuz duyguları beraberinde getirmektedir. Kanser tanısı almış birey tedavi edilmediği takdirde fonksiyon kaybı yaşayacak, sağlığı sürekli daha kötüye gidecek ve beraberinde birçok rahatsızlık getirecektir. Buna rağmen mevcut tedavi yöntemleri kişinin hayat kalitesini olumsuz etkileme özelliğindeki pek çok yan etkiyi beraberinde getirdiği için kanser tedavisi net bir çözüm sunamamaktadır. Kanser tedavisinde en yüksek oranda kullanılan kemoterapi beraberinde pek çok yan etki getirmektedir. Normal ve sağlıklı hücrelere hasar vermeden yalnızca malign tümör hücrelerini yok etmesi beklendiği halde normal hücreleri de etkilemektedir.

Örnek verilecek olursa; kemik iliğinin baskılanmasından kaynaklanan trombositopeni, anemi ve lökopeni, bulantı-kusma, kilo kaybı, saçlarda dökülme (alopesia), halsizlik, ağızda

ülserasyonlar, iştahsızlık gibi problemler hasta için fazlasıyla rahatsız edici yan etkilerdir (97-99,102,104-108).

EVDE BAKIM

Günümüzde sağlık giderlerinde devamlı bir artış olmasına rağmen sağlık hizmetleri kaynaklarının sınırlı olması, sağlık hizmetinde maliyet azaltıcı ve risk önleyici yaklaşımları ön plana çıkartmıştır (109). Bu durumda kişilerin talebi halinde kurumsal bakıma alternatif olarak evde bakım hizmeti verilmesi düşüncesi ortaya çıkmıştır (110). Hekim, evde bakım hemşiresi, meşguliyet terapisti, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, diyet uzmanı, konuşma terapisti, evde bakım yardımcıları ve bakım veren aile üyeleri evde bakım ekibini oluşturur. (111). Eve bakım ekibi yalnızca kendi içinde değil, hastane ile de koordinasyon içinde bulunmalıdır (112).

Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı

Evde bakım hizmetleri kapsamında uluslararası düzeyde anlaşma sağlanmış çekirdek ya da minimum bir hizmet listesi olmadığından dolayı her ülke kendi imkan ve sosyo-kültürel dinamiklerini baz alarak, zaman zaman güncelleyebildiği bir hizmet listesi oluşturmuştur. Evde bakım hizmetleri bünyesinde alınacak kararların titizlikle alınması ve topluma mümkün olduğunca anlaşılır, sade bir dille açıklanması gereklidir. Gereksinimlerin karşılanmasında toplumlar tarafından; ekonomik koşulların dikkate alınmasında, topluluğa ya da bireye ait tercihlerde, hizmet alan ve hizmet sunanın hareketlilik durumu ve ulaşım imkanlarının sağlanabilirliği bazında alternatif yollar sunulmasını talep edebilir (113).

Evde Bakım kapsamında, üç düzeyde sağlık hizmeti sunulmaktadır. Bunlar; kişinin bağımsızlık seviyesini arttırarak ve sağlıklı bir hayat tarzı edinmesini sağlayarak birincil düzeyde, kontroller ve düzenli izlemlerle yetersizlik ve hastalıkların erken dönemde tanılanmasını sağlayarak ikincil düzeyde, hastalıkların komplikasyonlarını-tedavilerin yan etkilerini önleyerek ve palyatif bakım sağlayarak üçüncül düzeyde koruyucu sağlık hizmetleri sunmaktır. Ayrıca evde bakım hizmetleri; kişinin fonksiyonel, bilişsel, psikososyal ve fiziksel problemleri doğrultusunda bakım ihtiyaçlarını karşılamak ve taburculuk sonrası değerlendirme ve izlemlerle evde rehabilitasyon veya evde hastane hizmetleri sağlayabilmelidir (114).

Kronik ve uzun süreli bakım gerektiren 65 yaş ve üzerindeki yaşlı hastalar, bebek ve çocuklar, kronik hastalığı olan her yaş grubu; evde bakım hizmetlerinin yöneldiği yaş gruplarıdır ve çok yönlü bakım hizmetlerini güvenli ev koşullarında alabilmektedirler (21).

Evde sağlık hizmetleri tüm sağlık hizmetlerini ve sosyal hizmetleri kapsaması sebebiyle yalnızca hasta ve hastalığa yönelik bir faaliyet değildir. ABD ve Avrupa'daki birçok evde sağlık hizmetleri örgütlenmesinden biri olan 'hastane temelli evde bakım hizmetleri'; kronik bakım gerektiren yatan ve ayaktan tedavisi yapılan bireyler için alternatif amaçlı düşünülmüş ve yayılmakta olan bir bakım türüdür. Günümüzde sağlık teknolojisinde aşama kaydedildikçe ve beklentiler değiştikçe evde bakım hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve kapsamı da genişlemektedir (115).

Evde bakımın bireysel yararları;

· Yaşam kalitesinin arttırılması,

·Bireyin alışık olduğu ortamda bakım gereksinimi karşılanarak memnuniyetin artması,

· Fonksiyonel sağlığın sürdürülmesi ve arttırılması,

· Bireysel bağımsızlığın desteklenmesi ve geliştirilmesi,

· Bakımda sürekliliğin sağlanması,

· Gün gün izlenen hastadaki problemlerin daha erken dönemde saptanması,

· Bireyin ve aile üyelerinin bakıma katılımının sağlanması,

· Aile bütünlüğünü koruması,

· Kurumsal bakımın aile ve hasta üzerinde neden olduğu stresin azaltılması,

· Aile üyelerinin tükenmişlik yaşama riskini azaltması,

·Terminal dönemdeki hastalar için ev ortamında fiziksel ve mental rahatlığın sürdürülerek yaşama anlam katılması,

· Geleneksel yapımıza uygun olması,

·Kurumsal ortamın neden olabileceği enfeksiyon riskini azaltarak, iyileşmenin hızlanması,

· Evde bakım hizmetlerinin hastane hizmetlerinden daha güvenilir ve verimli olması,

· Bireylerin kendi damak tadına uygun ve alışık oldukları yemekleri daha rahat yeme imkanının olması,

· Kişiye özel hizmet sağlanmasıdır.

Evde bakımın toplumsal yararları;

· Kurumsal bakıma olan gereksinimi azaltması,

· Hastane sirkülasyonunu artırması,

· Hastaneye başvuru oranının azalması,
· Hastane kalış süresinin kısalması,
· Kurum bakımına olan gereksinimi azaltması,
· Sağlık sisteminde bakım sürekliliğinin sağlanması,
· Sağlık hizmetlerinin maliyetinin azalması,
· Gereksiz zaman ve iş gücü kaybının azalması,
· Koruyucu sağlık uygulamaları ve toplum eğitimi için olanak sağlanması,
· Aile bütünlüğünün korunmasıdır (114,116).

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı niteliktedir.

ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı, bir üniversite hastanesinin medikal onkoloji ayaktan kemoterapi ünitesinde kemoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesidir.

ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Bu araştırma tek bir üniversite hastanesinin ayaktan kemoterapi ünitesinde yapılmıştır ve sonuçlar sadece araştırmanın yapıldığı kurumu kapsamaktadır. Bu nedenle diğer topluma genellenemez.

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, bir üniversite hastanesinin ayaktan kemoterapi ünitesinde yapılmıştır.

Araştırma 26.01.2019-26.04.2019 tarihleri arasında yapılmış olup, veriler yüz yüze görüşülerek yaklaşık 30 dakikada toplandı.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın tanımlayıcı yapısı bağlamında, çok sayıda değişkenin (gereksinimler, uygulamalar vb.) toplum içerisinde görülme oranı inceleneceği için ve literatüre dayalı olarak

belirlenmiş bir oran elimizde bulunmadığı için, en yüksek örneklem değerini verecek şekilde p=0,50 olarak kabul edildi.

N= 1000 ; E= 0,04; p=0,50; q=0,50; Z=1,96 olarak alındığında, bilinen büyüklükte evren için n= Nx z2 x p x q / (E2 x (N-1) + z2 x p x q) formülüyle hesaplandığında en küçük örneklem büyüklüğü n= 375 bulunmuş; n=400 kişiye ulaşılmıştır.

ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

1-Trakya Üniversitesi Hastanesi Medikal Onkoloji Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde kemoterapi alan hasta olmak.

2-18 yaşından büyük olmak

3-İletişim sorunu olmamak.

4-Gönüllü olmak

Araştırmadan çıkarılma kriteri; araştırmaya katılan hastaların vazgeçmesi olarak belirlenmiştir.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler yüzyüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

Hasta Tanılama Formu

Kemoterapi alan hastalar ile ilgili benzer çalışmalar göz önüne alınarak hazırlanan ve 20 sorudan oluşan hasta tanılama formu, bireye ilişkin hastadan alınacak tanıtıcı özellikleri içeren bölümlerden oluşmaktadır (EK-1).

Bireye ilişkin sosyo-demografik özellikler: Bu bölümde sosyo-demografik özelliklere ilişkin (bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, mesleği, nerede yaşadığı, kiminle yaşadığı vb.) 10 soru bulunmaktadır.

Bireye ilişkin tıbbi özellikler: Bu formda tıbbi özelliklere ilişkin (tanı alma zamanı, başka kronik hastalığı vb.) 5 soru bulunmaktadır.

EORTC C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği formu: EORTC QLQ-C30 Version 3.0 (European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire) Yaşam Kalitesi Ölçeği kanser tanısı almış bireylerde sıklıkla kullanılan bir

yaşam kalitesi anketidir. Aaronson ve ark. tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,70 olarak bulunmuştur. Güzelant ve ark. tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (121, 122). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Beşer ve Öz tarafından yapılmıştır. Beşer ve Öz'ün çalışmasında ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,90 olarak bulunmuştur. EORTC C-30 Kanser Yaşam Kalitesi Ölçeği genel sağlık durumu ve yaşam kalitesi skalası, beş fonksiyonel ölçek (fiziksel fonksiyon, rol fonksiyon , kognitif fonksiyon, emosyonel fonksiyon, sosyal fonksiyon) ve semptom ölçeğinden oluşan çok boyutlu bir ölçektir. İlk 28 soru dörtlü likert tipi ölçektir. Maddeler Hiç: 1, Biraz: 2, Oldukça: 3, Çok: 4 puan olarak değerlendirilmektedir. 29. ve 30. sorular genel iyilik halini ölçen sorulardır. Ölçeğin 29.ve 30. sorusunda hastadan 1'den 7'ye kadar olan ölçek ile (1: çok kötü ve 7: mükemmel) sağlığını ve genel iyilik halini değerlendirmesi istenmektedir. Genel iyilik hali ve fonksiyonel ölçekten alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise yaşam kalitesinin düşük olduğunu ifade etmektedir. Semptom ölçeğinde ise halsizlik, ağrı ve bulantı-kusma değerlendirilmektedir. Ayrıca dispne, uykusuzluk, iştah kaybı, konstipasyon, diyare ve maddi zorluk durumu birer soru ile ölçülmektedir. Bu bölümden alınan puanların düşük olması yaşam kalitesinin yüksek, puanların yüksek olması ise yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. Skorlamada alabilecekleri toplam en düşük puan 0, en yüksek puan ise 100'dür (13), (EK-2).

Bu araştırmada yaşam kalitesi ölçeğinin güvenirliği Cronbach's Alpha=0,93 olarak yüksek bulunmuştur.

VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı.

İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi ve Mann Whitney U testi ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) ANOVA testi kullanıldı. ANOVA testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanıldı. $p<0.05$ değeri istatiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

ARAŞTIMANIN ETİK İLKELERİ

1.Araştırmanın uygulanabilmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 25.03.2019 tarihli ve 06/30 sayılı izin (Ek 3),

2.Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Merkez Müdürlüğünden gerekli izin,

3.Hastalara verdikleri bilgilerin sadece araştırma amacıyla kullanılacağı söylendi ve araştırmaya katılmaları konusunda sözlü onamları alındı. Araştırmanın yapılacağı ünite yöneticilerine, ünite sorumlu hemşiresine, ünite hemşirelerine ve araştırmaya katılma kriterlerine uygun olan hastalara araştırmanın amacı ve uygulanışı hakkında açıklama yapıldı.

Araştırmanın yapılacağı ünite yöneticilerine, ünite sorumlu hemşiresine, ünite hemşirelerine ve araştırmaya katılma kriterlerine uygun olan hastalara araştırmanın amacı ve uygulanışı hakkında açıklama yapıldı.

BULGULAR

Bir üniversite hastanesinin medikal onkoloji ayaktan kemoterapi ünitesinde kemoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilden bulgular aşağıda sunulmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların %53,2'sinin erkek, %36,2'sinin 61-70 yaş aralığında olduğu, %94'ünün köy ve kasabada yaşadığı, %42,2'sinin ilkokul mezunu, %82'sinin evli, %58,5'inin geliri giderine eşit, %84,2'sinin bir işte çalışmadığı, %95,8'inin sosyal güvencesinin var olduğu ve %86'sının aile/bakım veren kişi ile yaşadığı belirlendi. Aynı zamanda hastaların %98,8'ine eşinin bakım verdiği bulundu (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri (n:400)

Gruplar	**n**	**%**
Yaş		
50 Ve Altı	75	18,8
51-60	120	30,0
61-70	145	36,2
71 ve Üzeri	60	15,0
Cinsiyet		
Erkek	213	53,2
Kadın	187	46,8
Şuan Yaşanan Yer		
Köy ve Kasaba	94	23,5
İlçe	149	37,2
Şehir Merkezi	157	39,2

Tablo 1. (devamı) Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri (n:400)

Gruplar	n	%
Eğitim Durumu		
İlkokul Altı	34	8,5
İlkokul	169	42,2
Ortaokul	50	12,5
Lise	87	21,8
Üniversite ve Üstü	60	15,0
Medeni Durum		
Evli	328	82,0
Bekar	72	18,0
Gelir Durumu		
Gelir Giderden Az	117	29,2
Gelir Gidere Eşit	234	58,5
Gelir Giderden Fazla	49	12,2
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	63	15,8
Çalışmıyor	337	84,2
Sosyal Güvence Varlığı		
Var	383	95,8
Yok	17	4,2
Evde Kiminle Yaşandığı		
Yalnız	56	14,0
Aile/bakım Veren İle	344	86,0
Aile/bakım verenler*		
Eş	340	98,8
Çocuk	282	82,0
Anne	222	64,6
Baba	222	64,6

*Birden fazla seçilen maddeler

Araştırmaya katılan hastaların %60,5'inin 1-12 ay aralığında tanı aldıkları, %62,5'inin başka bir kronik hastalığa sahip olduğu, başka bir kronik hastalığı olanlardan %54,7'sinde hipertansiyon hastalığı bulunduğu tespit edildi. Hastaların %13,2'sinin başka bir tedavi aldığı ve başka bir tedavi alma durumları inceleğinde %60,4'ünün radyoterapi tedavisi gördüğü belirlendi. Araştırmaya dahil edilen hastaların %81'inin taburculuk eğitimi almadığı, %86,5'inin evde bakım eğitim gereksiniminin olmadığı, %66,2'sinin evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duymadığı, %88,1'inin alışveriş konusunda yardıma ihtiyaç duydukları, evde ihtiyaç duyulan konuda %81,5'inin yardım alabildiği, Hastaların evde ihtiyaç duyulan konuda %65,9'unun eşlerinden yardım alabildikleri, yardım aldıkları kişilerin hastalıkla ilgili

%97'sinin bilgi sahibi olduğu, %83,8'inin evde bakım hizmeti almaya gereksinimi olmadığı, %52'sinin çevresinden sosyal destek aldığı bulundu (Tablo 2).

Tablo 2. Araştırma grubunun klinik özelliklerine göre dağılımı (n:400)

Gruplar	**n**	**%**
Tanı Zamanı (ay)		
1-12	242	60,5
13-24	53	13,2
25-48	32	8,0
49 Ve Üzeri	73	18,3
Başka Kronik Hastalık Durumu		
Evet	150	37,5
Hayır	250	62,5
Diğer Kronik Hastalık Hastalıklar*		
Kalp	20	13,3
Diyabet	66	44,0
Hipertansiyon	82	54,7
Astım	8	5,3
Bronşit	4	2,7
Obsesif Kompulsif Sendrom	5	3,3
Tüberküloz	4	2,7
Hepatit C	4	2,7
Başka Tedavi Alma Durumu		
Evet	53	13,2
Hayır	347	86,8
Diğer Tedaviler*		
Radyoterapi	32	60,4
Psikiyatrik	5	9,4
Antihipertansif	12	22,6
İmmünoterapi	4	7,5
Antikoagülan	4	7,5
Taburculuk Eğitimi Alma Durumu		
Evet	76	19,0
Hayır	324	81,0
Evde Bakım Eğitim Gereksinimi Olma Durumu		
Evet	54	13,5
Hayır	346	86,5
Evde Günlük Yaşantıda Yardıma İhtiyaç Duyma		
Evet	135	33,8
Hayır	265	66,2

*Birden fazla seçilen maddeler

Tablo 2. (devamı) Araştırma grubunun klinik özelliklerine göre dağılımı (n:400)

Gruplar	n	%
Evde hangi konularda yardıma ihtiyaç duyulduğu*		
Alışveriş	119	88,1
Hijyen	66	48,9
Giyinme	49	36,3
Boşaltım	33	24,4
Hareket Etme	45	33,3
Beslenme	66	48,9
Tedavi	29	21,5
Evde İhtiyaç Duyulan Konuda Yardım Alabilme Durumu		
Evet	110	81,5
Hayır	25	18,5
Evde bu ihtiyaçlar için kimlerden yardım alındığı*		
Eş	89	65,9
Çocuk	56	41,5
Bakım Veren/bakıcı	7	5,2
Sağlık Personeli	3	2,2
Diğer	8	5,9
Yardım Alınan Kişinin Hastalıkla İlgili Bilgi Sahipliği		
Evet	128	97,0
Hayır	4	3,0
Evde Bakım Hizmeti Almaya Gereksinim Olma Durumu		
Evet	65	16,2
Hayır	335	83,8
Çevreden Sosyal Destek Alma Durumu		
Evet	208	52,0
Hayır	192	48,0

*Birden fazla seçilen maddeler

Hastaların genel iyilik hali alt ölçeği puan ortalaması 62,75±24,41 (Min=0; Maks=100), fonksiyonel güçlükler alt ölçeği puan ortalaması 73,95±20,47 (Min=13.33; Maks=100), fiziksel fonksiyonlar alt ölçeği puan ortalaması 66,45±27,60 (Min=0; Maks=100), rol fonksiyonları alt ölçeği puan ortalaması 80,66±27,87 (Min=0; Maks=100), emosyonel fonksiyonlar alt ölçeği puan ortalaması 73,14±27,55 (Min=0; Maks=100), bilişsel fonksiyonlar alt ölçeği puan ortalaması 85,08±21,91 (Min=0; Maks=100), sosyal fonksiyonlar alt ölçeği puan ortalaması 76,45±26,79 (Min=0; Maks=100), semptomlar alt ölçeği puan ortalaması 31,96±22,01 (Min=0; Maks=84,62), yorgunluk alt ölçeği puan ortalaması 44,50±32,42 (Min=0; Maks=100), bulantı kusma alt ölçeği ortalaması 25,37±30,88 (Min=0; Maks=100), ağrı alt ölçeği puan ortalaması 32,54±31,70 (Min=0; Maks=100), solunum güçlüğü alt ölçeği puan ortalaması 19,50±33,08 (Min=0; Maks=100), uyuma güçlüğü alt ölçeği puan ortalaması 29,00±37,65 (Min=0; Maks=100), iştah kaybı alt ölçeği puan

ortalaması 38,75±39,43 (Min=0; Maks=100), konstipasyon alt ölçeği puan ortalaması 31,66±37,57 (Min=0; Maks=100), diyare alt ölçeği puan ortalaması 15,00±26,64 (Min=0; Maks=100), ekonomik güçlük alt ölçeği puan ortalaması 27,83±34,80 (Min=0; Maks=100), olarak saptandı (Tablo 3).

Tablo 3. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (n:400)

Alt Ölçekler	n	Ort±Ss	Min.	Max.
GENEL İYİLİK HALİ	400	62,75±24,41	0,00	100,00
FONKSİYONEL GÜÇLÜKLER	400	73,95±20,47	13,33	100,00
Fiziksel Fonksiyonlar	400	66,45±27,60	0,00	100,00
Rol Fonksiyonları	400	80,66±27,87	0,00	100,00
Emosyonel Fonksiyonlar	400	73,14±27,55	0,00	100,00
Bilişsel Fonksiyonlar	400	85,08±21,91	0,00	100,00
Sosyal Fonksiyonlar	400	76,45±26,79	0,00	100,00
SEMPTOMLAR	400	31,96±22,01	0,00	84,62
Yorgunluk	400	44,50±32,42	0,00	100,00
Bulantı Kusma	400	25,37±30,88	0,00	100,00
Ağrı	400	32,54±31,70	0,00	100,00
Solunum Güçlüğü	400	19,50±33,08	0,00	100,00
Uyuma Güçlüğü	400	29,00±37,65	0,00	100,00
İştah Kaybı	400	38,75±39,43	0,00	100,00
Konstipasyon	400	31,66±37,57	0,00	100,00
Diyare	400	15,00±26,64	0,00	100,00
Ekonomik Güçlük	400	27,83±34,80	0,00	100,00

Yaşam Kalitesi Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Eğitim durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, eğitim durumu ile genel iyilik hali alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, eğitim düzeyi ilkokul altı olan grubun ve üniversite ve üstü olan grubun diğer eğitim düzeyine sahip gruplar arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Eğitim düzeyi ilkokul altı olan grubun diğer gruplara göre genel iyilik hali alt ölçek puan ortalamaları daha düşük, üniversite ve üstü olan grubun diğer gruplara göre genel iyilik hali alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek idi (Tablo 4).

