

# Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi

Gül PINAR<sup>1</sup>, Lale ALGIER<sup>1</sup>, Meriç ÇOLAK<sup>2</sup>, Ali AYHAN<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

<sup>2</sup> Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü

<sup>3</sup> Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, ANKARA

## ÖZET

Jinekolojik kanserlerin kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri çok boyutludur. Bu çalışmada jinekolojik kanser tanısı almış olan bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışma, 15 Nisan-15 Mayıs 2008 tarihleri arasında, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesinde yatarak tedavi gören (n=77) ve aynı hastanenin Kadın Doğum Polikliniğinde izlenen (n=74) toplam 151 jinekolojik kanserli hasta ile gerçekleştirilmiştir. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan soru kağıdı ve kanserli hastalarda yaşam kalitesini belirlemek amacıyla geliştirilmiş ve ülkemizde Beşer tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan EORTC QLQ-C30 ölçeği ile toplanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların Genel İyi Hali ve Yaşam Kalitesi ortalaması 51.54±22.20 olarak bulunmuştur. Fonksiyonel durumlar içinde en fazla duygusal (49.55±32.42) ve sosyal alanlarda (55.18±32.49) olumsuz etkilenme olduğu, bunu rol fonksiyonları (57.06±19.09), fiziksel fonksiyonlar (59.91±22.87) ve bilişsel fonksiyonların (66.33±27.45) izlediği görülmüştür. Yaşam kalitesi ölçeğinin semptom alt grubu için, ağrı (49.06±31.55) ve ekonomik güçlüklerin (51.87±33.34) yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir.

Çalışmamızda, hastaların, özellikle emosyonel fonksiyonlarının önemli derecede düştüğü ve olumsuz etkilendikleri belirlenmiştir (p<0.05). Bu da hastaların yaşam kalitesinin bozulduğunu ifade etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kanser, Jinekolojik kanserler, Yaşam kalitesi

## ABSTRACT

### Quality of Life in Patients with Gynecologic Cancer

The negative effects of gynecological cancers are multidimensional. The aim of this study was to determine the quality of life in patients with gynecological cancers.

Patients followed in gynecology clinic (n=77) and outpatient clinic (n=74) because of a gynecological cancer between April 15 and May 15, 2008 were included in this study. A questionnaire prepared by the researchers and EORTC QLQ-C30 scale validated in Turkish by Beser were applied to the participants.

Mean (±SD) quality of life was determined as 51.54±22.20. Emotional (49.55±32.42) and social (55.18±32.49) aspects were mostly affected among the functional parameters. Others such as role (57.06±19.09), physical (59.91±22.87) and cognitive (66.33±27.45) functions were also negatively affected. Among the "symptom subgroup of quality of life scale", pain (49.06±31.55) and economic difficulties (51.87±33.34) were also determined to be negatively affected parameters.

Especially emotional functions have been observed to decrease significantly in this cohort (p<0.05), which indicates the impaired quality of life in cancer patients. It has been noted that anxiety and depression increased during the follow up of patients that affects the quality of life negatively.

**Key Words:** Cancer, Gynecological cancers, Quality of life

## GİRİŞ

Yaşam kalitesi bireysel iyilik halinin bir anlatımıdır ve yaşamın farklı alanlarında öznel bir doyum ifadesidir. Yaşam kalitesi aile, iş yaşamı ve sosyo-ekonomik koşulları içermekle birlikte, bireyin hedefleri, beklentileri, umutları ve düşleri ile gerçekler arasındaki farklılığı yani bireyin günlük yaşamından aldığı doyum ve iyilik algısını da içermektedir (1,2). Tıp alanında yaşam kalitesi, hastanın fiziksel, emosyonel ve sosyal iyilik halinin ifadesidir (3).

Jinekolojik kanserlerde uygulanan cerrahi girişimler, kemoterapi ve radyoterapinin etkileri kadının beden imajı, cinsel kimliği ve üreme yeteneğine yönelik algılamasını, hastanın ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (4). American Cancer Society (Amerikan Kanser Derneği)'nin 2007 yılı verilerine göre, ABD'de kadınlarda görülen kanser vakaları sıralamasında endometrium ve over kanserleri, 4. ve 5. sırada yer almaktadır. Serviks kanseri ise tarama testleri ve erken tanı sonucu genel sıralamada 8. ve jinekolojik kanser vakalarında ise 3. sırada yer almaktadır (2). Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi verilere göre, kadınlarda görülen kanser sıralamasında ürogenital kanserler %17.5 oranı ile meme ve sindirim sistemi kanserlerini takiben 3. sırada yer almaktadır (5).

