

Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumlarının Değerlendirilmesi

THE ASSESSMENT OF FUNCTIONAL STATUS IN INDIVIDUAL'S WHO HAVE CANCER

Hicran AYDIN BEKTAŞ,^a Nuran AKDEMİR^b

^aİç Hastalıkları Hemşireliği AD, Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu, ANTALYA

^bİç Hastalıkları Hemşireliği AD, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, ANKARA

Özet

Amaç: Araştırma, kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Araştırma, 15 Kasım 2004-15 Nisan 2005 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Gündüz Kemoterapi Ünitesinde akciğer, meme ve kolon-rektum kanseri tanısı alan 120 hasta ile yapılmıştır. Veri toplama araçları olarak; araştırmacı tarafından hazırlanan hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren kişisel bilgi formu ile Harvey Schipper ve ark. tarafından geliştirilen "Fonksiyonel Yaşam Ölçeği (Kanser)" kullanılmıştır. "Fonksiyonel Yaşam Ölçeği (Kanser)"nin geçerlik-güvenirlik çalışması aynı ünite de aynı araştırmacılar tarafından kanser tanısı almış hastalar üzerinde yapılmış ve ölçeğin Antalya ilinde yaşayan kanserli bireylerde geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir. Veriler araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; tanılar, cerrahi tedavi uygulanma durumu, en son radyoterapi uygulanma zamanı, en son cerrahi tedavi uygulanma zamanı, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleki durum, çalışma durumu, gelir durumu, bakmakla yükümlü olunan kişilerin varlığı, bakımı ile ilgilenen yakınlarının varlığı, tedavi ile ilgili eğitim alma durumu, tedavi ile ilgili eğitimin alındığı kişilerin fonksiyonel yaşamın bazı alanlarını etkilediği ($p < 0.05$) bulunmuştur.

Sonuç: Araştırmanın sonuçlarında; kanserli bireylerin Fonksiyonel Yaşam Ölçeği puanlarının düşük olduğu (102.22 ± 20.33) ve meme kanseri olan hastaların fonksiyonel durumlarının kötü olduğu bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, "Fonksiyonel Yaşam Ölçeği (Kanser)"nin daha farklı bir popülasyonda uygulanması ve bu konuda kalitatif araştırmaların yapılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, yaşam kalitesi

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2006, 26:488-499

Abstract

Objective: The aim of this descriptive study was to assess the functional status in individuals with cancer.

Material and Methods: This research was carried out on 120 patients diagnosed with lung, breast and colon-rectum cancer in the Daily Chemotherapy Units of Akdeniz University Hospital between November 15, 2004 and April 15, 2005. Personal information forms developed by the researcher and the "Functional Living Index (Cancer)" scale developed by Harvey Schipper et al were used as the data tools. The validity and reliability of the scale were analyzed previously in cancer patients in the same units by the same researcher and the scale proved valid and reliable in individuals with cancer in Antalya. Data were collected through personal interviews with the patients.

Results: The factors that influenced functional status were ($p < 0.05$) diagnosis, undergoing surgery, the last date of radiotherapy and the last date of surgery, gender, marital status, education, job, working situation, monthly income, taking care of a person, being taken care of, being trained on medical treatment, and the trainer.

Conclusion: The score of cancer patients on "Functional Living Index (Cancer)" was low (102.22 ± 20.33) and the functional status of breast cancer patients was poor. In conclusion, we recommend to apply the "Functional Living Index (Cancer)" in different groups and to undertake further qualitative research.

Key Words: Neoplasms, quality of life

Geliş Tarihi/Received: 05.07.2005

Kabul Tarihi/Accepted: 18.08.2006

Yazışma Adresi/Correspondence: Hicran AYDIN BEKTAŞ
Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu,
İç Hastalıkları Hemşireliği AD, ANTALYA
hicranbektas@mynet.com

Copyright © 2006 by Türkiye Klinikleri

Teknolojik gelişmelerle birlikte tanı, değerlendirme ve tedavi olanaklarının gelişmesi, erken yaşta ölümlerin azalmasına, beklenen yaşam süresinin uzamasına, pek çok ülkede bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasına ve

kronik hastalık sayılarında artışa yol açmaktadır. Kronik hastalıklar arasında kabul edilen kanser, sık görülmesi ve yüksek oranda ölümlere yol açması, artan çevresel kanser yapıcı etkenler nedeni ile çağımızın önemli sağlık sorunlarından birisi olarak görülmektedir.^{1,2} Kanser yarattığı fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik sorunlar nedeni ile bireyin yaşam süresinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır.³

Dünyada her yıl 10 milyondan fazla yeni kanser olgusu ortaya çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün verilerine göre, dünyada her yıl 6 milyondan fazla insan kansere yakalanmakta ve 5 milyon dolayında insan kanserden ölmektedir. Kanser birçok gelişmiş ülkede kalp-damar hastalıklarından sonra en çok ölüme yol açan 2. hastalık olarak belirtilmekte ve dünyadaki tüm ölümlerin %12'sine neden olmaktadır. DSÖ raporlarına göre; tüm dünyada akciğer, meme ve kolorektal kanserler en fazla görülen kanserler arasında yer almaktadır.^{4,6}

Kanser tüm dünyada olduğu gibi, ülkemiz için de önemli bir sağlık sorunudur. Ülkemizde mevcut kayıt sisteminin yeterli olmaması nedeni ile kanser insidansı hakkında yeterli bilgi bulunmamaktadır. Farklı kaynaklara göre ülkemizde kanser görülme hızları yüz binde 35 ile yüz binde 200 arasında değişmektedir. Türkiye'de 1995 yılı verilerine göre bütün yaş gruplarında en sık görülen ölüm nedenleri incelendiğinde, %36'sına kardiyovasküler hastalıkların ve %11'ine kanserin neden olduğu görülmektedir. Ülkemizde yılda 150.000 kişiye kanser tanısı konulmaktadır.^{4,7} Bu veriler kanser görülme sıklığının fazla olduğunu göstermektedir.

Bir hastalığın halk sağlığı yönünden önemini belirleyen en büyük unsur, o hastalığın görülme, sakat bırakma sıklığı ve neden olduğu ölümlerin çokluğudur.¹ Kanser, sık görülen ve ölüme neden olan bir hastalık olduğu için önemli bir sağlık sorunudur.

