



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK
LİSANS
TEZİ**

**KOLOREKTAL KANSER NEDENİYLE
AMELİYAT OLAN HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN
VE ÖZ-BAKIM GÜCÜNÜN BELİRLENMESİ:
PROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA**

NURHAN AKTAŞ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HAZİRAN 2019



**KOLOREKTAL KANSER NEDENİYLE AMELİYAT OLAN HASTALARIN
YAŞAM KALİTESİNİN VE ÖZ-BAKIM GÜCÜNÜN BELİRLENMESİ:
PROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA**

Nurhan AKTAŞ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

HAZİRAN 2019

Nurhan AKTAŞ tarafından hazırlanan “KOLOREKTAL KANSER NEDENİYLE AMELİYAT OLAN HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN VE ÖZ-BAKIM GÜCÜNÜN BELİRLENMESİ: PROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA” tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / ~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Başkan: Doç. Dr. Nurcan ÇALIŞKAN

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

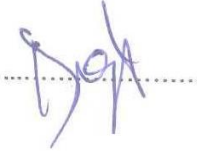
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Üye: Dr. Öğr. Üyesi Deniz ÖZTÜRK

Hemşirelik Anabilim Dalı, Başkent Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Tez Savunma Tarihi: 12/06/2019

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa ASLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.



Nurhan AKTAŞ

12/06/2019

KOLOREKTAL KANSER NEDENİYLE AMELİYAT OLAN HASTALARIN YAŞAM
KALİTESİNİN VE ÖZ-BAKIM GÜCÜNÜN BELİRLENMESİ: PROSPEKTİF BİR
ÇALIŞMA
(Yüksek Lisans Tezi)

Nurhan AKTAŞ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Haziran, 2019

ÖZET

Bu araştırma; kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan hastaların yaşam kalitesinin ve öz bakım gücünün değerlendirilmesi amacıyla prospektif ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışma, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi'nin ve Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin genel cerrahi kliniklerinde gerçekleştirilmiştir. Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan etik onayı, ilgili hastanelerden kurum izni alınmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında beş bölümden oluşan veri toplama formu kullanılmıştır. Veri toplama formunun bölümleri; sosyodemografik özellikler ve sağlığa ilişkin özellikler, Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği, Kolorektal Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Öz Bakım Gücü Ölçeği'nden oluşmaktadır. Araştırma kapsamına alınan 37 hastaya veri toplama formları ameliyat öncesinde ve ameliyat sonrası 1. ay, 3. ay ve 6. ayda olmak üzere toplamda dört kez uygulanmıştır. Araştırmanın istatistiksel analizlerinde “Independent Sample-t” test, “Repeated Measures” test, “Mann-Whitney U” test, “Friedman” test istatistikleri kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu puanları ve öz bakım gücü ölçeği puanları ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası 1. ayda göreceli olarak düşmüş, 3. ve 6. ayda istatistiksel açıdan anlamlı derecede artış göstermiştir. Ameliyat öncesi ve sonrası 6 aylık izlem boyunca hastaların yaşam kalitesi ve öz-bakım güçleri arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sonuç olarak öz-bakım gücü artan hastanın yaşam kalitesinin arttığı, yaşam kalitesi artan hastanın öz-bakım gücünün iyileştiği saptanmıştır. Bu nedenle yapılan izlem çalışmalarının hastaların yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü düzeylerindeki değişikliği ortaya çıkarması açısından son derece önemlidir. Çalışmanın daha fazla grupta daha uzun süreli olarak yapılması önerilmektedir.

Bilim Kodu :1032.8
Anahtar Kelimeler :Kolorektal Kanser, Öz Bakım Gücü, Yaşam Kalitesi
Sayfa Adedi : 92
Danışman : Doç. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA

DETERMINATION OF LIFE QUALITY AND SELF-CARE AGENCY OF PATIENTS
WHO UNDERWENT SURGERY DUE TO COLORECTAL CANCER: A
PROSPECTIVE STUDY

(M. Sc. Thesis)

Nurhan AKTAŞ

GAZİ UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

June, 2019

ABSTRACT

This study was implemented as a prospective and descriptive study for the purpose of evaluating the quality of life and self-care agency of patients who had undergone a surgery due to colorectal cancer. The study was carried out in the general surgery clinics of Gazi University Health Research and Practice Center Gazi Hospital and Dıskapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital. An ethical approval was received from Gazi University Ethical Committee and an institution permission from the relevant hospitals. The study data were collected using a data collection form consisting of five sections. These sections of the data collection form include; sociodemographic characteristics and health-related characteristics, Quality of Life Questionnaire for Patients with Cancer, Quality of Life Questionnaire for Patients with Colorectal Cancer and Self-Care Agency Scale. The data collection forms were applied to 37 patients who were included in the study for totally four times in the preoperative and postoperative 1. month, 3. month and 6. month. “Independent Samples t” test, “Repeated Measures” test, “Mann-Whitney U” test and “Friedman” test statistics were used in the statistical analyses of the study. According to the study results; the patients’ lower dimension scores of the quality of life questionnaire and scores of self-care agency scale relatively decreased in the postoperative 1. month and increased in the 3. and 6. months in a statistically significant way, compared to the preoperative period. Throughout the preoperative and postoperative 6-month follow-up, it was determined that there was a statistically positive and significant correlation between the patients’ quality of life and self-care agency ($p<0,05$). As a consequence, it was determined that a patient with higher self-care agency had an increased life quality and a patient with higher life quality had a better self-care agency. Thus, the follow-up studies implemented are of prime importance in terms of revealing the change in the patients’ levels of quality of life and self-care agency. It is suggested to implement the study with more groups in a longer term.

Science Code :1032.8

Key Words : Colorectal Cancer, Self-Care Agency, Quality of Life

Page Number : 92

Advisor : Assoc. Doç.Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA

TEŞEKKÜR

Araştırmanın planlanması, yürütülmesi ve sonuçlanmasında emeğini, hoşgörüsünü, bilgisini esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA'ya,

Çalışmamın uygulamasına katkı sağlayan Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi'nin ve Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin genel cerrahi kliniklerinde çalışan hemşire arkadaşlara ve genel cerrahi kliniğinde yatan hastalara,

Çalışma boyunca, sabrını, desteğini, özverisini esirgemeyen canım anneme ve sevgili eşime,

Tüm yaşamım boyunca bana destek veren çok değerli aileme, arkadaşlarıma, dostlarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xi
KISALTMALAR	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Kolorektal Kanserler	7
2.2. Kolorektal Kanser Etiyolojisi.....	8
2.2.1. Yaş	8
2.2.2. Kolorektal adenom ve karsinom varlığı.....	8
2.2.3. Herediter risk faktörleri.....	9
2.2.4. Familial kolorektal kanser varlığı	9
2.2.5. İnflamatuar bağırsak hastalığı	9
2.2.6. Beslenme	9
2.2.7. Diğer risk faktörleri.....	10
2.3. Kolorektal Kanserde Tarama ve Erken Tanı.....	10
2.3.1. Gaitada gizli kan testleri.....	10
2.3.2. Sigmoidoskopi	10
2.3.3. Kolonoskopi	11
2.3.4. Bilgisayarlı tomografi ile kolonografi.....	11
2.3.5. Çift kontrast baryumlu enema.....	11

	Sayfa
2.4. Türkiye’de Ve Dünya’da Kolorektal Kanser Taramasında Mevcut Durum	11
2.5. Kolorektal Kanser Belirti ve Bulguları	12
2.6. Kolorektal Kanserlerde Tedavi Yöntemleri	13
2.6.1. Kemoterapi tedavisi	13
2.6.2. Radyoterapi tedavisi.....	13
2.6.3. Cerrahi tedavi	13
2.7. Kolorektal Kanserlerde Intestinal Stomalar	14
2.8. Yaşam Kalitesi	15
2.8.1. Yaşam kalitesini etkileyen faktörler	16
2.9. Kolorektal Kanserli Hastada Yaşam Kalitesi.....	19
2.10. Öz -Bakım ve Öz -Bakım Gücü	20
2.11. Kolorektal Kanserde Öz-Bakım Gücü	21
2.12. Kolorektal Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Öz-Bakım Gücü Arasındaki İlişki.....	21
3. YÖNTEM VE GEREÇLER	23
3.1. Araştırmanın Şekli	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler.....	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.4. Verilerin Toplanması	25
3.4.1. Veri toplama formu	25
3.4.2. Veri toplama formunun uygulanması.....	28
3.4.3. Verilerin değerlendirilmesi	29
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu	29
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA.....	51
5.1. Hastaların Zamana Göre Yaşam Kalitelerindeki Değişimin Tartışılması.....	51

	Sayfa
5.2. Hastalarının Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Tartışılması.....	56
5.3. Hastaların Yaşam Kalitesi ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puan İlişkisinin Tartışılması.....	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	59
KAYNAKLAR	63
EKLER.....	71
Ek-1. Etik Komisyon Onayı.....	72
Ek-2. Kurum İzin Formu.....	75
Ek-3. Ölçek İzin Yazısı.....	78
Ek-4. Gönüllü Olur Formu.....	81
Ek-5. Veri Toplama Formu.....	83
ÖZGEÇMİŞ	92

