

Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Oral Mukozit

Zeynep Güngörmüş¹, Özden Bulut Erdem²

¹Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, Erzurum, Türkiye

²Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik, Erzurum, Türkiye

ÖZET

Amaç: Bu çalışma; kanser hastalarında yaşam kalitesini ve oral mukoziti değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Hastalar ve Yöntemler: Araştırma, 01.07.2011 ile 01.01.2012 tarihleri arasında tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Atatürk Üniversitesi, Araştırma Hastanesi, Onkoloji servisinde derecelendirilmiş oral mukozit tanısı alan 121 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya ilgili kurumlardan izin alındıktan sonra başlanmış, çalışmanın amacı açıklanan ve kabul eden bireyler alınmıştır. Veriler, Tanıtıcı Özellikler Formu ve yaşam kalitesinin değerlendirmesinde; kronik hastalarda geçerlik ve güvenilirliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanan SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği aracılığıyla toplanmıştır. Veriler SPSS 20.0 programında değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışma sonucunda; 1. Kür ve mukozit derecesinde olanların, şehir merkezinde yaşayanların ve çocuğu olmayanların "fiziksel işlev", kanser dışı kronik hastalığı olmayanların "mental rol", çocuğu olmayanların "fiziksel rol", mukozit derecesi 1 olanların "ağrı", kadınların, ilde yaşayanların çocuğu olmayanların ve mukozit derecesi 1 olanların "mental sağlık", çocuğu olmayanların ve 1.kür tedavisini alanların "enerji", 1. kür tedavisi alanların "sosyal işlev", 1.derece oral mukoziti olanların, il merkezinde yaşayanların, bekarların, çocuğu olmayanların ve 1.kür tedavi alanların, "genel sağlık anlayışı" alt boyut puanları daha yüksek saptandı.

Sonuç: Oral mukozit derecesinin düşmesine bağlı olarak; 1. Derece mukoziti olanların çektikleri ağrı daha az, mental sağlıkları daha iyi ve genel sağlık anlayışları daha yüksektir. Kanser hastalarında yaşam kalitesini düşüren etkenler belirlenebilirse, sağlık profesyonelleri yaşam kalitesini iyileştirmek için gerekli stratejileri belirleyebilir ve gerekli girişimlerde bulunabilir.

Anahtar sözcükler: oral mukozit kanser, yaşam kalitesi, hemşirelik

ORAL MUCOSITIS AND LIFE QUALITY IN CANCER PATIENTS

ABSTRACT

Objectives: This study was conducted for the purpose of evaluating effect of oral mucositis on life quality in cancer patients.

Patients and Methods: This descriptive study was conducted between 01.07.2011 and 01.01.2012. The study was conducted with 121 patients who were diagnosed with oral mucositis graded in Oncology Service at Research Hospital of Ataturk University. The study was commenced after the permission had been obtained from concerning authority, and individuals who were informed about the purpose of the study and accepted to participate were included in the study. Data was collected using Form of Personal Properties and SF-36 Life Quality Scale which was adapted to Turkish community by making its validity and reliability studies for chronic patients in assessment of life quality. SPSS 20.0 Software was used to evaluate data.

Results: As a result of the study of the study, it was determined that those who receive 1st cure treatment and have 1st level oral mucositis, live in city center, have no children had higher scores in sub-scale of "physical function"; those who are have no other chronic disease except for cancer had higher scores in sub-scale of "emotional role"; those who have no children had higher scores in sub-scale of "physical role"; those with 1st level mucositis had higher scores in sub-scale of "pain"; those who live in provinces, have no children and 1st level mucositis had higher scores in sub-scale of "mental health"; those who have no children and receive 1st cure treatment had higher scores in sub-scale of "energy"; those who receive 1st cure treatment had higher scores in sub-scale of "social function"; those who have 1st level oral mucositis, live in city center, are singles, have no children and receive 1st cure treatment, had higher scores in sub-scale of "general health understanding".

Conclusion: Depending on decrease in oral mucositis level; those who have 1st level mucositis suffer from less pain, are mentally healthier and have higher understanding of general health.

Key words: oral mucositis, cancer, life quality, nursing

Kanser hastalığının adının verdiği korku, gelecek kaygısı, hastalık sürecinde yaşanabileceklerin yarattığı stres ve tedaviye bağlı istenmeyen etkiler, hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir. Tüm olumsuzluklara ve tedavi nedeniyle olan yan etkilere rağmen tedavi süresince ve tedavi sonrasında hastaların yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi ve devamının sağlanması önemlidir (1).

