

Akciğer Kanseri Hastalarının Yaşam Kaliteleri ve Sağlık Bakım Hizmet Beklentileri

Zühal GÜLTEKİN¹, Gül PINAR², Tefik PINAR³, Gül KIZILTAN⁴,
Nevin DOĞAN², Lale ALGIER², Işıl BULUT⁵, Özgür ÖZYILKAN⁶

¹ Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü

² Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü

³ Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, KIRIKKALE

⁴ Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetisyenlik Bölümü

⁵ Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmetler Bölümü

⁶ Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Tıp Fakültesi Onkoloji Bölümü, ANKARA

ÖZET

Küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) tüm akciğer kanser tanılarının yaklaşık %80'ini oluşturur. Genellikle, bu tip akciğer kanserlerinin 2/3'ü tanı anında ileri evreye sahiptir ve prognoz oldukça kötü seyredir. Hastaların evrelerine göre tedavilerinde, kemoterapi ve/veya eş zamanlı kemoradyoterapi uygulanmaktadır. Tedavide kullanılan güçlü kemoterapötikler ve radyoterapiye bağlı olarak yan etkiler de bu oranda ağır seyretmektedir.

Bu çalışma, akciğer kanseri olan hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentilerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya, ileri evre küçük hücreli dışı akciğer kanserli 40 hasta alınmıştır. Araştırmada hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, depresyon ve kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla Hastane Anksiyete ve Depresyon skalası (HAD), performans düzeylerini saptamak için de ECOG performans ölçeği kullanılmıştır.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin değerlendirilmesi sonucunda hastaların tüm alt ölçeklerde puan ortalamalarının 50'nin altında olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). En düşük puan ortalamaları, emosyonel ve fiziksel rol güçlüğü alt ölçeklerinden alınmıştır. HAD ölçeğine göre, hastaların anksiyete ölçek puan ortalaması 8.4 ± 4.2 (sınırdan-anormal) olarak saptanırken, depresyon ölçek puan ortalaması 7.6 ± 4.8 olarak (normal) belirlenmiştir. Hastaların ECOG performans değerlendirmelerinde %20.5'inin 0, %44.1'inin 1, %32.4'ünün 2, %2.5'inin 3 skor aldıkları saptanmıştır.

Küçük hücreli dışı akciğer kanseri hastalarının yaşam kalitelerinin düşük olduğu, psikolojik ve fizyolojik fonksiyonlarının bozulduğu ve yeterince sağlık bakım hizmeti alamadıkları gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Küçük hücreli dışı akciğer kanseri, Yaşam kalitesi, Akciğer kanseri, Bakım kalitesi, SF-36, Hastane anksiyete depresyon skalası, Multidisipliner yaklaşım

Not: Bu çalışma, Annals of Oncology, Educational and Abstract Book ESMO Scientific and Educational Conference, Budapest, Hungary, 2-5 June, 2005'te sunulmuştur.

ABSTRACT

Health-Related Quality of Life and Health Care Services Expectations of The Patients with Lung Cancer

Non-small cell lung cancer is approximately 80% of all lung cancer. This type of lung cancer is usually presented with advanced stage at diagnosis and have a very poor prognosis. The management of non-small cell cancer at those stages generally is chemotherapy and/or concurrent chemoradiotherapy. However, potent chemotherapeutic agents and radiotherapy have serious adverse effects.

This study aimed to determine lung cancer patients' expectations from health care providers, and levels of anxiety and depression besides health-related quality of life. This study was performed on 40 patients diagnosed as advanced stage non-small cell lung cancer at Başkent University hospitals in Turkey. SF-36 questionnaire was used to determine health-related quality of life, Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) was used to determine depression and anxiety level, and ECOG performance scale was used for performance evaluation.

SF-36 scale yielded less than 50 points in all subscale evaluations ($p < 0.05$). The lowest mean scores were observed in emotional and physical role enforcement subscales. Calculations of hospital anxiety and depression scale showed 8.4 ± 4.16 mean scale for anxiety (at borderline), and 7.6 ± 4.8 for depression (normal). ECOG performance status was 0 for 20.5%, 1 for 44.1%, 2 for 32.4% and 3 score for 2.5% of the patients.

Most of the non-small cell lung cancer patients had poor quality of life, with deterioration of both psychological and physiological function. We observed that those patients could not get necessary health care.