Kronik hastalığa sahip bir bireyin yaşamını bu hastalıkla geçirmesi, bireyi fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik yönden olumsuz etkileyebilmektedir. Kronik hastalıklar bireyin yaşamını kısıtlayarak, yaşamdan doyum almasını engellemekte, fonksiyonel yaşamında zorluklar yaratarak, fonksi-

yonel durumun kötüleşmesine neden olmaktadır.⁸⁻¹¹ Fonksiyonel durum; biyolojik durum, hastalık ve semptomlarla ilişkilidir. Akut ve kronik hastalıklar, yaşlılık, sakatlık, fonksiyonu bozacak ilaç kullanımı gibi durumlarda bireylerin fonksiyonel sağlık durumları kötüleşmekte ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir.^{12,13} Fonksiyonel durum bireyin normal günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesi, temel gereksinimlerini karşılaması, günlük rollerini gerçekleştirme, sağlık ve iyilik durumunu sürdürmesidir. Fonksiyonel durum bireyin tıbbi, emosyonel ve bilişsel sağlığı ile ilişkilidir. Hastalığın varlığı, bireylerin günlük sorumluluklarını yerine getirebilmelerini engellemekte ve bu sorumlulukların yerine getirilememesi emosyonel sorunlara neden olmaktadır. Fonksiyonel durum sağlığın algılanması, biyolojik ve psikolojik rahatsızlıklar, hastalık semptomları gibi durumlardan etkilenmektedir.^{14,15}

Kanserli bireylerde hastalığa ve tedavi yöntemlerine bağlı olarak dispne, öksürük, hemoptizi, ağrı, halsizlik, yorgunluk, uykusuzluk, iştahsızlık, bulantı, kusma, diyare, konstipasyon, kilo kaybı, idrar yapma alışkanlığında değişiklik ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca hastalar anksiyete, korku, depresyon, beden imajında değişiklik, aile ve sosyal ilişkilerde bozulma gibi sorunlar yaşayabilmektedirler. Tüm bu semptomlar bireylerin fonksiyonel durumunu bozmaktadır.^{3,4,8}

Son yıllarda kanserli bireylerin yaşadıkları sorunları ortaya çıkarmak için, yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalarda artış olduğu görülmektedir.¹⁶ Constantini ve ark.nın kanser hastalarının yaşam kalitesini belirlemeye yönelik yaptıkları araştırma sonuçlarında; hastaların en sık yaşadıkları sorunların ağrı ve halsizlik olduğu, bunların dışında bulantı, iştahsızlık, alopesi, dispne, kusma, diyare, uykusuzluk, mide yanması, sindirim problemleri, görme kaybı ve baş ağrısı yaşadıkları bulunmuştur.¹⁷ Tüm bu sorunlar kanserli bireylerin fonksiyonel yaşamlarında zorluklara neden olmaktadır.

Hemşirelerin semptomların kontrol altına alınması, hastaların duygu ve düşüncelerinin paylaşılması, fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi, iyileştirilmesi ve yaşam kalitelerinin artırılması

masında önemli rolleri olduğu bilinmektedir. Fonksiyonel durumun değerlendirilmesi ile bireyin özbakımını yapabilme yeteneği ve günlük yaşamındaki sosyal rollerini yerine getirebilme düzeyi ölçülebilir, tedavi ve takip için sağlam temeller oluşturulabilir, ilaç değişikliği yapılabilir, psikolojik desteğe gereksinimi olan bireyler erken dönemde yönlendirilebilir, kapsamlı değerlendirme, etkili tarama, tedavi ve etkin danışmanlık yöntemleri ile fonksiyonel durum iyileştirilebilir. Ayrıca, fonksiyonel değerlendirme ile bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda yaşadığı sorunlarla başetmesine, bireyin toplum içinde daha üretken olabilmesine ve kaliteli bir yaşam sürdürebilmesine yardımcı olunabilir. Bireylerin aile ve sosyal ilişkileri, günlük yaşam aktiviteleri, sağlığı algılayışları, beklentileri gibi konular değerlendirilerek, fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda gereksinim duydukları konular ortaya çıkarılabilir ve fonksiyonel durumları en iyi düzeye getirilebilir. Hemşirelikte, kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesine yönelik yapılan çalışmaların, hastalara verilecek bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin içeriğinin belirlenmesinde, hastaların fonksiyonel yeteneği, esenlik ve genel sağlık anlayışını geliştirebilecek tedavi ve bakım programının seçilmesinde, hastaların tedavi ve bakım programına uyumlarının artırılmasında, hastalığın ve tedavilerin olumsuz etkilerini azaltmaya ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanmasında yarar sağlayacağı düşünülmektedir.¹⁸⁻²⁰

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma; kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntemler

Araştırma, kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi amacı ile yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır.

Araştırmanın evreni: Araştırmanın evrenini, Antalya ili belediye sınırları içinde yer alan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Gündüz Kemoterapi Ünitesine ayaktan tedavi için başvuran ve 2003 yılında kanser tedavisi gören toplam 600 hasta oluşturmuştur.

Araştırmanın örnekleme: Örneklem sayısı, 2003 yılında kanser tanısı ile tedavi gören 600 hasta referans alınarak, evrendeki birey sayısı bilindiğinde kullanılan formülle bulunmuş ve örnekleme 120 hasta alınmıştır.²¹ Gündüz Kemoterapi Ünitesine başvuran bireyler, Antalya ilinde en sık görülen 3 kanser türüne göre (akciğer, meme, kolon-rektum) alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı kurum, Antalya ilinde ve ilçelerinde kemoterapi tedavisi uygulanan tek merkezdir. Bu nedenle, araştırma sadece bu kurumda yapılmıştır. Bu çalışmada Antalya ili evreni olarak alındığı için, araştırma sonuçları sadece Antalya ili için genellenemez. Araştırmanın örnekleme; yaşlılığa bağlı gelişebilecek sorunlar ile karışmaması için 18-65 yaş grubu arasında olan, tedaviye bağlı yan etkilerin yeterli ölçüde gözleneceğinden emin olmak için, en az iki kür kemoterapi tedavisi alan, kanser tanısını bilen, sözel olarak ifade eden ve sözel iletişim engeli olmayan hastalar alınmıştır. Örneklem büyüklüğü ve gücü ile ilgili yapılan istatistiksel analiz sonucunda (Power and Sample Size (PASS)), 120 birey ile uygulanan çalışmanın gücünün %92'ye ulaştığı saptanmıştır. Genellikle testin gücünün %80 olması yeterli olarak kabul edilmektedir.²²

Verilerin toplanması: Araştırmanın verileri, kanserli bireylerin tanıtıcı bilgilerini içeren "Kişisel Bilgi Formu" ve hastaların fonksiyonel durumlarını belirleyen "Fonksiyonel Yaşam Ölçeği (Kanser)" kullanılarak toplanmıştır.^{23,24} Yurtdışında farklı ülkelerde ve hasta gruplarında geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan "Fonksiyonel Yaşam Ölçeği (Kanser)"nin Cronbach alfa değeri 0.68-0.89 arasında bulunmuştur. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması aynı araştırmacılar tarafından farklı kanserli hastalar üzerinde yapılmış ve Cronbach alfa değeri 0.79 olarak bulunmuştur. Hesaplanan Cronbach alfa katsayısının genellikle en az 0.70 olması istenmektedir.^{25,26} Yapılan çalışmalar sonucunda "Fonksiyonel Yaşam Ölçeği (Kanser)"nin kanserli hastaların fonksiyonel durumlarını değerlendirebilecek uygun bir ölçme aracı olduğu belirlenmiştir.