Oral mukozit, kemoterapi ve radyoterapi alan kanser hastalarında görülen ülseratif ve inflamatuvar bir süreçtir (2-5). Akut ve kronik semptomlarla ilişkili olan mukozit anoreksiya, kaşeksi, dehidratasyon ve malnütrisyona neden olur, parenteral beslenmeye yol açabilir (2-4,6). Mukozitle birlikte çiğneme, yutma ve konuşmada güçlükler yaşanır, inflamasyon, ödem ve ağız içinde lezyonlar gelişir. Mukozitle ilişkili ağrı hastalar tarafından en sık bildirilen yan etkidir (2,3,6). Tüm bunlarla birlikte mukozite ilişkin komplikasyonlar hastanede kalış süresini ve hastane maliyetlerini, ağrıyı kontrol etmek için narkotik kullanımını ve parenteral beslenmeyi artırır (2,4). Aynı zamanda OM, KMT veya RT'nin gecikmesine ya da her iki tedavinin de dozunun azaltılmasına ve tedavide kesintiler yapılmasına neden olur. Bu nedenle uzun dönemli tedavi sonuçları da olumsuz etkilenir (3). Ayrıca oral mukozit, hastanın ve ailesinin yaşam kalitesini düşürür, enfeksiyon gelişimi için zemin oluşturur. Hemşireler yalnızca yaşam süresinin uzatılması ile değil, kalitesi ile ilgilenmektedirler. Yaşam kalitesi bireysel iyilik halinin bir anlatımıdır ve yaşamın farklı alanlarında öznel bir doyum ifadesidir. Hemşirelik alanında yaşam kalitesi çalışmaları yaşamın biyolojik, psikososyal ve sosyokültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeye yönelik bakım sağlama gerçeğine dayanmaktadır. Aynı zamanda, sağlık durumunun ve tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür (7). Sf 36. Hasta bireylerde hastalık davranışının, psikolojik tepkilerin ve uyum güçlüklerinin anlaşılması ve uygun baş etme yöntemlerinin geliştirilmesine destek olacak bakım girişimlerinin planlanması, yaşam kalitesi değerlendirmeleri ile mümkün olabilmektedir. Yaşam kalitesi değerlendirmeleri sunulan hizmetlerin geliştirilmesinde önemli ipuçları verebileceğinden, ayrıca hemşirelik bakımına ve gereksinimlerine yönelik fikir oluşturabileceğinden son derecede önemlidir (8). Artık çağımızda klinik çalışmalarda ve uygulamalarda yaşam kalitesinde değerlendirileceği, gelecekte politik kararların ve tedavi kararlarının yaşam kalitesi sonuçlarına göre verileceği düşünülmektedir (9).

Bu çalışma kanser hastalarında yaşam kalitesini ve oral mukozitin etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Hastalar ve yöntemler

Araştırma, 01.07.2011 ile 01.01.2012 tarihleri arasında tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Atatürk Üniversitesi, Araştırma Hastanesi, Onkoloji servisinde derecelendirilmiş oral mukozit tanısı alan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 121 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya etik kurul izni (2011.1.1/19) ve ilgili kurumdan izin (25.02.2011; 2836) alındıktan sonra başlanmıştır. Çalışmanın amacı açıklanarak bireylerin çalışmaya gönüllü katılımı sağlanmıştır. Veriler, Tanıtıcı Özellikler Formu ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği aracılığıyla toplanmıştır. Veriler SPSS 20.0 programında değerlendirilmiştir.

Kısa Form-SF-36 Sağlık Taraması MOS Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (10). SF-36'nın Türkçe çevirisinin geçerlilik ve güvenilirliği Demirsoy ve Koçyiğit tarafından yapılmıştır. Her biri toplam 2-10 soru arasında değişen sekiz skaladan (genel sağlık, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, mental rol, sosyal fonksiyon, ağrı, enerji, mental sağlık) oluşmaktadır. Yaşam kalitesinin alt boyutlarının olası en düşük ve en yüksek puanları; fiziksel işlev (10-30), fiziksel rol (0-4), ağrı (2-11), genel sağlık (5-25), enerji (4-24), sosyal işlev (2-11), emosyonel rol (0-3) ve mental sağlık (5-30) olduğu bildirilmiştir. Sorular likert tipindedir ve son 4 haftayı kapsamaktadır. En düşük puan, en kötü sağlık durumunu ifade etmektedir. (11,12).

Yaşam kalitesinin alt boyutları

Fiziksel işlev: Bununla gün boyunca yapılan etkinlikler (koşmak, ağır kaldırmak, spor yapmak, bir masayı çekmek, günlük alış verişte alınanları kaldırmak, merdiven çıkmak, eğilmek, diz çökmek, yürümek vs.) araştırılır.

Fiziksel rol: Sorunlara bağlı rol kısıtlılığı: Kişinin bedensel sağlığının sonucu olarak, iş ve diğer günlük etkinliklerde bir sorunla karşılaşp karşılaşmadığı (iş veya diğer etkinlikler için harcanan zamanın süresi, kısıtlanma, güçlük çekme, daha fazla çaba gerektirmesi vs.) araştırılır.

Ağrı: Miktarı, kişinin işini engelleyip engellemediği vs. araştırılır.

Genel sağlık: Kişinin genel sağlığı açısından düşüncesi, diğer insanlarla kendini kıyaslama vs. araştırılır.