Key Words: Non-Small cell lung cancer, Quality of life, Lung cancer, Quality of care, SF-36, Hospital anxiety and depression scale, Multidisciplinary approach

GİRİŞ

Akciğer kanseri erkeklerde, tüm dünyada en çok öldüren kanser türüdür. Kadınlarda ise meme kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır. Bu anlamda akciğer kanseri günümüzün salgın hastalığı olarak tanımlanmaktadır (1,2). Ülkemizde kadınlar arasında sigara içme sıklığının yaygınlaşması ile akciğer kanseri ölümleri 1980'den bu yana hızla artmıştır ve artmaya devam etmektedir. Bu nedenle akciğer kanseri salgınının ülkemizde de giderek alevlenebileceği öngörülmektedir (3).

Akciğer kanserinin başlıca nedeni sigaradır. Tüm akciğer kanserlerinin %80-90'ı tek başına sigaraya bağlıdır (1,4,5). Dünya Sağlık Örgütü, 2005 yılında dünyadaki tüm yeni kanser hastalarının %60'nın, 2020 yılında ise %70'nin gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde olacağını bildirmektedir (3). Ülkemizde resmi rakamlara göre her yıl 20.000-25.000 yeni akciğer kanseri hastası ortaya çıkmakta ve bu rakamın 30.000-40.000'e kadar ulaşabileceği düşünülmektedir. Çünkü ülkemizde güvenilir sağlık istatistikleri yoktur (4).

Ailede akciğer kanseri olması, asbestoz, çeşitli kimyasal maddelerle çalışılan iş kollarında çalışmak akciğer kanserine yakalanma riskini artırmaktadır. Çevresel radon maruziyetinin de akciğer

kanseri gelişimi ile ilişkili olabileceği, coğrafi olarak akciğer kanseri yüksekliğine yol açabileceği bilinmektedir (5).

Küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) tüm akciğer kanserlerinin yaklaşık %80'ini oluşturur. Genellikle, bu tip akciğer kanserlerinin 2/3'ü tanı anında ileri evreye sahiptir ve prognoz oldukça kötü seyredir. Metastaz sık görülür. (6). İleri evrelerde tedavide, metastazlı olgularda kemoterapi ve/veya radyoterapi, lokal ilerlemiş olgularda ise hastanın kliniğine göre eş zamanlı radyoterapi, kemoradyoterapi uygulanmaktadır. Tedavide kullanılan güçlü kemoterapötikler ve radyoterapiye bağlı olarak yan etkiler de bu oranda ağır seyretmektedir (7).

Kanser tanısının konması ve tedaviye başlanması; birey ve ailenin fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik dengelerini bozmakta, yaşamdan doyum almalarını engellemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (8). Kanserli hastalar hastalık sürecinden kaynaklanan semptomlar kadar kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri nedeni ile ağrı, anoreksiya, kaşeksi, tat değişiklikleri, alopesia, bulantı, kusma, dehidratasyon, mukozit, yorgunluk, dispne, kemik iliği süpresyonu, depresyon, anksiyete gibi fiziksel ve emosyonel semptomları da yoğun bir şekilde yaşamaktadırlar (9). Bu gibi semptomlarla ilişkili ra-

hatsızlıkların kanserli hastaların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu ve tedavi önerilerine uyumu zorlaştırdığı saptanmıştır (10-13). Yaşam kalitesi, bireyin kendisi için önemli olan alanlarda doyum ve mutluluğudur. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ise, bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. Uygulanan tedavilerin değerlendirilmesinde cevap oranı veya yaşam süresi, tek başına yeterli bir kriter değildir. Tedavinin amacı, semptomların giderilmesi ile birlikte yaşam kalitesinde düzelme ve yaşam süresinin uzamasıdır (14). Bu durumda, yaşam kalitesinin sorgulanması, tedavinin palyatif etkisini ya da tedavi ile ilişkili sorunları değerlendirmede ve klinik gidişe karar vermede sağlık çalışanları açısından önemli bir kriter haline gelmiştir (10,15,16).