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.....	31
Çizelge 4.2. Hastaların sağlık durumlarıyla ilgili özelliklerinin dağılımı	32
Çizelge 4.3. Hastaların ameliyat sonrası sağlık durumlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı.....	33
Çizelge 4.4. Hastaların EORTC QLQ-C30 ölçeği puanlarının zamana göre karşılaştırılması.....	35
Çizelge 4.5. Hastaların EORTC QLQ-CR29 ölçeği puanlarının zamana göre karşılaştırılması.....	37
Çizelge 4.6. Hastaların bazı sosyodemografik özelliklere göre EORTC QLQ-C30 ölçeği semptom kontrolü puanlarının karşılaştırılması	37
Çizelge 4.7. Hastaların bazı sosyodemografik özelliklere göre EORTC QLQ-C30 ölçeği genel iyilik hali puanlarının karşılaştırılması.....	39
Çizelge 4.8. Hastaların bazı sosyodemografik özelliklere göre EORTC QLQ- C30 ölçeği fonksiyonel durum puanlarının karşılaştırılması	40
Çizelge 4.9. Hastaların bazı sosyodemografik özelliklere göre EORTC QLQ- CR29 üriner sistem memnuniyet puanlarının karşılaştırılması.....	43
Çizelge 4.10. Hastaların öz bakım gücü ölçeğinin zamana göre karşılaştırılması.....	44
Çizelge 4.11. Hastaların bazı sosyodemografik özelliklere göre öz-bakım gücü ölçeği puanlarının karşılaştırılması	44
Çizelge 4.12. EORTC QLQ-C30 ölçeği ile öz-bakım gücü ölçeğinin zamana göre ilişkilerinin incelenmesi	45
Çizelge 4.13. EORTC QLQ-CR29 ölçeği ile öz-bakım gücü ölçeğinin zamana göre ilişkilerinin incelenmesi	48

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 4.1. Ameliyat sonrası 6. ay EORTC QLQ-C30 ölçeği genel iyilik hali puanı ile öz-bakım gücü ölçeğinin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesi.....	46
Şekil 4.2. Ameliyat sonrası 6. ayda EORTC QLQ-C30 fonksiyonel durum puanı ile öz-bakım gücü ölçeğinin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesi.....	46
Şekil 4.3. Ameliyat sonrası 6. ay EORTC QLQ-C30 ölçeği semptom kontrolü puanları ile öz-bakım gücü ölçeğinin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesi.....	47
Şekil 4.4. Ameliyat sonrası 6. ay EORTC QLQ-CR29) ölçeği genel sağlık şikayetleri puanları ile öz-bakım gücü ölçeğinin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesi.....	49

KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış bazı kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklamalar
BKİ	Beden Kitle İndeksi
EORTC	European Organisation for Research and Treatment of Cancer (Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü)
EORTC QLQ-C30	European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Questionnaire-Cancer (Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği)
EORTC QLQ-CR29	European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Questionnaire-Colorectal Cancer (Kolonorektal Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği)
F	(F Testi) Varyans Analizi
GLOBACON	Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide (Tahmini Dünya Kanseri İnsidansı Ölümleri ve Sıklığı)
Medyan	Ortanca
SPSS	Statistical Package For The Social Sciences
SS	Standart Sapma
X²	Ki Kare Testi

1. GİRİŞ

Problem durumu/konunun tanımı

Kanser, hem hastalığın doğası hem de uygulanan tedavi yöntemlerinin etkisi sebebiyle, hastaların yaşamlarında ciddi sorunlara neden olan, yaşam kalitelerini etkileyen önemli bir sağlık problemidir (Altıparmak, Fadılıoğlu, Gürsoy ve Altıparmak, 2011). Kanser yaygın türlerinden biri de kolorektal kanserlerdir (Akduran,2015). GLOBACON [Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide (Tahmini Dünya Kanser İnsidansı Ölümleri ve Sıklığı)] 2018 verilerine göre kolorektal kanserler genel olarak her iki cinsiyette de görülme sıklığı açısından % 10.2 oranında üçüncü sırada, mortalite açısından ise % 9.2 oranı ile ikinci sırada yer almaktadır (Bray Ferlay, Soerjomataram, Siegel, Torre ve Jemal, 2018; https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/09/pr263_E.pdf). Türkiye kanser istatistikleri 2016 verilerine göre kolorektal kanserler, en çok görülen on kanser türü arasında hem erkeklerde hem de kadınlarda üçüncü sırada yer almaktadır. Erkeklerde yüz binde 23,1 ve kadınlarda ise yüz binde 14,4 sıklığında görülmektedir (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri>; <https://www.saglik.gov.tr/TR,31249/saglik-istatistikleri-yilligi-2016>). Bu verilerden de anlaşılacağı üzere kolorektal kanserler dünyada ve Türkiye’de mortalite ve morbidite oranlarının yüksek olduğu kanser türlerinden biridir. Kolorektal kanserlerde erken evrede tanınmayla birlikte mortalite ve morbidite oranları düşmekte ve hastalar sıklıkla cerrahi müdahale ile küratif olarak tedavi edilebilmektedir (Aydın ve arkadaşları, 2015).

Kolorektal kanserlerde; ameliyatla birlikte organ/fonksiyon kaybı, yaşam biçiminde değişiklikler, yapılan tedaviler ve gelişen komplikasyonlar, kanser olgusu vb. etmenler hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyoekonomik yönden birçok sorun yaşamalarına neden olabilmektedir (Akman, 2016; Aktaş ve Baykara, 2014; Kumsar ve Yılmaz, 2014). Ayrıca kemoterapi ve radyoterapinin yan etkisine bağlı ortaya çıkan bulantı, kusma, yorgunluk, uykusuzluk vb. şikayetler bireyin sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Gelin ve Ulus 2015; Kumsar ve Yılmaz, 2014; Aylaz, 2011). Kolorektal kanserli hastalar temelde cerrahi yöntemlerle tedavi edilirken ameliyat sırasında hastaların önemli bir bölümüne stoma açılabilir. Birçok araştırmada açılan stomaların, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Baykara ve arkadaşları 2014; Karaveli, Özbayır, ve Karacabay, 2014). Bunların yanı sıra kolorektal kanser hastasının aile ve iş hayatı ile ilgili sorunlar

yaşanması, gelecek hayata yönelik belirsizlikler bireyin sosyal ve manevi sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu ve benzeri sorunlarla yüz yüze kalan ve başatmaya çalışan birey ümitsizlik, korku ve çaresizlik yaşamaktadır (Aylaz, 2011). Bireyler, kolorektal kanser olgusu ile birlikte ortaya çıkan bu olumsuzluklara bağlı başkalarına bağımlı hale gelebilmekte dolayısıyla öz-bakım güçleri azalabilmektedir. Tüm bu yaşananlar kolorektal kanser tanısı olan bireylerin yaşam kalitesini ve öz-bakım güçlerini (kendi bakımlarını yapabilme gücü) olumsuz yönde etkilemektedir. Kolorektal kanserde kansere bağlı gelişen semptomlar ve uzun süren tedaviler nedeniyle öz-bakım gücü azalan bireyin öz-bakım gücünü istendik düzeyde tekrar kazanması uzun bir süreç alabilmektedir.

Hemşireler öz-bakımını karşılayamayan hastaların öz bakımını karşılamalarına yardımcı olmaya ve durumlarını iyileştirmeye çalışırlar. Bu bağlamda hemşirelik modelistlerinden Dorothea Orem öz- bakımın hemşirelik işlevleri için önemini ortaya koyan bir model/teori geliştirmiştir (Karadağ, Çalışkan, ve Baykara, 2017). Orem, bireye ve bireyin bireysel bakım gereksinimlerine odaklandığı bu kuramında öz-bakımı; yaşamı, sağlık ve iyilik durumunu sürdürmek için birey tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinlikler olarak tanımlamaktadır. Orem'e göre bireyin öz-bakım gereksinimlerini karşılayabilmesi için yeterli öz-bakım gücüne sahip olması gerekir. Öz-bakım gücü ise; bireyin yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için sağlık etkinliklerini başlatma ya da uygulama becerisidir (Orem, 2001). Literatürde kanserin, bireylerin öz-bakım gücünü olumsuz yönde etkilediği birçok çalışmada belirtilmektedir (Johansson ve arkadaşları, 2018; Su ve arkadaşları, 2016; Altıparmak ve arkadaşları, 2011; Pan ve arkadaşları, 2011; Üstündağ ve Zengin, 2008; Elise ve arkadaşları, 2001). Üstündağ ve Zengin'in (2008) baş-boyun kanserli hastalarda yaptığı çalışmasında gerek hastalığın kendisi gerekse cerrahi tedaviye bağlı gelişen görünüm bozukluğu ve fonksiyon kaybının bireyde fiziksel, sosyal, ve psikolojik değişikliklere yol açarak öz-bakım güçlerini olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir. Pan ve arkadaşlarının (2011) kolorektal kanser nedeniye ameliyat olan hastalarda yaptığı izlem çalışmasında hastaların zaman içerisinde öz-bakım stratejilerinin arttığı belirlenmiştir. Johansson ve arkadaşlarının (2018) ameliyat sonrası yaptığı izlem çalışmasında ise hastaların öz-yeterliliklerinin birinci yılda ameliyat sonrası üçüncü aya göre düştüğü saptanmıştır. Bu çalışmalardan da anlaşılacağı gibi kolorektal kanser tanısı nedeniyle ameliyat olan bireylerin uzun dönemde öz bakım gücü yukarıda da belirtilen birçok etmene bağlı olarak değişiklik göstermektedir.