Enerji: Kişinin kendini yaşam dolu, enerjik, tükenmiş, yorgun hissedip hissetmeme durumları araştırılır.

Sosyal işlev: Kişinin bedensel sağlığının duygusal sorunlarını ve çevre ile ilişkisini ne kadar etkilediği araştırılır.

Mental rol Duygusal sorunlara bağlı rol kısıtlılığı: Kişinin duygusal sorunlarının (çökkünlük, kaygı vs.) iş ve diğer etkinliklerine etkisi araştırılır.

Mental sağlık: Kişinin sinirli, üzgün veya sakin ve uyumluluk durumunu, kederli, hüznü veya mutlu vb. durumları içerir.

Ölçeğin çok sayıdaki bulguyla ilişkilendirilmesini kolaylaştırmak amacıyla ilk dört alt ölçeğin puanlarıyla fiziksel sağlık özet puanı, son dört alt ölçeğin puanlarıyla da mental sağlık özet puanı hesaplanmaktadır (11,12).

Bulgular

Hastaların %50-80 yaş arasında, %52.9'u erkek, %87.6'sı evli, %90.1'çocuk sahibi, %45.5'i ilköğretim mezunu, %59.5'sinin geliri giderinden az, %42.1'i normal kiloda, %58.7'sinin ailesinde kanser öyküsü yok, %36.4'ü ilde yaşıyor, %49.6'sı sigarayı bırakmış, %78.5'inin kanserden başka bir kronik hastalığı yok, %42.1'i 4. kanser evresinde, %56.2'si kür tedavisi almamış, %48.8'i 1. derece oral mukozite sahiptir (Tablo 1).

50-80 yaş arasındakilerin; fiziksel işlev (p=0.002), kadınların; mental sağlık (p=0.04), bekarların; genel sağlık (p=0.01) çocuğu olmayanların; fiziksel işlev(p=0.00), fiziksel rol (p=0.01), genel sağlık (p=0.01), enerji (p=0.00) mental sağlık (p=0.01), ilde yaşayanların; fiziksel işlev (p=0.04), genel sağlık (p=0.05), mental sağlık (p=0.00), kanserden başka herhangi bir kronik hastalığı olmayanların; mental rol (p=0.05), 1.kanser evresinde olanların; fiziksel işlev (p=0.05), 1.kür tedavisini alanların; fiziksel işlev (p=0.02), genel sağlık(p=0.01), enerji (p=0.02), sosyal işlev (p=0.03) puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Öğrenim ve gelir durumu, aile tipinin grupları ile yaşam kalitesinin alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (p>0.05) (Tablo 1).

Bireylerin yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları; fiziksel işlev (17.9±5.8), fiziksel rol (1.1±1.6), ağrı (6.3±2.7), genel sağlık (14.0±4.6), enerji (13.7±3.9), sosyal işlev (7.4±3.0), mental rol (1.8±1.7) ve mental sağlık (19.0±4.9) olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

1.derece oral mukoziti olanların; ağrı(p=0.04), genel sağlık (p=0.01) ve mental sağlık (p=0.00) puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tartışma

Araştırmada hastaların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikleri ile oral mukozit dereceleri değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada, 50-80 yaş arasındakilerin; fiziksel işlev (p=0.002), puanı 19-49 yaş arasındakilere göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Ayrıca bu yaş grubundakilerin diğer yaşam kalitesi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte düşük bulunmuştur. Yeşilbalkan ve arkadaşları 50-59 yaş grubundaki hastaların 60 yaş ve üzeri hastalara göre psikolojik semptom puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir (8). Subaşı, 51-65 yaş arası hastaların fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, mental sağlık, enerji yorgunluk, ağrı ve genel sağlık puanlarını diğer yaş gruplarına göre anlamlı derecede düşük bulmuştur (13). Pınar ve arkadaşları yaş ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğunu yaş arttıkça yaşam kalitesinin azaldığını belirtmiştir (14). Çalışmamızın bulguları literatür bulguları ile paralellik göstermektedir. Çalışmamızda genç yaşta hasta grubunda yaşam kalitesinin yüksek bulunmasının, yaşla birlikte başta vücut direnci olmak üzere diğer bütün yaşamsal fonksiyonların azalmasına bağlı bir ilişki olduğu düşünülebilir.