Eğitim durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, eğitim durumu ile fonksiyonel güçlükler alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, eğitim düzeyi ilkokul altı olan grubun diğer eğitim düzeyine sahip gruplarla, eğitim düzeyi üniversite ve üstü olan grubun diğer eğitim düzeyine sahip

gruplarla, eğitim düzeyi ilkokul olan grubun eğitim düzeyi ortaokul olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Eğitim düzeyi ilkokul altı olan grubun diğer eğitim düzeyine sahip gruplara göre fonksiyonel güçlükler alt ölçek puan ortalaması daha düşük, eğitim düzeyi üniversite ve üstü olan grubun diğer eğitim düzeyine sahip gruplara göre fonksiyonel güçlükler alt ölçek puan ortalaması daha yüksek, eğitim düzeyi ilkokul olan grubun eğitim düzeyi ortaokul olan gruba göre fonksiyonel güçlükler alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 4).

Eğitim durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, eğitim durumu ile fiziksel fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, eğitim düzeyi ilkokul altı olan grubun diğer eğitim düzeyine sahip gruplarla, eğitim düzeyi üniversite ve üstü olan grubun diğer eğitim düzeyine sahip gruplarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Eğitim düzeyi ilkokul altı olan grubun diğer eğitim düzeyine sahip gruplara göre fiziksel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha düşük, eğitim düzeyi üniversite ve üstü olan grubun diğer eğitim düzeyine sahip gruplara göre fiziksel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek bulundu (Tablo 4).

Eğitim durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, eğitim durumu ile emosyonel fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, eğitim düzeyi üniversite ve üstü olan grubun diğer eğitim düzeyine sahip gruplarla, eğitim düzeyi ilkokul olan grubun eğitim düzeyi ortaokul ve lise olan gruplarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Eğitim düzeyi üniversite ve üstü olan grubun diğer gruplara göre emosyonel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek, eğitim düzeyi ilkokul olan grubun eğitim düzeyi ortaokul ve lise olan gruplara göre emosyonel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 4).

Eğitim durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, eğitim durumu ile bilişsel fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, eğitim durumu ilkokul altı olan grubun diğer eğitim düzeyine sahip gruplarla, eğitim düzeyi ortaokul olan grubun eğitim düzeyi ilkokul, lise, üniversite ve üstü olan gruplarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Eğitim düzeyi ilkokul altı olan grubun diğer gruplara göre bilişsel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha düşük, eğitim düzeyi ortaokul olan grubun eğitim düzeyi ilkokul, lise, üniversite ve üstü olan gruplara göre bilişsel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha düşük idi (Tablo 4).

Eğitim durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, eğitim durumu ile sosyal fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, eğitim durumu üniversite ve üstü olan grubun diğer eğitim düzeyine sahip gruplarla, eğitim düzeyi ilkokul altı olan grubun eğitim düzeyi ilkokul ve lise olan gruplarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Eğitim düzeyi üniversite ve üstü olan grubun diğer gruplara göre sosyal fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek, eğitim düzeyi ilkokul altı olan grubun eğitim düzeyi ilkokul ve lise olan gruplara göre sosyal fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha düşük idi (Tablo 4).

Eğitim durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, eğitim durumu ile semptomlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, eğitim durumu ilkokul altı olan grubun diğer eğitim düzeyine sahip gruplarla, eğitim düzeyi ilkokul olan grubun eğitim düzeyi üniversite ve üstü olan grupla, eğitim durumu lise olan grubun eğitim durumu üniversite ve üstü olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Eğitim düzeyi ilkokul altı olan grubun diğer gruplara göre semptomlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek, eğitim düzeyi ilkokul olan grubun eğitim düzeyi üniversite ve üstü olan gruba göre semptomlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek,eğitim durumu lise olan grubun eğitim durumu üniversite ve üstü olan gruba göre semptomlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 4).

Eğitim durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, eğitim durumu ile bulantı kusma alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, eğitim durumu lise olan grubun diğer eğitim düzeyine sahip gruplarla, eğitim düzeyi ilkokul olan grubun eğitim düzeyi ortaokul olan gruplarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Eğitim düzeyi lise olan grubun diğer gruplara göre bulantı kusma alt ölçek puan ortalaması daha yüksek, eğitim düzeyi ilkaokul olan grubun eğitim düzeyi ortaokul olan gruplara göre bulantı kusma alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 4).

Eğitim durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, eğitim durumu ile ağrı alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, eğitim durumu ilkokul altı olan grubun diğer eğitim düzeyine sahip gruplarla, eğitim düzeyi üniversite ve üstü olan grubun diğer eğitim düzeyine sahip olan gruplarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Eğitim düzeyi ilkokul altı olan grubun diğer gruplara göre ağrı alt ölçek puan ortalaması daha yüksek, eğitim düzeyi üniversite ve üstü olan grubun

diğer eğitim düzeyine sahip olan gruplara göre ağrı alt ölçek puan ortalaması daha düşük idi (Tablo 4).

Eğitim durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, eğitim durumu ile solunum güçlüğü alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, eğitim durumu üniversite ve üstü olan grubun eğitim düzeyi ilkokul altı , ilkokul, ortaokul olan gruplarla, eğitim düzeyi lise olan grubun eğitim düzeyi ilkokul altı, ilkokul, ortaokul olan gruplarla, eğitim durumu ilkokul olan grubun eğitim durumu ilkokul altı ve ortaokul olan gruplarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Eğitim düzeyi üniversite ve üstü olan grubun eğitim düzeyi ilkokul altı, ilkokul, ortaokul olan gruplara göre solunum güçlüğü alt ölçek puan ortalaması daha düşük, eğitim düzeyi lise olan grubun eğitim düzeyi ilkokul altı, ilkokul, ortaokul olan gruplara göre solunum güçlüğü alt ölçek puan ortalaması daha düşük, eğitim durumu ilkokul olan grubun eğitim durumu ilkokul altı ve ilkokul olan gruplara göre solunum güçlüğü alt ölçek puan ortalaması daha düşük idi (Tablo 4).

Eğitim durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, eğitim durumu ile uyuma güçlüğü alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, eğitim durumu ilkokul altı olan grubun eğitim durumu ilkokul ve lise olan gruplarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Eğitim düzeyi ilkokul altı olan grubun eğitim durumu ilkokul ve lise olan gruplara göre uyuma güçlüğü alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 4).

Eğitim durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, eğitim durumu ile konstipasyon alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, eğitim durumu ortaokul olan grubun eğitim düzeyi ilkokul altı, ilkokul, lise olan gruplarla, eğitim düzeyi üniversite ve üstü olan grubun eğitim düzeyi ilkokul altı, ilkokul, lise olan gruplarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Eğitim düzeyi ortaokul olan grubun eğitim düzeyi ilkokul altı, ilkokul, lise olan gruplara göre konstipasyon alt ölçek puan ortalaması daha düşük, eğitim düzeyi üniversite ve üstü olan grubun eğitim düzeyi ilkokul altı, ilkokul, lise olan gruplara göre konstipasyon alt ölçek puan ortalaması daha düşük idi (Tablo 4).

Eğitim durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, eğitim durumu ile diyare alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, eğitim durumu ilkokul olan grubun eğitim düzeyi ortaokul ve üniversite ve üstü olan gruplarla, eğitim düzeyi lise olan grubun eğitim düzeyi ortaokul olan grupla arasındaki

farkından kaynaklandığı tespit edildi. Eğitim düzeyi ilkokul olan eğitim durumu ortaokul ve üniversite ve üstü olan gruplara göre diyare alt ölçek puan ortalaması daha yüksek, eğitim düzeyi lise olan grubun eğitim düzeyi ortaokul olan gruba göre diyare alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 4).

Eğitim durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, eğitim durumu ile ekonomik güçlük alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, eğitim durumu üniversite ve üstü olan grubun eğitim düzeyi ilkokul altı, ilkokul, lise olan gruplarla, eğitim düzeyi ortaokul olan grubun eğitim düzeyi ilkokul altı, ilkokul, lise olan gruplarla, eğitim durumu ilkokul olan grubun eğitim durumu ilkokul altı olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Eğitim düzeyi üniversite ve üstü olan grubun eğitim düzeyi ilkokul altı, ilkokul, lise olan gruplara göre ekonomik güçlük alt ölçek puan ortalaması daha düşük, eğitim düzeyi ortaokul olan grubun eğitim düzeyi ilkokul altı, ilkokul, lise olan gruplara göre ekonomik güçlük alt ölçek puan ortalaması daha düşük, eğitim düzeyi ilkokul olan grubun eğitim düzeyi ilkokul altı olan gruba göre ekonomik güçlük alt ölçek puan ortalaması daha düşük idi (Tablo 4).

Tablo 4. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının eğitim durumuna göre dağılımı

Alt Ölçekler	Eğitim Durumu	n	Ort±Ss	p	PostHoc	p
GENEL İYİLİK HALİ	İlkokul Altı (1)	34	46,56±17,30	**0,000**	**2>1**	**0,003**
	İlkokul (2)	169	59,86±25,61		**3>1**	**0,001**
	Ortaokul (3)	50	64,50±19,97		**4>1**	**0,000**
	Lise (4)	87	65,51±22,70		**5>1**	**0,000**
	Üniversite Ve Üstü (5)	60	74,58±24,13		**5>2**	**0,000**
					5>3	**0,026**
					5>4	**0,022**
FONKSİYONEL GÜÇLÜKLER	İlkokul Altı (1)	34	58,49±23,33	**0,000**	**2>1**	**0,000**
	İlkokul (2)	169	74,67±18,04		**3>1**	**0,042**
	Ortaokul (3)	50	67,28±26,54		**4>1**	**0,000**
	Lise (4)	87	73,97±19,62		**5>1**	**0,000**
	Üniversite Ve Üstü (5)	60	86,18±11,33		**5>2**	**0,000**
					2>3	**0,018**
					5>3	**0,000**
					5>4	**0,000**
Fiziksel Fonksiyonlar	İlkokul Altı (1)	34	39,41±24,47	**0,000**	**2>1**	**0,000**
	İlkokul (2)	169	66,50±23,77		**3>1**	**0,000**
	Ortaokul (3)	50	61,06±33,13		**4>1**	**0,000**
	Lise (4)	87	65,97±29,76		**5>1**	**0,000**
	Üniversite Ve Üstü (5)	60	86,77±11,80		**5>2**	**0,000**
					5>3	**0,000**
					5>4	**0,000**
Rol Fonksiyonları	İlkokul Altı	34	74,02±29,35	0,065		
	İlkokul	169	78,50±22,81			
	Ortaokul	50	77,33±37,45			
	Lise	87	85,24±30,11			
	Üniversite Ve Üstü	60	86,66±26,18			
Emosyonel Fonksiyonlar	İlkokul Altı (1)	34	67,15±25,03	**0,000**	**5>1**	**0,006**
	İlkokul (2)	169	76,33±27,35		**2>3**	**0,001**
	Ortaokul (3)	50	61,33±35,54		**5>3**	**0,000**
	Lise (4)	87	69,15±26,56		**2>4**	**0,044**
	Üniversite Ve Üstü (5)	60	83,19±16,70		**5>4**	**0,002**
Bilişsel Fonksiyonlar	İlkokul Altı (1)	34	67,64±30,13	**0,000**	**2>1**	**0,000**
	İlkokul (2)	169	86,39±20,62		**3>1**	**0,038**
	Ortaokul (3)	50	77,33±26,03		**4>1**	**0,000**
	Lise (4)	87	91,18±13,41		**5>1**	**0,000**
	Üniversite Ve Üstü (5)	60	88,88±20,04		**2>3**	**0,008**
					4>3	**0,000**
					5>3	**0,004**
Sosyal Fonksiyonlar	İlkokul Altı (1)	34	64,21±29,05	**0,001**	**2>1**	**0,016**
	İlkokul (2)	169	76,23±26,89		**4>1**	**0,042**
	Ortaokul (3)	50	74,66±28,61		**5>1**	**0,000**
	Lise (4)	87	75,09±28,51		**5>2**	**0,005**
	Üniversite Ve Üstü (5)	60	87,50±15,53		**5>3**	**0,011**
					5>4	**0,005**
SEMPTOMLAR	İlkokul Altı (1)	34	44,72±17,75	**0,000**	**1>2**	**0,004**
	İlkokul (2)	169	32,87±23,21		**1>3**	**0,002**
	Ortaokul (3)	50	30,15±20,88		**1>4**	**0,006**
	Lise (4)	87	32,59±19,91		**1>5**	**0,000**
	Üniversite Ve Üstü (5)	60	22,77±21,01		**2>5**	**0,002**
					4>5	**0,007**

Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 4. (devamı) Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği ortalamalarının eğitim durumuna göre dağılımı

Alt Ölçekler	Eğitim Durumu	n	Ort±Ss	p	PostHoc	p
Yorgunluk	İlkokul Altı (1)	34	66,17±19,45	**0,000**	**1>2**	**0,001**
	İlkokul (2)	169	45,56±31,47		**1>3**	**0,017**
	Ortaokul (3)	50	49,33±36,10		**1>4**	**0,000**
	Lise (4)	87	39,46±32,06		**1>5**	**0,000**
	Üniversite Ve Üstü (5)	60	32,50±31,95		**2>5**	**0,006**
					3>5	**0,005**
Bulantı Kusma	İlkokul Altı (1)	34	18,62±15,22	**0,001**	**4>1**	**0,032**
	İlkokul (2)	169	28,99±33,34		**2>3**	**0,001**
	Ortaokul (3)	50	12,00±16,84		**4>3**	**0,000**
	Lise (4)	87	31,80±34,16		**4>5**	**0,032**
	Üniversite Ve Üstü (5)	60	20,83±30,31			
Ağrı	İlkokul Altı (1)	34	53,92±27,23	**0,000**	**1>2**	**0,000**
	İlkokul (2)	169	31,55±31,28		**1>3**	**0,042**
	Ortaokul (3)	50	40,00±39,26		**1>4**	**0,000**
	Lise (4)	87	31,03±28,09		**1>5**	**0,000**
	Üniversite Ve Üstü (5)	60	19,16±25,82		**2>5**	**0,007**
					3>5	**0,000**
					4>5	**0,022**
Solunum Güçlüğü	İlkokul Altı (1)	34	44,11±37,35	**0,000**	**1>2**	**0,000**
	İlkokul (2)	169	19,52±33,23		**3>2**	**0,003**
	Ortaokul (3)	50	34,66±39,81		**1>4**	**0,000**
	Lise (4)	87	9,96±21,63		**2>4**	**0,021**
	Üniversite Ve Üstü (5)	60	6,66±25,15		**3>4**	**0,000**
					1>5	**0,000**
					2>5	**0,000**
					3>5	**0,000**
Uyuma Güçlüğü	İlkokul Altı (1)	34	46,07±38,50	**0,031**	**1>2**	**0,002**
	İlkokul (2)	169	24,26±35,95		**1>4**	**0,015**
	Ortaokul (3)	50	32,00±38,66			
	Lise (4)	87	27,58±38,44			
	Üniversite Ve Üstü (1)	60	32,22±37,81			
İştah Kaybı	İlkokul Altı	34	51,96±37,77	0,307		
	İlkokul	169	37,27±37,93			
	Ortaokul	50	40,00±41,51			
	Lise	87	38,69±41,87			
	Üniversite Ve Üstü	60	34,44±38,79			
Konstipasyon	İlkokul Altı (1)	34	46,07±44,95	**0,000**	**1>3**	**0,000**
	İlkokul (2)	169	35,70±38,76		**2>3**	**0,000**
	Ortaokul (3)	50	13,33±28,57		**4>3**	**0,001**
	Lise (4)	87	36,01±35,29		**1>5**	**0,002**
	Üniversite Ve Üstü (5)	60	21,11±32,45		**2>5**	**0,008**
					4>5	**0,016**
Diyare	İlkokul Altı (1)	34	11,76±23,03	**0,005**	**2>3**	**0,001**
	İlkokul (2)	169	20,11±31,96		**4>3**	**0,049**
	Ortaokul (3)	50	5,33±12,34		**2>5**	**0,023**
	Lise (4)	87	14,55±20,14			
	Üniversite Ve Üstü (5)	60	11,11±26,51			
Ekonomik Güçlük	İlkokul Altı (1)	34	46,07±23,23	**0,000**	**1>2**	**0,020**
	İlkokul (2)	169	31,75±36,33		**1>3**	**0,000**
	Ortaokul (3)	50	13,33±28,57		**2>3**	**0,000**
	Lise (4)	87	37,54±38,98		**4>3**	**0,000**
	Üniversite Ve Üstü (5)	60	4,44±11,42		**1>5**	**0,000**
					2>5	**0,000**
					4>5	**0,000**

Tek Yönlü Varyans Analizi

Gelir durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, gelir durumu ile fonksiyonel güçlükler alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, geliri giderine eşit olan grubun diğer gelir düzeyine sahip gruplar arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Geliri giderine eşit olan grubun diğer gruplara göre alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek idi (Tablo 5).

Gelir durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, gelir durumu ile rol fonksiyonları alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, geliri giderden fazla olan grubun diğer gelir düzeyine sahip olan gruplar arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Geliri giderden fazla olan grubun diğer gruplara göre rol fonksiyonları alt ölçek puan ortalaması daha düşük idi (Tablo 5).

Gelir durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, gelir durumu ile emosyonel fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, geliri gidere eşit olan diğer gruplar arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Geliri gidere eşit olan grubun diğer gruplara göre emosyonel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 5).

Gelir durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, gelir durumu ile gelir durumu ile bilişsel fonksiyonlar arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, geliri giderden fazla olan grubun diğer gelir düzeyine sahip gruplarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Geliri giderden fazla olan grubun diğer gruplara göre bilişsel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 5).

Gelir durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, gelir durumu ile sosyal fonsiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, geliri gidere eşit olan grubun geliri giderden az olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Geliri gidere eşit olan grubun, geliri giderden az olan gruba göre sosyal fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 5).

Gelir durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, gelir durumu ile semptomlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, geliri gidere eşit olan grubun diğer gelir düzeyine sahip olan gruplar arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Geliri gidere eşit olan grubun diğer gelir düzeyine sahip gruplara göre semptomlar alt ölçek puan ortalaması daha düşük idi (Tablo5).

Gelir durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, gelir durumu ile yorgunluk alt ölçeği arasında arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, geliri giderden fazla olan grubun ve geliri gidere eşit olan gubun diğer

gelir düzeyine sahip gruplar arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Geliri giderden fazla olan grubun geliri gidere eşit ve geliri giderden az olan gruplara göre yorgunluk alt ölçek puan ortalaması daha yüksek, geliri giderden az olan grubun geliri gidere eşit olan gruba göre yorgunluk alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 5).

Gelir durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, gelir durumu ile bulantı kusma alt ölçeği arasında anlmalı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, geliri gidere eşit olan grubun diğer gelir düzeyine ssahip gruplar arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Geliri gidere eşit olan grubun diğer gelir düzeyine sahip gruplara göre bulantı kusma alt ölçek puan ortalaması daha düşük idi (Tanlo 5).

Gelir durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, gelir durumu ile ağrı alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, geliri gidere eşit olan grubun diğer gelir düzeyine sahip gruplar arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Geliri gidere eşit olan grubun diğer gelir düzeyine sahip gruplara göre ağrı alt ölçek puan ortalaması daha düşük idi (Tablo 5).

Gelir durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, gelir durumu ile solunum güçlüğü alt ölçeği arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, geliri giderden az olan grubun geliri gidere eşit olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Geliri giderinden az olan grubun geliri gidere eşit olan gruba göre solunum güçlüğü alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 5).

Gelir durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, gelir durumu ile uyuma güçlüğü alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, geliri giderden fazla olan grubun diğer gelir düzeyine sahip gruplar arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Geliri giderinden fazla olan grubun diğer gelir düzeyine sahip gruplara göre uyuma güçlüğü alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 5).

Gelir durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, gelir durumu ile iştah kaybı alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, geliri giderden fazla olan grubun diğer gelir düzeyine sahip gruplar ve geliri giderinden az olan grubun geliri giderine eşit grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Geliri giderinden fazla olan grubun diğer gelir düzeyine sahip olan gruplara göre iştah kaybı alt ölçek puan ortalaması daha yüksek, geliri giderden az olan grubun geliri giderine eşit olan gruba göre iştah kaybı alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 5).

Gelir durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, gelir durumu ile diyare alt ölçeği arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, geliri giderinden az olan grubun geliri giderine eşit olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Geliri giderinden az olan grubun geliri giderine eşit olan gruba göre diyare alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 5).

Gelir durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, gelir durumu ile ekonomik güçlük alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, geliri giderden az olan grubun diğer gelir düzeyine sahip gruplarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Geliri giderden az olan grubun diğer gelir düzeyine sahip gruplara göre ekonomik güçlük alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 5).