Ön uygulama: Veri toplama formlarından kişisel bilgi formunun anlaşılabilirliğini değerlendirmek

amacı ile 25 Haziran 2004 tarihinde Akdeniz Üniversitesi Hastanesinin Gündüz Kemoterapi Ünitesi ve Hematoloji Polikliniğinde örneklem grubuna alınan meme, akciğer ve kolon-rektum kanseri dışında kanser tanısı ile tedavi gören 10 hastaya ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamadan sonra kişisel bilgi formunda gerekli düzeltmeler yapılarak, forma son şekli verilmiştir.

Veri toplama formlarının uygulanması: Veriler son şeklini alan veri toplama formları kullanılarak ve hasta dosya kayıtlarından yararlanılarak, 15 Kasım 2004-15 Nisan 2005 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplanmıştır. Hastaların halsiz olmaları, el ve kollarında intraketleri olduğu için kalem tutmakta güçlük yaşamaları nedeni ile ölçeğin kolay doldurulabilmesi için veri toplama formları katılımcılara okunmuş ve verilen cevaplar araştırmacı tarafından formlara işaretlenmiştir.

Araştırmanın yapılması için kurumlardan yazılı izin ve araştırmaya katılan tüm hastalardan araştırmacının amacı açıklanarak, “bilgilendirilmiş olur” alınmıştır.²⁷

Verilerin değerlendirilmesi: Veri kodlama ve değerlendirme işlemleri “Statistical Package for Social Science (SPSS)” programında yapılmıştır. Veriler toplandıktan sonra, her hastanın ölçekte yer alan her madde için belirttiği seçenek araştırmacı tarafından SPSS programına girilmiş ve hastaların ölçekten aldıkları toplam puanlar hesaplanmıştır. Verilerin değerlendirilme işlemleri SPSS programında, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Mann-Whitney U testi, tek yönlü varyans analizi, Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular

Araştırma kapsamına giren hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; %50’sinin kadın ve %50’sinin erkek olduğu, %40’ının 56-65 yaş grubunda, %88.3’ünün evli, %55.8’inin ilkokul mezunu, %38.3’ünün ev hanımı ve %30.8’inin serbest meslek sahibi oldukları, %88.3’ünün çalışmadığı, %48.3’ünün SSK’ya, %26.7’sinin Emekli Sandığı’na bağlı olduğu, %55’inin gelir durumu giderine göre azken,

%45’inin gelirinin giderini dengelediği bulunmuştur. Araştırma kapsamındaki hastaların %65’i ilde oturmakta, %86.7’si eş ve çocukları ile birlikte yaşamaktadır. Hastaların %86.7’sinin bakmakla yükümlü oldukları kimse yoktur. Hastaların %69.2’sinin ailesinde hastalığı olan kimse yoktur. Hastaların %92.5’inin bakımı ile ilgilenen yakınlarının olduğu, bakımına yardımcı olunan konuların %68.5’inin hastane işlemlerini kapsadığı bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan hastaların %83.3’ü tedavi ile ilgili bilgi aldıklarını ifade etmişler, bilgi alan hastaların %39’u hekimden, %39’u hekim ve hemşireden bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Hastaların %89.2’sinin hastalığı ile ilgili uyguladığı diyet yoktur. Araştırma kapsamına alınan hastaların %68.3’ü 21 günde bir kontrole gelmekte, %82.5’i ilaç tedavisi dışında uygulama yapmamaktadır.

Hastaların hastalıkları ile ilgili özellikleri incelendiğinde, araştırma kapsamına giren hastaların %35.8’i meme, %35’i akciğer ve %29.2’si kolon-rektum kanseri tanısı almıştır. Hastaların %58.3’ünün tanı süresi 0-6 ay, %27.5’inin tanı süresi 13 ay ve üzeri olup, %70’inin metastazı bulunmamaktadır. Hastaların %52.5’i 2-4 kür kemoterapi tedavisi, %58’i 21 gün ve üzerinde radyoterapi tedavisi almış, %58.3’ü radyoterapi tedavisi almamıştır. Hastaların %46’sının son radyoterapi uygulanma zamanı 1-3 ay ve %44’ünün 7 ay ve üzeridir. Hastaların %65.8’ine cerrahi tedavi uygulanmıştır ve %49.4’ünün son cerrahi tedavi uygulanma zamanı 5 ay ve üzeridir. Araştırmaya alınan hastaların %65.8’inin kanser dışında başka kronik hastalığı bulunmamaktadır.

Tablo 1’de araştırma kapsamına alınan hastaların Fonksiyonel Yaşam Ölçeği alt başlıklarına göre fonksiyonel yaşam ortalama puanlarının dağılımı verilmektedir. Tabloya göre; hastaların fonksiyonel yaşam ölçeği alt başlığı ile ilgili alanlardan aldıkları puanların ve toplam fonksiyonel yaşam ölçeği puanlarının (102.22 ± 20.33) düşük olduğu görülmektedir.

Hastaların tanılarına göre fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanlarının dağılımı Tablo 2’de görülmektedir. Tabloya göre hastaların aldıkları ortalama puanların dağılımına bakıl-

Tablo 1. Hastaların fonksiyonel yaşam ölçeği alt başlıklarına göre fonksiyonel yaşam ortalama puanlarının dağılımı (n= 120).

Fonksiyonel yaşam ölçeği alt başlıkları	Örnekleme Alınan Hastalar		
	Min	Maks	Aritmetik ortalama \pm SS
Fiziksel Fonksiyonlar	10	61	40.80 \pm 10.29
Psikolojik Fonksiyonlar	6	42	29.30 \pm 8.31
Genel İyilik Hali (Kanserle İlgili Güçlükler)	3	21	12.50 \pm 4.37
Sosyal Fonksiyonlar	2	14	9.72 \pm 3.42
Gastrointestinal Semptomlar (Bulantı)	2	14	9.90 \pm 4.78
Fonksiyonel Yaşam Ölçeği	38	145	102.22 \pm 20.33

(Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Gündüz Kemoterapi Ünitesi, 15.11.2004-15.04. 2005).