Kadınların; mental sağlık puanı erkeklere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Yapılan farklı çalışmalarda ise erkeklerin yaşam kalitesi puanları yüksek bulunmuştur (15,16). Kanarig Gürel fiziksel fonksiyonlar, rol performansı ve mental durumun cinsiyete göre karşılaştırılmasında erkeklerin yaşam kalitesi kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (9). Fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yeşilbalkan ve arkadaşları cinsiyet ile yaşam kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığını belirlemiştir (8). Benzer şekilde Beşer'in araştırmasında genel iyilik hali ve fiziksel fonksiyon alanında kemoterapi sonrasında cinsiyetin etkili olmadığı belirtilmiştir (17). Çalışmamızda kadın hastalarda mental sağlık puanının yüksek bulunmasının, kadınların özellikle aile ve arkadaşlarından erkeklere oranla daha fazla sosyal destek almalarından ve erkeklerin kültürel faktörlerin cinsiyete özgü yüklediği sorumluluk çabalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Üniversite mezunlarının tüm yaşam kalitesi alt boyut puanları yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak gruplar arasında fark belirlenmemiştir. Benzer çalışmalarda eğitim düzeyi ve yaşam kalitesinin ilişkili olmadığını göstermiştir. (8, 15,18,19). Aksine Ertem ve arkadaşları eğitim durumu yüksek olanların daha iyi yaşam kalitesine sahip olduklarını belirlemişlerdir