Tablo 5. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının gelir durumuna göre dağılımı

Alt Ölçekler	Gelir Durumu	n	Ort±Ss	p	PostHoc	p
GENEL İYİLİK HALİ	Gelir Giderden Az	117	61,25±24,69	0,541		
	Gelir Gidere Eşit	234	63,88±24,31			
	Gelir Giderden Fazla	49	60,88±24,42			
FONKSİYONEL GÜÇLÜKLER	Gelir Giderden Az (1)	117	70,14±18,79	**0,000**	**2>1** **2>3**	**0,002** **0,001**
	Gelir Gidere Eşit (2)	234	77,35±20,29			
	Gelir Giderden Fazla (3)	49	66,80±22,13			
Fiziksel Fonksiyonlar	Gelir Giderden Az	117	61,82±24,06	0,059		
	Gelir Gidere Eşit	234	69,11±28,07			
	Gelir Giderden Fazla	49	64,76±31,91			
Rol Fonksiyonları	Gelir Giderden Az (1)	117	79,63±22,00	**0,000**	**1>3** **2>3**	**0,001** **0,000**
	Gelir Gidere Eşit (2)	234	84,61±26,21			
	Gelir Giderden Fazla (3)	49	64,28±39,96			
Emosyonel Fonksiyonlar	Gelir Giderden Az (1)	117	68,16±30,27	**0,000**	**2>1** **2>3**	**0,001** **0,000**
	Gelir Gidere Eşit (2)	234	78,17±23,19			
	Gelir Giderden Fazla (3)	49	61,05±33,90			
Bilişsel Fonksiyonlar	Gelir Giderden Az (1)	117	84,75±21,61	**0,000**	**1>3** **2>3**	**0,002** **0,000**
	Gelir Gidere Eşit (2)	234	87,67±20,86			
	Gelir Giderden Fazla (3)	49	73,46±24,03			
Sosyal Fonksiyonlar	Gelir Giderden Az (1)	117	70,79±26,88	**0,024**	**2>1**	**0,009**
	Gelir Gidere Eşit (2)	234	78,70±27,20			
	Gelir Giderden Fazla (3)	49	79,25±22,70			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 5. (devamı) Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının gelir durumuna göre dağılımı

Alt Ölçekler	Gelir Durumu	n	Ort±Ss	p	PostHoc	p
SEMPTOMLAR	Gelir Giderden Az (1)	117	38,06±21,66	**0,000**	**1>2** **3>2**	**0,000** **0,000**
	Gelir Gidere Eşit (2)	234	26,59±20,20			
	Gelir Giderden Fazla (3)	49	43,06±23,57			
Yorgunluk	Gelir Giderden Az (1)	117	50,42±31,06	**0,000**	**3>1** **1>2** **3>2**	**0,038** **0,001** **0,000**
	Gelir Gidere Eşit (2)	234	37,96±30,74			
	Gelir Giderden Fazla (3)	49	61,56±35,06			
Bulantı Kusma	Gelir Giderden Az (1)	117	32,76±31,63	**0,000**	**1>2** **3>2**	**0,000** **0,000**
	Gelir Gidere Eşit (2)	234	18,37±26,86			
	Gelir Giderden Fazla (3)	49	41,15±37,12			
Ağrı	Gelir Giderden Az (1)	117	42,73±32,78	**0,000**	**1>2** **3>2**	**0,000** **0,000**
	Gelir Gidere Eşit (2)	234	25,14±27,06			
	Gelir Giderden Fazla (3)	49	43,53±39,50			
Solunum Güçlüğü	Gelir Giderden Az (1)	117	25,92±36,38	**0,035**	**1>2**	**0,010**
	Gelir Gidere Eşit (2)	234	16,23±31,22			
	Gelir Giderden Fazla (3)	49	19,72±31,85			
Uyuma Güçlüğü	Gelir Giderden Az (1)	117	24,50±32,57	**0,000**	**3>1** **3>2**	**0,000** **0,000**
	Gelir Gidere Eşit (2)	234	25,49±36,80			
	Gelir Giderden Fazla (3)	49	56,46±42,05			
İştah Kaybı	Gelir Giderden Az (1)	117	41,59±37,88	**0,000**	**3>1** **1>2** **3>2**	**0,000** **0,025** **0,000**
	Gelir Gidere Eşit (2)	234	31,90±37,28			
	Gelir Giderden Fazla (3)	49	64,62±42,16			
Konstipasyon	Gelir Giderden Az	117	36,18±41,42	0,243		
	Gelir Gidere Eşit	234	30,48±34,82			
	Gelir Giderden Fazla	49	26,53±40,24			
Diyare	Gelir Giderden Az (1)	117	22,22±30,94	**0,001**	**1>2**	**0,000**
	Gelir Gidere Eşit (2)	234	11,11±20,25			
	Gelir Giderden Fazla (3)	49	16,32±37,34			
Ekonomik Güçlük	Gelir Giderden Az (1)	117	39,88±35,89	**0,000**	**1>2** **1>3**	**0,000** **0,001**
	Gelir Gidere Eşit (2)	234	23,36±33,33			
	Gelir Giderden Fazla (3)	49	20,40±32,50			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Yaşa göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, yaş ile genel iyilik hali alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, yaşı 71 ve üzeri olan grubun diğer yaş gruplarıyla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Yaşı 71 ve üzeri olan grubun diğer gruplara göre genel iyilik hali alt ölçek puan ortalaması daha düşük idi (Tablo 6).

Yaşa göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, yaş ile fonksiyonel güçlükler alt ölçeği arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, yaşı 51-

60 aralığında olan grubun diğer yaş grupları arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Yaşı 51-60 aralığında olan grubun diğer gruplara göre fonksiyonel güçlükler alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 6).

Yaşa göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, yaş ile fiziksel fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, yaşı 50 ve altı olan grubun yaşı 61-70 aralığında ve yaşı 71 ve üzeri olan gruplarla, yaşı 51-60 aralığında olan grubun yaşı 61-70 aralığında ve yaşı 71 ve üzeri olan gruplarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Yaşı 50 ve altı olan grubun yaşı 61-70 aralığında ve 71 ve üzeri olan gruplara göre fiziksel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek, yaşı 51-60 aralığında olan grubun yaşı 61-70 aralığında ve yaşı 71 ve üzeri olan gruplara göre fiziksel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 6).

Yaşa göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, yaş ile rol fonksiyonları alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, yaşı 51-60 aralığında olan grubun diğer yaş gruplarıyla, yaşı 50 ve altı olan grubun yaşı 61-70 aralığında olan grupla, yaşı 71 ve üzeri olan grubun yaşı 61-70 aralığında olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Yaşı 51-60 aralığında olan grubundiğer yaş gruplarına göre rol fonksiyonları alt ölçek puan ortalaması daha yüksek, yaşı 50 ve altı olan grubun yaşı 61-70 aralığında olan gruba göre rol fonksiyonları alt ölçek puan ortalaması daha yüksek, yaşı 71 ve üzeri olan grubun yaşı 61-70 aralığında olan gruba göre rol fonksiyonları alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 6).

Yaşa göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, yaş ile emosyonel fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, yaşı 50 ve altı olan grubun diğer yaş gruplarıyla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Yaşı 50 ve altı olan grubun diğer gruplara göre emosyonel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha düşük idi (Tablo 6).

Yaşa göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, yaş ile bilişsel fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, yaşı 50 ve altı olan grubun diğer yaş gruplarıyla, yaşı 51-60 aralığında olan grubun yaşı 61-70 aralığında ve yaşı 71 ve üzeri olan gruplarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Yaşı 50 ve altı olan grubun diğer yaş gruplarına göre bilişsel fonksiyonlar alt ölçek puanı daha düşük, yaşı 51-60 aralığındaki grubun yaşı 61-70 aralığında ve 71 ve üzeri olan gruba göre bilişsel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 6).

Yaşa göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, yaş ile sosyal fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, yaşı 61-70 aralığında olan grubun diğer yaş gruplarıyla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Yaşı 61-70 aralığında olan grubun diğer gruplara göre sosyal fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha düşük idi (Tablo 6).

Yaşa göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, yaş ile semptomlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, yaşı 61-70 aralığında olan grubun yaşı 51-60 ve 71 ve üzeri olan grupla, yaşı 50 ve altı olan grubun yaşı 51-60 aralığında olan grubun arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Yaşı 61-70 aralığında olan grubun yaşı 61-70 ve 71 ve üzeri olan gruba göre semptomlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek, yaşı 50 ve altı olan grubun yaşı 51-60 aralığında olan gruba göre semptomlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 6)

Yaşa göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, yaş ile yorgunluk alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, yaşı 50 ve altı olan grubun yaşı 51-60 ve 71 ve üzeri olan gruplarla, yaşı 61-70 aralığında olan grubun yaşı 51-60 ve 71 ve üzeri olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Yaşı 50 ve altı olan grubun yaşı 51-60 ve 71 ve üzeri olan gruplara göre yorgunluk alt ölçek puan ortalaması daha yüksek, yaşı 61-70 aralığında olan grubun yaşı 51-60 ve 71 ve üzeri olan gruplara göre yorgunluk alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 6).

Yaşa göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, yaş ile bulantı kusma alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, yaşı 71 ve üzeri olan grubun diğer yaş gruplarıyla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Yaşı 71 ve üzeri olan grubun diğer yaş gruplarına göre bulantı kusma alt ölçek puan ortalaması daha düşük idi (Tablo 6).

Yaşa göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, yaş ile ağrı alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, yaşı 61-70 aralığında olan grubun yaşı 51-60 aralığında olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Yaşı 61-70 aralığında olan grubun yaşı 51-60 aralığında olan gruba göre ağrı alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 6).

Yaşa göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, yaş ile uyuma güçlüğü alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, yaşı 50 ve altı olan grubun diğer yaş gruplarıyla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Yaşı 50 ve

altı olan grubun diğer yaş gruplarına göre uyuma güçlüğü alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 6).

Yaşa göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, yaş ile iştah kaybı alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, yaşı 50 ve altı olan grubun yaşı 51-60 ve 71 ve üzeriolan grupla, yaşı 61-70 aralığında olan grubun yaşı 51-60 ve üzeri olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Yaşı 50 ve altı olan grubun yaşı 51-60 ve 71 ve üzeri olan gruba göre iştah kaybı alt ölçek puan ortalaması daha yüksek, yaşı 61-70 aralığında olan grubun yaşı 51-60 ve 71 ve üzeri olan gruba göre iştah kaybı alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 6).

Yaşa göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, yaş ile konstipasyon alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, yaşı 61-70 aralığında olan grubun yaşı 50 ve altı ve 51-60 aralığında olan grupla, yaşı 71 ve üzeri olan grubun yaşı 50 ve altı ve 51-60 aralığında olan gruplarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Yaşı 61-70 aralığında olan grubun yaşı 50 ve altı ve 51-60 aralığında olan gruba göre konstipasyon alt ölçek puan ortalaması daha yüksek, yaşı 71 ve üzeri olan grubun yaşı 50 ve altı ve 51-60 aralığında olan gruba göre konstipasyon alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 6).

Yaşa göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, yaş ile yaş ile diyare alt ölçeği arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, yaşı 51-60 aralığındaki grubun diğer yaş gruplarıyla, yaşı 61-70 aralığındaki grubun yaşı 50 ve altı olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Yaşı 51-60 aralığındaki grubun diğer gruplara göre diyare alt ölçek puan ortalaması daha yüksek, yaşı 61-70 aralığındaki grubun yaşı 50 ve altı olan gruplara göre diyare alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 6).

Yaşa göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, yaş ile ekonomik güçlük alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, yaşı 61-70 aralığındaki grubun diğer yaş gruplarıyla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Yaşı 61-70 aralığındaki grubun diğer yaş gruplarına göre ekonomik güçlük alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 6).

Tablo 6. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının yaşa göre dağılımı

Alt Ölçekler	Yaş	n	Ort±Ss	p	PostHoc	p
GENEL İYİLİK HALİ	50 Ve Altı (1)	75	65,00±25,81	**0,041**	**1>4**	**0,015**
	51-60 (2)	120	65,06±27,08		**2>4**	**0,007**
	61-70 (3)	145	62,98±22,39		**3>4**	**0,027**
	71 Ve Üzeri (4)	60	54,72±20,26			
FONKSİYONEL GÜÇLÜKLER	50 Ve Altı (1)	75	72,71±23,24	**0,000**	**2>1**	**0,012**
	51-60 (2)	120	80,18±16,05		**2>3**	**0,000**
	61-70 (3)	145	69,71±22,86		**2>4**	**0,030**
	71 Ve Üzeri (4)	60	73,25±15,37			
Fiziksel Fonksiyonlar	50 Ve Altı (1)	75	73,95±24,70	**0,000**	**1>3**	**0,000**
	51-60 (2)	120	75,55±24,06		**2>3**	**0,000**
	61-70 (3)	145	57,37±30,28		**1>4**	**0,004**
	71 Ve Üzeri (4)	60	60,77±22,50		**2>4**	**0,000**
Rol Fonksiyonları	50 Ve Altı (1)	75	82,22±33,03	**0,000**	**2>1**	**0,036**
	51-60 (2)	120	90,55±18,17		**1>3**	**0,006**
	61-70 (3)	145	71,72±31,69		**2>3**	**0,000**
	71 Ve Üzeri (4)	60	80,55±19,20		**4>3**	**0,033**
					2>4	**0,019**
Emosyonel Fonksiyonlar	50 Ve Altı (1)	75	59,66±36,96	**0,000**	**2>1**	**0,001**
	51-60 (2)	120	73,33±26,73		**3>1**	**0,000**
	61-70 (3)	145	78,50±23,98		**4>1**	**0,000**
	71 Ve Üzeri (4)	60	76,66±16,07			
Bilişsel Fonksiyonlar	50 Ve Altı (1)	75	75,11±27,45	**0,000**	**2>1**	**0,000**
	51-60 (2)	120	94,44±14,54		**3>1**	**0,008**
	61-70 (3)	145	82,98±23,60		**4>1**	**0,016**
	71 Ve Üzeri (4)	60	83,88±14,05		**2>3**	**0,002**
					2>4	**0,000**
Sosyal Fonksiyonlar	50 Ve Altı (1)	75	83,77±21,39	**0,000**	**1>3**	**0,000**
	51-60 (2)	120	80,83±18,03		**2>3**	**0,000**
	61-70 (3)	145	67,70±33,92		**4>3**	**0,003**
	71 Ve Üzeri (4)	60	79,72±22,56			
SEMPTOMLAR	50 Ve Altı (1)	75	33,57±20,49	**0,001**	**1>2**	**0,046**
	51-60 (2)	120	27,20±22,55		**3>2**	**0,000**
	61-70 (3)	145	37,01±23,10		**3>4**	**0,004**
	71 Ve Üzeri (4)	60	27,30±16,97			
Yorgunluk	50 Ve Altı (1)	75	50,00±34,55	**0,000**	**1>2**	**0,003**
	51-60 (2)	120	36,11±33,28		**3>2**	**0,000**
	61-70 (3)	145	52,64±31,40		**1>4**	**0,005**
	71 Ve Üzeri (4)	60	34,72±23,02		**3>4**	**0,000**

Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 6. (devamı) Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının yaşa göre dağılımı

Alt Ölçekler	Yaş	n	Ort±Ss	p	PostHoc	p
Bulantı Kusma	50 Ve Altı (1)	75	29,11±35,73	**0,002**	**1>4**	**0,001**
	51-60 (2)	120	25,41±31,23		**2>4**	**0,004**
	61-70 (3)	145	29,08±31,22		**3>4**	**0,000**
	71 Ve Üzeri (4)	60	11,66±16,03			
Ağrı	50 Ve Altı (1)	75	33,33±33,89	**0,003**	**3>2**	**0,000**
	51-60 (2)	120	24,72±31,90			
	61-70 (3)	145	39,19±32,12			
	71 Ve Üzeri (4)	60	31,11±23,46			
Solunum Güçlüğü	50 Ve Altı	75	16,00±33,49	0,175		
	51-60	120	16,11±28,65			
	61-70	145	21,37±34,39			
	71 Ve Üzeri	60	26,11±36,87			
Uyuma Güçlüğü	50 Ve Altı (1)	75	48,88±39,26	**0,000**	**1>2**	**0,000**
	51-60 (2)	120	19,44±29,49		**1>3**	**0,000**
	61-70 (3)	145	27,12±40,25		**1>4**	**0,001**
	71 Ve Üzeri (4)	60	27,77±35,34			
İştah Kaybı	50 Ve Altı (1)	75	45,33±40,50	**0,003**	**1>2**	**0,010**
	51-60 (2)	120	30,55±38,79		**3>2**	**0,002**
	61-70 (3)	145	45,28±40,19		**1>4**	**0,035**
	71 Ve Üzeri (4)	60	31,11±33,54		**3>4**	**0,018**
Konstipasyon	50 Ve Altı (1)	75	24,00±34,90	**0,006**	**3>1**	**0,020**
	51-60 (2)	120	25,83±34,15		**4>1**	**0,006**
	61-70 (3)	145	36,32±42,11		**3>2**	**0,023**
	71 Ve Üzeri (4)	60	41,66±32,25		**4>2**	**0,007**
Diyare	50 Ve Altı (1)	75	5,33±12,30	**0,000**	**2>1**	**0,000**
	51-60 (2)	120	23,88±34,88		**3>1**	**0,022**
	61-70 (3)	145	13,79±24,08		**2>3**	**0,002**
	71 Ve Üzeri (4)	60	12,22±21,23		**2>4**	**0,005**
Ekonomik Güçlük	50 Ve Altı (1)	75	19,55±36,79	**0,000**	**3>1**	**0,000**
	51-60 (2)	120	25,55±30,78		**3>2**	**0,002**
	61-70 (3)	145	38,85±38,49		**3>4**	**0,000**
	71 Ve Üzeri (4)	60	16,11±20,80			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Şuan yaşanan yere göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, şuan yaşanan yer ile genel iyilik hali alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, ilçede yaşayan grubun diğer gruplarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. İlçede yaşayan grubun diğer yerlerde yaşayan gruplara göre genel iyilik hali alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 7).

Şuan yaşanan yere göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, şuan yaşanan yer ile fonksiyonel güçlükler alt ölçeği arasında anlamlı fark

bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, ilçede yaşayan grubun şehir merkezinde yaşayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. İlçede yaşayan grubun şehir merkezinde yaşayan gruba göre fonksiyonel güçlükler alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 7).

Şuan yaşanan yere göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, şuan yaşanan yer ile rol fonksiyonları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, ilçede yaşayan grubun diğer yerlerde yaşayan gruplarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. İlçede yaşayan grubun diğer yerlerde yaşayan gruplara göre rol fonksiyonları alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 7).

Şuan yaşanan yere göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, şuan yaşanan yer ile bilişsel fonksiyonlar alt ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, ilçede yaşayan grubun şehir merkezinde yaşayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. İlçede yaşayan grubun şehir merkezinde yaşayan gruba göre bilişsel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 7).

Şuan yaşanan yere göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, şuan yaşanan yer ile sosyal fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, ilçede yaşayan grubun diğer yerlerde yaşayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. İlçede yaşayan grubun diğer yerlerde yaşayan gruplara göre sosyal fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 7).

Şuan yaşanan yere göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, şuan yaşanan yer ile semptomlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, ilçede yaşayan grubun diğer yerlerde yaşayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. İlçede yaşayan grubun diğer yerlerde yaşayan gruplara göre semptomlar alt ölçek puan ortalaması daha düşük idi (Tablo 7).

Şuan yaşanan yere göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, şuan yaşanan yer ile yorgunluk alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, şehir merkezinde yaşayan grubun diğer yerlerde yaşayan gruplarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Şehir merkezinde yaşayan grubun diğer yerlerde yaşayan gruplara göre yorgunluk alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 7).

Şuan yaşanan yere göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, şuan yaşanan yer ile bulantı kusma alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, ilçede yaşayan grubun diğer yerlerde yaşayan gruplarla arasındaki

farkından kaynaklandığı tespit edildi. İlçede yaşayan grubun diğer yerlerde yaşayan gruplara göre bulantı kusma alt ölçek puan ortalaması daha düşük idi (Tablo 7).

Şuan yaşanan yere göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, şuan yaşanan yer solunum güçlüğü alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, ilçede yaşayan grubun diğer yerlerde yaşayan gruplarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. İlçede yaşayan grubun diğer yerlerde yaşayan gruplara göre solunum güçlüğü alt ölçek puan ortalaması daha düşük idi (Tablo 7).

Şuan yaşanan yere göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, şuan yaşanan yer uyuma güçlüğü alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, ilçede yaşayan grubun diğer yerlerde yaşayan gruplarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. İlçede yaşayan grubun diğer yerlerde yaşayan gruplara göre uyuma güçlüğü alt ölçek puan ortalaması daha düşük idi (Tablo 7).

Şuan yaşanan yere göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, şuan yaşanan yer iştah kaybı alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, şehir merkezinde yaşayan grubun ilçe ve köy ve kasabada yaşayan gruplarla, arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Şehir merkezinde yaşayan grubun ilçe ve köy ve kasabada yaşayan gruplara göre iştah kaybı alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 7).

Şuan yaşanan yere göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, şuan yaşanan yer konstipasyon alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, köy ve kasabada yaşayan grubun diğer yerlerde yaşayan gruplarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. İlçede yaşayan grubun diğer yerlerde yaşayan gruplara göre konstipasyon alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 7).

Tablo 7. Araştıma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan şuan yaşanan yere göre dağılımı

Alt Ölçekler	Yaşanan Yer	n	Ort.±Ss	p	PostHoc	p
GENEL İYİLİK HALİ	Köy Ve Kasaba (1)	94	59,66±23,10	**0,047**	**2>1** **2>3**	**0,030** **0,042**
	İlçe (2)	149	66,61±25,78			
	Şehir Merkezi (3)	157	60,93±23,51			
FONKSİYONEL GÜÇLÜKLER	Köy Ve Kasaba (1)	94	73,12±18,49	**0,016**	**2>3**	**0,005**
	İlçe (2)	149	77,59±22,62			
	Şehir Merkezi (3)	157	70,98±18,98			
Fiziksel Fonksiyonlar	Köy Ve Kasaba	94	64,75±23,96	0,108		
	İlçe	149	70,20±30,77			
	Şehir Merkezi	157	63,90±26,20			

Tablo 7. (devamı) Araştıma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının şuan yaşanan yere göre dağılımı

Alt Ölçekler	Yaşanan Yer	n	Ort.±Ss	p	PostHoc	p
Rol Fonksiyonları	Köy Ve Kasaba (1)	94	78,19±21,59	**0,012**	**2>1** **2>3**	**0,032** **0,005**
	İlçe (2)	149	86,018±26,85			
	Şehir Merkezi (3)	157	77,07±31,31			
Emosyonel Fonksiyonlar	Köy Ve Kasaba	94	75,26±25,08	0,296		
	İlçe	149	74,60±29,95			
	Şehir Merkezi	157	70,48±26,51			
Bilişsel Fonksiyonlar	Köy Ve Kasaba (1)	94	86,52±19,59	**0,045**	**2>3**	**0,017**
	İlçe (2)	149	87,69±20,44			
	Şehir Merkezi (3)	157	81,74±24,15			
Sosyal Fonksiyonlar	Köy Ve Kasaba (1)	94	71,27±29,87	**0,000**	**2>1** **2>3**	**0,000** **0,000**
	İlçe (2)	149	83,55±22,67			
	Şehir Merkezi (3)	157	72,82±27,17			
SEMPTOMLAR	Köy Ve Kasaba (1)	94	34,56±24,22	**0,000**	**1>2** **3>2**	**0,002** **0,000**
	İlçe (2)	149	25,53±21,06			
	Şehir Merkezi (3)	157	36,51±20,12			
Yorgunluk	Köy Ve Kasaba (1)	94	42,73±29,99	**0,000**	**3>1** **3>2**	**0,023** **0,000**
	İlçe (2)	149	37,47±34,59			
	Şehir Merkezi (3)	157	52,22±30,14			
Bulantı Kusma	Köy Ve Kasaba (1)	94	29,43±32,46	**0,000**	**1>2** **3>2**	**0,003** **0,000**
	İlçe (2)	149	17,33±26,05			
	Şehir Merkezi (3)	157	30,57±32,68			
Ağrı	Köy Ve Kasaba	94	34,04±29,21	0,110		
	İlçe	149	28,30±32,11			
	Şehir Merkezi	157	35,66±32,49			
Solunum Güçlüğü	Köy Ve Kasaba (1)	94	27,30±37,53	**0,000**	**1>2** **3>2**	**0,000** **0,001**
	İlçe (2)	149	10,96±25,83			
	Şehir Merkezi (3)	157	22,93±34,76			
Uyuma Güçlüğü	Köy Ve Kasaba (1)	94	36,52±38,82	**0,006**	**1>2** **3>2**	**0,003** **0,023**
	İlçe (2)	149	21,70±34,85			
	Şehir Merkezi (3)	157	31,42±38,53			
İştah Kaybı	Köy Ve Kasaba (1)	94	23,05±31,68	**0,000**	**2>1** **3>1** **3>2**	**0,028** **0,000** **0,000**
	İlçe (2)	149	34,00±38,64			
	Şehir Merkezi (3)	157	52,65±39,96			
Konstipasyon	Köy Ve Kasaba (1)	94	44,32±41,01	**0,001**	**1>2** **1>3**	**0,000** **0,003**
	İlçe (2)	149	25,72±35,11			
	Şehir Merkezi (3)	157	29,72±36,11			
Diyare	Köy Ve Kasaba	94	17,73±32,68	0,086		
	İlçe	149	11,18±18,01			
	Şehir Merkezi	157	16,98±29,14			
Ekonomik Güçlük	Köy Ve Kasaba	94	32,27±34,72	0,171		
	İlçe	149	23,93±35,53			
	Şehir Merkezi	157	28,87±33,98			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Cinsiyete göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, cinsiyet ile fonksiyonel güçlükler alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, cinsiyeti erkek olanların kadın olanlarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Erkeklerin kadınlara göre fonksiyonel güçlükler alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 8).