Bu çalışmada jinekolojik kanser tanısı almış olan bireylerin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## MATERYAL VE METOD

Araştırma, tanımlayıcı türde kesitsel bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini 15 Nisan-15 Mayıs 2008 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde over, endometrium ve serviks kanseri tanısı ile yatarak tedavi gören (n=77) ve Başkent Üniversitesi Maltepe Kadın Doğum Polikliniği'nde aynı tanılarla ayaktan izlenen (n=74) toplam 151 hasta oluşturmuştur. Evrenin tümüne ulaşılması hedeflendiğinden örneklem seçimine gidilmemiştir. Çalışma kapsamına alınması uygun olan hastalara araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verildikten sonra onamları alınmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan ve hastaların sosyodemografik özellikleri, sağlık durumları ve tedavileri ile ilgili bilgileri içeren soru kağıdı kullanılmıştır.

Örnekleme kapsamına alınan hastaların yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla ise EORTC tarafından geliştirilmiş, Beşer ve Öz (6) tarafından kapsama geçirilmiş ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan (Cronbach alfa katsayısı,  $r = 0.9014$ ) EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden yararlanılmıştır. EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği genel iyilik hali, fonksiyonel güçlükler ve semptom kontrolü olmak üzere üç alt başlık ve 30 soru içermektedir. Ölçekteki 30 maddeden ilk 28'i dörtlü likert tipi ölçektir ve maddeler Hiç: 1, Biraz: 2, Oldukça: 3 ya da Çok: 4 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin 29. sorusunda hastadan 1'den 7'ye kadar olan ölçek ile (1: Çok kötü ve 7: Mükemmel) sağlığını ve 30. soruda genel yaşam kalitesini değerlendirmesi istenmektedir. 29. ve 30. sorular genel iyilik hali alanını oluşturan sorulardır. Bu bölümden alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise yaşam kalitesinin düştüğünü ifade etmektedir.

Fonksiyonel Alan ve Semptomlar bölümlerinde ise alınan puanların düşük olması yaşam kalitesinin yüksek, puanların yüksek olması ise yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. Soru kağıdı ve EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği, hastalara yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler, SPSS 11.5 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Sosyodemografik veriler sayı ve yüzdelerle değerlendirilmiştir. Sosyodemografik değişkenlerle yaşam kalitesinin karşılaştırılmasında varyans analizi, Man Whitney-U testi ve ki-kare önemlilik testinden yararlanılmıştır.

## BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hastaların %51'i yatarak, %49'u ayaktan (poliklinikte) tedavi görmekte idiler. Hastaların %35.1'i 21-40 yaş, %51.7'si 41-60 yaş ve %13.2'si 61-80 yaşları arasındaydı. Çoğunun lise (%29.1) ve üniversite mezunu (%23.8) olduğu, %59.6'sının evli, %51'inin ev hanımı olduğu saptanmıştır. Hastaların %95.3'ünün sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır. Hastaların yarısından çoğunun ekonomik durumlarının "orta" düzeyde (%55) olduğu, %56.9'unun halen eşi ve çocuklarıyla birlikte, %17'sinin ise yalnız yaşamakta olduğu saptanmıştır.

Hastaların yaklaşık üçte biri daha önce tedavisini olmuş ve hastaneye izlem amaçlı başvurmuştur. Hastaların hastalıkları ile ilgili olarak destek aldıkları bireyler değerlendirildiğinde %57.3 oranı ile eş ve çocukların ilk sırada yer aldığı saptanmıştır. Hastaların %29.1'i hastalıkları ile ilgili olarak yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların %34.4'ünün jinekolojik kanser dışında "diyabet, hipertansiyon, hepatit B, hepatit C, osteoporoz, romatizma, hiperlipidemi" gibi başka sağlık sorunları olduğu saptanmıştır.