Tablo 1. Yaşam Kalitesi ile Tanıtıcı Özellikler Arasındaki İlişki

Tanıtıcı özellikler		Yaşam kalitesi								
		%	Fiziksel Sağlık				Mental sağlık			
			Fiziksel işlev	Fiziksel rol	Ağrı	Genel sağlık	Enerji	Sosyal işlev	Mental rol	Mental sağlık
		X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
Yaş	19-49	37.2	20.0±6.5	1.4±1.7	6.7±2.8	14.5±4.6	14.6±4.1	7.8±2.3	2.0±1.2	19.7±5.1
	50-80	62.8	16.6±4.8	0.9±1.5	6.0±2.6	13.7±4.5	13.2±3.7	7.1±3.3	1.6±1.9	18.7±4.6
	t – p		3.2-0.002	1.5-0.13	1.2-0.22	0.9-0.36	1.9-0.06	1.2-0.20	1.0-0.27	1.1-0.26
Cinsiyet	Kadın	47.1	18.8±5.4	1.3±1.7	6.2±2.5	14.5±4.5	14.1±4.1	7.8±3.0	1.9±1.3	19.9±5.2
	Erkek	52.9	17.1±6	1.0±1.5	6.3±2.8	13.5±4.6	13.3±3.7	7.0±3.0	1.6±2.0	18.1±4.4
	t – p		1.58-0.11	1.04-0.30	0.25-0.79	1.25-0.21	1.10-0.27	1.61-0.10	1.08-0.28	2.01-0.04
Medeni durum	Evli	87.6	17.6±5.8	1.0±1.6	6.1±2.7	13.6±4.5	15.2±2.6	8.0±2.6	1.4±1.3	20.2±3.7
	Bekar	12.4	20.1±5.2	1.6±1.7	7.2±2.5	16.8±3.7	13.4±4.0	7.3±3.1	1.8±1.7	18.8±5.0
	t – p		1.57-0.11	1.12-0.26	1.42-0.15	2.59-0.01	1.05-0.11	0.78-0.43	0.95-0.34	1.04-0.29
Çocuk durumu	Var	90.1	17.3±5.5	1.0±1.6	6.2±2.7	13.6±4.4	13.4±3.7	7.3±3.1	1.8±1.7	18.6±4.7
	Yok	9.9	22.8±6.2	2.2±1.6	7.0±2.3	17.1±4.8	16.5±4.4	8.1±2.4	1.5±1.3	22.1±5.0
	t – p		3.17-0.00	2.43-0.01	0.99-0.32	2.52-0.01	2.70-0.00	0.88-0.37	0.62-0.53	2.40-0.01
Öğrenim durumu	Yok	39.7	17.6±5.4	1.1±1.7	6.0±2.8	14.0±4.5	17.6±5.4	1.1±1.7	6.0±2.8	14.0±4.5
	İlkokul	45.5	17.6±5.7	0.9±1.5	6.2±2.6	13.5±4.6	17.6±5.7	0.9±1.5	6.2±2.6	13.5±4.6
	Lise	8.3	18.5±7.5	1.3±1.7	6.6±2.6	15.1±3.9	18.5±7.5	1.3±1.7	6.6±2.6	15.1±3.9
	Fakülte	6.6	21.1±6.3	2.2±1.9	8.3±2.8	16.2±5.2	21.1±6.3	2.2±1.9	8.3±2.8	16.2±5.2
	F – p		0.93-0.42	1.43-0.23	1.72-0.16	1.00-0.39	0.83-0.47	0.19-0.90	1.21-0.30	0.54-0.65
Gelirin gidere oranı	Eşit	29.8	17.7±6.0	1.3±1.8	5.8±2.8	14.5±4.2	14.0±3.2	7.3±3.0	2.0±1.2	19.3±4.3
	Az	59.5	17.8±5.7	1.0±1.5	6.3±2.6	13.6±4.6	13.3±4.1	7.4±3.1	1.6±1.4	18.6±5.2
	Çok	10.7	18.6±6.2	1.4±1.7	7.2±2.4	14.4±5.2	14.6±4.5	7.2±3.0	2.2±3.4	20.1±4.2
	F- p		0.10-0.89	0.62-0.54	1.19-0.30	0.50-0.60	0.79-0.45	0.04-0.95	1.00-0.36	0.57-0.56
Yaşadığı yer	İl	36.4	19.7±5.9	1.4±1.8	7.0±2.6	15.0±4.5	14.4±3.5	7.9±2.8	1.9±2.1	20.3±3.6
	İlçe	28.1	16.5±5.4	1.3±1.6	6.0±2.7	14.6±4.1	14.2±3.4	7.1±3.1	1.8±1.4	20.2±4.6
	Köy	35.5	14.8±3.9	0.1±0.4	5.8±3.4	12.3±4.7	11.8±3.0	8.6±3.5	1.0±1.5	16.6±4.9
	F- p		2.80-0.04	1.63-0.18	1.72-0.16	2.60-0.05	2.25-0.08	1.18-0.31	0.61-0.60	5.45-0.00
Aile tipi	Çekirdek	51.2	18.0±6.1	1.3±1.7	6.3±3.1	13.9±4.9	13.5±4.5	7.2±3.1	1.8±2.0	19.0±5.2
	Geniş	48.8	17.8±5.5	0.9±1.5	6.3±2.2	14.1±4.2	13.9±3.3	7.6±2.9	1.7±1.4	19.0±4.6
	t – p		1791-0.84	1791-0.84	1653-0.28	1810-0.92	1815-0.94	1704-0.51	1767-0.72	1693-0.48
Kanser harici hastalık	Var	21.5	17.5±5.2	0.9±1.5	6.2±2.8	13.7±4.6	13.6±4.3	6.6±3.1	1.2±1.5	18.6±4.4
	Yok	78.5	18.0±5.9	1.2±1.7	6.3±2.7	14.1±4.6	13.7±3.8	7.6±3.0	1.9±1.7	19.1±5.0
	t – p		0.41-0.67	0.77-0.43	0.12-0.89	0.33-0.73	0.12-0.90	1.374-0.17	1.91-0.05	0.43-0.66
Kanser evresi	1.evre	14	20.2±6.2	1.6±1.8	7.4±2.5	14.4±2.8	13.7±3.1	8.3±3.3	2.2±1.2	19.5±3.7
	2.evre	28.9	18.8±5.1	1.5±1.7	6.7±2.5	15.0±4.7	14.4±3.4	8.0±2.6	1.6±1.3	19.3±4.3
	3.evre	14.9	18.6±4.7	1.0±1.6	6.2±2.5	14.5±4.3	14.1±4.5	7.2±3.1	1.7±1.5	18.9±5.6
	4.evre	42.1	16.3±6.1	0.7±1.4	5.7±2.8	13.0±4.9	13.0±4.2	6.7±3.1	1.8±2.1	18.6±5.4
	F – p		2.64-0.05	2.17-0.09	2.09-0.10	1.50-0.21	0.92-0.43	1.92-0.13	0.50-0.67	0.17-0.91
Alınan kür sayısı	Yok	56.2	17.8±5.6	1.3±1.7	6.3±2.7	14.3±4.6	14.0±3.9	7.4±3.1	1.8±1.9	19.0±5.1
	1. Kür	15.7	20.0±6.6	0.9±1.6	6.8±2.3	15.3±3.6	14.4±2.9	8.3±2.8	1.5±1.4	20.6±3.3
	2. Kür	15.7	19.0±5.3	1.3±1.8	6.8±2.9	14.3±5.0	13.9±4.3	8.0±2.3	1.7±1.4	19.0±5.3
	3. Kür	12.4	14.1±4.3	0.4±0.9	4.9±2.7	10.4±3.7	10.8±3.5	5.4±3.2	1.6±1.4	16.7±4.3
	F – p		3.32-0.02	1.43-0.23	1.83-0.14	3.95-0.01	3.14-0.02	2.98-0.03	0.19-0.89	1.85-0.14
Genel (X ± SD)			17.9±5.8	1.1±1.6	6.3±2.7	14.0±4.6	13.7±3.9	7.4±3.0	1.8±1.7	19.0±4.9

Tablo 2. Yaşam kalitesi ile oral mukozit dereceleri arasındaki ilişki

Oral mukozit dereceleri		Yaşam kalitesi							
		Fiziksel sağlık			Mental sağlık				
		Fiziksel işlev	Fiziksel rol	Ağrı	Genel sağlık	Enerji	Sosyal işlev	Mental rol	Mental sağlık
n - %	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	
1. Derece	59-48.8	18.9 ± 5.4	1.3 ± 1.6	6.9 ± 2.6	15.2 ± 4.1	14.4 ± 3.1	8.0 ± 2.9	2.0 ± 1.9	20.4 ± 4.2
2. Derece	44-36.4	17 ± 5.8	0.9 ± 1.6	5.6 ± 2.6	12.8 ± 4.4	12.8 ± 4.3	6.7 ± 3.0	1.7 ± 1.3	17.5 ± 4.7
3. Derece	18-14.9	16.6 ± 6.7	1.1 ± 1.8	5.9 ± 2.9	12.9 ± 5.5	13.3 ± 4.7	7.0 ± 3.0	1.3 ± 1.5	18.0 ± 6.0
F – p		1.77-0.17	0.77-0.46	3.30-0.04	4.46-0.01	2.24-0.11	2.53-0.08	1.18-0.31	4.90-0.00