Çalışmamızda, akciğer kanseri olan hastaların çeşitli disiplinlerden sağlık bakım hizmet beklentileri, yaşam kaliteleri, anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

HASTALAR VE YÖNTEM

Çalışmamız, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmaya, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Adana Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Alanya Araştırma ve Uygulama Merkezine Mayıs-Kasım 2004 tarihleri arasında ayakta ve yatarak tedavi gören ileri evre küçük hücreli dışı akciğer kanseri tanısı alan 40 gönüllü hasta alınmıştır. Hasta seçiminde dışlama ölçütleri olarak; okur-yazar olmama, işbirliğini bozacak şiddette bedensel hastalığı olma, bilişsel yetersizlik ve araştırma sırasında ruhsal bozukluk nedeniyle tedavi görüyor olma şartları aranmıştır. Araştırmanın verileri Hasta Bilgi Formu ile toplanmıştır. Bu form, sosyo-demografik özellikleri, hastalıkla ilgili bilgileri ve hizmet beklentilerini içermektedir.

Hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, depresyon ve anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Skalası kullanılmıştır. SF-36 ölçeği, yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (17,18). SF-36, sekiz boyutun ölçümünü sağlayan 36 maddeden oluşmaktadır (her biri toplam 2-10 soru ara-

sında değişen sekiz skala; genel sağlık, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, emosyonel rol, sosyal fonksiyon, ağrı, enerji, mental sağlık) ve skorlamaya katılmayan, sağlığın seyri ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Sorular likert tipindedir ve son 4 haftayı kapsamaktadır. Her bir skala için 0-100 arasında skorlama yapılmaktadır. En düşük puan, en kötü sağlık durumunu ifade etmektedir (18).

HAD skalasında, depresyon ve anksiyete alt ölçekleri bulunmaktadır. Hastaların HAD ölçeğinden aldıkları anksiyete ve depresyon puanları eşik altı ve eşik üstü olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Toplam 14 soru içerir. Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (19). Bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü likert tipi ölçüm sağlar. Türkiye'de yapılan çalışma sonunda kesme puanı, anksiyete alt ölçeği için 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Bu puanların üzerinde alanlar risk grubu olarak değerlendirilirler. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0 iken en yüksek puan 21'dir. Buna göre, hastaların anksiyete ve depresyon açısından eşik üstünde olup olmadıklarını irdeleyebilecek değişkenler; 0-7 normal, 8-10 sınırda anormal, 11-21 anormal şeklinde değerlendirilir (19). Ayrıca, çalışmada hastaların yaşam kalitesini değerlendirmede, Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performans Düzeyleri kullanılmıştır. Performansın saptanmasında; 0: normal faaliyet düzeyi, hiçbir belirti yok; 1: bazı belirtiler var ancak ayakta; 2: günün yarısından fazlasını ayakta geçiriyor, minimal yardıma ihtiyacı var; 3: günün yarısından azını ayakta geçiriyor, belirgin yardıma ihtiyacı var; 4: belirti var, günün hepsini yatakta geçiriyor, yataktan kalkması imkansız, şeklinde düzenlenmiştir (13).

Elde edilen veriler, SPSS 10.0 istatistik paket programı ile uygun istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmiştir. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılanların %87.5'i erkek, %12.5'i kadın, %87.5'i evli, %90.0'i çalışmıyor ve %95.0'i ailesiyle birlikte yaşamaktadır (Tablo 1). Hastaların yaş ortalamaları 62.0 ± 9.4 yıldır.

Hastaların %45.7'sinin III. evrede, %54.3'ünün IV. evrede olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2). Çalışma-

Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	35	87.5
Kadın	5	12.5
Medeni durum		
Evli	35	87.5
Boşanmış	5	12.5
Çalışma durumu		
Çalışıyor	4	10.0
Çalışmıyor	36	90.0
Kaldığı yer		
Ailesiyle birlikte	38	95.0
Yalnız yaşıyor	2	5.0
Toplam	40	100.0