Kolorektal kanser olan hastaların öz-bakım gücünün azalması, gereksinimlerini karşılayamaz duruma gelmesi, başkalarına bağımlı olma durumuyla karşı karşıya kalmaları bireylerin yaşam kalitelerini de etkileyebilmektedir (Gervaz ve arkadaşları, 2008; Carlsson ve arkadaşları, 2010; Ito ve arkadaşları, 2012; Ran ve arkadaşları, 2016; Johansson ve arkadaşları, 2018). Carlsson ve arkadaşlarının (2010), rektum kanserli hastaların ameliyat öncesi ve sonraki ilk altı aylık süreçte yaşam kalitelerinin izlendiği başka bir çalışmada ise hastaların ameliyattan sonra yaşam kalitelerinin düzelmeye başladığı, ilerleyen altı aylık süreçte ise kademeli olarak yaşam kalitelerinin arttığı gözlenmiştir. Ito ve arkadaşlarının (2012) rektum kanserli hastaların yaşam kalitelerinin ileriye dönük boylamsal olarak değerlendirildiği çalışmada; hastaların yaşam kalitelerinin ikinci ayda ameliyat öncesine göre düşük, altıncı ayda düzeldiği, on ikinci ayda ise yaşam kalitelerinin neredeyse ameliyat öncesi döneme yükseldiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmalarda da görüldüğü gibi kolorektal ameliyatları sonrası süreçte yaşam kaliteleri de değişim göstermektedir. Bireylerin hastalık süresince yaşadığı tüm olumsuzluklar, tedavi yan etkiler ve komplikasyonlar nedeniyle tedavi sürecinde ve tedavi sonrasında hastaların yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi ve devamının sağlanması önemlidir (Çalışkan, Duran, Karadaş, Ergün ve Tekir, 2015).

Öz-bakım gücü iyi olan hastaların, yeni yaşamlarına uyumları, iyileşme ve tedaviden yararlanma düzeyleri ve böylece yaşam kalitelerinin de gelişeceği düşünülmektedir. Kansere olan hastalarda yaşam kalitesinin en üst düzeyde tutulması ve hastaların kendi tedavi ve bakımlarının sorumluluğunu alarak yaşamlarını sürdürmeleri büyük önem taşımaktadır. (Altıparmak ve arkadaşları, 2011). Burada hemşirelerin önemli sorumlulukları vardır. Hemşirelerin, bakım verdikleri bireylere, hastalığın yarattığı stresörlerle başetmeye yardım etmesi, yaşam kalitesini koruma, geliştirme ve iyileştirme sorumluluğunu yerine getirmeleri oldukça önemlidir (Arslan ve Bölükbaş, 2003). Kansere olan hastaların yaşamlarının tüm alanlarını etkilediği için bakım veren hemşirelerin yaşam kalitesinin alanlarını bilmesi, ameliyat geçirmiş ve geçirmekte olan hastaların yaşam kalitesinin etkilenen alanlarına destek sağlamaları gerekmektedir. Ayrıca hemşirelerin bireylerin kendisine yetecek duruma gelinceye kadar bakım gereksinimlerini karşılamaları, öz-bakımlarında bağımsızlık kazanmalarına ve güçlenmelerine yardım etmeleri oldukça önemlidir. Hastaların öz bakıma yönelik verilen desteğin yaşam kalitelerinin artırılmasına da katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Kanser, hastaların yaşamlarının geri kalan döneminde de oldukça etkili ve düzenli olarak takip gerektiren ciddi bir hastalık olmakla birlikte ameliyat sonrası uzun dönemde hastaların öz-bakım güçlerinin yaşam kalitelerini, yaşam kalitelerinin de öz-bakım güçlerini etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda hemşirelerin öncelikle kanser nedeniyle ameliyat olan/olması planlanan hastaların süreç içerisinde öz-bakımlarının ve yaşam kalitelerinin nasıl değiştiğini bilmesi son derece önemlidir. Çünkü bu değişimi etkileyen faktörlerin bilinmesinin ve yaşam kalitesi-öz bakım gücü ilişkisinin ortaya konulmasının hastalara yönelik geliştirilecek tedavi ve bakım planlaması için oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın amacı

Bu araştırmada kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan hastaların yaşam kalitesinin ve öz-bakım gücünün prospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Araştırma soruları

1. Kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan hastaların yaşam kalitelerinde değişim yaşanmakta mıdır?
2. Kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan hastaların öz-bakım gücünde değişim yaşanmakta mıdır?
3. Kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan hastaların yaşam kaliteleri ile öz-bakım güçleri birbirini etkilemekte midir?

Araştırmanın önemi

Literatürde kolorektal kanser olan hastalarda yaşam kalitesi ile ilgili izlem çalışmalarına rastlamak mümkündür (Gervaz ve arkadaşları, 2008; Ito ve arkadaşları, 2012; Carlsson ve arkadaşları, 2010; Johansson ve arkadaşları, 2018; Ran ve arkadaşları, 2016). Yine literatürde kolorektal kanserli hastalarda öz-bakım gücünün değerlendirildiği çalışmalara da rastlanmaktadır (Santos ve arkadaşları, 2019; Johansson ve arkadaşları, 2018; Pan ve arkadaşları, 2011; Su ve arkadaşları; Kidd ve arkadaşları, 2008; Ran ve arkadaşları, 2016). Farklı hastalık ve kanser tanısı olan bireylerde yaşam kalitesi ve öz-bakım gücünün ilişkisinin incelendiği çalışmalara da rastlamak mümkündür. Örneğin Su ve arkadaşlarının

(2016) ostomili bireylerde yaptığı çalışmada öz-yeterlilik ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde ilişki tespit edilmiştir. Altıparmak ve arkadaşlarının (2011) kemoterapi tedavisi alan akciğer kanseri olan hastalarda öz-bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisinin araştırıldığı çalışmada; öz-bakım gücü ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki bulunduğu, yaşam kalitesinin hastalık ve tedavi süresi üç aydan fazla olanlarda az olanlara göre daha iyi olarak bulunmuştur. Ancak kolorektal kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalarda bu iki kavramın birbirini nasıl etkilediği ile ilgili çalışmalar oldukça sınırlıdır. Dünyada kolorektal kanserli hastaların yaşam kalitelerinin ve öz-bakımlarının birlikte değerlendirildiği izlem çalışmaları sınırlı sayıda olmakla birlikte Türkiye’de kolorektal kanserli hastalarda yaşam kalitesinin ve öz-bakım gücünün birlikte değerlendirildiği bir izlem çalışmasına rastlanmamıştır. Bu bağlamda bu araştırma kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan hastaların yaşam kalitesinin ve öz bakım gücünün prospektif olarak değerlendirilmesiyle literatüre önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Kolorektal kanserli hastaların yaşam kalitesinin ve öz-bakım gücünün prospektif olarak değerlendirilmesiyle elde edilen sonuçların, kolorektal kanserli hastaların ameliyat öncesi ve sonraki süreçte yaşam kaliteleri ve öz-bakım güçlerinde meydana gelen değişiklikleri belirlemeye, bu doğrultuda hastaların yaşam kalitesi ve öz-bakım güçlerini artırmaya yönelik bakım stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Sınırlılıklar

Araştırmanın yapılması için planlanan hastanelerin tamamına başvuru yapılmış olmasına rağmen hepsinden izin alınamaması araştırmanın sınırlılığıdır. Araştırmanın Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi’nde kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan 37 hasta ile yapılması ise araştırmanın bir diğer sınırlılığını oluşturmaktadır.

Tanımlar

Kolorektal kanser: Kanser hücrelerin kontrolsüz çoğalmasıyla ortaya çıkan bir hastalıktır (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/363kal%C4%B1nba%C4%9F%C4%B1rsak-kanseri-kolorektal-kanser.html>).

Yaşam kalitesi: Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşam kalitesi “bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemindeki kendi yaşam algıları”dır.

(<https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>)

Öz-bakım: Bireyin hayatını, iyiliğini ve sağlığını devam ettirebilmek için sağlık etkinliklerini yerine getirmesi ya da gerçekleştirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Orem, 2001).

Öz-bakım gücü: Bireyin hayatını, iyiliğini ve sağlığını devam ettirebilmek için sağlık etkinliklerini gerçekleştirme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Orem, 2001).



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kolorektal Kanserler

GLOBACON 2018 verilerine göre 2018 yılında tahmini olarak 18,1 milyon yeni kanser oluşmuş ve 9,6 milyon kişi kansere bağlı ölmüştür. Kolorektal kanserler genel olarak her iki cinsiyette de görülme sıklığı açısından % 10.2 oranında üçüncü sırada, mortalite açısından ise % 9.2 oranı ile ikinci sırada yer almaktadır. Erkeklerde 9.5 milyon kanser kişi sayısının % 10.9 unu; kadınlarda 8.6 milyon kanser kişi sayısının % 9.5 ini kolorektal kanser oluşturmaktadır. Dünya da 1.8 milyondan fazla kişinin kolorektal kanser olduğu ve yaklaşık 881.000 kolorektal kansere bağlı ölümün gerçekleştiği tahmin edilmektedir (Bray ve arkadaşları, 2018; https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/09/pr263_E.pdf).