(20). Benzer bir çalışmada eğitim durumu incelendiğinde ilköğretim mezunlarının fiziksel fonksiyon puanları okuyazar olanlara göre yüksek bulunmuştur (13). Bu çalışmadaki üniversite mezunlarında yaşam kalitesi alt boyut puanlarının yüksek bulunmasının, eğitim seviyesi arttıkça bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili daha çok bilgiye sahip olduğu ve bu nedenle sorumluluk duygularının artmasından kaynaklanmış olabilir. Bu nedenle öğrenim düzeyine göre hastalık ve tedavisi konusunda hastalara açıkça bilgi verilmesi yaşam kalitesinin daha iyi olmasını sağlayacaktır.

Bekarların; genel sağlık, çocuğu olmayanların; fiziksel işlev ve rol, genel sağlık, enerji, mental sağlık puanı daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Kanarğ Gürel bekar hastaların rol performansını ve sosyal durum alanlarında yaşam kalitesini evli hastalara göre anlamlı şekilde daha yüksek bulmuştur (9). Aynı çalışmada genel iyilik hali ortalaması, rol performansı ve sosyal durum alanlarında yaşam kalitesi 1-3 çocuğu olan hastaların, 4 ve daha fazla çocuğu olanlara göre yüksek bulunmuştur. Beşer'in çalışmasında da bizim çalışmamızla benzerlik gösteren bir durum söz konusudur. Çocuğu olan hastaların onlara karşı sorumluluklarını yerine getirememesi korkusu ile bir rol kaybı yaşadıkları belirtilmiştir (17). Savcı'nın ve Arslan'ın çalışmalarında yaşam kalitesinin belirtilen alt boyutlarına ilişkin bekar ve evli olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (15,16). Konu ile benzer çalışmalarda ise evli olan bireylerin fiziksel alandaki yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (8,20-23). Çalışmamızda bekar ve çocuğu olmayanların yaşam kalitelerinin yüksek bulunmasının, bu gruptaki bireylerin yaşamlarından daha fazla doyum aldıkları ve çocuk yada eş sahibi olmadıkları için onlara karşı olan sorumluluklarını yerine getirememenin kaygısını yaşamadıklarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Hastaların %36.4'ü il merkezinde yaşamaktadır. İlde yaşayanların; fiziksel işlev, genel sağlık, mental sağlık puanı istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Benzer

şekilde Kanarğ Gürel hastaların genel iyilik hali ortalaması, fiziksel fonksiyonlar, rol performansı ve sosyal durumun ilde yaşayanların, ilçe/köyde yaşayanlara oranla daha yüksek bulunduğu görülmüştür (9). Arslan'ın yaptığı araştırmasında da bizim çalışmamıza paralel olarak, illerde yaşayan hastalarda yaşam kalitesinin yüksek olduğu bulunmuştur (24). Savcı'nın, Arslan'ın, Tan ve Karabulutlu'nun çalışmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (15,16,25). Çalışmamızda ilde yaşayan hastalarda yüksek bulunmasının, ilde yaşamın çok yönlü güçlüğünün yanında, imkanlarının ve tedavi için sağlık kurumlarına daha kolay ulaşabilmenin sonucumuzu etkilediği düşünülmektedir. Aynı zamanda illerde yaşayanların, ilçe/köyde yaşayanlara göre kendi sağlıklarına dikkat etmeleri ve daha iyi koşullarda yaşamaları için daha fazla imkana sahip oldukları düşünüldüğünde mental sağlıklarının olumlu etkilendikleri sonucuna varılabilir.

Çalışmamızda geniş ailede yaşayan bireylerin sosyal işlev puanları daha yüksek olmakla birlikte aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Subaşı, Reis, Savcı, Arslan'ın kanserli hastalarda, yapmış oldukları çalışmalarından elde edilen sonuçlar çalışmamızın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir (13,15,16,19). Sosyal işlev puanının geniş aileye sahip hastalarda yüksek olması, geniş ailelerde sosyal ağın geniş olması ve yaşanan bölgenin kültürel yapısı gereği akrabalık ilişkilerinin güçlü olmasına bağlanabilir.