Tablo 2. Hastaların tanılarına göre fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanlarının dağılımı.

Tanılar	Fonksiyonel Yaşam Alanları					Toplam
	Fiziksel fonksiyonlar	Psikolojik fonksiyonlar	Genel iyilik hali	Sosyal fonksiyonlar	Gastrointestinal semptomlar	
Meme kanseri (n= 43)	40.28	24.25	12.14	8.98	9.81	95.46
Akciğer kanseri (n= 42)	41.67	33.43	13.17	10.17	10.36	108.78
Kolon-rektum kanseri (n= 35)	40.40	30.54	12.14	10.11	9.46	102.66
F	0.227	χ^2 : 25.943 (K-W)	0.747	1.618	0.345	4.867
P	p> 0.05	p< 0.05	p> 0.05	p> 0.05	p> 0.05	p< 0.05

(Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Gündüz Kemoterapi Ünitesi, 15.11.2004-15.04. 2005).

dığında; akciğer kanseri olan hastaların tüm fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanlar, meme ve kolon-rektum kanseri olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Tanılara göre, grupların fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanları istatistiksel olarak değerlendirilmiş, psikolojik fonksiyonlar ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p< 0.05). Yapı-

lan ileri analizde, hastaların tanılarına göre fonksiyonel durumun; psikolojik fonksiyonlarda akciğer kanseri ile meme kanseri ve kolon-rektum kanseri ile meme kanseri; toplam puanlarda akciğer kanseri ile meme kanseri arasında istatistiksel olarak farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır (p< 0.05).

Tablo 3'te hastaların en son radyoterapi uygulanma zamanına göre fonksiyonel yaşam alanlarının

Tablo 3. Hastaların en son radyoterapi uygulanma zamanına göre fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanlarının dağılımı (n= 50).

Son radyoterapi uygulanma zamanı	Fonksiyonel Yaşam Alanları					Toplam
	Fiziksel fonksiyonlar	Psikolojik fonksiyonlar	Genel iyilik hali	Sosyal fonksiyonlar	Gastrointestinal semptomlar	
1-3 ay (n= 23)	37.56	28.69	12.87	9.78	9.04	
4-6 ay (n= 5)	47.40	34.00	15.20	9.20	13.00	118.80
7 ay- \uparrow (n= 22)	37.54	26.27	11.23	10.18	9.77	95.00
χ^2 (K-W)	3.567	4.356	3.581	1.382	3.310	6.378
P	p> 0.05	p> 0.05	p> 0.05	p> 0.05	p> 0.05	p< 0.05

(Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Gündüz Kemoterapi Ünitesi, 15.11.2004-15.04. 2005).

dan aldıkları ortalama puanlarının dağılımı görülmektedir. Tabloya göre; 4-6 ay önce radyoterapi uygulanan hastaların fiziksel fonksiyonlar, psikolojik fonksiyonlar, genel iyilik hali, gastrointestinal semptomlar ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanları daha yüksektir. En son radyoterapi uygulanma zamanına göre, grupların fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak incelenmiş ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). En son radyoterapi uygulanma zamanına göre fonksiyonel durumun toplam puanlarında, 4-6 ay önce ile 7 ay ve üzerinde zaman geçen gruplar arasında farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Araştırmamızda, radyoterapi alan ve almayan hastalar karşılaştırılmış, grupların radyoterapi uygulanma durumlarına göre, fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 4'te hastaların cerrahi tedavi uygulanma durumlarına göre fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanlarının dağılımı yer almaktadır. Tabloya göre, cerrahi tedavi uygulanmayan hastaların fiziksel ve psikolojik fonksiyonlar, genel iyilik hali, gastrointestinal semptomlar ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanları daha yüksek bulunmuştur. Cerrahi tedavi uygulanma durumlarına göre, grupların fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanları istatistiksel olarak incelenmiş ve psikolojik fonksiyonlar ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 5'te hastaların en son cerrahi tedavi uygulanma zamanına göre fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı görülmektedir. Tabloya göre; 1-2 ay önce cerrahi tedavi uygulanan hastaların fiziksel fonksiyonlar, psikolojik fonksiyonlar, genel iyilik hali, gastrointestinal semptomlar ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanları, diğer gruptaki hastalara

Tablo 4. Hastaların cerrahi tedavi uygulanma durumlarına göre fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanlarının dağılımı.

Cerrahi tedavi	Fonksiyonel Yaşam Alanları					Toplam
	Fiziksel fonksiyonlar	Psikolojik fonksiyonlar	Genel iyilik hali	Sosyal fonksiyonlar	Gastrointestinal semptomlar	
Uygulanan (n= 79)	40.67	27.78	12.10	9.73	9.64	99.94
Uygulanmayan (n= 41)	41.05	32.22	13.27	9.71	10.39	106.63
t	0.190	Z: 2.667	1.391	0.041	0.808	Z: 1.838
p	$p > 0.05$	$p < 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$

(Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Gündüz Kemoterapi Ünitesi, 15.11.2004-15.04. 2005).

Tablo 5. Hastaların en son cerrahi tedavi uygulanma zamanına göre fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanlarının dağılımı (n= 79).

En son cerrahi tedavi uygulanma zamanı	Fonksiyonel Yaşam Alanları					Toplam
	Fiziksel fonksiyonlar	Psikolojik fonksiyonlar	Genel iyilik hali	Sosyal fonksiyonlar	Gastrointestinal semptomlar	
1-2 ay (n= 21)	42.05	30.09	12.67	9.43	12.33	106.57
3-4 ay (n= 19)	39.42	26.26	11.53	8.89	7.89	94.00
5 ay-↑ (n= 39)	40.54	27.28	12.08	10.31	9.05	99.26
F	0.309	1.086	0.318	1.091	$\chi^2: 8.167$ (K-W)	1.672
p	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p < 0.05$	$p > 0.05$

(Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Gündüz Kemoterapi Ünitesi, 15.11.2004-15.04. 2005).

göre daha yüksek bulunmuştur. En son cerrahi tedavi uygulanma zamanına göre, grupların fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak incelenmiş ve gastrointestinal semptomlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). En son cerrahi tedavi uygulanma zamanına göre fonksiyonel durumun gastrointestinal puanlarının 1-2 ay ile 3-4 ay ve 1-2 ay ile 5 ay ve üzerindeki gruplar arasında farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tartışma