Hastaların %39.7'si endometrium, %30.5'i over ve %29.8'i serviks kanseri tanısı almıştır (Tablo 1) Araştırmanın yapıldığı tarihte hastaların %39.8'inin 0-9 ay, %25.8'inin 10-18 ay, %19.2'sinin 19-36 ay ve %15.2'sinin 36 ay önce tanı aldıkları saptanmıştır. Hastaların %70.8'i halen hastalığına yönelik bir tedavi almakta ve tedavi alan hastaların %74.8'ine kemoterapi, %15.1'ine radyoterapi uygulanmaktadır. Ameliyat edilen hastaların oranı %10.1'dir. Hastaların %53'ü geçmişte hastalığına yönelik bir tedavi almışlardır. Geçmişte alınan tedavilerin %39.1'i cerrahi, %35.4'ü kemoterapi ve %25.5'i radyoterapidir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması 51.54±22.20 olarak bulunmuştur (puanlar 0-100 arasında) (Tablo 2).

Fonksiyonel durum alt grup ortalamaları değerlendirildiğinde, bilişsel fonksiyon 6633±27.45, fizik fonksiyon 59.91 ± 22.87, rol fonksiyon 57.06 ± 19.09, sosyal fonksiyon 55.18 ± 32.49, duygusal fonksiyon 49.55 ± 32.42 olarak bulunmuştur. Semptomlar alt grubu içerisinde ekonomik güçlük puan ortalaması 51.87 ± 33.34, yorgunluk puan ortalaması 51.33 ± 28.43, ağrı puan ortalaması 49.06 ± 31.55, uykusuzluk puan ortalaması 47.41 ± 33.76, kabızlık puan ortalaması 39.20 ± 32.08, iştahsızlık puan ortalaması 38.49 ± 34.44, bulantı ve kusma puan ortalaması 34.15 ± 30.32, solunum güçlüğü puan ortalaması 23.23 ± 31.00, ishal puan ortalaması 10.32 ± 19.11'dir (Tablo 2).

Çalışmamızda, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, diğer sağlık sorunları ve tedaviye devam etme durumunun yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Buna göre, genç yaşta kiler, evliler, mesleği ile uğ-

**Tablo 1.** Hastaların tanı ve tedavi ile ilgili özellikleri (n=151)

Hastalık Özellikleri	Sayı	Yüzde
<b>Tanı</b>		
Endometrium Ca	60	39.7
Over Ca	46	30.5
Serviks Ca	45	29.8
<b>Tanı Aldığı Zaman</b>		
0-9 ay	60	39.8
10-18 ay	39	25.8
19-36 ay	29	19.2
36 ayın üzeri	23	15.2
<b>Halen Tedavi Alma Durumu</b>		
Evet	119	70.8
Hayır	32	29.2
Halen uygulanan tedavi (n=119)		
Kemoterapi	89	74.8
Radyoterapi	18	15.1
Cerrahi	12	10.1
<b>Geçmişte Tedavi Alma Durumu</b>		
Evet	80	53.0
Hayır	71	47.0

raşanlar ve eğitim durumu yüksek olanlar daha iyi yaşam kalitesine sahiptir (p<0.05) (Tablo 3). Halen kemoterapi ve radyoterapi alanlar, başka sağlık sorunu olanlar ve hastalıkları ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıklarını söyleyenlerin genel iyilik hali ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu saptanmıştır (p<0.05). Ancak, yatarak ya da ayakta tedavi edilme durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 4).

Hastaların bir hafta önceki genel iyilik durumu ve yaşam kalitesi 1-7 arası skalaya göre değerlendirildiğinde, hastaların yaklaşık üçte biri "orta düzey" (4. skala) olarak tanımlanmışlardır. Çok kötü ve mükemmel kendi arasında değerlendirecek olursak,