Cinsiyete göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, cinsiyet ile fiziksel fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, cinsiyeti erkek olanların kadın olanlarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Erkeklerin kadınlara göre fiziksel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 8).

Cinsiyete göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, cinsiyet ile rol fonksiyonları alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, cinsiyeti erkek olanların kadın olanlarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Erkeklerin kadınlara göre rol fonksiyonları alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 8).

Cinsiyete göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, cinsiyet ile emosyonel fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, cinsiyeti erkek olanların kadın olanlarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Erkeklerin kadınlara göre emosyonel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 8).

Cinsiyete göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, cinsiyet ile sosyal fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, cinsiyeti erkek olanların kadın olanlarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Erkeklerin kadınlara göre sosyal fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 8).

Cinsiyete göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, cinsiyet ile semptomlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, cinsiyeti kadın olanların erkek olanlarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. kadınların erkeklere göre semptomlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 8).

Cinsiyete göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, cinsiyet ile yorgunluk alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, cinsiyeti kadın olanların erkek olanlarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. kadınların erkeklere yorgunluk alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 8).

Cinsiyete göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, cinsiyet ile solunum güçlüğü alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, cinsiyeti erkek olanların kadın olanlarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. erkeklerin kadınlara göre solunum güçlüğü alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 8).

Cinsiyete göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, cinsiyet ile uyuma güçlüğü alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, cinsiyeti kadın olanların erkek olanlarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. kadınların erkeklere göre uyuma güçlüğü alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 8).

Cinsiyete göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, cinsiyet ile konstipasyon alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, cinsiyeti kadın olanların erkek olanlarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. kadınların erkeklere göre konstipasyon alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 8).

Cinsiyete göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, cinsiyet ile ekonomik güçlük alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, cinsiyeti kadın olanların erkek olanlarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. kadınların erkeklere göre ekonomik güçlük alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 8).

Tablo 8. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı

Alt Ölçekler	Cinsiyet	n	Ort.±Ss	p
GENEL İYİLİK HALİ	Erkek	213	62,55±24,27	0,867
	Kadın	187	62,96±24,64	
FONKSİYONEL GÜÇLÜKLER	Erkek	213	79,00±18,38	**0,000**
	Kadın	187	68,18±21,25	
Fiziksel Fonksiyonlar	Erkek	213	74,24±23,54	**0,000**
	Kadın	187	57,57±29,22	
Rol Fonksiyonları	Erkek	213	84,19±20,36	**0,009**
	Kadın	187	76,64±34,10	
Emosyonel Fonksiyonlar	Erkek	213	78,87±23,12	**0,000**
	Kadın	187	66,62±30,63	
Bilişsel Fonksiyonlar	Erkek	213	85,13±22,09	0,961
	Kadın	187	85,02±21,76	
Sosyal Fonksiyonlar	Erkek	213	79,89±23,76	**0,007**
	Kadın	187	72,54±29,44	
SEMPTOMLAR	Erkek	213	29,19±23,13	**0,007**
	Kadın	187	35,13±20,27	
Yorgunluk	Erkek	213	37,01±31,98	**0,000**
	Kadın	187	53,03±30,86	
Bulantı Kusma	Erkek	213	27,30±33,19	0,177
	Kadın	187	23,17±27,93	
Ağrı	Erkek	213	31,06±30,73	0,321
	Kadın	187	34,22±32,77	
Solunum Güçlüğü	Erkek	213	23,31±36,96	**0,012**
	Kadın	187	15,15±27,47	
Uyuma Güçlüğü	Erkek	213	23,63±33,48	**0,003**
	Kadın	187	35,11±41,15	
İştah Kaybı	Erkek	213	36,62±39,44	0,249
	Kadın	187	41,17±39,38	
Konstipasyon	Erkek	213	27,85±35,26	**0,032**
	Kadın	187	36,00±39,69	
Diyare	Erkek	213	15,02±27,92	0,985
	Kadın	187	14,97±25,19	
Ekonomik Güçlük	Erkek	213	23,31±30,78	**0,006**
	Kadın	187	32,97±38,33	

Bağımsız Gruplar T-Testi

Evde kiminle yaşandığına göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde kiminle yaşandığı ile fonksiyonel güçlükler alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde yalnız yaşayan grubun evde aile/bakım veren ile

yaşayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde yalnız yaşayan grubun evde aile/bakım veren ile yaşayan gruba göre fonksiyonel güçlükler alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 9).

Evde kiminle yaşandığına göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde kiminle yaşandığı ile emosyonel fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde yalnız yaşayan grubun evde aile/bakım veren ile yaşayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde yalnız yaşayan grubun evde aile/bakım veren ile yaşayan gruba göre emosyonel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 9).

Evde kiminle yaşandığına göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde kiminle yaşandığı ile uyuma güçlüğü alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde aile/bakım veren ile yaşayan grubun evde yalnız yaşayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde aile/bakım veren ile yaşayan grubun evde yalnız yaşayan gruba göre uyuma güçlüğü alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 9).

Tablo 9. Araştırma grubunun yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının evde kiminle yaşandığına göre dağılımı

Alt Ölçekler	Evde Yaşanılan Kişi	n	Ort.±Ss	p
GENEL İYİLİK HALİ	Yalnız	56	58,92±21,19	0,207
	Aile/bakım Veren İle	344	63,37±24,87	
FONKSİYONEL GÜÇLÜKLER	Yalnız	56	80,15±14,46	**0,002**
	Aile/bakım Veren İle	344	72,93±21,13	
Fiziksel Fonksiyonlar	Yalnız	56	70,00±23,81	0,300
	Aile/bakım Veren İle	344	65,87±28,16	
Rol Fonksiyonları	Yalnız	56	83,33±16,81	0,261
	Aile/bakım Veren İle	344	80,23±29,27	
Emosyonel Fonksiyonlar	Yalnız	56	88,69±15,76	**0,000**
	Aile/bakım Veren İle	344	70,61±28,23	
Bilişsel Fonksiyonlar	Yalnız	56	86,90±14,46	0,358
	Aile/bakım Veren İle	344	84,78±22,89	
Sosyal Fonksiyonlar	Yalnız	56	78,57±24,96	0,525
	Aile/bakım Veren İle	344	76,11±27,09	
SEMPTOMLAR	Yalnız	56	30,03±18,87	0,425
	Aile/bakım Veren İle	344	32,28±22,49	
Yorgunluk	Yalnız	56	44,04±30,88	0,911
	Aile/bakım Veren İle	344	44,57±32,71	
Bulantı Kusma	Yalnız	56	28,57±35,63	0,463
	Aile/bakım Veren İle	344	24,85±30,06	
Ağrı	Yalnız	56	33,33±32,41	0,841
	Aile/bakım Veren İle	344	32,41±31,63	
Solunum Güçlüğü	Yalnız	56	16,66±30,48	0,490
	Aile/bakım Veren İle	344	19,96±33,51	
Uyuma Güçlüğü	Yalnız	56	9,52±19,71	**0,000**
	Aile/bakım Veren İle	344	32,17±38,91	
İştah Kaybı	Yalnız	56	38,09±35,63	0,885
	Aile/bakım Veren İle	344	38,85±40,06	
Konstipasyon	Yalnız	56	30,95±36,98	0,878
	Aile/bakım Veren İle	344	31,78±37,72	
Diyare	Yalnız	56	11,90±20,52	0,349
	Aile/bakım Veren İle	344	15,50±27,50	
Ekonomik Güçlük	Yalnız	56	26,19±22,66	0,598
	Aile/bakım Veren İle	344	28,10±36,42	

Bağımsız Gruplar T-Testi

Medeni göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, medeni durum ile rol fonksiyonları alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, medeni durumu evli olanların bekar olanlar ile arasındaki farkından kaynaklandığı

tespit edildi. Medeni durumu evli olanların bekar olanlara göre rol fonksiyonları alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 10).

Medeni göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, medeni durum ile emosyonel fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, medeni durumu bekar olanların evli olanlar ile arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Medeni durumu bekar olanların evli olanlara göre emosyonel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 10).

Medeni göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, medeni durum ile bilişsel fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, medeni durumu evli olanların bekar olanlar ile arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Medeni durumu evli olanların bekar olanlara göre bilişsel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 10).

Medeni göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, medeni durum ile yorgunluk alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, medeni durumu bekar olanların evli olanlar ile arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Medeni durumu bekar olanların evli olanlara göre yorgunluk alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 10).

Medeni göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, medeni durum ile solunum güçlüğü alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, medeni durumu evli olanların bekar olanlar ile arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Medeni durumu evli olanların bekar olanlara göre solunum güçlüğü alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 10).

Medeni göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, medeni durum ile ekonomik güçlük alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, medeni durumu evli olanların bekar olanlar ile arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Medeni durumu evli olanların bekar olanlara göre ekonomik güçlük alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 10).

Tablo 10. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının medeni duruma göre dağılımı

Alt Ölçekler	Medeni Durum	n	Ort.±Ss	p
GENEL İYİLİK HALİ	Evli	328	63,61±24,87	0,129
	Bekar	72	58,79±21,93	
FONKSİYONEL GÜÇLÜKLER	Evli	328	73,92±20,85	0,955
	Bekar	72	74,07±18,78	
Fiziksel Fonksiyonlar	Evli	328	66,15±27,63	0,653
	Bekar	72	67,77±27,61	
Rol Fonksiyonları	Evli	328	82,11±26,78	**0,026**
	Bekar	72	74,07±31,75	
Emosyonel Fonksiyonlar	Evli	328	71,51±28,48	**0,012**
	Bekar	72	80,55±21,48	
Bilişsel Fonksiyonlar	Evli	328	86,28±22,19	**0,019**
	Bekar	72	79,63±19,82	
Sosyal Fonksiyonlar	Evli	328	77,59±26,20	0,071
	Bekar	72	71,29±28,96	
SEMPTOMLAR	Evli	328	31,66±22,70	0,512
	Bekar	72	33,33±18,64	
Yorgunluk	Evli	328	42,07±32,66	**0,001**
	Bekar	72	55,55±29,07	
Bulantı Kusma	Evli	328	25,45±30,95	0,910
	Bekar	72	25,00±30,77	
Ağrı	Evli	328	31,75±31,47	0,292
	Bekar	72	36,11±32,74	
Solunum Güçlüğü	Evli	328	21,74±35,09	**0,000**
	Bekar	72	9,25±18,74	
Uyuma Güçlüğü	Evli	328	30,48±38,73	0,057
	Bekar	72	22,22±31,64	
İştah Kaybı	Evli	328	37,50±40,54	0,129
	Bekar	72	44,44±33,56	
Konstipasyon	Evli	328	31,70±37,56	0,963
	Bekar	72	31,48±37,89	
Diyare	Evli	328	15,04±27,90	0,948
	Bekar	72	14,81±20,08	
Ekonomik Güçlük	Evli	328	29,47±36,00	**0,019**
	Bekar	72	20,37±27,72	

Bağımsız Gruplar T-Testi

Sosyal güvence varlığına göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, sosyal güvence var olma durumu ile emosyonel fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, sosyal güvencesi var olan grubun sosyal güvencesi olmayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Sosyal güvencesi var olanların sosyal güvencesi olmayanlara göre emosyonel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 11).

Sosyal güvence varlığına göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, sosyal güvence var olma durumu ile sosyal fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, sosyal güvencesi olmayan grubun sosyal güvencesi olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Sosyal güvencesi olmayanların sosyal güvencesi var olanlara göre sosyal fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 11).

Sosyal güvence varlığına göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, sosyal güvence var olma durumu ile yorgunluk alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, sosyal güvencesi olmayan grubun sosyal güvencesi olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Sosyal güvencesi olmayanların sosyal güvencesi var olanlara göre yorgunluk alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 11).

Sosyal güvence varlığına göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, sosyal güvence var olma durumu ile bulantı kusma alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, sosyal güvencesi var olan grubun sosyal güvencesi olmayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Sosyal güvencesi var olanların sosyal güvencesi olmayanlara göre bulantı kusma alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 11).

Sosyal güvence varlığına göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, sosyal güvence var olma durumu ile konstipasyon alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, sosyal güvencesi olmayan grubun sosyal güvencesi olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Sosyal güvencesi olmayanların sosyal güvencesi var olanlara göre konstipasyon alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 11).

Sosyal güvence varlığına göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, sosyal güvence var olma durumu ile diyare alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, sosyal güvencesi var olan grubun sosyal güvencesi olmayan

grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Sosyal güvencesi var olanların sosyal güvencesi olmayanlara göre diyare alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 11).

Sosyal güvence varlığına göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, sosyal güvence var olma durumu ile ekonomik güçlük alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, sosyal güvencesi olmayan grubun sosyal güvencesi olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Sosyal güvencesi olmayanların sosyal güvencesi var olanlara göre ekonomik güçlük alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 11).

Tablo 11. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının sosyal güvence varlığına göre dağılımı

Alt Ölçekler	Sosyal Güvence	n	Ort.±Ss	p
GENEL İYİLİK HALİ	Var	383	62,53±24,78	0,150
	Yok	17	67,64±13,13	
FONKSİYONEL GÜÇLÜKLER	Var	383	74,34±20,45	0,064
	Yok	17	64,96±19,42	
Fiziksel Fonksiyonlar	Var	383	67,03±27,00	0,154
	Yok	17	53,33±37,41	
Rol Fonksiyonları	Var	383	81,07±27,38	0,312
	Yok	17	71,56±37,15	
Emosyonel Fonksiyonlar	Var	383	73,80±27,26	**0,023**
	Yok	17	58,33±30,61	
Bilişsel Fonksiyonlar	Var	383	85,20±22,10	0,600
	Yok	17	82,35±17,15	
Sosyal Fonksiyonlar	Var	383	76,15±27,23	**0,033**
	Yok	17	83,33±11,78	

Mann Whitney U Testi

Tablo 11. (devamı) Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının sosyal güvence varlığına göre dağılımı

Alt Ölçekler	Sosyal Güvence	n	Ort.±Ss	p
SEMPTOMLAR	Var	383	31,65±22,20	0,175
	Yok	17	39,06±16,05	
Yorgunluk	Var	383	43,64±32,65	**0,001**
	Yok	17	63,72±18,85	
Bulantı Kusma	Var	383	25,93±31,31	**0,002**
	Yok	17	12,74±13,85	
Ağrı	Var	383	32,94±31,77	0,232
	Yok	17	23,52±29,49	
Solunum Güçlüğü	Var	383	19,23±33,31	0,446
	Yok	17	25,49±27,71	
Uyuma Güçlüğü	Var	383	27,93±36,65	0,064
	Yok	17	52,94±51,45	
İştah Kaybı	Var	383	38,12±38,78	0,257
	Yok	17	52,94±51,45	
Konstipasyon	Var	383	30,37±36,77	**0,013**
	Yok	17	60,78±44,46	
Diyare	Var	383	15,66±27,04	**0,000**
	Yok	17	0,00±0,00	
Ekonomik Güçlük	Var	383	25,76±33,64	**0,000**
	Yok	17	74,51±27,71	

Mann Whitney U Testi

Çalışma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, çalışma durumu ile genel iyilik hali alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, çalışan grubun çalışmayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Çalışan grubun çalışmayan gruba göre genel iyilik hali alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 12).

Çalışma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, çalışma durumu ile fonksiyonel güçlükler alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, çalışan grubun çalışmayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Çalışan grubun çalışmayan gruba göre fonksiyonel güçlükler alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 12).

Çalışma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, çalışma durumu ile fiziksel fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, çalışan grubun çalışmayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Çalışan grubun çalışmayan gruba göre fiziksel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 12).

Çalışma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, çalışma durumu ile rol fonksiyonları alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, çalışan grubun çalışmayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Çalışan grubun çalışmayan gruba göre rol fonksiyonları alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 12).

Çalışma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, çalışma durumu ile emosyonel fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, çalışan grubun çalışmayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Çalışan grubun çalışmayan gruba göre emosyonel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 12).

Çalışma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, çalışma durumu ile sosyal fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, çalışan grubun çalışmayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Çalışan grubun çalışmayan gruba göre sosyal fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 12).

Çalışma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, çalışma durumu ile semptomlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, çalışmayan grubun çalışan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Çalışmayan grubun çalışan gruba göre semptomlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 12).

Çalışma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, çalışma durumu ile yorgunluk alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, çalışmayan grubun çalışan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Çalışmayan grubun çalışan gruba göre yorgunluk alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 12).

Çalışma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, çalışma durumu ile ağrı alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, çalışmayan grubun çalışan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi.

Çalışmayan grubun çalışan gruba göre ağrı alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 12).

Çalışma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, çalışma durumu ile uyuma güçlüğü alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, çalışan grubun çalışmayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Çalışan grubun çalışmayan gruba göre uyuma güçlüğü alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 12).

Çalışma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, çalışma durumu ile diyare alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, çalışmayan grubun çalışan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Çalışmayan grubun çalışan gruba göre diyare alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 12).

Çalışma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, çalışma durumu ile ekonomik güçlük alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, çalışmayan grubun çalışan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Çalışmayan grubun çalışan gruba göre ekonomik güçlük alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 12).

Tablo 12. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının çalışma durumuna göre dağılımı

Alt Ölçekler	Çalışma Durumu	n	Ort.±Ss	p
GENEL İYİLİK HALİ	Çalışıyor	63	72,61±24,61	**0,000**
	Çalışmıyor	337	60,90±23,97	
FONKSİYONEL GÜÇLÜKLER	Çalışıyor	63	85,71±17,36	**0,000**
	Çalışmıyor	337	71,75±20,28	
Fiziksel Fonksiyonlar	Çalışıyor	63	84,02±16,99	**0,000**
	Çalışmıyor	337	63,16±27,97	
Rol Fonksiyonları	Çalışıyor	63	90,47±25,35	**0,001**
	Çalışmıyor	337	78,83±27,97	
Emosyonel Fonksiyonlar	Çalışıyor	63	81,34±27,30	**0,010**
	Çalışmıyor	337	71,61±27,36	
Bilişsel Fonksiyonlar	Çalışıyor	63	89,41±19,69	0,087
	Çalışmıyor	337	84,27±22,23	
Sosyal Fonksiyonlar	Çalışıyor	63	90,21±15,73	**0,000**
	Çalışmıyor	337	73,88±27,65	

Bağımsız Gruplar T-Testi

Tablo 12. (devamı) Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının çalışma durumuna göre dağılımı

Alt Ölçekler	Çalışma Durumu	n	Ort.±Ss	p
SEMPTOMLAR	Çalışıyor	63	25,19±20,55	**0,008**
	Çalışmıyor	337	33,23±22,07	
Yorgunluk	Çalışıyor	63	30,15±30,79	**0,000**
	Çalışmıyor	337	47,18±32,06	
Bulantı Kusma	Çalışıyor	63	31,48±34,14	0,087
	Çalışmıyor	337	24,23±30,15	
Ağrı	Çalışıyor	63	14,02±23,22	**0,000**
	Çalışmıyor	337	36,00±31,90	
Solunum Güçlüğü	Çalışıyor	63	14,81±33,74	0,221
	Çalışmıyor	337	20,37±32,93	
Uyuma Güçlüğü	Çalışıyor	63	41,27±41,35	**0,011**
	Çalışmıyor	337	26,70±36,53	
İştah Kaybı	Çalışıyor	63	41,79±35,40	0,504
	Çalışmıyor	337	38,18±40,16	
Konstipasyon	Çalışıyor	63	24,33±37,48	0,092
	Çalışmıyor	337	33,03±37,48	
Diyare	Çalışıyor	63	6,34±13,19	**0,000**
	Çalışmıyor	337	16,61±28,18	
Ekonomik Güçlük	Çalışıyor	63	10,58±25,97	**0,000**
	Çalışmıyor	337	31,05±35,32	

Bağımsız Gruplar T-Testi

Yaşam Kalitesi Puanlarının Tıbbi Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Tanı zamanına göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, tanı zamanı ile fiziksel alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, 1-12 ay aralığında tanı alan grubun13-24 ve 49 ve üzeri ay aralığında tanı alan gruplar, 25-48 ay aralığında tanı alan grubun 13-24 ve 49 ve üzeri ay aralığında tanı alan gruplar arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edildi. Tanı zamanı 1-12 ay aralığında olan grubun 13-24 ve 49 ve üzeri ay aralığında olan gruplara göre fiziksel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek, tanı zamanı 25-48 ay aralığında olan grubun 13-24 ve 49 ve üzeri ay aralığında olan gruplara göre fiziksel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 13).