nın yapıldığı dönemde hastaların %67.5'ine ilk 9 ay, %27.5'ine 10-18 ay, %5'ine ise 19-36 ay önce tanı konulduğu saptanmıştır. Bu hastalara kliniğine göre tedavi planlanmış ve kemoterapi ve radyoterapi uygulanmıştır. Hastalarda hastalığa ve tedaviye bağlı olarak görülen semptomların, en fazla "ağrı" (%77.5), "emosyonel sıkıntı" (%77.5), "bulantı-kusma" (%72.5) ve "iştahsızlık" (%70) olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda hastaların %76.2'sinin doktordan "ağrının giderilmesi", %10.4'ünün hemşireden "ağrı ve huzursuzluğun giderilmesi", %9.8'inin psikologdan "üzüntü-kederin azaltılması", %1.6'sının diyetisyenden "kilo kaybının önlenmesi", %1.3'ünün sosyal hizmet uzmanından "yakınlarıyla ilişki bozukluğunun giderilmesi", %0.6'sının ise fizyoterapistlerden "kas zayıflığının giderilmesi" konusunda yardım beklentileri olduğu saptanmıştır.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin değerlendirilmesi sonucunda hastaların tüm alt ölçek skorlarının 50'nin altında olduğu, buna göre hastaların fonksiyonlarının önemli derecede düştüğü ve olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (p<0.05). En düşük puan

Tablo 2. Hastaların klinik özellikleri

Klinik Özellikler	SAYI	%
Evre		
III	18	46.0
IV	22	54.0
Tanı alma süresi (ay)		
0-9	27	67.5
10-18	11	27.5
19-36	2	5.0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	4	10
Çalışmıyor	36	90
Tedaviye bağlı semptomlar*		
Bulantı-kusma	29	72.5
İştahsızlık	28	70.0
Ağrı	31	77.5
Emosyonel sıkıntı	31	77.5
Kilo kaybı	5	12.5
Kas zayıflığı	19	47.5
Yorgunluk	19	47.5
İletişim problemleri	11	27.5
Toplam	40	100.0

* n birden fazla cevap alınmıştır.

ortalamaları fiziksel (20.7±36.02) ve emosyonel (34.1±45.05) rol güçlüğü alt ölçeklerinden alınmıştır (Tablo 3).

Hastane anksiyete ve depresyon ölçeğine göre, hastaların anksiyete ölçek puan ortalaması 8.4 ± 4.16 (sınırdan-anormal) olarak saptanırken, depresyon ölçek puan ortalaması ise 7.6 ± 4.77 olarak (normal) belirlenmiştir.

Hastaların ECOG performans değerlendirmelerinde, %20.5'inin 0; %44.1'inin 1; %32.4'ünün 2; %2.5'inin 3 skora sahip oldukları saptanmıştır.

Tablo 3. SF-36 sağlık taraması ve Hastane Anksiyete-Depresyon (HAD) skala skorları

Ölçek skorları	X	SS
SF-6 boyutları		
Fiziksel fonksiyon	44.2	23.38
Fiziksel rol	20.7	36.02
Ağrı	44.6	27.70
Genel sağlık	49.8	14.40
Enerji	45.7	15.64
Sosyal fonksiyon	44.8	18.57
Emosyonel rol	34.1	45.05
Mental sağlık	53.6	15.80
HAD		
Anksiyete	8.4	4.16
Depresyon	7.6	4.77

TARTIŞMA

Kanserli bireylerde hastalığa ve tedavi yöntemlerine bağlı olarak yaşanan semptomlar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede sorunlar ortaya çıkarabilmektedir (9). Özellikle ileri evre kanser hastalarında palyatif bakımda, fiziksel ve psikolojik semptomların giderilmesi önem taşımaktadır. Kemoterapi ve radyoterapi tüm sistemleri etkilediği için bireyin günlük yaşamını sürdürmesini zorlaştırılmaktadır (20). Bireylerde anksiyete, korku, depresyon, beden imajında değişiklik, aile ve sosyal ilişkilerde bozulmalar görülebilmektedir. İlerlemiş akciğer kanserinde hastalar en sık ağrı, nefes darlığı, öksürük, hemoptizi, iştahsızlık, kilo kaybı, kolay yorulma ve halsizlik, uyku problemleri, sürekli endişe hali veya enerji azlığından şikayet etmektedirler (10,12).