Gastrointestinal sistem kanserleri arasında ilk sırada yer alan kolorektal kanserler, dünyada görülme sıklığı ve mortalite açısından farklılık göstermektedir (Aydın ve arkadaşları, 2015). Kolorektal kanserin görülme sıklığındaki coğrafi farklılık diyete, çevresel faktörlere ve genetik yatkınlığı bağlı olabilmektedir (<https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/kolorektal.pdf>). Avrupa'nın bazı bölgelerinde (Örneğin; erkeklerde Macaristan, Slovenya, Slovakya, Hollanda ve kadınlarda Norveç) Avustralya/Yeni Zelanda, Kuzey Amerika ve Doğu Asya (Japonya ve Kore Cumhuriyeti, kadınlarda Singapur) kolon kanseri görülme sıklığının en yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Rektal kanser görülme sıklığı bölgesel açısından benzer dağılım gösterse de erkeklerde Kore Cumhuriyetinde kadınlarda da Makedonya'da yüksek düzeyde görülmektedir. Kolorektal kanser görülme sıklığının en düşük olduğu bölgeler ise Afrika ve Güney Asya dır (Bray ve arkadaşları, 2018).

Amerika Birleşik Devletleri'nde önemli bir sağlık sorunu olan kolorektal kanser en sık tanı alan üçüncü kanserdir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2018 kanser istatistiklerine göre her iki cinsiyette toplamda 97,220 kolon kanseri, 43,030 rektal kanser ve 50,630 kolorektal kansere bağlı ölüm olduğu tahmin edilmektedir (Siegel, Miller ve Jemal, 2018; <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2018/cancer-facts-and-figures-2018.pdf>).

Türkiye de en son 2015 kanser istatistiği verilerine göre kanser insidansı erkeklerde dünya insidansının üzerinde seyrederken kadınlarda biraz daha düşüktür. Türkiye’de Avrupa Birliği ülkeleri ve Amerika gibi gelişmişlik düzeyi yüksek olan ülkelere göre kanser açısından hem kadınlarda hem de erkeklerde daha düşük bir hızda olduğu görülmektedir. Kolorektal kanserler hem kadınlarda hem de erkeklerde üçüncü sırada yer almaktadır. Erkeklerde yüz binde 23,1 ve kadınlarda ise yüz binde 14,4 sıklığında görülmektedir (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri>;
<https://www.saglik.gov.tr/TR,31249/saglik-istatistikleri-yilligi->).

2.2. Kolorektal Kanser Etiyolojisi

Kolorektal kanser gelişiminde etkisi olan birçok risk faktörü bulunmaktadır. Bu risk faktörlerin doğru olarak belirlenmesi, hedef popülasyonda tarama ve takip programlarının başarıyla uygulanabilmesi açısından önemlidir (Ertürk, 2010: 15,24).

2.2.1. Yaş

Kolorektal kanser (KK) riski yaşla birlikte artmaktadır. Kolorektal insidansı erkek ve kadınlarda benzerlik göstermesine rağmen insidansı yaş ilerledikçe erkeklerde biraz daha artmaktadır (<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal-cancer-facts-and-figures/2017-2019.pdf>). Kolorektal Kanser insidansı 50 yaşından sonra artış gösterdiği olguların %90 ı bu yaştan sonra görüldüğü ve sadece %5 ine 40 yaş altında oluştuğu dikkat çekicidir (Ertürk, 2010: 15,24).

2.2.2. Kolorektal adenom ve karsinom varlığı

Kolorektal kanserlerin genellikle iyi huylu adenomatoz poliplerin yaklaşık 10 yıl süren bir süreç içerisinde kanserleşmesi sonucu geliştiği bilinmektedir. Kolorektal kanserlerin FAP (Familial Adenomatous Polyposis) ve HNPCC (Hereditær Non-Polyposis Colorectal Carcinoma) gibi hereditær formlarında ise, adenom oluşumu ve karsinoma dönüşümü mutant genlerle doğan bireylerde daha hızlı gerçekleşmektedir (Can, 2015:707,715).

2.2.3. Herediter risk faktörleri

Kolorektal kanserlerin “herediter“(kalıtsal) formlarında bireyler mutant genleri ile dünyaya gelir. Kolorektal kanserlerde FAP ve HNPCC en çok bilinen herediter tiplerdir. Çevresel faktörlerin etkisiyle doğumdan sonra gelişen somatik mutasyonların sonucunda “sporadik” olarak adlandırılan kanserler ortaya çıkar ve kolorektal kanserlerin büyük çoğunluğu bu mutasyonlar sonucu gelişen adenomlardan kaynaklanmaktadır. (Ertürk, 2010: 15,24).

2.2.4. Familial kolorektal kanser varlığı

Kolorektal kanserlerin %25-30 unu oluşturan ve kolorektal kanser gelişiminde ikinci sıklıkla ortaya çıkan familial kolorektal kanserlerdir. Bu kanserin gelişiminde genetik bazı değişiklikler ve çevresel faktörler rol oynayabilmektedir. Familial kolorektal kanser daha sonra ortaya çıkan somatik mutasyonlara bağlı olarak gelişmektedir. Ailesinde kolorektal kanser görülmeyen kişide kolorektal gelişme riski ortalama %6 dır. Birinci derece akrabalarının (anne, baba, kardeş) en az birinde kolorektal kanser görülen kişilerde risk iki kat artarken (%12), iki ya da daha fazla birinci derece akrabalarında kanser varsa bu risk üç kattan daha fazlalaşmaktadır (%35) (Ertürk, 2010: 15,24).

2.2.5. İnflamatuvar bağırsak hastalığı

Kolonun uzun süre iltihaplandığı bir hastalık olan inflamatuvar bağırsak hastalığı kolorektal kanser gelişme riskini artırmaktadır. Kronikleşen inflamasyonun mukozayı kanserli bir yapı haline getirdiği düşünülmektedir. (<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal-cancer-facts-and-figures/colorectal-cancer-facts-and-figures-2017-2019.pdf>).

2.2.6. Beslenme

Hayvansal yağ, işlenmiş kırmızı etten zengin, lif içeriği düşük, yüksek kalorili beslenen kişilerde kolorektal kanser daha sık görülmektedir (Can, 2015: 707,715). Oleik asitten zengin (zeytinyağ, balık yağı) beslenenlerde risk azalırken doymuş yağ ya da çoklu doymamış yağlarla beslenenlerde risk artmaktadır. Antioksidan ve vitamin kaynağı olan lifli sebze ve meyve tüketimi kolon kanseri riskinin azaltmaktadır (Türk, 2015).

2.2.7. Diğer risk faktörleri

Uzun süre sigara kullanımı, alkol tüketimi, fiziksel hareketsizlik, obezite kolorektal kanser riskini artırmaktadır (Akduran, 2015). Pelvik bölgenin radyasyona maruziyeti rektal kanser oluşumu için bir risk faktörü iken özellikle bu durum prostat, serviks ve vajina kanserlerinde pelvik radyoterapi uygulanan hastalarda rektum kanseri riskini artırmaktadır (<http://194.27.141.99/dosya-depo/ders-notlari/ahmet-dobrucali/Kolon-kanseri.pdf>).

2.3. Kolorektal Kanserde Tarama ve Erken Tanı

Kolorektal kanserlerin erken evrede teşhis edilmesi büyük ölçüde tedavi edilebilirliğini artırmakta, mortaliteyi ve morbiditeyi azaltmakta aynı zamanda tedavi maliyetini de düşürmektedir. Kolorektal kanserlerin erken evrede teşhisi ise asemptomatik evrede tarama programları ile sağlanmaktadır (<https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/kolorektal.pdf>). Kolon ve rektumun polipleri ve kanserleri büyüyene kadar çoğu kez belirti vermemektedir. Tarama programları sayesinde kansere dönüşmemiş adenomatöz polipleri ve erken dönem kanserlerin saptanıp tedavi edilmesi mümkün olabilmektedir. (<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal-cancer-facts-and-figures/colorectal-cancer-facts-and-figures-2017-2019.pdf>).

2.3.1. Gaitada gizli kan testleri

Dışkı testleri; gayak-bazlı dışkıda gizli kan testi (guaiac-based fecal occult blood test: gFOBT) fekal immünokimyasal test (Fecal immunochemical test: FIT) dışkı DNA testidir (stool DNA: sDNA). Dışkı testlerinin işe yarayabilmeleri için sık aralıklarla tekrarlanmalar gerekmekte pozitif çıksalar da invazif testlere müracaat edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. (<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal-cancer-facts-and-figures/colorectal-cancer-facts-and-figures-2017-2019.pdf>).

2.3.2. Sigmoidoskopi

Kalın bağırsağın 60 cm lik son kısmının endoskop aracılığıyla incelenmesi işlemidir. Sigmoidoskopi sonucunda bir polip ya da tümör mevcut ise hasta kolonoskopiye yönlendirilir ve böylece tüm kolon incelenebilmektedir (Türk, 2015).

2.3.3. Kolonoskopi

Kolonoskopi ile tüm kalın bağırsak ve ince bağırsağında son 15-20 cm lik kısmı incelenebilmekte, gerektiğinde örnek alınarak polipler çıkartılabilmektedir. Kolorektal kanserin tarama ve teşhisinde kullanılabilecek en etkili yöntemdir (Türk, 2015).

2.3.4. Bilgisayarlı tomografi ile kolonografi

İnce kesit tomografi çekimleri çok sayıda kullanılarak iki ve üç boyutlu görüntüler elde edilmektedir. Görüntüler nefes tutma sırasında alınmaktadır. Hastalara öncesinde bağırsak temizliği yapılmakta ancak işlem sırasında sedasyon verilmemekte ve işlem 10-15 dakikada tamamlanmaktadır (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/484-kolorektal-kanser-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>).

2.3.5. Çift kontrast baryumlu enema

Bu yöntem ile bağırsak mukozası baryum ile sıvanarak kataterle kolona hava verilip floroskopi altında çok sayıda grafi çekilmektedir. Tüm poliplerin %39 u ve 1 cm den büyük adenomların yarısı bu tetkikle saptanabilmektedir (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/484-kolorektal-kanser-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>).