Tanı zamanına göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, tanı zamanı ile bulantı kusma alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu

($p<0.05$). Bu farkın, tanı zamanı 49 ve üzeri olan grubun diğer gruplar ile arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Tanı zamanı 49 ve üzeri olan grubun diğer gruplara göre bulantı kusma alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 13).

Tanı zamanına göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, tanı zamanı ile uyuma güçlüğü alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, tanı zamanı 25-48 ay aralığında olan grubun diğer gruplarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Tanı zamanı 25-48 ay aralığında olan grubun diğer gruplara göre uyuma güçlüğü alt ölçek puan ortalaması daha düşük idi (Tablo 13).

Tanı zamanına göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, tanı zamanı ile konstipasyon alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, tanı zamanı 13-24 ay aralığında olan grubun 1-12 ay ve 25-48 ay aralığında olan gruplarla, tanı zamanı 49 ve üzeri ay olan grubun 1-12 ve 25-48 ay aralığında olan gruplarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Tanı zamanı 13-24 ay aralığında olan grubun 1-12 ay ve 25-48 ay aralığında olan gruplara göre konstipasyon alt ölçek puan ortalaması daha yüksek, tanı zamanı 49 ve üzeri ay olan grubun 1-12 ve 25-48 ay aralığında olan gruplara göre konstipasyon alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 13).

Tanı zamanına göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, tanı zamanı ile diyare alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, tanı zamanı 1-12 ay aralığında olan grubun diğer gruplarla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Tanı zamanı 1-12 ay aralığında olan grubun diğer gruplara göre diyare alt ölçek puan ortalaması daha düşük idi (Tablo 13).

Tablo 13. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının tanı zamanına göre dağılımı

Alt Ölçekler	Tanı Zamanı (ay)	n	Ort.±Ss	p	PostHoc	p
GENEL İYİLİK HALİ	1-12	242	64,60±25,42	0,171		
	13-24	53	62,89±19,78			
	25-48	32	60,41±20,19			
	49 Ve Üzeri	73	57,53±25,31			
FONKSİYONEL GÜÇLÜKLER	1-12	242	75,06±20,55	0,224		
	13-24	53	73,50±15,07			
	25-48	32	76,11±25,36			
	49 Ve Üzeri	73	69,62±21,02			
Fiziksel Fonksiyonlar	1-12 (1)	242	69,64±26,79	**0,001**	**1>2**	**0,012**
	13-24 (2)	53	59,24±25,00		**3>2**	**0,014**
	25-48 (3)	32	74,16±29,80		**1>4**	**0,001**
	49 Ve Üzeri (4)	73	57,71±28,46		**3>4**	**0,004**
Rol Fonksiyonları	1-12	242	79,75±28,70	0,707		
	13-24	53	82,39±22,26			
	25-48	32	85,41±26,01			
	49 Ve Üzeri	73	80,36±29,70			
Emosyonel Fonksiyonlar	1-12	242	73,58±29,20	0,151		
	13-24	53	79,40±18,09			
	25-48	32	67,70±26,58			
	49 Ve Üzeri	73	69,52±27,47			
Bilişsel Fonksiyonlar	1-12	242	85,53±22,61	0,707		
	13-24	53	84,90±19,13			
	25-48	32	87,50±27,76			
	49 Ve Üzeri	73	82,64±18,51			
Sosyal Fonksiyonlar	1-12	242	76,44±26,44	0,993		
	13-24	53	77,04±21,24			
	25-48	32	77,08±25,31			
	49 Ve Üzeri	73	75,79±32,16			
SEMPTOMLAR	1-12	242	31,05±21,60	0,149		
	13-24	53	32,89±20,12			
	25-48	32	26,92±22,71			
	49 Ve Üzeri	73	36,53±23,94			
Yorgunluk	1-12	242	45,59±33,96	0,121		
	13-24	53	48,42±29,64			
	25-48	32	47,91±32,17			
	49 Ve Üzeri	73	36,53±28,28			
Bulantı Kusma	1-12 (1)	242	23,96±30,47	**0,018**	**4>1**	**0,005**
	13-24 (2)	53	20,75±22,85		**4>2**	**0,008**
	25-48 (3)	32	20,83±32,51		**4>3**	**0,025**
	49 Ve Üzeri (4)	73	35,38±34,79			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 13. (devamı) Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının tanı zamanına göre dağılımı

Alt Ölçekler	Tanı Zamanı (ay)	n	Ort.±Ss	p	PostHoc	p
Ağrı	1-12 (1)	242	31,33±30,95	0,104		
	13-24 (2)	53	28,93±31,03			
	25-48 (3)	32	29,16±35,67			
	49 Ve Üzeri (4)	73	40,63±32,15			
Solunum Güçlüğü	1-12	242	21,62±34,29	0,185		
	13-24	53	12,57±30,82			
	25-48	32	12,50±23,57			
	49 Ve Üzeri	73	20,54±33,62			
Uyuma Güçlüğü	1-12 (1)	242	29,33±37,77	**0,007**	**1>3**	**0,003**
	13-24 (2)	53	35,84±40,21		**2>3**	**0,001**
	25-48 (3)	32	8,33±14,66		**4>3**	**0,003**
	49 Ve Üzeri (4)	73	31,96±39,84			
İştah Kaybı	1-12	242	38,56±40,17	0,455		
	13-24	53	40,25±37,75			
	25-48	32	29,16±35,67			
	49 Ve Üzeri	73	42,46±39,77			
Konstipasyon	1-12 (1)	242	26,44±34,46	**0,000**	**2>1**	**0,013**
	13-24 (2)	53	40,25±44,02		**4>1**	**0,000**
	25-48 (3)	32	20,83±23,57		**2>3**	**0,018**
	49 Ve Üzeri (4)	73	47,48±41,91		**4>3**	**0,001**
Diyare	1-12 (1)	242	11,57±27,06	**0,012**		
	13-24 (2)	53	21,38±21,77		**2>1**	**0,015**
	25-48 (3)	32	16,66±16,93		**4>1**	**0,008**
	49 Ve Üzeri (4)	73	21,00±30,17			
Ekonomik Güçlük	1-12	242	24,93±33,65	0,079		
	13-24	53	27,67±34,42			
	25-48	32	29,16±42,96			
	49 Ve Üzeri	73	36,98±34,04			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Başka kronik hastalık olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, başka kronik hastalık olma durumu ile fiziksel fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, başka kronik hastalığı olmayan grubun başka kronik hastalığı olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Başka kronik hastalığı olmayan grubun başka kronik hastalığı olan gruba göre fiziksel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 14).

Başka kronik hastalık olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, başka kronik hastalık olma durumu ile rol fonksiyonları alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, başka kronik hastalığı olmayan grubun başka kronik hastalığı olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Başka kronik hastalığı olmayan grubun başka kronik hastalığı olan gruba göre rol fonksiyonları alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 14).

Başka kronik hastalık olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, başka kronik hastalık olma durumu ile bulantı kusma alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, başka kronik hastalığı olan grubun başka kronik hastalığı olmayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Başka kronik hastalığı olan grubun başka kronik hastalığı olmayan gruba göre bulantı kusma alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 14).

Başka kronik hastalık olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, başka kronik hastalık olma durumu ile solunum güçlüğü alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, başka kronik hastalığı olmayan grubun başka kronik hastalığı olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Başka kronik hastalığı olmayan grubun başka kronik hastalığı olan gruba göre solunum güçlüğü alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 14).

Başka kronik hastalık olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, başka kronik hastalık olma durumu ile iştah kaybı alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, başka kronik hastalığı olan grubun başka kronik hastalığı olmayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Başka kronik hastalığı olan grubun başka kronik hastalığı olmayan gruba göre iştah kaybı alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 14).

Başka kronik hastalık olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, başka kronik hastalık olma durumu ile konstipasyon alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, başka kronik hastalığı olmayan grubun başka kronik hastalığı olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Başka kronik hastalığı olmayan grubun başka kronik hastalığı olan gruba göre konstipasyon alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 14).

Başka kronik hastalık olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, başka kronik hastalık olma durumu ile diyare alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, başka kronik hastalığı olmayan grubun başka

kronik hastalığı olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Başka kronik hastalığı olmayan grubun başka kronik hastalığı olan gruba göre diyare alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 14).

Başka kronik hastalık olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, başka kronik hastalık olma durumu ile ekonomik güçlük alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, başka kronik hastalığı olmayan grubun başka kronik hastalığı olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Başka kronik hastalığı olmayan grubun başka kronik hastalığı olan gruba göre ekonomik güçlük alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 14).

Tablo 14. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının başka kronik hastalık durumuna göre dağılımı

Alt Ölçekler	Başka Kronik Hastalık	n	Ort.±Ss	p
GENEL İYİLİK HALİ	Evet	150	64,55±27,26	0,275
	Hayır	250	61,66±22,53	
FONKSİYONEL GÜÇLÜKLER	Evet	150	73,14±21,18	0,541
	Hayır	250	74,43±20,06	
Fiziksel Fonksiyonlar	Evet	150	62,80±28,89	**0,040**
	Hayır	250	68,64±26,62	
Rol Fonksiyonları	Evet	150	76,44±33,00	**0,030**
	Hayır	250	83,20±23,99	
Emosyonel Fonksiyonlar	Evet	150	75,94±26,93	0,116
	Hayır	250	71,46±27,83	
Bilişsel Fonksiyonlar	Evet	150	87,00±21,22	0,176
	Hayır	250	83,93±22,27	
Sosyal Fonksiyonlar	Evet	150	76,22±29,05	0,895
	Hayır	250	76,60±25,39	
SEMPTOMLAR	Evet	150	31,72±21,32	0,865
	Hayır	250	32,11±22,46	
Yorgunluk	Evet	150	44,55±33,13	0,979
	Hayır	250	44,46±32,06	
Bulantı Kusma	Evet	150	29,55±34,81	**0,047**
	Hayır	250	22,86±28,03	

Bağımsız Gruplar T-Test

Tablo 14. (devamı) Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının başka kronik hastalık durumuna göre dağılımı

Alt Ölçekler	Başka Kronik Hastalık	n	Ort.±Ss	p
Ağrı	Evet	150	35,44±33,51	0,156
	Hayır	250	30,80±30,50	
Solunum Güçlüğü	Evet	150	14,22±29,49	**0,010**
	Hayır	250	22,66±34,73	
Uyuma Güçlüğü	Evet	150	28,22±35,12	0,749
	Hayır	250	29,46±39,15	
İştah Kaybı	Evet	150	46,22±41,19	**0,004**
	Hayır	250	34,26±37,71	
Konstipasyon	Evet	150	22,00±32,27	**0,000**
	Hayır	250	37,46±39,35	
Diyare	Evet	150	9,33±18,96	**0,000**
	Hayır	250	18,40±29,86	
Ekonomik Güçlük	Evet	150	22,44±31,96	**0,013**
	Hayır	250	31,06±36,08	

Bağımsız Gruplar T-Testi

Başka tedavi alma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, başka tedavi alma durumu ile genel iyilik hali alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, başka tedavi almayan grubun başka tedavi alan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Başka tedavi almayan grubun başka tedavi alan gruba göre genel iyilik hali alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 15).

Başka tedavi alma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, başka tedavi alma durumu ile bulantı kusma alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, başka tedavi alan grubun başka tedavi almayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Başka tedavi alan grubun başka tedavi almayan gruba göre bulantı kusma alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 15).

Başka tedavi alma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, başka tedavi alma durumu ile diyare alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, başka tedavi alan grubun başka tedavi almayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Başka tedavi alan grubun başka tedavi almayan gruba göre diyare alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 15).

Tablo 15. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının başka tedavi alma durumuna göre dağılımı

Alt Ölçekler	Başka Tedavi Alma	n	Ort.±Ss	p
GENEL İYİLİK HALİ	Evet	53	52,83±28,25	**0,001**
	Hayır	347	64,26±23,45	
FONKSİYONEL GÜÇLÜKLER	Evet	53	74,50±16,12	0,797
	Hayır	347	73,86±21,07	
Fiziksel Fonksiyonlar	Evet	53	66,79±24,82	0,923
	Hayır	347	66,39±28,03	
Rol Fonksiyonları	Evet	53	84,90±19,13	0,113
	Hayır	347	80,01±28,94	
Emosyonel Fonksiyonlar	Evet	53	70,59±29,35	0,470
	Hayır	347	73,53±27,28	
Bilişsel Fonksiyonlar	Evet	53	87,42±16,31	0,293
	Hayır	347	84,72±22,64	
Sosyal Fonksiyonlar	Evet	53	78,30±16,53	0,437
	Hayır	347	76,17±28,03	
SEMPTOMLAR	Evet	53	35,60±20,10	0,197
	Hayır	347	31,41±22,26	
Yorgunluk	Evet	53	52,20±29,96	0,063
	Hayır	347	43,32±32,66	
Bulantı Kusma	Evet	53	34,59±28,08	**0,019**
	Hayır	347	23,96±31,08	
Ağrı	Evet	53	31,44±32,63	0,788
	Hayır	347	32,70±31,60	
Solunum Güçlüğü	Evet	53	27,67±34,42	0,053
	Hayır	347	18,25±32,74	
Uyuma Güçlüğü	Evet	53	33,33±39,22	0,369
	Hayır	347	28,33±37,42	
İştah Kaybı	Evet	53	37,73±43,38	0,854
	Hayır	347	38,90±38,86	
Konstipasyon	Evet	53	25,15±37,50	0,176
	Hayır	347	32,66±37,54	
Diyare	Evet	53	23,89±30,92	**0,025**
	Hayır	347	13,64±25,71	
Ekonomik Güçlük	Evet	53	30,18±27,93	0,529
	Hayır	347	27,47±35,76	

Bağımsız Gruplar T-Testi

Evde bakım eğitim gereksinimi olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde bakım eğitim gereksinimi olma durumu ile genel iyilik hali alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde bakım eğitim gereksinimi olmayan grubun evde bakım eğitim gereksinimi olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde bakım eğitim gereksinimi olmayan grubun evde bakım eğitim gereksinimi olan gruba göre genel iyilik hali alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 16).

Evde bakım eğitim gereksinimi olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde bakım eğitim gereksinimi olma durumu ile rol fonksiyonları alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde bakım eğitim gereksinimi olmayan grubun evde bakım eğitim gereksinimi olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde bakım eğitim gereksinimi olmayan grubun evde bakım eğitim gereksinimi olan gruba göre rol fonksiyonları alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 16).

Evde bakım eğitim gereksinimi olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde bakım eğitim gereksinimi olma durumu ile solunum güçlüğü alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde bakım eğitim gereksinimi olmayan grubun evde bakım eğitim gereksinimi olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde bakım eğitim gereksinimi olmayan grubun evde bakım eğitim gereksinimi olan gruba göre solunum güçlüğü alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 16).

Evde bakım eğitim gereksinimi olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde bakım eğitim gereksinimi olma durumu ile konstipasyon alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde bakım eğitim gereksinimi olan grubun evde bakım eğitim gereksinimi olmayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde bakım eğitim gereksinimi olan grubun evde bakım eğitim gereksinimi olmayan gruba göre konstipasyon alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 16).

Evde bakım eğitim gereksinimi olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde bakım eğitim gereksinimi olma durumu ile ekonomik güçlük alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde bakım eğitim gereksinimi olan grubun evde bakım eğitim gereksinimi olmayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde bakım eğitim gereksinimi olan grubun evde bakım

eğitim gereksinimi olmayan gruba göre ekonomik güçlük alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 16).

Tablo 16. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının evde bakım eğitim gereksinimi olma durumuna göre dağılımı

Alt Ölçekler	Evde Bakım Eğitim Gereksinimi	n	Ort.±Ss	p
GENEL İYİLİK HALİ	Evet	54	54,32±24,80	**0,006**
	Hayır	346	64,06±24,12	
FONKSİYONEL GÜÇLÜKLER	Evet	54	72,26±19,91	0,516
	Hayır	346	74,21±20,57	
Fiziksel Fonksiyonlar	Evet	54	64,93±25,67	0,666
	Hayır	346	66,68±27,92	
Rol Fonksiyonları	Evet	54	70,37±24,79	**0,003**
	Hayır	346	82,27±28,01	
Emosyonel Fonksiyonlar	Evet	54	74,53±27,10	0,690
	Hayır	346	72,92±27,65	
Bilişsel Fonksiyonlar	Evet	54	90,12±24,76	0,069
	Hayır	346	84,29±21,36	
Sosyal Fonksiyonlar	Evet	54	70,06±26,17	0,059
	Hayır	346	77,45±26,78	
SEMPTOMLAR	Evet	54	33,38±22,77	0,613
	Hayır	346	31,74±21,92	
Yorgunluk	Evet	54	40,12±33,25	0,287
	Hayır	346	45,18±32,29	
Bulantı Kusma	Evet	54	30,24±33,81	0,213
	Hayır	346	24,61±30,38	
Ağrı	Evet	54	38,58±36,89	0,191
	Hayır	346	31,59±30,77	
Solunum Güçlüğü	Evet	54	9,87±27,18	**0,008**
	Hayır	346	21,00±33,70	
Uyuma Güçlüğü	Evet	54	29,63±42,29	0,905
	Hayır	346	28,90±36,94	
İştah Kaybı	Evet	54	32,09±32,35	0,121
	Hayır	346	39,78±40,37	
Konstipasyon	Evet	54	40,74±30,14	**0,025**
	Hayır	346	30,25±38,45	
Diyare	Evet	54	18,51±31,50	0,370
	Hayır	346	14,45±25,81	
Ekonomik Güçlük	Evet	54	39,50±37,79	**0,008**
	Hayır	346	26,01±34,01	

Bağımsız Gruplar T-Testi

Evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumu ile genel iyilik hali alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde bakım hizmeti gereksinimi olmayan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde bakım eğitim gereksinimi olmayan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olan gruba göre genel iyilik hali alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 17).

Evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumu ile fonksiyonel güçlükler alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde bakım hizmeti gereksinimi olmayan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde bakım eğitim gereksinimi olmayan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olan gruba göre fonksiyonel güçlükler alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 17).

Evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumu ile fiziksel fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde bakım hizmeti gereksinimi olmayan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde bakım eğitim gereksinimi olmayan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olan gruba göre genel fiziksel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 17).

Evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumu ile rol fonksiyonları alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde bakım hizmeti gereksinimi olmayan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde bakım eğitim gereksinimi olmayan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olan gruba göre rol fonksiyonları alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 17).

Evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumu ile emosyonel fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde bakım hizmeti gereksinimi olmayan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde bakım eğitim gereksinimi olmayan

grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olan gruba göre emosyonel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 17).

Evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumu ile bilişsel fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde bakım hizmeti gereksinimi olmayan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde bakım eğitim gereksinimi olmayan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olan gruba göre bilişsel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 17).

Evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumu ile sosyal fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde bakım hizmeti gereksinimi olmayan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde bakım eğitim gereksinimi olmayan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olan gruba göre sosyal fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 17).

Evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumu ile semptomlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde bakım hizmeti gereksinimi olan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olmayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde bakım eğitim gereksinimi olan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olmayan gruba göre semptomlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 17).

Evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumu ile yorgunluk alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde bakım hizmeti gereksinimi olan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olmayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde bakım eğitim gereksinimi olan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olmayan gruba göre yorgunluk alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 17).

Evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumu ile bulantı kusma alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde bakım

hizmeti gereksinimi olan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olmayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde bakım eğitim gereksinimi olan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olmayan gruba göre bulantı kusma alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 17).

Evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumu ile ağrı alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde bakım hizmeti gereksinimi olan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olmayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde bakım eğitim gereksinimi olan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olmayan gruba göre ağrı alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 17).

Evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumu ile solunum güçlüğü alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde bakım hizmeti gereksinimi olan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olmayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde bakım eğitim gereksinimi olan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olmayan gruba göre solunum güçlüğü alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 17).

Evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumu ile iştah kaybı alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde bakım hizmeti gereksinimi olan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olmayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde bakım eğitim gereksinimi olan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olmayan gruba göre iştah kaybı alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 17).

Evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumu ile konstipasyon alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde bakım hizmeti gereksinimi olan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olmayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde bakım eğitim gereksinimi olan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olmayan gruba göre konstipasyon alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 17).

Evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde bakım hizmeti gereksinimi olma durumu ile

ekonomik güçlük alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde bakım hizmeti gereksinimi olan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olmayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde bakım eğitim gereksinimi olan grubun evde bakım hizmeti gereksinimi olmayan gruba göre ekonomik güçlük alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 17).

Tablo 17. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının evde bakım hizmeti almaya gereksinim olma durumuna göre dağılımı

Alt Ölçekler	Evde Bakım Hizmeti Alma Gereksinimi	n	Ort.±Ss	p
GENEL İYİLİK HALİ	Evet	65	54,61±23,20	**0,003**
	Hayır	335	64,32±24,36	
FONKSİYONEL GÜÇLÜKLER	Evet	65	51,45±20,95	**0,000**
	Hayır	335	78,31±17,29	
Fiziksel Fonksiyonlar	Evet	65	36,92±30,07	**0,000**
	Hayır	335	72,17±23,11	
Rol Fonksiyonları	Evet	65	54,61±30,83	**0,000**
	Hayır	335	85,72±24,25	
Emosyonel Fonksiyonlar	Evet	65	58,33±25,17	**0,000**
	Hayır	335	76,02±27,09	
Bilişsel Fonksiyonlar	Evet	65	74,87±31,19	**0,003**
	Hayır	335	87,06±19,04	
Sosyal Fonksiyonlar	Evet	65	47,43±29,93	**0,000**
	Hayır	335	82,09±22,13	
SEMPTOMLAR	Evet	65	47,77±18,43	**0,000**
	Hayır	335	28,90±21,35	
Yorgunluk	Evet	65	63,84±23,85	**0,000**
	Hayır	335	40,74±32,56	
Bulantı Kusma	Evet	65	34,10±29,81	**0,013**
	Hayır	335	23,68±30,84	

Bağımsız Gruplar T-Testi

Tablo 17. (devamı) Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının evde bakım hizmeti almaya gereksinim olma durumuna göre dağılımı

Alt Ölçekler	Evde Bakım Hizmeti Alma Gereksinimi	n	Ort.±Ss	p
Ağrı	Evet	65	51,28±33,11	**0,000**
	Hayır	335	28,90±30,15	
Solunum Güçlüğü	Evet	65	39,48±37,68	**0,000**
	Hayır	335	15,62±30,70	
Uyuma Güçlüğü	Evet	65	36,41±37,13	0,083
	Hayır	335	27,56±37,64	
İştah Kaybı	Evet	65	56,92±37,13	**0,000**
	Hayır	335	35,22±38,94	
Konstipasyon	Evet	65	52,82±35,79	**0,000**
	Hayır	335	27,56±36,56	
Diyare	Evet	65	12,30±16,21	0,206
	Hayır	335	15,52±28,21	
Ekonomik Güçlük	Evet	65	58,46±32,29	**0,000**
	Hayır	335	21,89±32,08	

Bağımsız Gruplar T-Testi

Evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumu ile genel iyilik hali alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duymayan grubun evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duymayan grubun evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyan gruba göre genel iyilik hali alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 18).

Evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumu ile fonksiyonel güçlükler alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duymayan grubun evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duymayan grubun evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyan gruba göre fonksiyonel güçlükler alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 18).

Evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumu ile fiziksel fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duymayan grubun evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duymayan grubun evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyan gruba göre fiziksel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 18).

Evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumu ile rol fonksiyonları alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duymayan grubun evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duymayan grubun evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyan gruba göre rol fonksiyonları alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 18).

Evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumu ile emosyonel fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duymayan grubun evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duymayan grubun evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyan gruba göre emosyonel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 18).

Evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumu ile bilişsel fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duymayan grubun evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duymayan grubun evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyan gruba göre bilişsel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 18).

Evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumu ile sosyal fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duymayan grubun evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde günlük yaşantıda

yardıma ihtiyaç duymayan grubun evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyan gruba göre sosyal fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 18).

Evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumu ile semptomlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyan grubun evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duymayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyan grubun evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duymayan gruba göre semptomlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 18).

Evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumu ile yorgunluk alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyan grubun evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duymayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyan grubun evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duymayan gruba göre yorgunluk alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 18).

Evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumu ile ağrı alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyan grubun evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duymayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyan grubun evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duymayan gruba göre ağrı alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 18).

Evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumu ile iştah kaybı alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyan grubun evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duymayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyan grubun evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duymayan gruba göre iştah kaybı alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 18).

Evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumu ile diyare alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde günlük

yaşantıda yardıma ihtiyaç duyan grubun evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duymayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyan grubun evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duymayan gruba göre diyare alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 18).

Evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumu ile ekonomik güçlük alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyan grubun evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duymayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyan grubun evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duymayan gruba göre ekonomik güçlük alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 18).

Tablo 18. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi puan ortalamalarının evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre dağılımı

Alt Ölçekler	Yardıma İhtiyaç Duyma	n	Ort.±Ss	p
GENEL İYİLİK HALİ	Evet	135	55,43±24,50	**0,000**
	Hayır	265	66,47±23,55	
FONKSİYONEL GÜÇLÜKLER	Evet	135	62,46±20,84	**0,000**
	Hayır	265	79,79±17,64	
Fiziksel Fonksiyonlar	Evet	135	48,39±27,08	**0,000**
	Hayır	265	75,64±22,97	
Rol Fonksiyonları	Evet	135	66,29±34,46	**0,000**
	Hayır	265	87,98±20,29	
Emosyonel Fonksiyonlar	Evet	135	66,35±27,38	**0,000**
	Hayır	265	76,60±27,03	
Bilişsel Fonksiyonlar	Evet	135	82,46±25,86	0,120
	Hayır	265	86,41±19,51	
Sosyal Fonksiyonlar	Evet	135	66,04±32,15	**0,000**
	Hayır	265	81,76±21,82	

Bağımsız Gruplar T-Testi

Tablo 18. (devamı) Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi puan ortalamalarının evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre dağılımı

Alt Ölçekler	Yardıma İhtiyaç Duyma	n	Ort.±Ss	p
SEMPTOMLAR	Evet	135	39,16±20,76	**0,000**
	Hayır	265	28,30±21,76	
Yorgunluk	Evet	135	56,91±30,43	**0,000**
	Hayır	265	38,17±31,62	
Bulantı Kusma	Evet	135	29,25±31,83	0,073
	Hayır	265	23,39±30,25	
Ağrı	Evet	135	40,61±35,36	**0,001**
	Hayır	265	28,42±28,88	
Solunum Güçlüğü	Evet	135	23,95±34,94	0,055
	Hayır	265	17,23±31,92	
Uyuma Güçlüğü	Evet	135	30,61±39,07	0,541
	Hayır	265	28,17±36,96	
İştah Kaybı	Evet	135	48,14±42,25	**0,001**
	Hayır	265	33,96±37,09	
Konstipasyon	Evet	135	35,80±37,01	0,116
	Hayır	265	29,56±37,75	
Diyare	Evet	135	18,76±27,80	**0,049**
	Hayır	265	13,08±25,88	
Ekonomik Güçlük	Evet	135	38,02±37,80	**0,000**
	Hayır	265	22,64±32,02	

Bağımsız Gruplar T-Testi

Evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alabilme durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alabilme durumu ile emosyonel fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alabilen grubun evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alamayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alabilen grubun evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alamayan gruba göre emosyonel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 19).

Evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alabilme durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alabilme durumu ile bilişsel fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alamayan grubun evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alabilen grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alamayan grubun evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alabilen gruba göre bilişsel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 19).

Evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alabilme durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alabilme durumu ile solunum güçlüğü alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alamayan grubun evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alabilen grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alamayan grubun evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alabilen gruba göre solunum güçlüğü alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 19).

Evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alabilme durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alabilme durumu ile diyare alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alabilen grubun evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alamayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alabilen grubun evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alamayan gruba göre diyare alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 19).

Evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alabilme durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alabilme durumu ile ekonomik güçlük alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alamayan grubun evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alabilen grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alamayan grubun evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alabilen gruba göre ekonomik güçlük alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 19).

Tablo 19. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alabilme durumuna göre dağılımı

Alt Ölçekler	Yardım Alabilme Durumu	n	Ort.±Ss	p
GENEL İYİLİK HALİ	Evet	110	54,24±25,88	0,126
	Hayır	25	60,66±26,58	
FONKSİYONEL GÜÇLÜKLER	Evet	110	62,26±21,44	0,810
	Hayır	25	63,37±18,38	
Fiziksel Fonksiyonlar	Evet	110	47,27±26,75	0,314
	Hayır	25	53,33±28,54	
Rol Fonksiyonları	Evet	110	64,84±35,21	0,308
	Hayır	25	72,66±30,76	
Emosyonel Fonksiyonlar	Evet	110	69,09±25,94	**0,014**
	Hayır	25	54,33±30,72	
Bilişsel Fonksiyonlar	Evet	110	80,60±27,60	**0,010**
	Hayır	25	90,66±13,67	
Sosyal Fonksiyonlar	Evet	110	65,15±31,81	0,498
	Hayır	25	70,00±34,02	
SEMPTOMLAR	Evet	110	38,112±20,85	0,218
	Hayır	25	43,79±20,13	
Yorgunluk	Evet	110	56,36±32,16	0,577
	Hayır	25	59,33±21,56	
Bulantı Kusma	Evet	110	26,66±28,30	0,132
	Hayır	25	40,66±43,05	
Ağrı	Evet	110	39,54±35,90	0,462
	Hayır	25	45,33±33,16	
Solunum Güçlüğü	Evet	110	18,18±30,50	**0,001**
	Hayır	25	49,33±42,07	
Uyuma Güçlüğü	Evet	110	30,60±39,39	0,994
	Hayır	25	30,66±38,39	
İştah Kaybı	Evet	110	48,48±41,29	0,860
	Hayır	25	46,66±47,14	
Konstipasyon	Evet	110	33,33±35,26	0,159
	Hayır	25	46,66±43,03	
Diyare	Evet	110	20,60±29,60	**0,022**
	Hayır	25	10,66±15,87	
Ekonomik Güçlük	Evet	110	32,72±37,50	**0,001**
	Hayır	25	61,33±29,93	

Mann Whitney U Testi

Taburculuk eğitimi alma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, taburculuk eğitimi alma durumu ile fonksiyonel güçlükler alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, taburculuk eğitimi alan grubun taburculuk eğitimi almayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Taburculuk eğitimi alan grubun taburculuk eğitimi alamayan gruba göre fonksiyonel güçlükler alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 20).

Taburculuk eğitimi alma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, taburculuk eğitimi alma durumu ile fiziksel fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, taburculuk eğitimi alan grubun taburculuk eğitimi almayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Taburculuk eğitimi alan grubun taburculuk eğitimi alamayan gruba göre fiziksel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 20).

Taburculuk eğitimi alma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, taburculuk eğitimi alma durumu ile rol fonksiyonları alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, taburculuk eğitimi alan grubun taburculuk eğitimi almayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Taburculuk eğitimi alan grubun taburculuk eğitimi alamayan gruba göre rol fonksiyonları alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 20).

Taburculuk eğitimi alma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, taburculuk eğitimi alma durumu ile bilişsel fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, taburculuk eğitimi alan grubun taburculuk eğitimi almayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Taburculuk eğitimi alan grubun taburculuk eğitimi alamayan gruba göre bilişsel fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 20).

Taburculuk eğitimi alma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, taburculuk eğitimi alma durumu ile sosyal fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, taburculuk eğitimi alan grubun taburculuk eğitimi almayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Taburculuk eğitimi alan grubun taburculuk eğitimi alamayan gruba göre sosyal fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 20).

Taburculuk eğitimi alma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, taburculuk eğitimi alma durumu ile semptomlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, taburculuk eğitimi almayan grubun taburculuk eğitimi alan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Taburculuk eğitimi almayan grubun taburculuk eğitimi alan gruba göre semptomlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 20).

Taburculuk eğitimi alma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, taburculuk eğitimi alma durumu ile yorgunluk alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, taburculuk eğitimi almayan grubun taburculuk eğitimi alan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Taburculuk eğitimi almayan grubun taburculuk eğitimi alan gruba göre yorgunluk alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 20).

Taburculuk eğitimi alma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, taburculuk eğitimi alma durumu ile ağrı alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, taburculuk eğitimi almayan grubun taburculuk eğitimi alan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Taburculuk eğitimi almayan grubun taburculuk eğitimi alan gruba göre ağrı alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 20).

Taburculuk eğitimi alma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, taburculuk eğitimi alma durumu ile solunum güçlüğü alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, taburculuk eğitimi almayan grubun taburculuk eğitimi alan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Taburculuk eğitimi almayan grubun taburculuk eğitimi alan gruba göre solunum güçlüğü alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 20).

Taburculuk eğitimi alma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, taburculuk eğitimi alma durumu ile iştah kaybı alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, taburculuk eğitimi almayan grubun taburculuk eğitimi alan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Taburculuk eğitimi almayan grubun taburculuk eğitimi alan gruba göre iştah kaybı alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 20).

Taburculuk eğitimi alma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, taburculuk eğitimi alma durumu ile semptomlar alt ölçeği arasında

anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, taburculuk eğitimi almayan grubun taburculuk eğitimi alan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Taburculuk eğitimi almayan grubun taburculuk eğitimi alan gruba göre semptomlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 20).

Tablo 20. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının taburculuk eğitimi alma durumuna göre dağılımı

Alt Ölçekler	Taburculuk Eğitimi Alma	n	Ort.±Ss	p
GENEL İYİLİK HALİ	Evet	76	59,64±26,77	0,219
	Hayır	324	63,47±23,81	
FONKSİYONEL GÜÇLÜKLER	Evet	76	83,01±13,19	**0,000**
	Hayır	324	71,82±21,29	
Fiziksel Fonksiyonlar	Evet	76	75,79±20,62	**0,000**
	Hayır	324	64,25±28,58	
Rol Fonksiyonları	Evet	76	95,61±13,15	**0,000**
	Hayır	324	77,16±29,23	
Emosyonel Fonksiyonlar	Evet	76	76,86±29,26	0,191
	Hayır	324	72,27±27,10	
Bilişsel Fonksiyonlar	Evet	76	90,35±14,72	**0,003**
	Hayır	324	83,84±23,12	
Sosyal Fonksiyonlar	Evet	76	93,42±9,84	**0,000**
	Hayır	324	72,47±27,93	
SEMPTOMLAR	Evet	76	22,74±15,90	**0,000**
	Hayır	324	34,13±22,70	
Yorgunluk	Evet	76	30,92±24,60	**0,000**
	Hayır	324	47,68±33,24	
Bulantı Kusma	Evet	76	19,73±27,17	0,054
	Hayır	324	26,69±31,58	
Ağrı	Evet	76	17,54±16,07	**0,000**
	Hayır	324	36,06±33,41	
Solunum Güçlüğü	Evet	76	0,00±0,00	**0,000**
	Hayır	324	24,07±35,24	
Uyuma Güçlüğü	Evet	76	30,70±39,16	0,662
	Hayır	324	28,60±37,34	
İştah Kaybı	Evet	76	29,82±36,74	**0,028**
	Hayır	324	40,84±39,80	
Konstipasyon	Evet	76	26,31±34,56	0,168
	Hayır	324	32,92±38,18	
Diyare	Evet	76	6,14±17,81	**0,000**
	Hayır	324	17,07±27,94	
Ekonomik Güçlük	Evet	76	23,24±36,11	0,202
	Hayır	324	28,91±34,46	

Bağımsız Gruplar T-Testi

Çevreden sosyal destek alma durumuna göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları incelendiğinde, çevreden sosyal destek alma durumu ile sosyal fonksiyonlar alt ölçeği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Bu farkın, çevreden sosyal destek alan grubun çevreden sosyal destek almayan grupla arasındaki farkından kaynaklandığı tespit edildi. Çevreden sosyal destek alan grubun çevreden sosyal destek almayan gruba göre sosyal fonksiyonlar alt ölçek puan ortalaması daha yüksek idi (Tablo 21).

Tablo 21. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının çevreden sosyal destek alma durumu göre dağılımı

Alt Ölçekler	Grup	n	Ort.±Ss	p
GENEL İYİLİK HALİ	Evet	208	62,50±24,87	0,832
	Hayır	192	63,02±23,97	
FONKSİYONEL GÜÇLÜKLER	Evet	208	74,94±18,25	0,316
	Hayır	192	72,87±22,63	
Fiziksel Fonksiyonlar	Evet	208	68,10±23,37	0,217
	Hayır	192	64,65±31,51	
Rol Fonksiyonları	Evet	208	82,85±26,31	0,103
	Hayır	192	78,29±29,35	
Emosyonel Fonksiyonlar	Evet	208	71,79±29,99	0,304
	Hayır	192	74,60±24,63	
Bilişsel Fonksiyonlar	Evet	208	85,41±20,15	0,752
	Hayır	192	84,72±23,71	
Sosyal Fonksiyonlar	Evet	208	79,96±22,02	**0,007**
	Hayır	192	72,65±30,75	
SEMPTOMLAR	Evet	208	31,47±21,13	0,641
	Hayır	192	32,50±22,97	
Yorgunluk	Evet	208	44,23±31,57	0,863
	Hayır	192	44,79±33,40	
Bulantı Kusma	Evet	208	23,15±31,20	0,135
	Hayır	192	27,77±30,42	
Ağrı	Evet	208	32,77±31,57	0,880
	Hayır	192	32,29±31,93	
Solunum Güçlüğü	Evet	208	20,03±32,91	0,738
	Hayır	192	18,92±33,34	
Uyuma Güçlüğü	Evet	208	31,57±39,75	0,154
	Hayır	192	26,21±35,13	
İştah Kaybı	Evet	208	36,21±39,89	0,182
	Hayır	192	41,49±38,85	
Konstipasyon	Evet	208	30,12±36,19	0,395
	Hayır	192	33,33±39,04	
Diyare	Evet	208	13,46±26,42	0,230
	Hayır	192	16,66±26,85	
Ekonomik Güçlük	Evet	208	25,96±31,75	0,267
	Hayır	192	29,86±37,82	

Bağımsız Gruplar T-Testi

TARTIŞMA

Bu bölümde, bir üniversite hastanesinin medikal onkoloji ayaktan kemoterapi ünitesinde kemoterapi alan 18 yaş üstü 400 bireyin; sosyodemografik özellikleri, evde bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesinin karşılaştırılmasına yönelik bulgular tartışıldı.

Araştırma kapsamına alınan 400 bireyin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun 61-70 yaş aralığında olduğu belirlendi. Hastaların büyük çoğunluğunun sosyal güvencesinin olduğu ve aile ya da bakım verenle yaşadıkları belirlendi. Çalışmaya katılan bireylerin %37,5'inin kronik hastalığının olduğu saptandı.

Yapılan bu çalışmada hastaların %19'unun taburculuk ile ilgili eğitim aldığı bulundu(Tablo 2). Kanser tanısı alan bireylerle yapılan bir araştırmada bireylerin tamamına yakınının taburculuk ile ilgili herhangi bir eğitim almadıkları belirlenmiştir (123). Çalışmalar arasında bu sonuçlarla farklılık gösteren, taburculuk ile ilgili eğitim verildiğini belirten başka bir araştırma da mevcuttur (124). Perneault ve arkadaşlarının araştırmasında sağlık çalışanlarının hastalarıyla yeterli düzeyde iletişim kurmadıkları saptanmıştır (125). Hastanede tedavi süreci biten bireyler kafasında bazı sorularla ve tedirgin bir şekilde evlerine gitmektedirler. Yeterince açıklama yapılmadan gerçekleşen taburculuk işlemi bireyde ve çevresindeki bakım veren kişilerde bilinmezlik yaratıp strese sebebiyet vererek iyileşme sürecinin yavaşlamasına neden olmaktadır. Hastaneden taburcu olurken sağlık çalışanı tarafından hasta ve ailesine verilen taburculuk eğitimiyle belirsizlikler ortadan kalktığı gibi hasta ve ailesinin alabilecekleri sorumluluk bilinci de artmaktadır (126). Yapılan çalışmalardaki bulguların değişiklik göstermesinin sebebi hastane içi uygulanan prosedürler ve politikalardaki farklılıklar ya da sağlık çalışanı sayılarındaki yetersizlikler olabilir.

Kemoterapi alan hastaların %81,5'inin evde ihtiyaç duyulan konuda yardım aldığı bulundu. Yardım alınan kişilerin büyük çoğunluğunun eşler olduğu belirlendi(Tablo 2). Daha önce sonuçlanan bir araştırmada hastaların en çok eşlerinden yardım aldıkları ve fazla miktarda eş desteği alan kişilerde kaygının minimum seviyede olduğu gözlenmiştir (127). Yapılan bir araştırmada evde bakım veren ve en fazla yardım alınan kişilerin eşler olduğu belirtilmektedir (128). Bakım veren kişilerin evde bakım hizmetlerinden beklentilerinin araştırıldığı bir çalışmada bu araştımalardan değişik olarak hastaların %45,9'una çocuklarının bakım verdiği saptanmıştır (129). Bulgular neticesinde yardım alınan kişilerin en çok eşler olmasının nedeni; son zamanlarda geniş ailelerin yerini çekirdek ailelerin almış olması olabilir. Buna ek olarak sağlık çalışanlarından yardım alabilme düzeyinin az olmasına evde bakım hizmetleri alanında istihdam edilen sağlık çalışanı miktarının az olması sebebiyet vermiş olabilir.

Bu çalışmada bakım veren kişilerin çoğunluğunun (%97) hastalıkla ilgili bilgisinin olduğu belirlendi (Tablo 2). Bu araştırmadan farklı olarak Driscoll tarafından gerçekleştirilen araştırmada bakım veren kişilerin, bireylerin sağlık problemleri ve evde bakımıyla alakalı yeterince bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır (130). Yapılan bir diğer araştırmada hastaya bakım veren bireylerin hastalık konusunda hiçbir bilgiye sahip olmadığı saptanmıştır (131). Subaşı'nın yaptığı bir araştırmada evde bakım veren kişilerin %75,6'sının eğitim almadığı saptanmıştır (132). İlerleyen teknolojiyle beraber hasta ve aileleri hastalıkla alakalı bilgi sahibi olabilmekte; çoğunlukla internetten araştırma yaparak bilgi edinebilmektedirler. Bu araştımanın neticesinde bakım veren bireylerin birçoğunun hastalığa dair bilgi sahibi olmasının nedeni, bilgilere internetten kolayca erişilebiliyor olması olabilir.

Çalışmada kemoterapi tedavisi alan hastaların evde bakımla ilgili en çok alışveriş konusunda yardıma ihtiyaç duyduğu bulundu (Tablo 2). Bu konuda benzerlik gösteren bir araştırmada bireylerin günlük yaşam ve sosyal aktivitelerinde ev işleri (%63,3), alışveriş (%56,7), banyo (%30) ve ev yönetimi (%20) gibi alanlarda yardım ihtiyaçları oldukları saptanmıştır (133). Kemoterapi tedavisi alan bireylerle gerçekleştirilen araştırmalarda alışverişe gitme, temizlik ve yemek yapma, çamaşır asma, ütü yapma gibi işleri yaparken güçlük yaşadıkları belirlenmiştir (134). Kemoterapi alan kişilerin genellikle en fazla alışveriş hususunda yardım ihtiyaçlarının olması, kemoterapi sonrası ağrı, yorgunluk ve hareket kısıtlılığı gibi yan etkilerden kaynaklanıyor olabilir.