Küçük hücreli dışı akciğer kanserinde ileri evrelerde tedavide kemoterapi ve/veya radyoterapi ve eş zamanlı kemoradyoterapi uygulanmaktadır. Hastanın yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlayan destek tedavisi, hastalığın başlangıcından terminal döneme kadar geçen sürede hastaya yapılan optimal ağrı tedavisi, dengeli beslenme, psiko-onkolojik bakım ve sosyo-medikal yardımların toplamıdır. Bu nedenle,

destek tedavisi sadece semptom ortaya çıkınca başvuru değil, tanı anından itibaren tüm hastalık süresince yapılması gereken bir tedavi şeklidir (7,9). Çalışmamızda, hastalığa ve tedaviye bağlı olarak en fazla ağrı (%77.5), bulantı-kusma (%72.5) ve iştahsızlık (%70) gibi semptomların yaşandığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Babaoğlu ve Öz (21) çalışmasında 30 kanser hastası ve ailesi ile görüşülmüş, hastaların hastalığa ve tedavi sürecine uyum sorunları olduğu, sosyal gereksinimlerinin yoğun olduğu belirlenmiştir. Duygusal sorun olarak, ruhsal sıkıntı, ümitsizlik, bireysel baş etmede etkisizlik, rol performansında değişim, depresif duygulanım yaşanırken, sosyal sorun olarak, günlük işleri sürdürmede yetersizlik, eğlence faaliyetlerinde değişim, sosyal izolasyon saptanmıştır. Bu konuda yapılan başka bir çalışmada (22) hastaların anlaşılama, aile üyelerinden yeterli destek alamama ve iletişimde zorluk yaşama ile ilgili duygusal ve sosyal sorunlarının olduğu ortaya çıkmıştır. Shyu (23), kanserli hasta ve aileleriyle yaptığı bir araştırmada, kanserin tanı ve tedavi aşamasında, hasta ve yakınlarının %21-33'ünün karşılanmamış gereksinimleri olduğunu, terminal evrede bunun %61-79'a yükseldiğini belirtmektedir.

Blanchard ve ark. (24), kanserli bireylerin tedavi sürecini tam olarak (bakım vericide zorlanma, tedavi yönetiminde yetersizlik, sosyal izolasyon, agresif davranışlar) yönetemediklerini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, kanser hastasının psikosozal iyilik halinin sosyal destek sistemlerine bağlı olduğu, bu sosyal destek gereksinimlerinin multidisipliner bir yaklaşımla karşılanabildiği belirtilmektedir.

Çalışmamızda hastaların %76.2'sinin doktordan "ağrının giderilmesi", %10.4'ünün hemşireden "ağrı ve huzursuzluğun giderilmesi", %9.8'inin psikologdan "üzüntü-kederin azaltılması", %1.6'sının diyetisyenden "kilo kaybının önlenmesi", %1.3'ünün sosyal hizmet uzmanından "yakınlarıyla ilişki bozukluğunun giderilmesi", %0.6'sının ise fizyoterapistlerden "kas zayıflığının giderilmesi" konusunda yardım beklentileri olduğu saptanmıştır. Primomo (20) çalışmasında, terminal dönemde bulunan kanser hastalarının en fazla desteği ailelerinden aldıkları, ancak bu desteği yeterli bulmadıkları ve sağlık çalışanlarından bu doğrultuda beklentileri olduğu belirtilmiştir.

Kanserli hastaların yaşadığı semptomların sistematik olarak değerlendirilmesi ve hastalarda semptom kontrolü ve yaşam kalitesinin artırılması için tüm sağlık ekibinin katıldığı bireysel ya da grup eğitimleri verilmesi büyük önem taşımaktadır (25). Kanserli hastalara yaklaşımda en önemli unsur, hastanın hastalığının her aşamasında bilgilendirilmesidir; bu hastanın uyumu için önemli ölçüde belirleyicidir. Ekip anlayışı ile verilecek planlı eğitim hastaların yan etkilerinin kontrolüne katkıda bulunacaktır (26). Multidisipliner ekip çalışmasından söz edebilmek için, uzman hekim (klinik onkolog, radyasyon onkoloğu), onkoloji hemşiresi, diyetisyen, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı, psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi profesyonellerin vakayı birlikte tartışmaları ve birlikte karar vermeleri gerekmektedir. Aynı çatı altında olsalar bile, bu uzmanların hastayı ayrı ayrı değerlendirerek bir araya gelmeden karar vermeleri, çağdaş anlamda multidisipliner bir yaklaşım değildir (27).