Tablo 1’de araştırma kapsamına alınan hastaların Fonksiyonel Yaşam Ölçeği alt başlıklarına göre fonksiyonel yaşam ortalama puanları değerlendirildiğinde; kanser hastalığının özellikle hastalarda fiziksel fonksiyonlar, psikolojik fonksiyonlar, genel iyilik hali, sosyal fonksiyonlar ve gastrointestinal semptomlarla ilgili fonksiyonlarda sınırlılıklara yol açtığı, hastaların alt ölçek puanları ve ölçekten aldıkları toplam puanın düşük ve hastaların fonksiyonel durumlarının kötü olduğu görülmektedir. Bunun nedeninin; meme, akciğer ve kolon-rektum kanseri tanısı alan hastaların hastalık ve tedaviler nedeni ile fonksiyonel yaşamlarının daha fazla etkilenmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ile ilgili yapılan bir çalışmada, ölçek kemoterapi tedavisi gören kanserli hastalara farklı zamanlarda uygulanmış ve toplam ölçek puanlarının 100-120 arasında değiştiği bulunmuştur.²⁴ Winer ve ark. metastatik meme kanseri olan ve kemoterapi tedavisi gören hastalara başlangıç, 6 hafta ve 6 ay sonra Fonksiyonel Yaşam Ölçeği’ni uyguladıkları çalışmanın sonuçlarında; hastaların ölçek puanlarının 94-115 arasında değiştiğini bulmuşlardır.²⁸ Winer ve ark.nın çalışmasında; yüksek doz kemoterapi tedavisi alan hastalarda 12 aylık izlem sonunda, hastaların toplam ölçek puanlarının ortalama 130 olduğu, 12 aylık sürede hastalığı ve semptomları tekrarlayan hastaların toplam ölçek puanlarının 119’a indiği; gelir durumu, eğitim durumu ve yaşın fonksiyonel durum üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır.²⁹

Tablo 2’de hastaların tanılarına göre fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanlarının dağılımı görülmektedir. Hastaların aldıkları ortalama puanların dağılımına bakıldığında; akciğer kanseri olan hastaların tüm fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanlar, meme ve kolon-rektum kanseri olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni; ilaç tedavisi ile birlikte semptomların daha az yaşanıyor olması ve hastaların rahatlamalarını ifade etmeleri olarak düşünülmektedir. Tanılara göre, grupların fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanları istatistiksel olarak değerlendirilmiş, psikolojik fonksiyonlar ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Hastaların tanılarına göre fonksiyonel durumun; psikolojik fonksiyonlarda akciğer kanseri ile meme kanseri ve kolon-rektum kanseri ile meme kanseri; toplam puanlarda akciğer kanseri ile meme kanseri arasında istatistiksel olarak farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır ($p < 0.05$).

Kanser tanısı almak bireyin korku duymasına, endişelenmesine ve depresif duygular yaşamasına yol açmaktadır.³⁰ Kanserli hastaların fonksiyonel durumunun kötüye gitmesi; ölümün yaklaştığının ve prognozun göstergesidir.³¹ Hall ve Kalra’nın araştırma sonuçlarında; kanserli hastaların yaşam kalitesi puanları diğer insanlara göre daha düşük çıkmış ve yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu bulunmuştur.³² Ko ve ark.nın farklı türdeki kanser hastalarının değişik sürelerde izlemleri ile ilgili çalışma sonuçlarında; hastalar ilk 1 yıl, 1-5 yıl ve 5 yıldan sonraki dönemlerde izlenmiş, akciğer, meme, kolon kanseri olan hastaların ilk 1 yıl içinde sağlık ve aktivite sınırlılık ölçeğine göre düşük puanlar aldıkları görülmüştür. Aynı çalışma sonuçlarında, ilk 1 yıl en düşük puanları akciğer kanseri olan hastalar alırken, sonraki 1-5 yıllık ve 5 yıldan sonraki izlemlerde tüm kanser hastalarının puanlarında artış gözlenmiş, özellikle akciğer kanseri olan hastaların sonraki yıllardaki yüzde puan artışları daha yüksek bulunmuştur.³³ Akciğer kanseri olan hastalarda tanıları bilmenin yaşam kalitelerine olan etkilerini belirlemek için, tanı öncesi ve

sonrası değerlendirme yapılan çalışmada; hastaların fiziksel fonksiyonlar, rol fonksiyonları, emosyonel fonksiyonlar ve sosyal fonksiyonlarında anlamlı bir değişiklik gözlemlendiği; tanıları bilmemenin yaşam kalitesinin sosyal ve emosyonel boyutlarını etkilediği sonucu bulunmuştur.³⁰

Ringdal ve Ringdal'ın farklı prognozlardaki kanser hastalarının (meme, lenfoma, prostat, akciğer, gastrointestinal sistem, diğer kanserler) izlenerek, 9 farklı yaşam kalitesi ölçeği ve Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği kullanarak yaptıkları çalışma sonuçlarında; hastaların tanı konulduktan 1 ay sonra ve 3 yıl sonra yaşam kaliteleri ölçülmüş, rol fonksiyonları, bilişsel fonksiyonlar, emosyonel fonksiyonlar, sosyal fonksiyonlar, bulantı ve kusma ölçeklerine göre pozitif yönde; fiziksel fonksiyonlar, global sağlık durumu, halsizlik, ağrıda negatif yönde değişiklikler olduğu gözlemlenmiş, yapılan istatistiksel analizlerde sadece bulantı ve kusma puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu ($p < 0.05$) bulunmuştur.³⁴ Cella ve ark.nın kanserli hastaların (%32.8 akciğer, %24.7 meme, %19.1 kolon, %14 protat, %9.4 baş-boyun) yaşam kalitelerinde oluşan değişiklikleri izledikleri çalışmada; hastalar ($n = 189$) başlangıçta ve 2-3 ay sonrasında izlenmiş, hastaların %63'ünün fonksiyonel durumlarında anlamlı değişiklikler olmadığı; %37'sinin sosyal iyilik hali, psikolojik iyilik hali, emosyonel iyilik, fonksiyonel durum ve toplam fonksiyonel durum puanlarında değişiklikler olduğu ve bu değişikliklerin istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0.05$) bulunduğu belirtilmiştir.³⁵