**Tablo 2.** Hastaların Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	X	SS	Min	Max
Genel iyilik	51.5	22.2	0.00	100.0
<b>Fonksiyonel durum</b>				
Fiziksel fonksiyon	59.9	22.9	0.00	100.0
Rol performansı	57.0	19.1	0.00	100.0
Duygusal durum	49.5	32.4	0.00	100.0
Bilişsel durum	66.3	27.4	0.00	100.0
Sosyal durum	55.2	32.5	0.00	100.0
<b>Semptomlar</b>				
Yorgunluk	51.3	28.4	0.00	100.0
Bulantı-kusma	34.1	30.3	0.00	100.0
Ağrı	49.1	31.5	0.00	100.0
Dispne	23.2	31.0	0.00	100.0
Uyuma güçlüğü	47.4	33.8	0.00	100.0
İştah kaybı	38.5	34.4	0.00	100.0
Konstipasyon	39.2	32.1	0.00	100.0
Diyare	10.3	19.1	0.00	100.0
Ekonomik güçlük	51.9	33.3	0.00	100.0

genel itibariyle hastaların bir önceki hafta sağlık durumlarında mükemmelin yüzdesi, çok kötünün yüzdesinden daha iyi olduğu görülmektedir (Grafik 1-2). Hastalar hastalıkları ile ilgili yaşanan sıkıntının nedeninin tek başına “ağrı” değil tüm semptomlara bağlı olduğunu, ancak “ağrı” sorunu ile baş etmede daha fazla güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Hastalık süresinin yaşam kalitesi üzerinde etkili olup olmadığı incelenmiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Hastalıklarla ilgili özel bakım gerektiren durumlar arasında “invazif girişimler”in yaygın olduğu belirlenmiştir (%61.9).

## TARTIŞMA

Jinekolojik kanserler, meme kanserinden sonra kadınlardaki morbidite ve mortalitenin en büyük nedenlerinden biridir. Bu kanserlerin insidansı tüm

dünyada artmakla birlikte Batı’da ölüm hızı 40 yıl öncesine göre düşme göstermektedir. Ölüm hızındaki bu düşüş erken tanı ve tedavi tekniklerinin gelişmesinin bir sonucudur (2,7).

Jinekolojik kanserlerin kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri çok boyutludur (2). Jinekolojik kanserlerde uygulanan tanı ve tedavi işlemleri, diğer organ kanserlerinde yaşanan sorunların yanı sıra, beden imajı, cinsel kimlik ve üreme yeteneğiyle ilgili olarak birey ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle semptomlarla ilişkili rahatsızlıklar, kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve tedavi önerilerine uyumlarını güçleştirmektedir (8).

Yaşam kalitesi, fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal katılım, kişiler arası ilişkiler, kendi potansiyelini gerçekleştirme, entelektüel gelişim ve spirüel iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (9). Ferrans (7) ise bunlara ekonomik ve

**Tablo 3.** Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarına etkisi

Değişkenler	Genel		Fonksiyonel		Semptom	
	İyilik	p	Durum	p		p
Yaş	F:5.768		F:0.6298		F:1.2852	
	p:0.004	<0.05	p:0.5808	> 0.05	p:0.3977	> 0.05
Eğitim durumu	F:3.312		F:0.6874		F:0.9192	
	p:0.012	<0.05	p:0.6312	> 0.05	p:0.5047	> 0.05
Medeni durum	F:2.724		F:0.919		F:1.5853	
	p:0.046	<0.05	p:0.5016	> 0.05	p:0.4575	> 0.05
Çalışma durumu	Z: -3.042		Z: -0.9024		Z: -0.5601	
	p:0.002	<0.05	p:0.3928	> 0.05	p:0.6041	>0.05