2.4. Türkiye’de Ve Dünya’da Kolorektal Kanser Taramasında Mevcut Durum

Amerika Kanser Derneği’nin 2018 klavuzuna göre kolorektal kanser taramaları için tavsiyeleri: Ortalama kolorektal kanser riski olan 45 yaş üstü yetişkinlerin yüksek hassasiyetli dışkı bazlı test veya hastanın tercihinine ve testin uygunluğuna bağlı olarak diğer yapısal incelemeler (sigmoidoskopi, kolonoskopi, çift taraflı baryum grafisi, bilgisayarlı tomografi ile kolonografi) ile tarama yapılmasını önermektedir. Yine tarama işleminin bir parçası olarak kolonoskopi ile tespit edilmeyen tüm pozitif sonuçların zamanında kolonoskopi ile takip edilmesi önerilmektedir. Taramalara 45 yaşından itibaren başlanması önerilmekle birlikte 50 yaş ve üzeri yetişkinlerde taramaların düzenli olarak yapılması ve taramalara 75 yaşına kadar devam edilmesi önerilmektedir (Wolf ve arkadaşları, 2018).

Dışkı bazlı testler

- Fekal immünokimyasal test her yıl
- Yüksek hassasiyet, gayak bazlı dışkıda kan testi her yıl
- Her üç yılda bir multitarget dışkı DNA testi

Yapısal incelemeler

- Kolonoskopi her on yılda bir
- Bilgisayarlı tomografi ile kolonografi her beş yılda bir
- Sigmoidoskopi her beş yılda bir yapılması tavsiye edilmektedir.

Türkiye’de kolorektal kanser taramaları ise ülke koşulları dikkate alındığında, ideal yöntem iki yılda uygulanacak olan gaitada gizli kan testi ve 10 yılda bir kolonoskopi ile yapılacak taramadır. Her iki cinsiyette de taramaya 50 yaşında başlanarak 70 yaşına kadar devam eden toplum tabanlı taramalardır. Normal prosedürler aynı olmak koşulu ile birinci derecede akrabasında kolorektal kanser veya adenomatöz polip öyküsü olan bireylerde taramalara 40 yaşından itibaren başlanması yine birinci derece akrabasında erken yaşta kolorektal kanser çıkan kişilerde ise akrabalarında kanserin çıkış yaşından 5 yıl önce tarama prosedürüne başlanmalıdır. Bu çalışmalar Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM), Toplum Sağlığı Merkezleri ve Aile Hekimlerinin Entegrasyonu ile birlikte yürütülmektedir (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/484-kolorektal-kanser-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>).

2.5. Kolorektal Kanser Belirti ve Bulguları

Kolorektal kanserler erken evrede sıklıkla belirti vermemektedir. Bu yüzden taramalar önemlidir. Bir tümör büyüdükçe bağırsakta kanama veya tıkanmaya neden olabilir. Bazı durumlarda kansere bağlı kan kaybı anemiye neden olur. Bu durum da zayıflık, aşırı yorgunluk ve bazen de nefes darlığı gibi semptomlara neden olmaktadır (<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal-cancer-facts-and-figures/colorectal-cancer-facts-and-figures-2017-2019.pdf>).

Sağ kolon kanserlerinde, karın ağrısı, halsizlik, hazımsızlık, karın sağ alt kadranında palpabl kitle en sık görülen şikayetlerdir.

Sol kolon kanserlerinde, dışkı çapında incelme, dışkılama güçlüğü, kabızlık veya kabızlık sonrası ishal, distansiyon, kolik tarzı ağrılar ve dışkıya bulaşmış rektal kanamalar sık görülen yakınmalardır.

Rektum kanserlerinde kabızlık, karın ağrısı gibi bulguların yanı sıra ana semptom rektal kanamalardır (Aylaz, 2011).

2.6. Kolorektal Kanserlerde Tedavi Yöntemleri

2.6.1. Kemoterapi tedavisi

Kolorektal kanserlerde kemoterapi neoadjuvan, adjuvan ve ileri evre hastalıklar için yapılan tedavi şeklinde üç grupta toplanmaktadır. Neoadjuvan tedavi kolon kanserinde ameliyat öncesi tümör hacmini küçültmek ve metastaz olasılığı azaltmak amacıyla uygulanabilirken rektum kanserlerinde radyoterapi ile birlikte kombine tedavi seçeneği olarak önerilmektedir (Çokmert, 2008).

2.6.2. Radyoterapi tedavisi

Kolorektal kanserin primer tedavisi cerrahi olmasına rağmen, tek başına cerrahi tedavi yeterli gelmemekte ve yardımcı tedavilere ihtiyaç duyulmaktadır (Çokmert,2008). Kolon kanserinde postoperatif radyoterapi önerilmemekle birlikte yüksek lokal rekkürrens riski olan durumlarda (T4 hastalıkta) adjuvan radyoterapi fayda sağlamaktadır (Erdem 2012). Radyoterapi eş zamanlı 5 fluorourasilli kemoterapi ile uygulanmaktadır. Radyoterapi sırasında bulantı ve kusma, yan ağrısı, diyare, enterit gibi şikâyetlerle karşılaşılabilir. Rektum kanserli hastalarının tedavisinde radyoterapi, kemoterapi ile kombine uygulandığında büyük öneme sahip olmaktadır (Can, 2015).

2.6.3. Cerrahi tedavi

Kolorektal kanserlerin primer tedavi yöntemi cerrahidir (Stefanik ve Lin, 2000; Erdem 2012). Cerrahide temel amaç tümörün bölgesel lenf bezleri ile birlikte geniş olarak

çıkarılmasıdır (Stefanik ve Lin, 2000). Tümör çıkartılırken tümörün alt ve üst sınırından en az 5 cm' lik bağırsak segmenti ile birlikte çıkartılması gerekmektedir. Cerrahi yaklaşımlar anatomik yerleşime ve malignite derecesine göre değişiklik göstermektedir (Stefanik ve Lin, 2000). Cerrahi olarak temiz bir sınır elde etmek için karın duvarına ya da komşu organlara invazyon söz konusu ise bu organlarında rezeksiyonu yapılmaktadır (Can, 2015). Kolon kanserlerinde tümör lokalizasyonuna göre; sağ hemikolektomi (çekum ve çıkan kolon kanserleri), transvers kolektomi (transvers kolon kanserleri), subtotal ve total kolektomi uygulanır. Rektum kanserlerinde ise; low anterior rezeksiyon (LAR), anterior rezeksiyon (AR) lokal eksizyon, total mezorektal eksizyon, abdominoperineal rezeksiyon (APR) cerrahi prosedürleri uygulanmaktadır (Erdem, 2012; Çokmert, 2008). Kolorektal kanser cerrahisi sonrasında erken ve geç dönemde komplikasyonlar gelişebilmektedir (Alabaz ve Akçam, 2010; Bahattin, Yılmaz, Akıncı, Şahin ve Kulaçoğlu, 2016). KRK cerrahisi sonrası komplikasyonları erken dönemde yara yeri problemleri, anastomoz kaçağı, barsak tıkanması, apse veya fistül gelişimi gibi komplikasyonlar görülebilmektedir (Aydın ve arkadaşları, 2015). Bu komplikasyonların yanı sıra cerrahi alan enfeksiyonu, postoperatif ileus, eviserasyon da önemli komplikasyonlardır. Kolorektal cerrahi girişim sonrasında gelişen komplikasyonlar çeşitlilik göstermekle birlikte güvenilir cerrahi teknik, iyi bir planlama ve yönetim sonrasında iyi bir postoperatif bakım, komplikasyon oranını azaltmaktadır (Alabaz ve Akçam, 2010).

2.7. Kolorektal Kanserlerde İntestinal Stomalar

Kolorektal kanserler stoma açılmasını gerektiren en yaygın neden olmakla birlikte travma, ileus, crohn hastalığı, divertikülit, ülseratif kolon gibi hastalıklar nedeniyle de intestinal stomalar açılabilir (Nalcı, 2016). İntestinal stomalar anatomik olarak buldukları yere göre kolostomi, çekostomi, ileostomi, jejunostomi gibi farklı adlar ile adlandırılmaktadır. Cerrahi bir işlem ile kolon karın duvarına ağızlaştırılmasıyla kolostomi, ince bağırsağın son kısmı olan ileumun karın duvarına ağızlaştırılmasıyla ileostomi adını almaktadır (Karadağ ve Baykara, 2013).

Bireylerin yaşam kalitesi ve yaşam süresinin artırmak amacıyla kolorektal kanserli hastalarda açılan stomalar birçok sorunları da beraberinde getirmektedir (Akyüz, 2016). Stomalı birey fiziksel, psikolojik, sosyo-kültürel pek çok sorunla karşılaşabilmektedir. İleostomi ve kolostomisi olan bireyler istemsiz gaz çıkışı ve kötü kokuya bağlı sosyal

izolasyon, benlik saygısında azalma, beden imajında değişim, cilt ve seksüel problemler, iş ve arkadaş ilişkilerinin etkilenmesi gibi problemler yaşamaktadır. Ameliyat sonrası bireyin stomaya uyumu uzun zaman almakla birlikte kendini normal bir kişi olarak kabul etmeyip, işe yaramadığını artık normal bir yaşam sürdüremeyeceğini düşünebilir. Birey beden imgesinin değişmesiyle vücudundaki değişikliği kabul etmeyip stomasını görmek istemeyebilir. Stomanın dışkı sızıntısına ve kokuya neden olabileceği korkusuyla insanlardan uzak durup yalnız kalmak isteyebilir (Karadağ, 2010).