European Cancer Leagues (ECL) 2004'te yayınladığı insan haklarına saygı çerçevesinde kanserli hastaların multidisipliner ekibe ulaşabilme hakkı olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda, sağlık sosyal ve psikolojik hizmetler arasında koordinasyonun sağlanması, ulaşabilecekleri kaynakların artırılması, hasta ve aile desteğinin sağlanması ve problemlerin en aza indirilmesi konusunda her sağlık çalışanının sorumlulukları olduğu ileri sürülmektedir (28).

Çalışmamızda, SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin değerlendirilmesi sonucunda hastaların yarısının fonksiyonlarının önemli derecede düştüğü ve olumsuz etkilendikleri belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bu da hastaların yaşam kalitesinin bozulduğunu ifade etmektedir. En düşük puan ortalamaları fiziksel (20.7 ± 36.02) ve emosyonel (34.1 ± 45.05) rol güçlüğü alt ölçeklerinden alınmıştır (Tablo 3). Literatür bilgileri de bunu desteklemektedir (29). Çalışmada, SF-36 yaşam kalitesi anketinin genel sağlığı değerlendirmek için hastaya sorulan sorularının tümü, hastanın hastalık hakkındaki subjektif değerlendirmesini sorgulamaktadır. Oysa, fiziksel fonksiyon skalasını ölçmek için sorulan 10 adet sorunun tümü efor ile ilgilidir. Hastaların değişik derecelerdeki eforlar ile kısıtlanıp kısıtlanmadığı sorulmaktadır. Bu anlamda, hastaların çoğunun ileri evrede oldukları düşünülecek olursa böyle bir sonucun çıkması mantıklıdır.

Çalışmamızda hastalığın evresi ilerledikçe hastaların daha kötü yaşam kalitesi skorlarına sahip olduğu görülmüştür. Ferrer ve ark. ve Hajiro ve ark. (11,16) çalışmalarında, hastalık ağırlaştıkça SF-36 ağrı skoru hariç tüm skorlarının önemli derecede bozulduğu saptanmıştır. Given ve arkadaşlarının (15) çalışmalarında kanser hastalarının, özellikle hastasına bakım veren eşlerin "rol performansında" ve "sosyal etkileşimde" değişimin en sık yaşanan sosyal gereksinimler olduğu belirtilmiştir. Özellikle bu gereksinimler, eşler orta yaşta ise çocuk bakımı, ev işleri, mesleki rollerin ve değişen ekonomik durumun da devreye girmesi ile daha da artmaktadır.

Kanser hastalarının yalnızca fiziksel değil psikososyal alanda da sorunları bulunmaktadır. Kanserli hastalarda en sık görülen ruhsal bozukluk depresyondur ve psikiyatrik morbidite %38-47 arasında değişebilen oranlarda bildirilmektedir (21). Kansere karşı hissedilen çaresizlik duygusu ve yaşanan kontrol kaybı sonucunda hastaların benlik saygısı düşülebilmekte ve depresyonun ortaya çıkması kolaylaşabilmektedir (30). Çalışmamızda, HAD ölçeğine göre, hastaların anksiyete ölçek puan ortalaması 8.4 ± 4.16 (sınırdan-anormal) olarak saptanırken, depresyon ölçek puan ortalaması 7.6 ± 4.77 olarak (normal) belirlenmiştir. SF-36 skala skorları ile HAD skala skorları arasındaki korelasyon incelenmiş, depresyon skoru ile anlamlı bir korelasyon bulunmazken, anksiyete skoru, SF-36 skalasının tüm alt boyutları ile anlamlı ancak ters yönde korelasyon göstermiştir ($r = -0.65$). Yaşam kalitesi düşük olan grubun anksiyetesinin ön plana çıkmış olduğu söylenebilir. Hastalığın prognozu ile ilgili belirsizlik, kişisel yeterliliğin kaybedileceği gibi geleceğe yönelik endişeler, buna yol açabilir. Tedavi ve bakım sürecinde bu durumun sağlık çalışanları tarafından göz önünde bulundurulması oldukça önemlidir (29). Twycross ve Linchster'in (31) belirttiğine göre, yalnızlık, ümitsizlik ileri evre kanser hastalarında bakım olduğundan depresyon, intihar, anksiyete gibi semptomlar bu dönemde en sık rastlanan psikiyatrik sorunlardır ve hastanın yaşam kalitesini düşürmektedir. Vachon (32) da çalışmasında tüm kanser hastalarında psikolojik semptomların %25 oranında görüldüğünü ve bu oranın hastalığın ilerlediği dönemde %77'ye kadar çıktığını belirtmiştir. Breitbart ve arkadaşlarının (33) belirttiğine göre kanser hastalarının, özellikle ileri evredeki hastaların yaşadığı