Akciğer kanseri olan hastaların fonksiyonel durumlarının Fonksiyonel Yaşam Ölçeği kullanılarak değerlendirildiği çalışma sonuçlarında; kemo-terapi tedavisi süresince hastaların fonksiyonel yaşamlarında anlamlı bir değişiklik olmadığı, antiemetik tedaviler ile hastaların rahatladığı sonucuna varılmıştır.³⁶ Meme kanseri olan ve tedavi gören kadınların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesine yönelik yapılan çalışma sonuçlarında; hastaların özellikle emosyonel, sosyal ve seksüel fonksiyonlarında azalma olduğu; bu bulguların tanı konulduktan sonraki ilk 1-2 yılda ve ayrıca 5 yıldan sonraki dönemlerde de devam ettiği bulunmuş,

bu bulgulara göre kanserli hastaların özel olarak psiko-onkolojik desteğe gereksinimleri olduğu ve kanser tedavisi süresince bu desteğin verilmesi gerektiği önerilmiştir.³⁷ Meme kanseri olan ve kemoterapi alan hastaların seksüalite, beden imajı ve yaşam kalkitelerine yönelik yapılan araştırmanın sonuçlarına göre; bu hastaların büyük çoğunluğunda seksüalite ile ilgili olarak fiziksel cazibenin kaybedilme korkusu, ağrı yaşama korkusu, seksüel isteksizlik ve cinsellik yaşama konusunda endişe duyma gibi sorunlar yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin etkilendiği bulunmuştur.³⁸ Yapılan çalışmalarda meme kanseri olan hastaların beden imajı, seksüel fonksiyon, mastektomi sonrası kol semptomları, meme semptomları, sistemik tedaviye bağlı yan etkiler, saç kaybı ve buna bağlı şok gibi sorunlar yaşadıkları görülmüştür.^{39,40} Meme kanseri olan hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesine yönelik yapılan çalışma sonuçlarında; performans durumu kötüye giden hastaların fonksiyon düzeylerinin azaldığı ve semptom düzeylerinin arttığı, performans durumu iyiye giden hastaların fonksiyon düzeylerinin arttığı ve semptom düzeylerinin azaldığı görülmüştür.²⁵

Yukarıda verilen çalışma sonuçları ile bizim çalışmamızın sonuçları paralellik göstermektedir. Bizim çalışma sonuçlarımızda, fonksiyonel durumu en kötü olanlar meme kanseri tanısı almış olan bireylerdir. Bu sonucun ortaya çıkmasında, meme kanseri tanısı alan hastaların tamamının kadın olmasının, kadınların fonksiyonel durumlarının daha kötü bulunmasının, cinsiyete ilişkin rollerin etkili olmasının rol oynadığı düşünülebilir. Araştırma kapsamına alınan meme kanseri tanısı almış hastalar çalışma durumu ve eğitim düzeylerine göre incelendiğinde; hastaların %95.3'ünün çalışmadığı ve %58.1'inin ilkökul mezunu olduğu bulunmuştur. Kadınların çalışmamalarının, eğitim düzeylerinin düşük olmasının, sağlıklı iken meme kanseri olmalarının, fonksiyonel yaşamlarını ve beden bütünlüklerini bozduğu, kadınlık özelliklerinin kaybedilmesinin bireylerin yaşam kalitelerini azalttığı, meme kanserinin yaşam kalitesi ve fonksiyonel yaşamı olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

Tablo 3'te hastaların en son radyoterapi uygulanma zamanına göre fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanlarının dağılımı görülmektedir. Tabloya göre; 4-6 ay önce radyoterapi uygulanan hastaların fiziksel fonksiyonlar, psikolojik fonksiyonlar, genel iyilik hali, gastrointestinal semptomlar ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanları daha yüksek olduğu, en son radyoterapi uygulanma zamanına göre, grupların toplam fonksiyonel puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). En son radyoterapi uygulanma zamanına göre fonksiyonel durumun toplam puanlarında, 4-6 ay önce ile 7 ay ve üzerinde zaman geçen gruplar arasında farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bunun nedenlerini; radyoterapi uygulanma zamanı uzun zaman olan hastaların, tanı sürelerinin de uzun olduğu, hastalık ve tedaviye bağlı semptomların daha fazla yaşandığı, kronik hastalığın fonksiyonel yaşamı olumsuz yönde etkilediği şeklinde düşünülmektedir.

Tablo 4'te hastaların cerrahi tedavi uygulanma durumlarına göre fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanlarının dağılımı verilmiştir. Tabloya göre, cerrahi tedavi uygulanmayan hastaların fiziksel ve psikolojik fonksiyonlar, genel iyilik hali, gastrointestinal semptomlar ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanları daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni; cerrahi tedaviye bağlı yan etkilerin ve fiziksel sınırlılıkların daha az yaşanmış olduğu ve hastaların fonksiyonel yaşamlarının daha az etkilendiği olarak düşünülmektedir. Cerrahi tedavi uygulanma durumlarına göre, grupların fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanları istatistiksel olarak incelenmiş ve psikolojik fonksiyonlar ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu durumun; cerrahi tedavi sonrası komplikasyonlar nedeni ile hastaların stres yaşamamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırma kapsamına alınan ve cerrahi tedavi uygulanan hastaların ölçek sorularına göre, %35.4'ünün ağrı nedeni ile günlük yaşam aktivitelerinin çok fazla etkilendiği bulunmuştur.

Cerrahi tedavi uygulanan hastalarda ağrı en önemli sorundur. Ağrının şiddeti, bireyin sağlıkla ilgili fonksiyonlarının etkilenmesine neden olmak-

tadır. Yapılan çalışmalarda, ağrısı olmayan ya da orta derecede ağrısı olan hastaların sağlık ve iyilik durumu ölçümlerinin, şiddetli ve sürekli ağrısı olan hastalara göre daha iyi olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışma sonuçlarında, kanser hastalarında ağrının olması, fonksiyonel yetenek, sosyal iyilik ve emosyonel iyilik durumunu engellemektedir.⁴¹⁻⁴³ Yine ağrı ile ilgili yapılan çalışma sonuçlarında; ağrının gücü arttıkça, depresyon düzeyinin arttığı, fonksiyonel yeteneğin azaldığı ve yaşam kalitesinin azaldığı bulunmuştur.⁴⁴ Ağrının sıklığı, çeşitli semptomlara yol açarak, fiziksel ve sosyal fonksiyonlara zarar vermektedir.⁴⁵

Tablo 5'te hastaların en son cerrahi tedavi uygulanma zamanına göre fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı yer almaktadır. En son cerrahi tedavi uygulanma zamanına göre, grupların gastrointestinal semptomlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). En son cerrahi tedavi uygulanma zamanına göre fonksiyonel durumun gastrointestinal puanlarının 1-2 ay ile 3-4 ay ve 1-2 ay ile 5 ay ve üzerindeki gruplar arasında farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0.05$). Cerrahi tedaviden sonraki ilk 1-2 aylık sürede hastaların semptomatik rahatlama nedeni ile fonksiyonel durumlarının daha iyi olduğu, daha sonraki aylarda semptomların yeniden ortaya çıkması ile umutsuzluk duygularının arttığı söylenebilir.