Geliri giderinden fazla olan bireylerin enerji puanları daha yüksek bulunmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı taşımamaktadır. Kanserli hastalarda, yapılmış benzer çalışmalardan elde edilen sonuçlar çalışmamızın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir (9,15,19). Subaşı'nın yapmış olduğu çalışmada ise gelir getiren bir işte çalışan hastaların çalışmayanlara göre fiziksel ve mental işlev puanı düşük bulunmuştur (13). Yeşilbalkan ve arkadaşları ekonomik durumu iyi olan hastaların çevresel ve toplam

yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğunu saptamıştır (8). Schultz ve Winstead tarafından yapılan çalışmada; araştırma sonuçlarımıza benzer sonuçlar elde edilmiştir (22). Geliri yüksek olan hastalar beslenme, dinlenme ve hastalık ile baş etme güçlerinin yüksek olmasından kaynaklı enerji puanlarının daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada kanser dışında kronik hastalığı olmayan hastaların yaşam kalitesi puanları daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak mental rol ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Yeşilbalkan ve arkadaşları kronik hastalığı olan bireylerin hem bedensel hem de ruhsal alandaki yaşam kalitesi puan ortalamalarının anlamlı olarak düşük olduğunu belirlemiştir (8). Kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitelerinin düşük olması beklenen bir sonuçtur.

Araştırmamızda 1.kür tedavisini alanların; fiziksel işlev, genel sağlık, enerji, sosyal işlev puanları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Henüz kür tedavisine başlanmamış hastaların yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu, 1.kürle birlikte yükseldiği ancak ilerleyen kürlerde düştüğü görülmüştür. Benzer şekilde Yeşilbalkan ve arkadaşları kür sayısı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğünü saptamışlardır (8). Kanarîç Gürel Mental durumda, 2-5. kür kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesinin, 6 ve fazla kür kemoterapi alanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu belirtmiştir (9). Bu durum kanser tanısından sonra yaşam kalitesinin düştüğünü, tedaviye başlanması ile henüz tedavinin yan etkilerin fizyolojik durumu etkilememiş olması ile birlikte psikolojik durumda iyilik hali gözlenmiştir. Ancak tedavinin oluşturduğu fizyolojik ve psikolojik yıpranma ileriki kürlerde yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu nedenle hemşire; kanserli bireylerin yaşam kaliteleri üzerinde önemli bir etkiye sahip olan fizyolojik ve psikolojik semptomların bulgularını, bu semptomları etkileyen faktörleri sürekli olarak değerlendirmeli ve semptom yönetiminde uygun hemşirelik girişimlerini planlayarak hasta ve ailesine bu konuda eğitim yapmalıdır.

Bu çalışmada 1. evre kanser hastalarının fiziksel işlev puanları istatistiksel olarak diğerlerinden anlamlı şekilde yüksektir. Evreler arttıkça fiziksel işlev puanları düşmektedir. Yaşam kalitesinin diğer alt boyut puanlarında evreler ilerledikçe azalma göstermektedir. Yapılan bir çalışmada 4. evre hastaların fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve ağrı puanları diğer gruplara oranla düşük bulunmuştur (13). Bu çalışmaların sonuçları çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Ravasco ve arkadaşları hastaların genel yaşam kalitelerinin hastalık evreleri ile ilişkili olduğunu, Cella ve arkadaşları hastalık evresi önemli olmaksızın hastaların mental fonksiyonlarının

düşük olduğunu belirtmişlerdir (18,26). Kanser ilerledikçe başta uyku ve fiziksel fonksiyonlar olmak üzere tüm yaşam kalitesi her yönüyle etkilenmektedir (13).

Çalışmamızda yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında olası ham puanları ile karşılaştırıldığında bir düşüklük görülmüştür. Yaşam kalitesinin alt boyutlarının olası en düşük ve en yüksek puanları; fiziksel işlev (10-30), fiziksel rol (0-4), ağrı (2-11), genel sağlık (5-25), enerji (4-24), sosyal işlev (2-11), emosyonel rol (0-3) ve mental sağlık (5-30) olduğu bildirilmiştir (11,12). Bu çalışmadaki yaşam kalitesinin genel puanları ise; fiziksel işlev (17.9±5.8), fiziksel rol (1.1±1.6), ağrı (6.3±2.7), genel sağlık (14.0±4.6), enerji (13.7±3.9), sosyal işlev (7.4±3.0), emosyonel rol (1.8±1.7) ve mental sağlık (19.0±4.9) olarak belirlenmiştir. Bulgularımız kanserin yaşam kalitesini düşürdüğünü desteklemektedir. Bu durum beklenen bir sonuçtur.