psikolojik zorlanma %61-79 arasında değişirken, diğer hastalıklarda bu oran %18'lere düşmektedir. Buna göre, kanser hastalarının psikolojik sorunlarının prevalansı diğer sağlık sorunu yaşayan popülasyona göre daha yüksektir. Akciğer kanserli hastalarda depresyon prevalansı %15 olarak bulunmuştur. Kanser hastalarında görülen psikolojik zorlanmalar, fiziksel durum, ağrı, yeterlilik, duygusal iyilik hali, sosyal ilişkiler, hastalık uyumu ve rollerle ilişkili bulunmuştur (30).

Çalışmamızda hastaların ECOG performans değerlendirmelerinde, %20.5'inin 0; %44.1'inin 1; %32.4'ünün 2; %3'ünün 3 skora sahip oldukları saptanmıştır. Buna göre, hastaların çoğunlukla orta düzeyde performansları olduğu söylenebilir. Yapılan çalışmalarda da benzer bulgular elde edilmiştir (13, 34,35).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda hastaların genelde hastaneye son iki evrede başvurdukları, yaşam kalitelerinin düşük olduğu ve disiplinlerden yeterince faydalanamadıkları gözlenmiştir. Özellikle ileri evre akciğer kanserli hastalarda uygulanan tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde hastanın yaşam kalitesindeki artışın önemi unutulmamalıdır. Akciğer kanserlerinde hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kaliteleri ile ilgilenmek sağlık çalışanlarının temel görevi olmalıdır. Multidisipliner ekip çalışması anlayışı ile hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin yükseltilmesi için onkolog (radyasyon, cerrahi, medikal), onkoloji hemşiresi, psikiyatr, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, fizyoterapist, "bütüncül tedavi ve bakım" yaklaşımı ile tedavi ve bakım vermelidir.

Anksiyete ve depresyon, tedavi ve hastalık süresince arttığı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği için, sağlık çalışanlarının, hastalarda anksiyete ve depresyona yol açabilecek fiziksel ve psikososyal belirtileri iyi tanımaları, anksiyete ve depresyon düzeylerini değerlendirerek hastaya uygun tedavi ve bakım standardı geliştirebilmeleri gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Jemal A, Thomas A, Murray T et al. Cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin 52: 23-47, 2002.

2. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, et al. Estimating the world cancer burden: Globocan 2000. Int J Cancer 94:153-6, 2001.
3. Çelik İ. Akciğer kanserinde epidemiyoloji. In: Engin K, Özyardımcı N; eds. Akciğer kanserleri. Tanı ve tedavide temel ilkeler ve uygulamalar. 1. Baskı. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti.; 2001. s. 50-56.
4. İtil O. Akciğer kanserlerinin epidemiyolojisi ve etyolojisi. In: Haydaroglu A; ed. Akciğer kanserleri: Tanı ve tedavi. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi; 2000. s.15-34.
5. Spiro SG, Porter JC. Lung cancer-where are we today? current advances in staging and nonsurgical treatment. Am J Respir Crit Care Med 166:1166-96, 2002.
6. Spigel DR, Greco FA. Chemotherapy in metastatic and locally advanced non-small cell lung cancer. Semin Surg Oncol 21:98-110, 2003.
7. Albain KS, Rusch VW, Crowley JJ, et al. Concurrent cisplatin/etoposide plus chest radiotherapy followed by surgery for stages IIIA (N2) and IIIB non-small-cell lung cancer: mature results of Southwest Oncology Group phase II study 8805. J Clin Oncol 13:1880-1892, 1995.
8. Wynder EL, Hoffman D. Smoking and lung cancer: scientific challenges and opportunities. Cancer Res 54: 5284-5295, 1994.
9. Bektaş HA, Akdemir N. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 26:488-499,2006.
10. Göksel T, Güzelant A. Akciğer kanserinde yaşam kalitesi değerlendirmeleri. In: Hastürk S, Yüksel M; eds. Akciğer kanseri. İstanbul: Bilmedya Grup. 2000. s.359-75.
11. Ferrer M, Alonso J, Morera J, et al. Chronic obstructive pulmonary disease stage and health-related quality of life. Ann Intern Med 127: 1072-9, 1997.
12. Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya Y, ve ark. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi HYO Dergisi 21: 13-31, 2005.
13. Myrdal G, Valtysdotir S, Lambe M, Stahle E. Quality of life following lung cancer surgery. Thorax 58: 194-197, 2003.
14. Kvale PA, Simoff M, Prakash UDS. Palliative care. Chest 123:284-311, 2003.
15. Given B. The impact of age, treatment and symptom on the physical and mental health of cancer patients. Cancer Supplement 74: 2128-2138, 2004.