Yapılan çalışmalar, bulantının kanserli hastaların yaşam kaliteleri üzerinde çok etkili olduğunu vurgulamaktadır.⁴⁶ Bulantı ve kusmanın önlenmesi için kemoterapi tedavisi süresince uygun antiemetik tedavi uygulanarak akut semptomlar kontrol altına alınmalıdır.⁴⁷ Bizim çalışmamızda, gastrointestinal semptomlarla ilgili puanların düşük olduğu görülmektedir. Çalışmamızda, en son cerrahi tedavi uygulanma zamanı kısa süre olan hastaların, cerrahi tedavi uygulandıktan sonra iyileşme düşüncelerinin fazla olduğu ve fonksiyonel yaşamlarının daha az etkilendiği düşünülmektedir. Ancak, bu konunun daha iyi irdelenmesi gerekmektedir.

Araştırmadan elde ettiğimiz sonuçlara göre; kanserli hastaların Fonksiyonel Yaşam Ölçeği puanlarının düşük olduğu (102.22 ± 20.33), akciğer, meme ve kolon-rektum kanseri olan bireyle-

rin fonksiyonel durumlarının kötü olduğu, fonksiyonel durumu en kötü grubun meme kanseri olan hastalar olduğu bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen veriler fonksiyonel yaşama etkisi ($p < 0.05$) olabileceği düşünülen bazı verilere göre incelendiğinde; tanıların psikolojik fonksiyonlar ve toplam fonksiyonel yaşam puanlarında; en son radyoterapi uygulanma zamanının toplam fonksiyonel yaşam puanlarında; cerrahi tedavi uygulanmasının psikolojik fonksiyonlarda; en son cerrahi tedavi uygulanma zamanının gastrointestinal semptomlarda etkili olduğu görülmüştür. Ayrıca; radyoterapi uygulanma zamanına göre grupların fonksiyonel durumlarının etkilendiği, cerrahi tedavi uygulanmayan hastaların fonksiyonel durumlarının daha iyi olduğu, cerrahi tedaviden sonraki ilk 1-2 aylık dönemde hastaların fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları puanların daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Araştırma sonuçlarında; erkeklerin, bekarların, yüksekokul/fakülte mezunlarının, emeklilerin, çalışanların, geliri giderini dengeleyenlerin, bakmakla yükümlü olduğu yakını olmayanların, bakımı ile ilgilenen yakını olmayanların, tedavi ile ilgili bilgi alanların, tedavi ile ilgili bilgiyi hekim ve hemşireden alanların toplam fonksiyonel yaşam puanlarının daha iyi olduğu sonucuna varılmıştır.

Tanı süresi, metastaz durumu, alınan kemoterapi sayısı, radyoterapi uygulanma durumu, alınan radyoterapi gün sayısı, kanser dışında başka kronik hastalık tanısı alma, yaş, kontrole gelme sıklığı, ilaç tedavisi dışında evde hastalıkla ilgili yapılan uygulamalar, sosyal güvence, yerleşim yeri, evde birlikte yaşanan kişiler, ailede hastalığı olanların varlığı, hastaların bakımı ile ilgilenilen konular, hastalıkları ile ilgili diyetin varlığı gibi değişkenlerin fonksiyonel yaşam üzerinde etkisiz ($p > 0.05$) olduğu sonucuna varılmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Araştırmanın farklı popülasyonlarda uygulanması,

- Meme kanseri olan hastalarda fonksiyonel yaşamın artırılmasına yönelik özel destek hizmetlerinin verilmesi,

- Kanserli hastaların radyoterapi ve cerrahi tedavi sonrasında fonksiyonel durumlarının iyileştirilmesine yönelik hizmetlerin planlanması,

- Kanserli hastaların tedavisi ve rehabilitasyonu bir ekip hizmetidir. Bu nedenle, kanserli hastaların fonksiyonel yaşamlarının iyileştirilmesine yönelik uygulamalarının yapılabilmesi için, genel tedavi edici sağlık hizmetlerinin fonksiyonel yaşam araştırma sonuçlarını dikkate alarak uygulama yapmaları,

- Bu araştırma sadece kanserli hastaların fonksiyonel durumlarını saptamaya yönelik olarak yapılmış, ancak hastaların fonksiyonel durumlarının kötü olmasına neden olan faktörler incelenmemiştir. Kanserli hastaların fonksiyonel durumlarını etkileyen faktörlerin ve yaşadıkları güçlüklerin ortaya çıkarılabileceği kalitatif türde araştırmaların yapılması önerilmiştir.

Teşekkür

Araştırmanın İngilizce ve istatistiksel olarak incelenmesinde katkı veren Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğr. Üyesi Sayın Yrd. Doç.Dr. Zeynep ÖZER ve araştırmanın istatistiksel açıdan incelenmesinde katkı veren Akdeniz Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı Araş. Gör. Sayın Özgür TOSUN'a teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Bilir N. Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve yaşlılık sorunları. Bertan M, Güler Ç, editörler. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 2. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 1997. s.359-68.
2. Seffrin JR. An end-game for cancer. CA Cancer J Clin 2000;50:4-5.
3. Akdemir N, Birol L. Kanser tedavileri ve hemşirelik bakımı. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı. Sanerc Yayınları; 2003. s.243-306.
4. Kutluk T, Kars A. Dünyada-Türkiyede kanser. Kanser Konusunda Genel Bilgiler. 7. Baskı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser ve Savaş Daire Başkanlığı, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları; 1996. s.39-46.