2.8. Yaşam Kalitesi

Gündelik hayatta mutluluk, iyi olma hali ve refah kelimeleri ile bağdaştırılan yaşam kalitesi kavramı ekonomi, felsefe, politika, sosyal bilimler, tıp gibi birçok farklı disiplinlerde karşımıza çıkmaktadır (Edisan ve Kadioğlu, 2011). Günümüzde de birçok tanım olmasına rağmen farklı disiplinlerde farklı açılardan ele alınan yaşam kalitesi kavramının evrensel bir tanımı bulunmamaktadır (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016; Edisan ve Kadioğlu, 2011; Pınar, 2012). Tüm tanımlarda ortak nokta insan faktörü ve kişinin öznel değerlendirme sisteminin olmasıdır. Yaşam kalitesi, kişinin kendi amaçlarına, beklentilerine, standartlarına ve çıkarlarına göre bir kültür ve değer sisteminde kendi yaşamını algılaması olarak tanımlanabilir (Boylu, 2016). DSÖ'ye (Dünya Sağlık Örgütü) göre yaşam kalitesi bireyin fiziksel sağlığından, bağımsızlık düzeyinden psikolojik durumundan ve bulunduğu çevrenin özelliği ve çevre ile olan ilişkilerinden etkilenmektedir (Pınar, 2012). Yaşam kalitesi, insanların toplumsal duygusal ve fiziksel doyumuna ve yaşamdaki gündelik işlerini kendi başlarına yerine getirebilme becerisine sahip bulunmalarına atıfta bulunan bir kavram olmakla birlikte bireyin psikolojik fiziksel, ve sosyal sağlığı yaşam kalitesinin önemli bir göstergesidir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Yaşam kalitesi kavramına, 1970-1980'li yıllarda tıp alanında ilgi gösterilmeye başlanırken 1980-1990'lı yıllarda hemşirelik alanında üzerinde durulmaya başlanmıştır (Arslan ve Bölükbaş, 2003). Yaşam kalitesi çalışmaları hemşirelik alanında; yaşamın biyolojik, psiko-sosyal ve kültürel yönünü barındıran sağlığı yükseltmeye yönelik bakım sağlama gerçeğine dayanmaktadır (Arslan ve Bölükbaş, 2003; Kurt ve Çetinkaya, 2008).

Yaşam kalitesinin farklı disiplinler tarafından farklı biçimlerde tanımlanmıştır. Hemşire kuramcılardan Rogers, King, Peplau, Leininger ve Parse'nin yaşam kalitesinin

tanımlarında fikir birliği olmakla beraber yaşam kalitesini, bireyin subjektif deneyimi olarak ele almışlardır (Pınar, 2012).

Yaşam kalitesi ile ilgili tanımlamalar “kişinin yaşamı ile ilgili subjektif algısı” olarak nitelendirilse de yaşam kalitesi, objektif ve subjektif olmak üzere iki açıdan ele alınmaktadır. Objektif göstergeler; sağlık, eğitim, gelir, yaşanılan konutun durumu, meslek, vb. iken; kişinin sahip olduğu bu imkânlardan duyduğu doyum ise yaşam kalitesinin subjektif göstergesidir. Genel yaşam kalitesi kavramı gibi sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı da bir çok faktörü barındıran geniş bir kavram olmakla birlikte kabul görmüş evrensel bir tanımı bulunmamaktadır (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

“Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ”bir çok farklı tanımı olsa da, yaşamın çeşitli boyutları açısından kendisinden hoşnut olabilmesi ya da kişinin hayattaki beklentileri ile elde edebildikleri arasındaki fark olarak tanımlanabilir (Eser, 2012). Sağlıkla ilgili en önemli objektif yaşam kalitesi göstergeleri; kişinin hangi durumda olursa olsun yürüme, koşma, merdiven çıkma, doğrulma, eğilme, gibi fiziksel güç isteyen aktiviteler ile günlük yaşam aktivitelerini, öz-bakımını yerine getirebilmesi ve bunların yeterli düzeyde olmasıdır (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

2.8.1. Yaşam kalitesini etkileyen faktörler

Sübjektif ve objektif yönü olan yaşam kalitesinin göstergeleri üzerinde pek çok bilimsel çalışma bulunmaktadır. Özellikle kaliteli yaşamın objektif göstergeleri olarak, yaş, cinsiyet, medeni durum, sağlık, eğitim, yaşanılan konut ve özellikleri, sosyal destek, iş yaşamı, çevre ve boş zamanı değerlendirme göstergeleri temel alınarak, toplumların yaşam kaliteleri değerlendirilmektedir (Akın, 2018).

Yaş: yaş ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişkinin olduğu ileri yaşın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir. Yaş ilerledikçe yaşanabilecek fonksiyonel yetersizliklerden dolayı hastaların yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği söylenebilmektedir (Dural ve Sarıtaş, 2017).

Cinsiyet: Araştırma sonuçları kadınların yaşam kalitesinin erkeklerinkine göre daha düşük olduğunu göstermektedir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016; Dural ve Sarıtaş, 2017). .Kadınların

strese erkeklerden daha fazla maruz kalması, toplumumuzda özellikle aile hayatındaki yükün daha fazla kadında olması (ev işleri, çocuk bakımı vb.) ve aynı zamanda iş hayatının da stresini yaşamaları kadınların yaşam kalitelerini düşürmektedir (Dural ve Sarıtaş, 2017). Ayrıca bu durum kadınların hormonal farklılıkları ve fizyolojik yapıları ile de ilgili olabileceği düşünülmektedir (Soyuer ve arkadaşları; 2006).

Medeni durum: Bekâr veya evli olmak toplumlarda daha çok kabul görürken özellikle gelişmemiş veya gelişmekte olan ülkelerde dul veya boşanmış olmak kabul görme konusunda zorlanmakta, dolayısıyla bu durum düşük yaşam kalitesinin göstergesi olmaktadır. Ayrıca dul veya boşanmış kadınların, dul veya boşanmış erkeklere göre daha fazla dışlandıkları, dul veya boşanmış olmak kadınların depresyon ve anksiyete riskini arttırdığı, yoksulluk riskiyle karşı karşıya kaldıkları, sorumluluklarının arttığı ve dolayısıyla yaşam kalitelerinin düşürdüğü görülmektedir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Bireylerin evlerinde sosyal ve duygusal açıdan kendilerine yakın olan bireylerle birlikte yaşamaları bununla birlikte sosyal destek sistemlerinin iyi olması evli bireylerin yaşam kalitesi artırmaktadır (Altay, Çavuşoğlu ve Çal; 2016)

Eğitim: Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin daha yüksek gelirli ve nitelikli işe, daha iyi sosyal olanaklara ve dolayısıyla daha yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları; eğitim düzeyi düşük olan bireylerin ise işsizlik, düşük ücret, ekonomik yoksunluk, kötü çalışma koşulları, sosyal olanaklardan yararlanamama, yetersiz beslenme, sürekli maddi, sosyal ve psikolojik kaygı gibi nedenlerle düşük yaşam kalitesine sahip oldukları bilinmektedir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Ayrıca eğitim düzeyinin yükselmesi sağlık algısında iyileşmeye ve kişinin sağlık alanında daha bilinçli olmasını sağlayabilmektedir (Dural ve Sarıtaş, 2017; Soyuer, Ünalın, Öztürk, 2006).

Sağlık: Bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığı, yaşam kalitesinin önemli bir göstergesidir. Sağlıkla ilgili en önemli objektif yaşam kalitesi göstergeleri; bireyin ne durumda olursa olsun yürüme, koşma, merdiven çıkma gibi fiziksel güç gerektiren aktiviteler ile günlük yaşam aktivitelerini, öz bakım gereksinimlerini yerine getirebilme düzeyleridir. Kişinin herhangi bir sağlık güvencesine sahip olması da önemli bir objektif göstergedir. Ayrıca bedensel rahatsızlıkların, süregen hastalıkların yaşam kalitesini düşürdüğü, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının yaşam kalitesini artırdığı belirtilmektedir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Sosyal destek: Bireyin sosyal çevresi ve çevresi ile olan ilişkisi yaşam kalitesi açısından önemlidir. Sosyal destek, bireylerdeki stresi önleyebildiği, stresli bir durumda ise olayın algılanış biçimini değiştirdiği, kişi zorlandığında ona yardımcı olduğu ve başa çıkma yollarını etkilediği bilinmektedir. Bunun yanı sıra sosyal desteğe sahip bireyler hastalık durumunda daha kolay iyileşebilmekte, hastalıkla başetme güçleri artabilmekte ve yaşam kaliteleri yükselmektedir (Ardahan 2006).