16. Hajiro T, Nishimura K, Tsuniko M, et al. Comparison of discriminative properties among disease specific questionnaires for measuring health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care* 157: 785-90, 1998.
17. Ware JR, Sherbourne CD. The MOS 36- item short form health survey (SF-36) Conceptual framework and item selection. *Med Care* 30: 473-83, 1992.
18. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G ve ark. Kısa form-36'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi* 12: 102-6, 1999.
19. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, ve ark. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 8: 280-7, 1997.
20. Primomo J. When a family member has a chronic, fatal illness:dealing with death. *AJN* 97:70-72, 1997.
21. Babaoğlu E, Öz F. Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. *HEMARGE Dergisi* 2:31-36, 2003.
22. Smeenk F, Witte LP, Haastregt JCM, et al. Transmural care of terminal cancer patients: effects on the quality of life of direct caregivers. *JNR* 47: 129-136, 1998.
23. Shyu YL. Patterns of care giving when family caregivers face competing needs. *JAN* 31: 35-43, 2000.
24. Blanchard C, Albrecht T, Ruckduschel J. The crisis of cancer: psychological impact on family caregivers. *Oncology* 11: 221-228, 1997.
25. Eng AM. The hospice interdisciplinary team: a synergistic approach to the care of dying patients and their families. *HNP* 7:49-56, 1993.
26. Ostwald K. Family caregiver research: multidisciplinary approaches to reduce family stress. *Nursing and Health Sciences* 2: 27-35, 2000.
27. Lewis S, White CA, Dorris L. Psychosocial care within a multidisciplinary breast cancer team. *The Journal of Clinical Governance* 10: 304-307, 2005.
28. Boyle P, Autier P, Bartelink H, et al. European code against cancer and scientific justification. *Ann Oncol* 14: 973-1005, 2003.
29. Özyılkan Ö, et al. Questionnaire for the assessment of quality of life in cancer patients in Turkey. *Mat Med Polona* 27: 153-156, 1995.
30. Okamura H, Akechi T, Kaguya A, et al. Depression in patients with advanced cancer. In: Eguchi K, Klastersky J, Feld R, eds. *Current perspectives and future directions in palliative medicine*. New York: Springer, 1998:67-76.
31. Twycross R, Linchter I. *The Terminal Phase*. Oxford Textbook of Palliative Medicine. (Ed: Doyle D., Hanks G. W.C. Mac Donald N), New-York, Oxford University Pres, 1999.
32. Vachon MLS. *The Emotional Problems of The Patient*. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Ed: Doyle D., Hanks G. W.C. Mac Donald N, NewYork, NewYork, Oxford University Pres, 1999.
33. Breitbart W, Chochinov HM, Passik S. *Psychiatric Aspects of Palliative Care*. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Ed: Doyle D., Hanks G. W.C. Mac Donald N, NewYork, New-York, Oxford University Pres, 1999.
34. Ferrell BR, Grant M, Funk B, et al. Quality of life in breast cancer. *Cancer Nursing* 20: 398-408, 1997.
35. Soyuyğit Ş, Erk M, Güler N, Kılınç G. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesinin belirlenmesinde SF-36 sağlık taramasının değeri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 54: 259-266, 2006.

Yazışma Adresi

Dr. Gül PINAR
Başkent Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü
Bağlıca Kampüsü
ANKARA