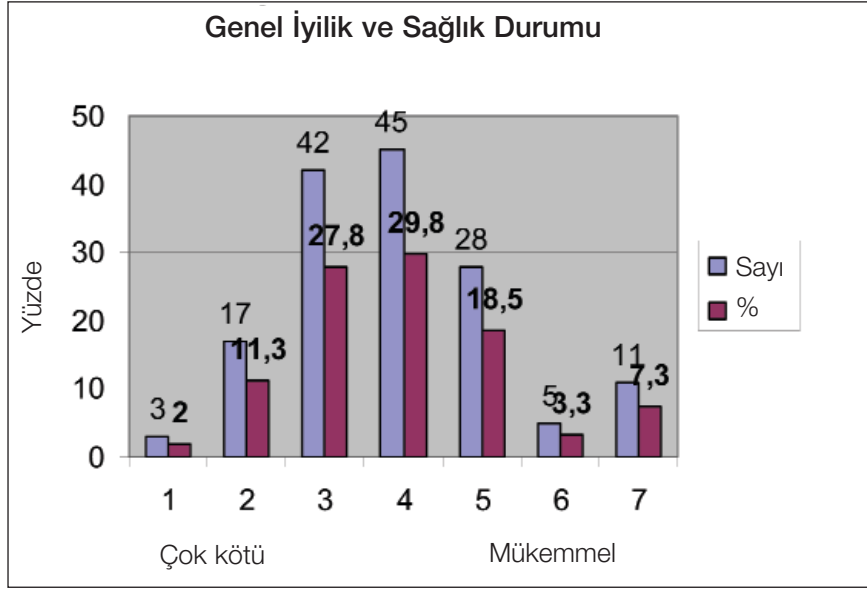
aile boyutunu eklemiştir. Yaşam kalitesinin sorgulanması, sağlık bakım profesyonelleri açısından, tedaviyle ilişkili sorunları değerlendirmede, klinik gi-dişe karar vermede ve hastaların yaşam kalitesinin sürdürülmesinde önemli bir kriter haline gelmiştir (10).

Çalışmamızda hastaların EORTC yaşam kalitesi puan ortalaması  $51.54 \pm 22.20$  olarak bulunmuştur. Bu durum hastaların yaşam kalitesinin önemli derece-

de düştüğü ve hastalıktan olumsuz etkilendiklerini ortaya koymaktadır ( $p < 0.05$ ). Kav ve ark.'nın (11) ileri evre kanser tanısı alan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmanın sonucuna göre, hastaların genel iyilik hali ve yaşam kalitesi puan ortalaması  $46.4 \pm 24.1$  olarak tespit edilmiştir. Greimel ve ark. (12) jinekolojik kanser tanısı almış 248 hastaya tedavi öncesinde, tedavi sırasında ve sonrasında üç kez EORTC ölçeği uygulamıştır. Tedavi esnasında has-

**Tablo 4.** Hastaların hastalıkları ile ilgili özelliklerinin Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarına etkisi

Değişkenler	Genel		Fonksiyonel		Semptom	
	İyilik	p	Durum	p		p
Halen tedavi alma durumu	Z: -2.293		Z = -0.5232		Z: -1.233	
	p=0.022	< 0.05	p=0.6432	>0.05	p=0.3578	>0.05
Diğer-sağlık sorunları	Z: -2.308		Z= -1.0122		Z: -1.2537	
	p=0.021	<0.05	p=0.4476	> 0.05	p=0.3588	> 0.05
Hastalığı ile ilgili bilgiye sahibi olma	Z: -3.541		Z: -0.879		Z: -0.7978	
	p=0.001	<0.05	p=0.391	> 0.05	p=0.3848	> 0.05
Yatarak/Ayakta tedavi olma	Z: -1.523		Z: -2.4066		Z: -2.2807	
	p=0.128	> 0.05	p= 0.0974	>0.05	p= 0.0544	> 0.05



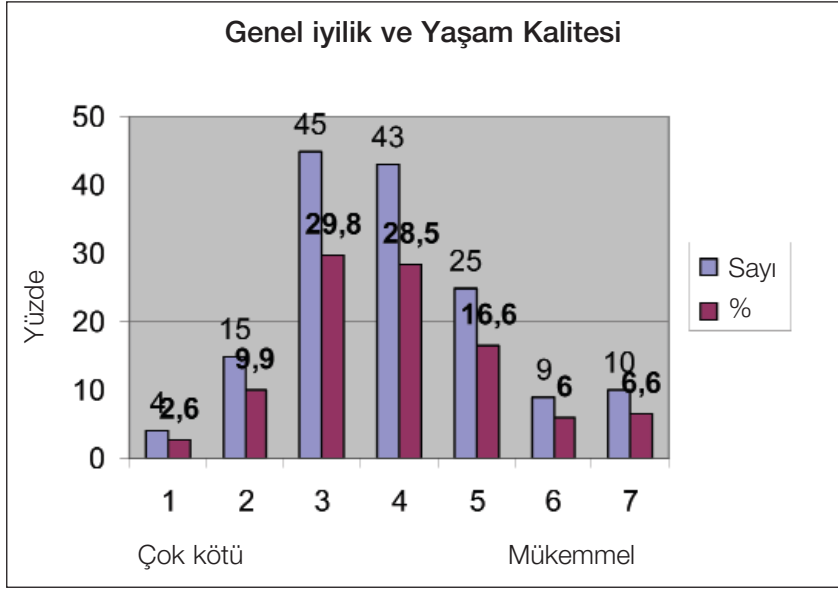
**Grafik 1.** Genel iyilik ve sağlık durumu