Hastaların yaş durumlarına göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Genel İyilik Hali, Fiziksel Fonksiyon, Rol Fonksiyonları, Bilişsel Fonksiyonlar, Sosyal

Fonksiyonları arasında negatif doğrusal anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ve yaş arttıkça bu fonksiyonlarda azalma olduğu gözlendi ($p<0.05$; Tablo 6). Hastaların yaş durumlarına göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin semptom skalasından ekonomik güçlükle arasında anlamlı bir ilişki bulundu, yaş arttıkça yaşam kalitesi semptom alt ölçek puanının arttığı saptandı ($p<0.05$; Tablo 6). Güngörmüş ve Erdem Bulut'un araştırmasında yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır (135). Gürel'in araştırmasında da; yaşam kalitesinin genel iyilik alt boyutu puanlarının yaş arttıkça azaldığı, ekonomik güçlük alt boyutunda yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir. Finansal anlamda yaşam kalitesinin yaşla artmasını birkaç sebeple ilişkilendirmektedir. Bu sebepler; ileri yaştaki kişilerin yaşamında belirli bir hedefe varmış olması, sosyal sigortasının, düzenli bir kazancının ya da emekliliğinin olması gibi etkenlerin bireyin finansal zorluklarla uğraşma gücünü arttırmasıyla ifade edilebilmektedir (136). Bu bağlamda; araştırma sonuçlarının paralellik gösteren bu çalışma verileriyle güçlendirildiği görülmektedir. Kanser teşhisi koyulmuş kemoterapi tedavisi alan bireylerde gerçekleştirilen bir diğer çalışmada; yaşın yaşam kalitesi üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı belirtilmiş olup bu araştırma bulgularıyla paralellik göstermemektedir (137).

Hastaların cinsiyeti ile EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının Fiziksel Fonksiyonlar, Rol Fonksiyonları, Sosyal Fonksiyonları arasında anlamlı bir ilişki saptandı ve cinsiyeti erkek olanların bu fonksiyonlarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulundu ($p<0.05$; Tablo 8). Semptomlardan; yorgunluk, uyuma güçlüğü, konstipasyon, ekonomik güçlük alanlarında da erkeklerin yaşam kalitelerinin yüksek olduğu belirlendi (Tablo 8). Bu çalışmanın sonuçlarıyla paralellik gösteren Gürel'in çalışmasında fonksiyonel güçlükler alanında; fiziksel fonksiyonlar, rol fonksiyonları, semptomlardan; yorgunluk alanında yaşam kalitesinin erkeklerde daha yüksek olduğu ancak farkın istatiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (136). Güngörmüş ve Erdem ise, kadınların emosyonel fonksiyonlar puanının erkeklere göre daha anlamlı derecede yüksek bulduklarını, bunun da kadınların erkeklere göre daha fazla sosyal destek almasından olabileceğini belirtmişlerdir (135).

Hastaların medeni durumları ile EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının Rol Fonksiyonları ve Bilişsel Fonksiyonları arasında anlamlı bir ilişki bulundu ve evli olanların bu fonksiyonlarda yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$; Tablo 10). Gelin ve Ulus araştırmasında, bireyin evli veya bekar, geniş veya çekirdek ailenin bireyi olmasının yaşam kalitesini anlamlı ölçüde etkilediğini saptamışlardır (138). Kanser tanısı alan bireylerin çok fazla sayıda genç bekarlar değil, evli ya da dul orta/ileri yaşlı hastalar olması,

kanserin çoğunlukla ileri yaş hastalığı olmasıyla ifade edilebilir (139). Evli olmanın yaşam kalitesini arttırması ise, hastanın fizyolojik, sosyal, psikolojik ve finansal yönden yardım almasıyla ve bu yardımlara güçlük yaşamadan erişebilmesiyle ifade edilebilir.

Çalışma kapsamındaki kemoterapi alan hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne göre ilkokul altı eğitimine sahip hastaların ilkokul ve üzeri eğitime sahip olan hastalardan Genel İyilik Hali, Fiziksel Fonksiyonları, Bilişsel Fonksiyonları, Sosyal Fonksiyonları puanı daha düşük bulundu ($p<0.05$; Tablo 4). Kanser tanısı almış bireylerde eğitim seviyesi yükseldikçe yaşam kalitesi puanlarının da yükseldiği sonucuyla paralellik gösterdiğini Güngörmüş ve Erdem araştırmasında belirtmişlerdir. Güngörmüş ve Erdem, üniversite mezunu hastaların yaşam kalitesi alt boyutlarının hepsini yüksek bulduklarını fakat eğitim seviyeleri ile anlamlı fark olmadığını saptamışlardır (135). Araştırma sonuçlarıyla paralellik gösteren bir diğer araştırmada ise, eğitim düzeyi fazla olan kanser tanısı almış bireylerin, yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal fonksiyon alt boyutlarından aldıkları puanın anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirtilmektedir (136). Araştırma sonuçlarından farklı olarak, Yıldırım araştırmasında bireylerin eğitim düzeylerinin yaşadıkları semptomları etkilemeyen etken olduğunu belirtmektedir (140). Bu sonuçlarla benzerlik göstermeyen bir diğer araştırmada da, sosyal işlev alt boyut puanı haricinde ölçeğin diğer alt boyutlarında eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesinde azalma olduğu ifade edilmektedir (141). Bu azalmanın sebeplerini de; kişinin hastalığı algılamasının, oluşturduğu değişik savunma mekanizmalarının, rahatsızlığı ve taedavi sürecini bilmesi durumlarının eğitim seviyesiyle değiştiği, bunun da eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesinin azalmasına neden olduğu belirtilmiştir (141).

Çalışma kapsamındaki kemoterapi alan hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne göre gelir düzeyi giderinden az olan kişilerin Sosyal Fonksiyonlar puanı düşük, semptomlardan solunum güçlüğü ve ekonomik güçlük faktör puanları gelir düzeyi giderinden yüksek olan kişilerden daha yüksek bulundu ($p<0.05$; Tablo 5). Bu sonuçlarla benzerlik gösteren bir araştırmada gelir düzeyi iyi olan bireylerin yaşam kalitesinin daha iyi olduğu belirtilmektedir (136). Gelir düzeyinin iyi olması bireylerin beslenme, kanser ile baş etme, tedavi imkanlarından faydalanma gibi kanserin kişilerde ve çevresinde meydana getireceği yükü azaltacağı buna paralel olarak yaşam kalitesinin daha yüksek olmasına sebep oluyor olabilir.

Herhangi bir ilçede yaşayan hastaların şehirde yaşayanlara göre Genel İyilik Hali, Rol Fonksiyon puanları daha yüksek semptomlardan bulantı kusma, solunum güçlüğü, uyuma

güçlüğü, konstipasyon puanlarının daha düşük olduğu bulundu ($p<0.05$; Tablo 7). Bu araştırmayla benzerlik gösteren Gürel'in (2007) çalışmasında; bireylerin Genel İyilik Hali ortalaması, Fiziksel Fonksiyonları, Rol Performansı ve Sosyal Fonksiyon ortalamamlarının ilçede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (136). Güngörmüş ve Erdem (2014) şehir merkezinde yaşayan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (135). Özetle, ilçede ya da şehirde yaşayan kişilerin köyde yaşayanlara göre yaşam kalitesinin yüksek olması hayat koşullarının daha iyi olması, hastanelere yakın olmaları gibi etkenlerden kaynaklanıyor olabilir.

Başka bir kronik hastalığı olanlarda EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı Fiziksel Fonksiyonlar ve Rol Fonksiyonları alanında başka bir kronik rahatsızlığı olmayanlara göre daha düşük bulundu ($p<0.05$; Tablo 14). Semptomlardan ise iştah kaybı parametresi puanı başka kronik hastalığı olanlarda daha yüksek bulundu ($p<0.05$; Tablo 14). Kanser tanısı almış bireylerde fizyolojik ve psikolojik sorunların var olmasının yanı sıra bunlara ek olarak başka kronik hastalıkların olması hastanın daha fazla ilaç kulanmasına, daha fazla yan etki yaşamasına, daha uzun tedavi görmesine yol açarak bireylerin yaşam kalitesini düşürmektedir (120).

SONUÇLAR

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Balkan Onkoloji Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'nde kemoterapi uygulanan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçladığımız bu araştırmadan şu sonuçlar elde edildi:

1. Hastaların taburculuk eğitimi alma durumuna göre %19'ının aldığı, %81'inin daha önce taburculuk eğitimi almadığı saptandı.
2. Hastaların evde bakım eğitim gereksinimi olma durumuna göre %13,5'inin gereksinimi olduğu, %86,5'inin olmadığı bulundu.
3. Hastaların evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre %33,8'inin ihtiyaç duyduğu, %66,2'sinin ihtiyaç duymadığı saptandı.
4. Hastaların evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alabilme durumuna göre incelendiğinde %81,5'inin yardım alabildiği, %18,5'inin yardım alamadığı saptandı.
5. Hastaların yaş durumlarına göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Genel İyilik Hali, Fiziksel Fonksiyon, Rol Fonksiyonları, Bilişsel Fonksiyonlar, Sosyal Fonksiyonları arasında negatif doğrusal anlamlı bir ilişki olduğu saptandı.
6. Hastaların cinsiyeti ile EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının Fiziksel Fonksiyonlar, Rol Fonksiyonları, Sosyal Fonksiyonları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve cinsiyeti erkek olanların bu fonksiyonlarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulundu.
7. Hastaların medeni durumları ile EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının Rol Fonksiyonları ve Bilişsel Fonksiyonları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve evli olanların bu fonksiyonlarda yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirlendi.

8. Hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne göre ilkokul altı eğitimine sahip hastaların ilkokul ve üzeri eğitime sahip olan hastalardan Genel İyilik Hali, Fiziksel Fonksiyonları, Bilişsel Fonksiyonları, Sosyal Fonksiyonları alt ölçek puanı daha düşük bulundu.
9. Hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne göre gelir düzeyi giderinden az olan kişilerin Sosyal Fonksiyonlar puanı düşük, semptomlardan solunum güçlüğü ve ekonomik güçlük faktör puanları gelir düzeyi giderinden yüksek olan kişilerden daha yüksek bulundu.
10. Herhangi bir ilçede yaşayan hastaların şehirde yaşayanlara göre Genel İyilik Hali, Rol Fonksiyon puanları daha yüksek semptomlardan bulantı kusma, solunum güçlüğü, uyuma güçlüğü, konstipasyon puanlarının daha düşük olduğu bulundu.
11. Başka bir kronik hastalığı olanlarda EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı Fiziksel Fonksiyonlar ve Rol Fonksiyonları alanında başka bir kronik rahatsızlığı olmayanlara göre daha düşük bulundu.

ÖNERİLER

1. Zaman alıcı ve maliyetli bir tedavi ihtiyacı olduğundan kanser hastalığı tanısı almış hastalara sosyal güvencesi yok ise sosyal yardım sistemleri gerçekleştirilmeli,

2. Gelir düzeyi düşük olan kişiler, aynı tanısı olan hastalarca açılan özel dernekler vb. yardım alabilecekleri kuruluşlara yönlendirilmeli,

3. Kişiye emosyonel destek olmaları açısından hastanın çevresindeki kişiler ile iletişim kurulmalı, gerçekleştirilecek eğitime o bireyler de katılmalı,

4. Kanser sebebi ile iş hayatı ve evindeki işleri olumsuz olarak etkilenen kişilerin sağlık profesyonellerinin yardımı ile bir şeyler yapabilme becerileri çoğaltılmalı ve özgüvenleri arttırılmalı,

5. Kişiler yaşam kalitelerinin devam ettirilmesi hususunda bilgilendirilmeli ve bu anlamda bilinçlendirilmelidir,

6. Sağlık profesyoneline kişilerin yaşam kalitelerinin arttırılmasına ilişkin hizmet içi destek programları sağlanmalıdır.

7. Kemoterapinin yol açtığı yan etkilerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemesini önlemek için etkili baş etme yöntemleri öğretilmelidir.

8. Erken tanı, tedavinin başarılı olması adına atılan ilk ve en önemli adım olduğu için sağlık çalışanları ve bireyler erken teşhis hakkında bilgilendirilmelidir..

9. Toplum tabanlı ve nüfusun büyük çoğunluğu kapsayan yeni tarama programları (KETEM vb. gibi) oluşturulabilir ve taramalara katılım arttırılmalıdır.

10. Farkındalık etkinlikleri düzenlenerek kamuoyunda kansere yönelik farkındalık arttırılmalıdır.

11. İlçe/köyde hayatını yaşayanlara ve ulaşım sıkıntısı olan kişilere yardım edilmelidir.

ÖZET

Kişinin kendi durumunu, kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi olarak tanımlanan yaşam kalitesi; kişinin tüm ihtiyaçlarını karşılaması, yaşamdan doyum alması, benlik saygısını, sosyal ilişkilerinde ve kişilerarası ilişkilerinde iyi olmasını kapsamaktadır. Çalışmamız bir üniversite hastanesinin medikal onkoloji ayaktan kemoterapi ünitesinde kemoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırmamızın evrenini Trakya Üniversitesi Balkan Onkoloji Hastanesi kemoterapi uygulanan hastalar oluşturdu. Hastaların sosyodemografik özelliklerini içeren bilgi formu ve EORTC QLO-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğine yönelik sorulardan oluşan anket formunu doldurmayı kabul eden 400 hastaya, hastane yönetiminden izin alındıktan sonra Ocak 2019-Nisan 2019 tarihleri arasında uygulandı.

Araştırmaya katılan hastaların %15'i 71 yaş ve üzeri olduğu, %42.2'sinin ilkokul mezunu olduğu, %82'sinin evli olduğu, %37.2'sinin ilçede yaşadığı, %95.8'inin sosyal güvencesinin olduğu, %58.5'inin ekonomik durumlarını orta olarak tanımladığı, %15.8'inin bir işte çalıştığı, %86'sının de evde eşi ve çocukları ile yaşadığı ve saptandı. Hastaların en çok alışveriş konusunda evde bakımda yardıma ihtiyaç duydukları belirlendi. Hastaların yaşam kalitesi puanlarının cinsiyetleri, medeni durumları, sosyal güvenceleri ve çalışma durumları ile ilişkisi incelendiğinde anlamlı bir ilişki olduğu, eğitim durumu ile ilişkisi incelendiğinde eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı saptandı ($p<0,05$).

Bu çalışmanın sonunda, genel olarak kemoterapi uygulanan hastaların yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği görüldü.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Kemoterapi, Yaşam Kalitesi.

QUALITY OF LIFE AND NEEDS TOWARDS HOME CARE OF PATIENTS TREATED WITH CHEMOTHERAPY

SUMMARY

The Life Quality, which was defined as perception of one's own situation in his culture and in the system his values, also comprises one's meeting all needs, satisfaction of life, self-respect, good performance in social and inter personal relations. This study aims to study life quality and home care requirement of patients receiving chemotherapy.

The universe of our study, which was planned as descriptive, was the patients who take chemotherapy in the chemotherapy units of out adult patient of Trakya University Balkan Oncology Hospital. A data form consisting socio-demographic information of patients and a questionnaire consisting questions according to EORTC QLO-C30 Life Quality Scale was also applied to 400 patients who had accepted to participate with the permission of hospital administration, during January 2019 and April 2019.

Age 71 and above of patients who had participate in the study has %15 and 42.2% of them graduated from elementary school, 82% of them were married, , 37.2% of them lived in towns, 95.8% of them had a social security, 58.5% of them defined their economical status as medium, 15.8% of them had a work, 86% of them lives with their spouse and children at home. Patients were found mostly in need of shopping at home. When the life quality points of patients were examined, there was statistical significant differences meaningful relation between gender, marital status, social security and working situations and education status was examined, as the level of education was raised, the life quality also raised ($p<0,05$).

As a result of that study, it was observed that, the life quality of patients was affected negatively in general speaking.

Keywords: Cancer, Chemotherapy, Life Quality

KAYNAKLAR

1. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer, A Cancer Journal for Clinicians,2003;53:27-43.

2. Rowland JH. What Are Cancer Survivors Telling Us. The Cancer Journal, 2008;14(6):361-368.

3. World Health Organisation. Dünya Kanser Raporu, 2008. Erişim: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p1-104 pdf. Erişim tarihi: 07.04.2019.

4. American Cancer Society. Cancer Prevention and Early Detection Facts and Figures 2013. Erişim:http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveilance/documents/document/acspc-037535.pdfsy:9-18. Erişim tarihi: 07.04.2019.

5. Arıkan K. Kanser Hastalarında Psikolojik Destek. Klinik Gelişim Dergisi, 2004;17:77-86.

6. Aranda KS, Hayman WA. Cancer Nursing. 2001;24(4):300-306.

7. Nijboer C, Tempelear R, Sanderman R, Triemstra M, Spruijt RJ, Bos Van Den GAM. Cancer and caregiving: The impaction on the caregiver's healty. Psycho-Oncolocy, 1998;7:3–13.

8. Platin N. Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. 2.Baskı.Ed., Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı 1989.

9. Caley A, Jones R. The principles of cancer treatment by chemotherapy. Surgery, 2012;30(4): 186-190.

10. Bhosle J, Hall G. Principles of cancer treatment by chemotherapy. Surgery, 2009;4(27):173-177.

11. McCarthy B. Family Members of Patients With Cancer: What They Know, How They Know and What They Want to Know. European Journal of Oncology Nursing, 2011; 15: 428-441.

12. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanser Hastalarında majör depresyon sıklığı ve ilişkili etmenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 2008;9:59-66.

13.Öz F, Beser GN. Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2003;7(1):47-58.

14.Fadıloğlu Ç, Soğukpınar N. Kanserli hastada hemşirelik bakımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Yayınları, 1996,8:3-4.

15.Öner İ Ö. Onkoloji Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ, 2012.

16.Uğur Ö. Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2006.

17.Okçin F. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Geçerlilik Güvenirlik Çalışması. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2007.

18.Boerma W, Genet N. Introduction and background. In: Genet N, Boerma W, Kroneman M, Hutchinson A, Saltman RB. Home care across Europe. United Kingdom;2012, p. 9-10.

19.Ünsar S, Yıldız Fındık Ü, Kurt S, Özcan H. Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007;Cilt:2, Sayı:5.

20.Oğlak S. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası. Turkish Journal of Geriatrics 2007;10(2):100-108.

21. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. Turkish Journal of Geriatrics 2002;5(4): 155-159.

22. Orley J, Kuyken W. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organisation quality of life assessment İnstrument (the WHOQOL). Quality of Life Assessment: International Perspectives. Springer Verlag, Heidelberg, 1994:41-57.

23. Eser E.Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi.Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu. Manisa, 2012:2-5.

24. Öksüz E. Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi. Ankara: Başken Üniversitesi, 2005:1-6.

25. Beser, N.G. ve Öz, F. (2003). Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7(1),47-58.

26. Bahar, A. (2007). Ölüm Sürecinde Olan Hasta: Terminal Bakım ve Hospis. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6),147-158.

27. Güleç, G. ve Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(2),343-367.

28. Reis, N. (2006). Jinekolojik Kanserli Hastaların Bakım ve Rehabilitasyonun da Hemşirenin Rolü. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(3),88-97.

29. Kostak, M.A. (2007). Hemşirelik Bakımının Spiritüel Boyutu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6),105-115.

30. Çam, O. ve Gümüş, A.B. (2006). Meme Kanserli Kadınlar İçin Duygusal Destek Odaklı Hemşirelik Girişimleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(3),52-60.

31. Kanser istatistikleri
. http://www.turkcancer.org.tr/newsfiles/61dunya_kanser_istatistikleri.pdf. Erişim tarihi: 08.04.2019.

32. Giray, H. ve Ünal, B. (2007). Kanser Epidemiyolojisi. Sağlık ve Toplum Dergisi, 3,1-7.

33. Akdur, R. (1993). Kanser Epidemiyolojisi ve Kanserden Korunma İlkeleri. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, 3(4),1-12.

34. Akdemir, N. (2005). Kanserin Önemi- Etiyolojik Risk Faktörleri ve Korunma. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: 2. Baskı. Sistem Ofset.

35. Kaptan, G. ve Dedeli, Ö. (2012). Teoriden Uygulamaya Temel İç Hastalıkları Hemşireliği Kavram ve Kuramlar. (Kaptan G, Ed.). İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.

36. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı Ulusal Kanser Programı 2009-2015. yayın no: 760. Ankara.

37. Şenel, F. ve Çırakoğlu, B. (2003). Kanserle Savaş. Bilim ve Teknik Dergisi, 1-23.

38. Papila, Ç. (2012). Kanserden Korunma (Altıparmak, M.R. Hamuryudan, V. Sonsuz, A. Hazıcı, H. Editörler).Cerrahpaşa İç Hastalıkları. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.

39. Yamazhan, T. ve Tunçel, M. (2003). Bakteri-Kanser İlişkisi. İnfeksiyon Dergisi, 17(1),117-121.

40. Güran, Ş. (2005). Kanserden Korunma. Gülhane Tıp Dergisi, 47,324-326.

41. Thun, M.J. (2012). Kanser Epidemiyolojisi. (Serhat Ü, Ed.). Cecil Medicine. Ankara: Cilt 1. Güneş Tıp Kitabevi.

42. Eser, S. ve Özdemir, R. (2012). Dünya ve Türkiye'de Mesane Kanseri Epidemiyolojisi. Üroonkoloji Bülteni, 11(1),1-9.

43. Üskent, N. (2011). Kanserden Korunma ve Kanser Taraması. (Çetin, E. Ed.). İç Hastalıkları Onkoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.

44. Karadeniz, G. Dedeli, Ö. Gökdere, H. Aslan, G.G. İşlek, E. Ayaz, A.T. ve diğerleri. (2008) Onkoloji Hemşireliği. (Karadeniz, G. Ed.). İç Hastalıkları Hemşireliğinde Teoriden Uygulamaya Temel Yaklaşımlar. Manisa: Göktuğ Yayıncılık.

45. Pınar, G. Algıer, L. Çolak, M. ve Ayhan, A. (2008). Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi. Uluslararası Hemotoloji – Onkoloji Dergisi, 3(18),141-149.

46. Alar, T. ve Şahin, E.M. (2012). Akciğer kanseri: Birinci Basamakta Tanı, Tedavi ve Korunma. Smyrna Tıp Dergisi,68-74.

47. Mao, W.M. Zheng, W.H. ve Ling, Z.Q. (2011). Epidemiologic Risk factors for Esophageal Cancer Development. Asian Pac J Cancer Prev, 12, 2461-6.

48. Cornelli, U. (2013). Belcaro G , Recchia M, Finco A. Levothyroxine and Lung Cancer in Females: the İmportance of Oxidative Stress. Reproductive Biology and Endocrinology, 11,75:1-6.