Yaşanılan konut ve özellikleri: Konforlu ve güvenli bir konut, bireylerin temel ihtiyaçlarından olup, yaşanılan konutun gecekondulu veya apartman dairesi olması ve konutların özellikleri (ısıtma, su, elektrik vb. olanaklar) mobilya ve beyaz eşya gibi dayanıklı malların ve diğer ev araçlarının varlığı da yaşam kalitesi üzerindeki etkisi önemlidir. Yeterli, uygun ve kullanışlı ürünler, ailelerin ev işlerini daha kolay, etkin ve kısa zamanda gerçekleştirmelerini dolayısıyla yaşamlarını kolaylaştırmaktadır. Aynı zamanda bireyin konut sahibi olması; konutun içinde ve dışında istediği gibi değişiklik yapabilmesi, istediği gibi kullanması ve evsiz kalma korkusu yaşamadan kendisini güvende hissetmesi açısından önemlidir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Gelir: Çalışmalar ekonomik koşulların sağlayıcısı olan gelirin; bireylerin fiziksel, sosyal duygusal sağlıkları, iş ve sosyal yaşamdaki başarı ve doyumları, dolayısıyla yaşam kaliteleri üzerinde en önemli gösterge olduğunu vurgulamaktadır (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Yüksek sosyo-ekonomik düzeydeki bireylerin daha fazla olanaklara sahip olması hastalığı için gerekli tedaviye ve diyetle kolay uyum sağlamalarını kolaylaştırmaktadır (Dural ve Sarıtaş, 2017).

İş yaşamı: İş yaşamında olumlu veya olumsuz durumlar, sosyal katılım veya dışlanmalar, başarı veya başarısızlıklar yaşam kalitesi üzerinde doğrudan etki etmektedir. Çalışmalarda, bireylerin ilgilerini çeken, hoşlarına giden, sorumluluk alabilecekleri bir işte çalıştıklarında yaşamdan tatmin olma düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Ayrıca gelir, iş yerindeki pozisyonları ve hizmet yılı arttıkça iş tatminlerinin dolayısıyla da yaşam kalitelerinin yükseldiği görülmektedir. Bunun yanı sıra uzun süreli işsizliğin ve iş aramanın mental sağlığı olumsuz etkilediği bu durumda yaşam kalitesini düşürdüğü sonucuna varılmaktadır (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Boş zaman faaliyetleri: Bireyler çeşitli büyüklükte çıkan boş zamanlarında dinlenmek, hava değişimi sağlamak, uzaklaşmak gibi ihtiyaçlarını karşılamak için bir takım faaliyetlere yönelebilmektedir. Boş zaman faaliyetleri bireyin tatmini ve dolayısıyla yaşam kalitesi açısından önemlidir (Eruzun ve Türkmen, 2018).

Tüm bu etmelerden anlaşılacağı gibi yaşam kalitesini birçok faktör farklı boyutlarda etkilemektedir.

2.9. Kolorektal Kanserli Hastada Yaşam Kalitesi

Kanser tanısının konulması birey için travmatik bir deneyim olmasının yanı sıra bireyin günlük yaşam aktivitelerini diğer hastalıklara göre daha da bozarak, fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik vb. birçok alanda etkilemektedir. Kanser, bireyin geleceğe yönelik planlarını bozma, uyum mekanizmalarının etkilenme, gücünü yitirme gibi anlamlar taşıyabilmektedir. Komplike ve uzun süreli kanser tedavisi, bireyin fiziksel iyilik halini etkilemekte, psikososyal sorunlara yol açmakta, bireyin kendine bakma kapasitesini ve yaşam kalitesini azaltmaktadır. Kanser ilerlemesi veya kanser tedavisinin lokal ve sistemik etkileri, vücudun tüm sistemleri üzerinde önemli etkiler yaratarak morbiditeyi, öz-bakım gücünü, tedaviyi sürdürmeyi ve yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (Kurt ve Çetinkaya, 2008). Kanserler içinde önemli bir sağlık problemi olan kolorektal kanserlerin tanısının erken konulup ve tedavisinin uygun zaman ve koşullarda yapılması yaşam süresini uzatmıştır. Fakat yaşam süresinin uzaması hastanın hayat kalitesinin iyi olduğu anlamına gelmemektedir. Kolorektal kanserin semptomlarının ve tedavisinin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediği bilinen bir gerçektir (Oğuz ve Leventoğlu, 2010).

Kolorektal kanserli hastalarda hem hastalığın yani kanser tanısının varlığı hem de tedavisinde yer alan radyoterapi, kemoterapi ve cerrahi tedavi yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli faktörler arasında yer almaktadır. Kolorektal kanserde radyoterapi, cerrahi tedavi, kalıcı ya da geçici olarak stoma açılması, kemoterapinin yan etkisine bağlı ortaya çıkan bulantı, kusma, yorgunluk, uykusuzluk vb. şikayetler bireyin fiziksel ve psikososyal sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bunların yanı sıra aile ve iş hayatı ile ilgili sorunlar yaşanması, gelecek hayata yönelik belirsizlikler bireyin sosyal ve manevi sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu ve benzeri stresörlerle yüz yüze kalan ve başetmeye çalışan bireyler ümitsizlik, korku ve çaresizlik yaşamaktadır. Tüm bunlar

bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Aylaz, 2011). Bu olumsuzluklara ve tedavi yan etkilerine rağmen tedavi süresince ve tedavi sonrasında hastaların yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi ve devamının sağlanması önemlidir (Çalışkan, Duran, Karadağ, Ergün ve Tekir, 2015).

Etkili bir hemşirelik bakımı; hastalığın yarattığı stresörlerle bireyin başedebilmesine yardım etmeyi amaçlamaktadır. Bu sebeple hemşirelerin öncelikle yaşam kalitesini koruma, geliştirme ve iyileştirme sorumluluklarını ve yaşam kalitesini etkileyen etmenleri belirlemeleri ve sonrasında bu sorumlulukları yerine getirmeleri önemlidir. Kanser hastalarında yaşamın bütün alanları etkilendiği için, bakım sorumluluğunu alan hemşirelerin de yaşam kalitesi alanlarını bilmeleri önemlidir. Ameliyat olmuş ya da olmamış kanserli hastalarda yaşam kalitesinin hangi alanlarının nasıl etkilendiğinin belirlenip eksikliği belirlenen alanlarda hastalara destek sağlanması son derece önemlidir (Arslan ve Bölükbaş, 2003).

2.10. Öz -Bakım ve Öz -Bakım Gücü

Öz-bakım; bireylerin yaşam, sağlık ve refah durumlarını sürdürmek için kendileri tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinlikler iken öz-bakım gücü; sürekli bakım gereksinimlerini karşılaması için bireylerin kendi yaşam sürecini düzenlemesini ve geliştirmesini sağlayan karmaşık yeteneğidir. Dorothea Orem tarafından geliştirilen öz-bakım kavramı ilk kez 1959 yılında yayımlanmıştır. Orem öz-bakımı “bireylerin yaşamlarını ve sağlıklı olma durumlarını sürdürebilmesi için başlattığı ve gerçekleştirdikleri aktiviteler “olarak tanımlamaktadır. Öz-bakım bağlarla ve kişiler arası iletişimle öğrenilebilen bir davranıştır. İnsanlar farklı biyolojik, fiziksel ve sosyal çevre koşullarında doğar, büyür ve gelişirler. Bu nedenle öz-bakım uygulaması bireyin içinde bulunduğu kültürden ve bu kültürün içindeki temel öğelerden etkilenmektedir. Orem’e göre bireyin sağlığı kişinin kendi sorumluluğudur. Yine Orem’e göre öz-bakım, çevre ve şartları dikkate alınarak kendi kendine başlatılmış, kendini kontrol eden ve bağımsız olarak yöneten planlanmış hareketlerdir. Orem bireyin öz-bakım gücünü etkileyen faktörleri; yaş, cinsiyet, sağlık durumu, gelişim durumu, sağlık sistemi, sosyo-kültürel özellikleri, aile sistemi, yaşama şekli ve düzenli yaptığı aktiviteler, çevresel faktörler, kaynakların yeterliliği ve ulaşılabilirliği olarak sıralamıştır. Bu faktörler öz-bakım gücünü değişik yollarla etkilemektedir (Karadağ, Çalışkan ve Baykara, 2017).

2.11. Kolorektal Kanserde Öz-Bakım Gücü

Bireyler günlük yaşam aktivitelerini yeterli düzeyde yerine getirebilmesi için öz-bakım gücüne sahip olmaları gerekmektedir. Öz-bakım gücü sürekli değişim ve gelişim gösteren bir durumdur. Öz-bakım, birçok faktörün etkisi ile değişmekle birlikte, bireyler yaşamlarının bazı dönemlerinde öz-bakımlarını yerine getirememektedirler. Hasta, sakat, yaşlı ve cerrahi girişim geçiren bazı bireyler öz-bakımlarında tamamen ya da kısmen yardıma gereksinim duymaktadırlar. Genel olarak bireyin yaşı ve sağlık durumu, gerçekleştirebileceği öz-bakımın düzeyini belirlemektedir (Üstündağ ve Zengin, 2008).

Orem öz-bakım gücünün, hasta bireyin hastalığı hakkında bilgi sahibi olması ile yeterli seviyede olabileceğini savunmaktadır. Kanseri hastalarda temel amaçlardan bir tanesi bireyin bağımsız olma halinin en yüksek seviyede devam ettirilmesi ve bireyin kendine bakımını gerçekleştirebilmesi için var olan potansiyelini detaylı olarak belirlemektir. Bu nedenle Orem'in geliştirdiği öz-bakım modeli kronik hastalığına sahip bireyin bakımında kullanılabilecek en uygun bakım modeli olarak gösterilebilmektedir. Kanseri hastalığı bireyin hayatını bu hastalıkla devam etmesi fiziksel, psikolojik ve sosyoekonomik açıdan olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır. Kanseri kişinin hayatına sınırlamalar getirerek, yaşamdan doyum almasına engel olmakta ve kişinin öz-bakım gücünün ve benlik saygısının düşmesine yol açmaktadır (Kütük, 2016). Öz-bakım birçok faktörün etkisiyle değişmekle birlikte kolorektal kanser gibi komplike hastalığı olan bireyler hem hastalık ve hastalık semptomları hem de tedavilerin organ ve fonksiyonlar üzerindeki etkileri nedeniyle öz-bakım ve öz-bakım gücü olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu sebeple kolorektal kanserli hastalar tamamen ya da kısmen öz-bakım güçlerinin desteklenmesine ihtiyaç duymaktadır.