taların üçte ikisinde emosyonel problemlerin olduğu, tedaviden sonra ise fiziksel ve rol fonksiyonlarında azalma olduğu gözlenmiştir. Yapılan diğer bir çalışmada da kanser tanısı alan ve tedaviye başlayan hastaların; fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik dengelerinin bozulduğu ve yaşam kalitelerinin düştüğü saptanmıştır (13).

Kanserli hastalar, hastalık sürecinden kaynaklanan semptomlar kadar kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri olan ağrı, anoreksiya, kaşeksi, tat değişiklikleri, alopesi, bulantı, kusma, dehidratasyon, mukozit, yorgunluk, dispne, kemik iliği süpresyonu, depresyon, anksiyete gibi fiziksel ve emosyonel semptomları yoğun bir şekilde yaşamaktadırlar (14,15). Wenzel ve ark.'nın (4) çalışmasında hastaların tedavilerinin yan etkileri olarak, ağrı, bulantı kusma, anemi, yorgunluk, periferik nöropati, emosyonel distres ve seksüel disfonksiyon yaşadıkları ve belirtilere bağlı olarak yaşam kalitelerinin önemli düzeyde azaldığı saptanmıştır.

Çalışmamızda, hastaların en fazla duygusal ( $49.5 \pm 32.4$ ) ve sosyal alanlarda ( $55.2 \pm 32.5$ ) yaşam kalitelerinin düştüğü vesemptomlar alt grubunda ise en fazla ekonomik güçlük ( $51.9 \pm 33.3$ ) ve yorgunluk ( $51.3 \pm 28.4$ ) puanlarının yüksek olduğu (yaşam kalitesinin düştüğü) belirlenmiştir. Bunun yanı sıra, tedavilere bağlı ağrı, ( $X=49.1 \pm 31.5$ ) gast-

rointestinal sağlık sorunları ve uykusuzluk durumlarının da yoğun yaşandığı gözlenmektedir. Lampic ve ark.(16)'nın yaptığı çalışmada, kanser tanısı alan hastaların hastalığa ve tedavi sürecine uyum sorunları yaşadıklarını ve sosyal gereksinimlerini yeterince karşılayamadıkları belirtilmiştir. Aynı çalışmada hastaların duygusal sorunlardan “ruhsal sıkıntı, ümitsizlik, bireysel baş etmede etkisizlik, rol performansında değişim, depresif duygulanım”, sosyal sorunlardan; “günlük işleri sürdürmede yetersizlik, sosyal izolasyon” yaşadıkları saptanmıştır. Steginga & Dunn (17) tarafından jinekolojik kanser tedavi deneyimlerini belirlemek için yapılan retrospektif araştırma sonucunda hastaların ölüm, ağrı, depresyon, anksiyete, öfke gibi psikososyal güçlükler; bulantı, kusma, ishal, ağrı, kilo kaybı, ciltte kuruma, vajinal problemler gibi fizik yan etkiler; seksüel fonksiyon bozukluğu, menapozal semptomlar, infertilite, seksüel yakınlıktan kaçınma gibi seksüel sorunlar yaşadıkları belirtilmiştir. Velji & Fitch (18), jinekolojik kanserli hastaların deneyimleri ve duygusal durumlarını belirlemek için yaptıkları çalışmada tedavi öncesi anksiyetelerinin yüksek olduğunu, yorgunluk, bulantı, kusma, ishal, uyku bozukluğu, iştahsızlık, ağrı, vajinal iritasyon ve akıntı gibi yan etkiler yaşadıklarını belirtmiştir. Bu sonuçlar ve çalışmamızdan elde edilen bulgular, hastaların tedavi süreci ile ilgili yaşadıkları psikolojik du-



**Grafik 2.** Genel iyilik hali ve hayat kalitesi

rum ve terapötik yan etkiler sonucu yaşam kalitesinin önemli ölçüde etkilendiğini göstermektedir. Bu açıdan bakıldığında kanserli hastaların yaşadığı semptomların sistematik olarak değerlendirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması için tüm sağlık ekibinin katıldığı bireysel ya da grup eğitimleri verilmesi büyük önem taşımaktadır (9).