49. Platin, N. (1996). Tedavi Yaklaşımları. (Platin, N. Ed.). Hemşireler İçin Kanser El Kitabı (Ankara. IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası.

50. Nijboer C, Tempelear R, Sanderman R, Triemstra M, Spruijt RJ, Bos Van Den GAM. Cancer and caregiving: The impaction on the caregiver's healty. Psycho-Oncolocy, 1998;7:3–13.

51. Yalman D, Aydemir G, Sanal S. Kemoterapi Sertifika Programı Modül 1 ve Modül 2. T.C Kanserle Savaş Daire Başkanlığı, yayın no:620,Ankara 2001:1-49.

52. Jeannie VP, Fran B, Isaac N, Ruth MC. Participiant Charecteristics Before and 4 Months Attendance at a Family Caregiver Cancer Education Program. Cancer Nursing,2000: 23(4):295-303.

53. Sert H, Gözdemir M, Demircioğlu İR, Usta B. Kemoterapi ve Anestezi. Erişim: http://www.yenitip.org/pdf/Makale46d52478b9955.pdf. Erişim tarihi: 08.04.2019.

54. Can G. Gastrointestinal Sorunlar. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi, İstanbul, 3P-Pharma Publication Planning, 2007:44-46.

55. Zabora J, Brintzenhofeszoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. Prevalence of psychological distress by cancer site. Psycho-oncology, 2001;10(1):19-28.

56. Hawkins R, Grunberg S. Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: Challenges and Opportunitiesfor Improved Patient Outcomes. Clinical Journal of Oncology Nursing, 2009;13(1):54-64.

57. Brown CG, Wingard J. Clinical Consequences of Oral Mucositis. Seminars in Oncology Nursing, 2004; 20(1):16-21.

58. Joyce M, Yasko RN. Çeviren,Çotuk B. Kemoterapiye Bağlı Belirtilerin Denetimi ve Bakımı. Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı,İstanbul,1994:83-153.

59. Alican F. Kanser Fikri. Alfa Matbaacılık, İstanbul,1993:35-52.

60. Wu Y, Aravind S, Ranganathan G, Martin A, Nalysnyk L. Anemia and Thrombocytopenia in Patients Undergoing Chemotherapy for Solid Tumors: A Descriptive Study of a Large Outpatient Oncology Practice Database, 2000–2007. Clinical Therapeutics, 2009;31:2146-2432.

61. Üreyen I, Karakök A, Hızlı D, Tohma A, Tapısız Ö, Turan T, Boran N, Tulunay G, Köse FM. First-Line Adjuvan Paklitaksel/ Karboplatin Kemoterapisi Alan Hasta Grubunda Yaşın Hematolojik Toksisite Üzerindeki Etkisi. Yeni Tıp Dergisi, 2012;29(4):202-205.

62. Friese CR. Chemotherapy-induced neutropenia: important new data to guide nursing assesment and management. Advanced studies in nursing, 2006;4(2):21-24.

63. Crawford J, Dale CD, Lyman GY. Chemotherapy-Induced Neutropenia Risks, Consequences, and New Directions for Its Management. Cancer January, 2004; 100(2):228-236.

64. Shelton B. Evidence-Based care for the neutropenic patient with leukemia. Seminars in Oncology Nursing,2003; 19(2):133-141.

65. Doğan M. Febril Nötropenik Olguların Empirik Tedavisinde Beta-Laktom Monoterapisi ile Beta-Laktam ve Amikasin Kombinasyonun Etkinliğinin Karşılaştırılması. İstanbul ,2008.

66. Kazancı M, Kıraklı C, Erbaycu E.A, Güçlü S.Z.Akciğer Kanserinde Uygulanan Kemoetrapiye Bağlı Toksisiste. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi, 2012; 26(3): 165-171.

67. Spivak JL, Gascon P, Ludwig H. Anemia Management in Oncology and Hematology. The Oncologist 2009, 14: 43-56.

68. Cunnigham RS. Anemia in the oncology patient: Cognitive Function and Cancer. Cancer Nursing,2003;26:38-42.

69. Çakan A, Erbaycu EA, Aksel N, Özsöz A. Akciğer Kanserli Olgularda Kemoterapi Sonrası Gelişen Hematolojik Komplikasyonlar. Solunum Dergisi, 2004; 6(1):53-61.

70. Littlewood TJ, Bajetta E, Nortier JWR, Vercammen E, Rapoport B. Effects of Epoetin Alfa on Hematologic Parameters and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Nonplatinum Chemotherapy: Results of a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. Journal of Clinical Oncology, 2001; 19(11):2865-2874.

71. Iop A, Manfredi AM, Bonura S. Fatigue in cancer patients receiving chemotherapy: an analysis of published studies. Annals of Oncology,2004;15:712–720.

72. Curt GA. The impact of fatigue on patients with cancer: overview of fatigue 1 and 2, The Oncologist, 2000;5(2):9-12.

73. Nerenz DR, Leventhal H, Love RR. Factors contributing to emotional distress during chemotherapy. Cancer, 1982;50:1020–1027.

74. Hintistan S, Çilingir D, Nural N, Gürsoy AA. Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012;1(3):153-164.

75. Jim HSL, Small B, Faul LA, Franzen J, Apte S, Jacobsen PB. Fatigue, Depression, Sleep, and Activity During Chemotherapy: Daily and Intraday Variation and Relationships Among Symptom Changes. Annals of Behavioral Medicine; 2011;42.321–333.

76. Teunissen S, Wesker W, Kruitwagen C, Hanneke H, Voest EE, Graeff A. Symptom Prevalence in Patients with Incurable Cancer: A Systematic Review. Journal of Pain and Symptom Management, 2007; 34(1):94-103.

77. Yalçın B, Büyükçelik A, Şenler FA, Utkan G,Tek İ,Doğan M, Doruk H, Demirkazık A, Akbulut H, İçli F. Frequency of symptoms in patients with advanced cancer. Turkish Journal of Cancer, 2005;35(4):177-180.

78. Ihbe-Heffinger A, Ehlken B, Bernard R, Berger K, Peschel C, Eichler HG, Deuson R, Thödtmann J, Lordick F. The impact of delayed chemotherapyinduced nausea and vomiting on patients, health resource utilization and costs in German cancer centers. Annals of Oncology,2004;15(3),526–536.

79. Akın S, Durna Z. A comparative descriptive study examining the perceptions of cancer patients, family caregivers, and nurses on patient symptom severity in Turkey. European Journal of Oncology Nursing, 2012:1-8.

80. Ökten Ç. Ayaktan Kemoterapi Alan Gastointestinal Kanserli Hastaların Evde Karşılaştıkları Sorunlar ve Kullandıkları Baş etme Davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2012.

81. Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarına Verilen Eğitimin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006;10(1):15-28.

82. Lohr L. Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting. The Cancer Journal, 2008; 14(2):85-93.

83. Stein A, Voigt W, Jordan K. Chemotherapy-induced diarrhea: pathophysiology, frequency and guideline-based management. Therapeutic Advances in Medical Oncology, 2010;2(1):51-63.

84. Benson III AB, Ajani JF, Catalano BR, Engelking C, Kornblau SM, Martenson JA, McCallum R, Mitchell EP, O'Dorisio TM, Vokes EE, Wadler S. Recommended Guidelines for the Treatment of CancerTreatment-Induced Diarrhea. Journal of Clinical Ongolocy, 2004;22(14):2918-2926.

85. Fallon M, O'Neill B. ABC of palliative care Constipation and diarrhoea. British Medical Journal,1997;315:1293-1296.

86. Ünsar S, Fındık ÜY, Kurt S, Özcan H. Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007;2(5):89-106.

87. Türkçapar H. Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. Klinik Psikiyatri,2004;Ek 4:12-16.

88. Ateşçi F, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarlı B,Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi, 2003;14(2):145-152.

89. Chapman CR, Casey KL, Dubner R, Foley KM, Gracely RH, Reading AE. Pain measurement, an overviev. Pain, 1985;22:1-31.

90. Portenoy RK, Lesage P. Management of cancer pain. The Lancet,1999; 353(15): 1695- 1700.

91. Yates P, Aranda S, Edwards H, Nash R, Skerman H, McCarthy A. Family caregivers' experiences and involvement with cancer pain management. Journal of Palliative Care,,2004;20,287-296.

92. Kılıçkap, S. Aksoy, S. ve Çelik, İ. (2006). Kanserde Birincil Korunma. Dahili Tıp Bilimleri Dergisi, 13(2), 57-71.

93. Esin, E. ve Çelik, İ. (2012). Kanserde Tarama ve Erken Tanı. (İliçin G., Biberoğlu K., Süleymanlar G., Ünal S., Editörler). İç Hastalıları. Güneş Tıp Kitabevi.

94. Akyol, A. Bilgiç, P. ve Ersoy, G. (2008). Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam. Ankara: Klasmat matbaacılık. Sağlık Bakanlığı yayın no: 729.

95. Süer, E. ve Göğüş, Ç. (2012). Fiziksel Aktivite Üroonkolojik Kanser İnsidansını Azaltır mı?. Üronkoloji Bülteni, 11(4),301-304.

96. Koyun, A. Taşkın, L. ve Terzioğlu, F. (2011). Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(1), 67-99.

97. Kızılcı S. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1997; 3 (2): 18- 26.

98. Arslan S, Bölükbaş N. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2003; 6 (3): 38- 47.

99. Beşer N. Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Yaşam Kalitesi. Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 2001.

100. Akyol A. Yaşam Kalitesi ve Yaklaşımları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1993;9(2):75-80.

101. Akyol A. Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1993;(3):71-75.

102. Bottomley A. The Cancer Patient and Quality of Life. The Oncologist, 2002; 7: 120-125.

103. Pınar R. Sağlık Araştırmalarında Yeni Bir Kavram: Yaşam Kalitesi- Bir Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kronik Hastalarda Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Hemşirelik Bülteni, 1995;9(38):85- 95.

104. Reis N. Jinekolojik Kanser ve Tedavilerinin Kadın Cinsel Sağlığına Etkileri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2003;7(2):35-40.

105. Le T, Hopkins L, Fung Kee Fung M. Quality of Life Assesments in Epithelial Ovarian Cancer Patients During And After Chemotherapy. Int J Gynecol Cancer, 2005; 15:811-816.

106. Reis N. Jinekolojik Kanserlerin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi, 2003;13(51):133-141.

107. Lutgendorf SK, Anderson B, Rothrock N, Buller RE, Sood AK, Sorosky JI. Quality of Life and Mood in Women Receiving Extensive Chemotherapy for Gynecologic Cancer. Cancer, 2000; 89: 1402- 1411.

108. Lutgendorf SK, Anderson B, Ullrich P, Johnsen EL, Buller RE, Sood AK, Sorosky JI, Ritchie J. Quality of Life and Mood in Women With Gynecologic Cancer: A One Year Prospective Study. Cancer, 2002; 94: 131- 140.

109. Marchall T. Koroner kalp ameliyatı önlenmesi artan maliyet yararlılık örneklemelerinden çıkarılan dersler. BMJ Türkiye. 2004;9(1):41-44.

110. Subaşı N, Öztek Z. Türkiye'de karşılanamayan bir gereksinim: Evde bakım hizmeti, Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2006;5(1):19:31.

111. Alptekin S. Onkoloji polikliniğine başvuran kanser hastalarının evde bakım ihtiyacı ve bakım veren kişilerin yaşam kalitesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun, Uzmanlık Tezi, 2007.

112. Bulut I. İnsani gelişme ve sosyal hizmet, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2001; Yayın no 009: 33-37.

113. Karabağ H. Evde bakım hizmetlerinin Türkiye'de uygulanabilirliğine ilişkin hekimlerin görüşleri ve kardiyoloji hastaları için hastane destekli evde bakım hizmetleri model önerisi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, 2007.

114. Thome B, Dykes AK, Hallberg IR. Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. J Clin Nurs. 2003;12(6):860-872.

115. Annual report; medical management of the home care patient. American Medical Association-American Academy of Home Care Physicians, 2004.

116. Soini H, Välimäki M. Challenges faced by employees in the home care of elderly people. British Journal of Nursing. 2002;13;11(2):100-110.

117. Pınar G, Algıer L, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi. Uluslararası Hemotoloji-Onkoloji Dergisi 2008; 18(3): 141-149.

118. Goker A, Guvenal T, Yanikkerem E, Turhan A, Koyuncu FM. Quality of Life in Women with Gynecologic Cancer in Turkey. Asian Pasific J Cancer Prev 2011; 12: 3121-3128.

119. Ertem G., Kalkım A., Bulut S., Sevil, Ümran., (2009). Radyoterapi Alan Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri Ve Yaşam Kaliteleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilimi Ve Sanatı Dergisi, 2(2):4-12.

120. Forones NM, Tanaka M. (1999). CEA and CA 19-9 As Prognostic İndexes İn Colorectal Cancer. Hepatogastroentereology, 46(26); 905-8.

121. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberti A, Flechtner H, Fleishman SB, de Haes JC, et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of- life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst, 3;85(5):365-76.

122. Güzelant A, Göksel T, Özkok S. (2004). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-30: an examination into the cultural validity and reliability of Turkish version of the EORTC QLQ-30, European Journal of Cancer Care, 13: 135-144.

123. Ankem K. Factors influencing information needs among cancer patients; A metaanalysis. Library Information Science Research, 2006; (28): 7-23.

124. Kütük B. Kemoterapi uygulanan kanserli hastalarda öz bakımın değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2016.

125. Perreault M, Tardif H, Provencher H, et al. The role of relatives in discharge planning from psychiatric hospitals: The perspective of patients and their relatives. Psychiatr Q 2005; 4: 297-315.

126. Özcan H. Açık kalp ameliyatı sonrası hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin hastalar tarafından kullanılma oranları. Trakya Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2008.

127. Robert, CS, Cox, CE. A closer look at social support as a moderator of strees in bresat cancer. Health and Social Work, 1994. 19(3): 157-164.

128. Toptaş S. Kanser hastalığı olan bireye bakım veren yakınlarının yaşam kalitesi Hacettepe Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi; Ankara, 2013.

129. Duru Aşiret G, Çetinkaya F. Bakım verenlerin evde bakım hizmetlerinden beklentileri. DEUHFED 2016, 9(4), 120-125.

130. Driscoll A. Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. Journal of Advanced Nursing, 2000; 31(5): 1165-1173.

131. Avşar G. Klinik hemşirelerinin uyguladıkları hasta eğitiminin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi, Yüksek lisans tezi, Erzurum, 2006.

132. Subaşı, D. Kanser ağrısı deneyimleyen hastaların yaşamkalitesi ve baş etme tutumlarının değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi; Mersin, 2010.

133. Akçay D, Gözüm S. Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda, kemoterapinin yan etkilerine ilişkin verilen eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. Meme Sağlığı Dergisi, 2012; 8:4.

134. Radina ME, Armer JM, Stewart BR. abstractmaking self-care a priority for women at risk of breast cancer-related lymphedema. Journal of Family Nursing 2014; 20(2): 226-249.

135. Güngörmüş Z, Erdem BÖ .(2014). Kanserli Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Oral Mukozit. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (1):24-30.

136. Gürel KD (2007). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi erişkin Onkoloji, Hematoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesinin Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Adana, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. G Öztunç).

137. Heydarnejad MS, Dehkordi H, Dehkordi S. (2011). Factors Affecting Quality Of Life in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. African Health Sciences, 11(2): 266-70.

138. Gelin D, Ulus B. (2015). Hastanede Kemoterapi Alan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, ;6(1)31-5.

139. Hamashima C. (2002). Long-term quality of life of postoperative rectal cancer patients. J Gastroenterol Hepatol, 17: 571-576.

140. Yıldırım KY. (2006). Kanser Ağrısı Deneyimleyen Hastalarda Ağrı Eğitim Programının Ağrı Yönetimi Plazma Beta-Endorfin Düzeyleri ve Yaşam kalitesine Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir(Danışman: Prof. Dr. Ç Fadıloğlu).

141. Çağatay DM. (2011). Ayaktan kemoterapi alan hastalar ve yakınlarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilimdalı, Edirne, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S Öztora).

TABLOLAR

Tablo 1. Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri 23
Tablo 2. Araştırma grubunun klinik özelliklerine göre dağılımı 25
Tablo 3. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı 27
Tablo 4. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının eğitim durumuna göre dağılımı 32
Tablo 5. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının gelir durumuna göre dağılımı 36
Tablo 6. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının yaşa göre dağılımı 41
Tablo 7. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının şuan yaşanan yere göre dağılımı 44
Tablo 8. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarınıncinsiyete göre dağılımı 48
Tablo 9. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının evde kiminle yaşandığına göre dağılımı 50
Tablo 10. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının medeni duruma göre dağılımı 52
Tablo 11. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının sosyal güvence varlığına göre dağılımı 54
Tablo 12. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının çalışma durumuna göre dağılımı 57

Tablo 13. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının tanı zamanına göre dağılımı 60
Tablo 14. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının başka kronik hastalık durumuna göre dağılımı 63
Tablo 15. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının başka tedavi alma durumuna göre dağılımı 65
Tablo 16. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının evde bakım eğitim gereksinimi olma durumuna göre dağılımı 67
Tablo 17. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının evde bakım hizmeti almaya gereksinim olma durumuna göre dağılımı 71
Tablo 18. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının evde günlük yaşantıda yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre dağılımı 75
Tablo 19. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının evde ihtiyaç duyulan konuda yardım alabilme durumuna göre dağılımı 78
Tablo 20. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının taburculuk eğitimi alma durumuna göre dağılımı 81
Tablo 21. Araştırma grubunun EORTC QLQ-C30 kanser yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının çevreden sosyal destek alma durumuna göre dağılımı 82

ÖZGEÇMİŞ

Nezir AKYÜZ, 1990 yılında Edirne'nin Meriç ilçesinde doğmuştur. 2014 yılında Dokuz Eylül Hemşirelik Fakültesi'nden mezun olmuştur. Lisans öğrenimin son dönemini ERASMUS öğrenci hareketliliği programıyla ile İspanya'nın Barselona şehrindeki Vall D'hebron Hastanesi travma yoğun bakım ünitesinde 3 ay staj yaparak tamamlamıştır. 2004-2008 yılları arasında Edirne 80. Yıl Cumhuriyet Lisesi'nde öğrenim görmüştür. İlkokul öğrenimini Büyükaltıağaç İlköğretim Okulu'nda tamamlamıştır.

2014-2015 yılları arasında Medikalpark İzmir Hastanesi yabancı hasta kliniğinde servis hemşiresi olarak çalışmıştır ve aynı yıllar arasında Kuşadası'nda sağlık turizminde çalışmıştır. 2015 ağustos ayında Trakya Üniversitesi Hastanesi Medikal Onkoloji kliniğinde servis hemşiresi olarak göreve başlamıştır ve halen bu göreve devam etmektedir.

2016 yılında Viyana/Avusturya'da gerçekleştirilen Pankreas Kanseri Akademi Toplantısı'na Türk Onkoloji Hemşireler Derneğinin Temsilcisi olarak katılarak pankreas kanserinin semptomları ve tedavisinin yan etkileri hakkında sunum yapmıştır.

2016 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans öğrenimine başlamıştır.

Yabancı dili İngilizcedir. Türk Onkoloji Hemşireler Derneği üyesidir.

EKLER

Ek 1. Hasta Tanılama Formu

Ek 2. EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Formu

Ek 3. Etik Kurul İzni

Ek 1. Hasta Tanılama Formu

HASTA TANILAMA FORMU

Sosyodemografik Özellikler

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz:

a-Erkek b- Kadın

3. Şuan yaşadığınız yer?

a- Köy b- Kasaba c- İlçe d- Şehir merkezi

4.Eğitim durumu: a- Okuryazar değil d- Ortaokul

b- Okuryazar e- Lise

c- İlkokul f- Üniversite ve üstü

5.Medeni durum: a- Evli b- Bekar

6. Gelir durumu : a- Gelir giderden az b- Gelir gidere eşit

c- Gelir giderden fazla

7.Çalışma durumu: a- Çalışıyor b- Çalışmıyor

8.Sosyal güvence: a- Var b- Yok

9.Evde yaşanılan birey durumu: a- Yalnız b- Aile/bakım veren ile

10.Yanıtınız b ise kim ile yaşıyorsunuz? ……

. **Tıbbi Özellikler**

1. Ne zaman tanı aldınız?

2. Başka kronik/ uzun süreli bir hastalığınız var mı?

a-Evet b-Hayır

3. Yanıtınız evet ise o hastalığınız nedir? ……

4. Kemoterapinin yanı sıra başka bir tedavi alıyor musunuz?

a-Evet b- Hayır

5. Yanıtınız evet ise başka hangi tedaviyi alıyorsunuz?.....

Ek 2. EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Formu

EORTC QLQ C-30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ FORMU



EORTC QLQ-C30 (version 3.0)

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

Lütfen ad ve soyadınızın başharflerini yazınız: _____

Doğum gününüz (Gün, Ay, Yıl): _____

Bugünkü tarih (Gün, Ay, Yıl): 31 _____

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

Geçtiğimiz hafta zarfında:		**Hiç**	**Biraz**	**Oldukça**	**Çok**
6.	İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7.	Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8.	Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9.	Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10.	Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11.	Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12.	Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13.	İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14.	Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15.	Kustunuz mu?	1	2	3	4

Lütfen arka sayfaya geçiniz

EORTC QLQ C-30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ FORMU (devamı)

TURKISH

Geçtiğimiz hafta zarfında:		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
16.	Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
17.	İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18.	Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19.	Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20.	Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21.	Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22.	Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23.	Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24.	Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
25.	Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26.	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz aile yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
27.	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz sosyal aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28.	Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

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

29. Geçen haftaki sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü Mükemmel

© Copyright 1995 EORTC Study Group on Quality of Life. Bütün hakları saklıdır. Version 3.0

Ek 3. Etik Kurul İzni

ETİK KURUL İZNİ

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2019/42	
	PROTOKOL ADI	Bir Üniversite Hastanesinin Medikal Onkoloji Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde Kemoterapi Alan Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi İlknur DİNDAR	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 06/30**	**Tarih:25.03.2019**
	Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi İlknur DİNDAR'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi	

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E (H)	(E) H	
Dr. Öğr.Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	Mazeretli
Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYİN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E (H)	(E) H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	Mazeretli

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.