Oral mukozit derecelerine göre yaşam kalitesinin alt boyutları incelendiğinde ise; fiziksel sağlık alt boyutlarından; ağrı ve genel sağlık, mental sağlık alt boyutlarından; mental sağlık puanları arasında anlamlı şekilde farklılık olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda hastaların tedavilerinin yan etkilerine bağlı olarak gelişen oral mukozitin yaşam kalitelerini önemli düzeyde azalttığı saptanmıştır (3,7,27,28). Literatüre benzer şekilde oral mukozit yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Sonuç ve öneriler

Kanser hastalarının genel olarak yaşam kalitesinin düşmesine ek olarak; 50-80 yaş arasındakilerin; fiziksel işlev, kadınların; mental sağlık, bekarların; genel sağlık, çocuğu olmayanların; fiziksel işlev, fiziksel rol, genel sağlık, enerji ve mental sağlık, ilde yaşayanların; fiziksel işlev, genel sağlık ve mental sağlık, kanserden başka herhangi bir kronik hastalığı olmayanların; mental rol, 1.kanser evresinde olanların; fiziksel işlev, 1.kür tedavisini alanların; fiziksel işlev, genel sağlık, enerji ve sosyal işlev, 1.derece oral mukoziti olanların; ağrı, genel sağlık ve mental sağlık alanındaki yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Öğrenim ve gelir durumu, aile tipinin grupları ile yaşam kalitesinin alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşireler; hastaların yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik veri toplamalı, bakımı planlarken bu verilerden yararlanmalıdırlar. Ayrıca kanserli bireylerin yaşam kaliteleri üzerinde önemli bir etkiye sahip olan oral mukoziti sürekli olarak değerlendirmeli ve oral mukozit yönetiminde uygun hemşirelik girişimlerini planlayarak hasta ve ailesine bu konuda eğitim yapmalıdır.

Kaynaklar

- Beser N, Öz F. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003;7: 47-58.
- Rubenstein EB, Peterson DE, Schubert M. et al. Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis. Cancer 2004; 1;100(9 Suppl):2026-46.
- Stone, R, Fliedner MC, Smiet ACM. Management of oral mucositis in patients with cancer. Eur J Oncol Nurs 2005;9: 24-32.
- Wohlschlaeger A. Prevention and treatment of mucositis: A guide for nurses. J Pediatr Oncol Nurs 2004;21: 281-287.
- Sonis ST, Elting LS, Keefe D et al. Perspectives on cancer therapy-induced mucosal injury: pathogenesis, measurement, epidemiology, and consequences for patients. Cancer 2004; 1;100(9 Suppl): 1995-2025.
- Eilers J, Epstein JB. Assessment and measurement of oral mucositis. Semin Oncol Nurs 2004;20: 22-29.
- Özyılkan Ö. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesinin Önemi, 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Bildiri Özet Kitabı, Sağlıkta Yaşam Kalitesi Derneği, (SAYKAD), İzmir Psikiyatri Derneği, İzmir;2004.
- 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 2005; 21: 13-31.
- Kanarç Gürel D. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcı Hastanesi Erişkin Onkoloji, Hematoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek lisans tezi. Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Adana 2007.
- Ware JE, Sherbourne CD. "The MOS 36-item Short Form Health Survey", I. Conceptual Framework and Item Selection, Med Care, 1992;30(6):473-83.
- Demirsoy, A. D. The MOS SF-36 Health survey: A validation study with a Turkish Sample. Yüksek Lisans Tezi. Boğaziçi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Bölümü. İstanbul 1999.
- Kocyiğit H, Aydemir O, Fişek G ve ark. Kısa form-36'nın Türkiye versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavi 1999;12: 102-6.
- Subaşı D. Kanser Ağrısı Deneyimleyen Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Baş Etme Tutumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Mersin 2010.
- Pınar G, Algier L, Çolak M, Ayghan A. Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. Uluslar arası Hematoloji Onkoloji Dergisi 2008; 3(18): 141-149.
- Savcı A.B. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini Ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Erzurum 2006.
- Arslan S. Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003; 6: 38-47.
- Beşer N. Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Yaşam Kalitesi. Bilim Unvanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2001.
- Cella D, Nowinski C.J. Measuring quality of life in chronic illness: The functional assessment of chronic illness therapy measurement system. Arch phys Med Rehabil 2002; 83 (Suppl 2): 10- 17.
- Reis N. Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. Doktora tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. İstanbul 2003.
- Ertem G, Kalkım A, Bulut S, Sevil Ü. Radyoterapi Alan Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kaliteleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi 2009; 2(2):3-12.
- Cimprich B, Ronis D L, Ramos G M. Age At Diagnosis And Quality Of Life Breast Cancer Survivors, Cancer Practice 2002;10(2): 85-93.
- Schultz A A, Winstead P. Predictors Of Quality Of Life In Rural Patients With Cancer, Cancer Nursing 2001; 24(1): 12-19.
- Işıkhan H. Kanser Hastalarıyla Çalışan Sağlık Personelinin Ötanaziye İlişkin Düşüncelerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara 2002.
- Arslan S. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum 2000.
- Tan M. Karabulutlu E. Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. Cancer Nursing 2005; 28: 236-240.
- Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. Cancer: disease and nutrition are key determinants of patients' quality of life. Support Care Cancer 2004;12(4):246-52.
- Çalışkan Yılmaz M. Kanserli hastalarda mukozit: klinik ve ekonomik sonuçları, ilişkili risk faktörleri. Ege Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;24(2):167-176.
- 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 2003;83: 211-229.