Çalışmamızda hastaların hastalıklarıyla ilgili özel bakım gerektiren durumlarının neler olduğu incelenmiş ve “invazif girişimler”in yaygın olduğu belirlenmiştir (%61.9). Bu sonuç, araştırma kapsamına alınan hastaların çoğunlukla yatarak tedavi olmaları ve kemoterapi almaları nedeniyle doğal karşılanmaktadır.

Çalışmamızda hastaların yaşam kalitesinin, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, farklı sağlık sorunlarının olması ve hastanın birlikte yaşadığı kişilerden etkilendiği saptanmıştır. Hastaların yaşı ilerledikçe, genel iyilik halinde bozulma olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Misher & Sorenson (19)'un çalışmasında, farklı olarak, kanser tanısı ile izlenen genç kadınların ileri yaş grubuna göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu, özellikle duygusal ve rol fonksiyonlarında sorun yaşadıkları saptanmıştır. Kızılcı (20) kemoterapi alan kanser hastalarının yaşam kalitesini belirlemek üzere yaptığı ça-

lışmasında, yaş faktörünün yaşam kalitesinin fonksiyonel ve semptom alt grubu üzerinde etkili olmadığını, ancak 65 yaş ve üzerindeki hastaların sıklıkla iştah kaybı ve uyuma güçlüğü yaşadıklarını saptamıştır. Son yıllarda tanı ve tedavi olanaklarının gelişmesiyle erken tanılama gerçekleşmekte ve dolayısıyla yaşam süresi uzamaktadır. Yaşam süresinin uzaması ise hasta bireyde kanser ile daha uzun yıllar yüz yüze kalmayı, kanser ile savaşmayı, kansere karşın kanser ile birlikte yaşamayı öğrenmeyi ve kaliteli bir yaşam sürdürme zorunluluğunu gündeme getirmektedir (3). Bu görüşten hareketle çalışmamızda hastalığın başlangıcından tedavi sürecine kadar olan sürenin yaşam kalitesi üzerinde etkili olup olmadığı incelenmiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Bununla ilgili literatürde farklı sonuçlar bulunmaktadır. Misher & Sorenson (19), prognostik işlemler ve tedavi toksisitesine bağlı olarak hastaların yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini belirtmişlerdir. Tahmasebi ve ark. (21), Carter ve ark. (22) tedavi sürecinde, semptom kontrolü sayesinde, hastaların yaşam kalitelerinin tedavi öncesine göre daha iyi olduğunu ve tedavi sürecine uyum sağladıklarını belirlemişlerdir.

Çalışmamızda evli olanların, herhangi bir işte çalışanların ve eğitim durumu yüksek olanların yaşam kalitelerini daha iyi sürdürdükleri saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 3). Eğitim seviyesi yüksek olanların ve bir mesleği olanların sosyal çevre ve desteğe daha rahat ulaşabilecekleri düşünülmektedir. Aynı zamanda bu hastaların sağlığı yönetim bilgisi, genel sağlığını olumlu yönde etkileyebilir. Kızılcı (20) da çalışmasında ekonomik sorun yaşayanların yaşam kalitesinin, sorun yaşamayanlara göre, daha düşük olduğunu bildirmiştir ( $p<0.05$ ). Tahmasebi ve ark.'nın (21) çalışmasında jinekolojik kanserli bireylerin medeni durum, meslek, eğitim durumu ve çalışma durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Çalışmamızda, araştırmaya katılanlar, hastalıkları ile ilgili yaşanan sıkıntının tek başına "ağrı" ya bağlı değil tüm semptomlara bağlı olduğunu, ancak "ağrı" sorunu ile baş etmede daha çok güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, tedaviye henüz devam edenlerin, başka sağlık sorunu olanların ve hastalıkları ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıklarını söyleyenlerin genel iyilik halinin düştüğü saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Ancak, fonksiyonel iyilik durumu ve semptom alt grubu açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Çalışmada, yatarak ya da ayakta tedavi edilme durumunun da yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4).