5. Greenlee R, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics, 2000. *CA Cancer J Clin* 2000;50:7-33.
6. Jemal A, Murray T, Samuels A, Ghafoor A, Ward E, Thun MJ. Cancer statistics, 2003. *CA Cancer J Clin* 2003;53:5-26.
7. Fırat D, Çelik İ. Cancer Statistics in Turkey and in the World 1993-1995 Turkish Association For the Cancer Research and Control, Ankara: 1998. p.30-3.
8. Baird S. (Ed.) A Cancer Source Book for Nurses. (Çev. Ed. N. Platin) Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. AÇEM ve 4. 2. Baskı. Ankara: Akşam Sanat Okulu Matbaası; 1998. s.175-85.
9. Akyol AD. Yaşam kalitesinin hemşirelik yönünden önemi. *Ege Üniversitesi HYO Dergisi* 1993;9:71-5.
10. Ganz PA. Quality of life and the patient with cancer. Individual and policy implications. *Cancer* 1994;74(4 Suppl):1445-52.
11. Eski S, Fesci H. Miyokart enfarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi. *HEMAR-G Dergisi* 2002;4:15-28.
12. Smith KW, Avis NE, Assmann SF. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Qual Life Res* 1999;8:447-59.
13. Wensing M, Vingerhoets E, Grol R. Functional status, health problems, age and comorbidity in primary care patients. *Qual Life Res* 2001;10:141-8.
14. Leidy NK. Functional status and the forward progress of merry-go-rounds: Toward a coherent analytical framework. *Nurs Res* 1994;43:196-202.
15. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA* 1995;273:59-65.
16. Cella DF, Tulsky DS. Measuring quality of life today: Methodological aspects. *Oncology* 1990;4:29-38.
17. Costantini M, Mencaglia E, Giulio PD, et al. Cancer patients as "experts" in defining quality of life domains. A multicentre survey by the Italian Group for the Evaluation of Outcomes in Oncology (IGEO). *Qual Life Res* 2000;9:151-9.
18. Erdem E, Çavuşoğlu H. Kanserli çocukların ebeveynlerinin yaşam kalitesi. *Hacettepe Üniversitesi HYO Dergisi* 1999;6:1-10.
19. Ferrans CE. Quality of life as an outcome of cancer care. In: Yarbrow CH, Goodman M, Frogge MH, Groenwald SL, eds. *Cancer Nursing Principles and Practice*. 5th ed. Canada: Jones and Bartlett Publishers; 2000. p.243-59.
20. Beck LA. Cancer rehabilitation: Does it make a difference? *Rehabil Nurs (Glenview)* 2003;28:42-7.
21. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Önemlilik testleri. *Biyoistatistik*. 8. Baskı. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi; 1998. s.76-156.
22. Akgül A. Araştırmanın planlanması. *Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri. "SPSS Uygulamaları"*. 2. Baskı. Ankara: Yeni Mustafa Kitabevi; 2003. s.41-56.
23. Schipper H, Clinch J, McMurray A, Levitt M. Measuring the quality of life of cancer patients: The Functional Living Index-Cancer: Development and validation. *J Clin Oncol* 1984;2:472-83.
24. Clinch JJ. The functional living index-cancer: Ten years later. In: Spilker B, ed. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p.215-25.
25. Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, et al. The EORTC breast cancer-specific quality of life questionnaire (EORTC QLQ-BR23): Translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res* 2000;9:177-84.
26. Özdamar K. Güvenirlilik ve soru analizi. *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi*. 4. Baskı. Eskişehir: Kaan Kitabevi; 2002. s.661-76.
27. Ulusoy MF, Uçar H. Onam formu. *Araştırma Etiği*. 1. Baskı. Ankara: 72 Tasarım Ltd. Şti; 2002. s.109-11.
28. Winer E, Gold D, Lees J, et al. Quality of life (QL) following high dose chemotherapy with autologous bone marrow support (HDC) in patients with metastatic breast cancer. *Proc Annu Meet Am Soc Clin Oncol* 1991;9(A):122-9.
29. Winer EP, Lindley C, Hardee M, et al. Quality of life in patients surviving at least 12 months following high dose chemotherapy with autologous bone marrow support. *Psychooncology* 1999;8:167-76.
30. Lheureux M, Raheison C, Vernejoux JM, et al. Quality of life in lung cancer: Does disclosure of the diagnosis have an impact? *Lung Cancer* 2004;43:175-82.
31. Vigano A, Dorgan M, Buckingham J, Bruera E, Suarez - Almazor ME. Survival prediction in terminal cancer patients: A systematic review of the medical literature. *Palliat Med* 2000;14:363-74.
32. Addington-Hall J, Kalra L. Measuring quality of life: Who should measure quality of life? *BMJ* 2001;322:1417-20.
33. Ko CY, Maggard M, Livingston EH. Evaluating health utility in patients with melanoma, breast cancer, colon cancer and lung cancer: A nationwide, population-based assessment. *J Surg Res* 2003;114:1-5.
34. Ringdal GI, Ringdal K. A follow-up study of the quality of life in cancer patients with different prognoses. *Qual Life Res* 2000;9:65-73.
35. Cella D, Hahn EA, Dineen K. Meaningful change in cancer-specific quality of life scores: Differences between improvement and worsening. *Qual Life Res* 2002;11:207-21.
36. Ruckdeschel JC, Piantadosi S. Quality of life in lung cancer surgical adjuvant trials. *Chest* 1994;106(6 Suppl): 324-8.
37. Holzner B, Kemmler G, Koop M, et al. Quality of life in breast cancer patients-not enough attention for long-term survivors? *Psychosomatics* 2001;42:117-23.
38. Kieren DK, Nabholz JM, Makar K, Cumming CE. Sexuality, body image and quality of life after high dose or conventional chemotherapy for metastatic breast cancer. *Can J Hum Sex* 1997;6:1-8.
39. Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after breast cancer: Understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *J Clin Oncol* 1998;16:501-14.

40. Lindley C, Vasa S, Sawyer WT, Winer EP. Quality of life and preferences for treatment following systemic adjuvant therapy for early-stage breast cancer. *J Clin Oncol* 1998;16:1380-7.
41. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med* 1994;330:592-6.
42. Ferrell BR. The impact of pain on quality of life: A decade of research. *Nurs Clin North Am* 1995;30:609-24.
43. Owen JE, Klapow JC, Casebeer L. Evaluating the relationship between pain presentation and health-related quality of life in outpatients with metastatic or recurrent neoplastic disease. *Qual Life Res* 2000;9:855-63.
44. Spiegel D, Sands S, Koopman C. Pain and depression in patients with cancer. *Cancer* 1994;74:2570-8.
45. Rummans TA, Frost M, Suman VJ, et al. Quality of life and pain in patients with recurrent breast and gynecologic cancer. *Psychosomatics* 1998;39:437-45.
46. Dibble SL, Isreal J, Nussey B, Casey K, Luce J. Delayed chemotherapy-induced nausea in women treated for breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2003;30:E40-7.
47. Schnell FM. Chemotherapy-induced nausea and vomiting: The importance of acute antiemetic control. *Oncologist* 2003;8:187-98.