#### KAYNAKLAR

1. Klastersky J, Schimpff SC, Senn HJ. Handbook of supportive care in cancer. New York: Marcel Dekker Inc, 1995; 147-56.
2. American Cancer Society Cancer Facts and Figures. 2007 Annual Report. California Division and Public Health Ins. erişim: [www.cancer.org/docroot/CRI](http://www.cancer.org/docroot/CRI)
3. Özyılkan Ö. Questionnaire for the assesment of quality of life in cancer patients in Turkey. *Materia Medica Polona* 27:153-156, 1995.
4. Wenzel L, Vergote I, Cella D. Quality of life in patients receiving treatment for gynecologic malignancies: Special considerations for patient care. *Int J Gynecol Obstet* 83:211-229, 2003.

5. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye'de Bölgelere ve Cinsiyete Göre Kanser Olguları, 2002 yılı verileri, [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr) (son erişim tarihi: 09.03.2008).
6. Beser N, Öz F. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 7: 47-58, 2003.
7. Ferrans, CE. Quality of life as an outcome of cancer care. In: Yarbro CH, Frogge MH, Goodman M (eds): *Cancer Nursing Principles and Practice*. Jones and Bartlett, 2000.
8. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara, Sistem Ofset, 2007; 429-446.
9. Cella DF. Quality of life: The concept. *J Palliative Care* S(3):8-13, 1992.
10. Given B. et al. The impact of age, treatment and symptom on the physical and mental health of cancer patients. *Cancer Supplement* 74: 2128-2138, 2004.
11. Kav S, Yuce S, Bakar M, Algier L, Ozyılkan O. Palliative care needs of the patients with advanced cancer in Turkey. 20th MASCC International Symposium Supportive Care in Cancer Online Symposium Book. P240; June 28-30, St. Gallen, Switzerland, 2007.
12. Greimel E, Thiel. I, Peintinger F, Cegnar I, Pongratz E. Prospective Assessment of Quality of Life of Female Cancer Patients. *Gynecol Oncol* 85:140-147, 2002.
13. Bektaş HA, Akdemir N. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 26:488-499, 2006.
14. Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 21: 13-31, 2005.
15. Lutgendorf SK, Anderson B, Ullrich P, Johnsen EL, Buller RE, Sood AK, Sorosky JJ, Ritchie J. Quality of life and mood in women with gynecologic cancer. A one year prospective study. *Cancer* 94 : 131-140, 2002.
16. Lampic C, Peterson VW, Larsson G, Sjöden O, Essen L. Anxiety and depression in hospitalized patient with cancer: Agreement in patient-staff dyads. *Cancer Nursing* 19: 419-427, 2003.
17. Steginga SK, Dunn J. Women's experiences following treatment for gynecologic cancer. *Oncology Nursing Forum* 24: 1403-1408, 1997.



18. Velji K, Fitch M. The experience of women receiving brachytherapy for gynecologic cancer. *Oncology Nursing Forum* 28:743-51, 2001.
19. Mishel M, Sorenson DS. Coping with uncertainty in gynecological cancer: A test of the mediating functions of mastery and coping. *Nurs Res* 40: 167-171, 1991.
20. Kızılcı S. "Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler", C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 3: 18-25, 1999.
21. Tahmasebi M, Yarandi F, Eftekhari Z, et al. Quality of life in gynecologic cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev* 8:591-592, 2007.
22. Carter JR, Chen MD, Fowler JM, et al. The effect of prolonged cycles of chemotherapy on quality of life in gynaecologic cancer patients. *J Obstet Gynaecol Res* 23:197-203, 1997.

#### **Yazışma Adresi**

Dr. Gül PINAR

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

ANKARA

Tel: (0.312) 234 10 49

Faks: (0.312) 234 11 54

e-mail: gpinar@baskent.edu.tr