2.12. Kolorektal Kanseri Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Öz-Bakım Gücü Arasındaki İlişki

Kolorektal kanser tanısı olan hastaların karşılaşılabilecekleri birçok fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik sorunlarla başedebilmeleri için öz-bakım güçlerinin desteklenip güçlendirilmesi oldukça önemlidir. Öz-bakım gücü desteklenen hastanın hem hastalıkla baş etme gücü hem de tedaviye uyumu artmakta dolayısıyla hastaların yaşam kalitelerini de güçlendirmek mümkün olabilmektedir.

Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin en üst düzeyde tutulması ve hastaların kendi tedavi ve bakımlarının sorumluluğunu alarak yaşamlarını sürdürmeleri büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle hastaların yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü düzeyinin belirlenmesi oldukça önemlidir. Öz-bakım gücü gelişen hastaların, yeni yaşamlarına uyumları, iyileşme ve tedaviden yararlanma düzeyleri ve böylece yaşam kaliteleri artabilecektir. Dolayısıyla öz - bakım gücü ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki vardır (Altıparmak ve arkadaşları, 2011). Bu bağlamda kolorektal cerrahi ekibinin ve özellikle de kolorektal cerrahi hemşirelerinin, hastaların öz-bakım güçlerini desteklemeye yönelik bakım, eğitim, danışmanlık ve rehabilitasyon hizmeti sunmaları oldukça önemlidir.



3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan hastaların yaşam kalitesinin ve öz bakım gücünün değerlendirilmesi amacıyla prospektif ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler

Araştırma araştırmacının kolay ulaşabileceği ve hastaları takip edebileceği göz önünde bulundurularak, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi'nin ve Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin genel cerrahi kliniklerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma 05.10.2017-10.09.2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi 1007 yatak kapasitesine sahip olup hemşire sayısı 913'tür. Hastanede iki adet genel cerrahi kliniği bulunmaktadır. Genel cerrahi klinikleri toplamda 73 yatak kapasitesine sahip olup 33 hemşire çalışmaktadır. Kliniklerde hastalara ameliyat öncesi ve sonrası bakım verilmekle birlikte stoma açılacak hastalara kliniğe yatışı yapıldıktan sonra stoma ve stoma ile yaşam hakkında bilgilendirme ve stoma bölge işaretlemesi için stomaterapi ünitesine yönlendirilmektedir. Hastalar taburcu olmadan önce gerekli bakım hizmeti verilmekte ancak standart taburculuk eğitim hizmeti verilmemektedir.

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi 732 yatak kapasitesine sahip olup hemşire sayısı 777 dir. Hastanenin genel cerrahi kliniği 40 yataklı bir klinik olup 15 hemşire çalışmaktadır. Hemşirelerin çalışma saatleri 08:00-16:00 ve 16:00-08:00 olmak üzere iki shift şeklindedir. Klinikte kolorektal kanserli ameliyat olacak hastalara ameliyat öncesi ve sonrasında rutin hemşirelik bakım hizmeti sunulmakta fakat standart taburculuk eğitim hizmeti verilmemektedir. Hastanede stomaterapi ünitesi bulunmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ve Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan tüm hastalar oluşturmuştur. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi'nin 2018 yılı kolon ve rektum malign neoplazm hasta sayısı 212, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2018 yılında hastaneye başvuran kolon ve rektum malign neoplazm hasta sayısı 828 olarak belirtilmiştir.

Araştırmanın örneklemini ise Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi ve Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, genel cerrahi kliniğine kolorektal kanser tanısıyla ameliyat olmak için yatan, araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş üzeri, iletişime ve işbirliğine açık, görme, işitme gibi duyuşal kayıpları olmayan, bilinci açık ve soruları cevaplayabilecek durumda olan ve hastanın karar verme yeteneğini etkileyebilecek herhangi bir hastalığı olmayan (demans, psikolojik bozukluk vb.) hastalar oluşturmuştur.

Örneklem sayısını belirlemek için Gpower,3.1 programı kullanılarak yapılan güç analizi sonucunda; % 5 hata payı, % 90 güç ile 45 örnek sayısına ulaşılması planlanmıştır. Veri kayıpları göz önünde bulundurularak her iki kurumdan toplam 50 hastaya ulaşılmıştır. Ancak araştırma sürecinde hasta kayıpları yaşanmıştır. Bu kayıplar şu şekildedir: Araştırma sürecinde 5 hasta 1. ayda, 3 hasta ise 3.ayda sağlık durumunun iyi olmadığını belirterek kendi istekleri doğrultusunda araştırmayı bırakmışlardır. Çalışma sürecinde 2 hasta araştırmanın 1. ayından sonra, 1 hasta da araştırmanın 3. ayında öldüğü için araştırmadan çıkarılmıştır. Ameliyat öncesinde 2 hasta araştırmaya katılmış ancak ameliyatları iptal edilince araştırmaya dahil edilememiştir. Araştırma 37 hasta ile tamamlanmış olup Gpower, 3.1 programı kullanılarak yapılan güç analiz sonucunda % 5 hata payı %80 güç olarak yeterli bulunmuştur.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri toplama formu

Araştırmada veriler araştırmacının deneyimleri ve literatüre dayanarak hazırlanan veri toplama formları aracılığıyla elde edilmiştir (Akduran, 2015; Beser ve Öz, 2003; Couwenberg ve arkadaşları, 2018; Nahcivan, 1994; Nahcivan, 2004; Shen ve arkadaşları, 2018; Wani ve arkadaşları, 2017). Veri toplama formu beş bölümden oluşmaktadır (EK 5).

Formun birinci bölümünde; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, gelir durumu, yaşadığı yer ve evde kimlerle yaşadığını içeren sosyodemografik verilerin yer aldığı on soru bulunmaktadır.

Formun ikinci bölümünde; sağlık güvencesi, boy, kilo, sağlık kontrollerini düzenli yaptırma durumu, sağlık kuruluşuna rahat ulaşabilme durumu, sigara-alkol alışkanlığı, hastalığını bilme durumu, hastanın tanısı, hastalığın teşhis süresi, başka kronik hastalığın varlığı, ailede ve birinci derecede akrabasında kanser, kolorektal kanser tanısı alma durumu, bakımına yardım eden kişi varlığı, günlük yaşam aktivitelerini karşılama durumu, hastalığını algılama durumu, ameliyata ilişkin bilgilendirme yapılma durumu, kemoterapi/radyoterapi alma durumu, daha önce ameliyat olma durumu, adı ve ne kadar süre önce olduğunu içeren sağlık durumunun ilişkin bilgilerinin yer aldığı on dokuz soru bulunmaktadır.

Formun üçüncü bölümünde; ameliyatın tarihi, ameliyat adı, hastanın kilosu, komplikasyon durumu, kemoterapi/radyoterapi alma durumu, hastanın bakımıyla ilgilenen bireyin varlığı, günlük gereksinimlerini karşılama durumu, stoma süresi, stoma türü, stoma ameliyatın türü, stoma bölgesinin işaretlenme durumu, stom bakım ve torba değişimiyle ilgili bilgilendirme durumu, stoma ile yaşam süresi, stoma bakımının yapılma durumu, stoma bölgesine ilişkin problemin varlığı, stomanın kapatılma durumunu içeren ameliyat sonrasında ilişkin bilgilerinin yer aldığı on sekiz soru bulunmaktadır.

Veri toplama formunun dördüncü bölümünde; Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesin Ölçeği [European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Questionnaire-Cancer (EORTC QLQ-C30)] ve Kolorektal Kanserli Hastalarda Yaşam

Kalitesi Ölçeği [European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Questionnaire-Colorectal Cancer (EORTC QLQ-CR29)] yer almaktadır.

Veri toplama formun beşinci bölümünde ise; Öz Bakım Gücü Ölçeği yer almaktadır.

Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesin Ölçeği (EORTC QLQ-C30)

EORTC QLQ-C30 ölçeği Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonunun (EORTC), 1987 yılında kansere özgü bir yaşam kalitesi ölçeği olarak geliştirilmiş ve en son olarak ölçeğin EORTC QLQ-C30 version 3.0 ortaya çıkmıştır. Ölçeğin kapsam geçerliği ve güvenilirlik çalışması Beşer ve Öz tarafından yapılmıştır (2003). EORTC QLQ-C30 ölçeği genel iyilik hali, fonksiyonel durum ve semptom kontrolü olmak üzere üç alt başlık 30 soru ile değerlendiren bir ankettir. Fonksiyonel durum; fiziksel fonksiyonlar, rol performansı, emosyonel, bilişsel ve sosyal durumu içermektedir. Semptom kontrolü; yorgunluk, bulantı kusma, ağrı değerlendirilmesinin yanı sıra solunum güçlüğü, uyuma güçlüğü, iştah kaybı, kabızlık, ishal, ekonomik güçlük durumu birer soru ile ölçülmektedir. Ölçekteki 30 maddeden ilk 28'i dördümlü likert tipi ölçektir ve maddeler hiç: 1, biraz: 2, oldukça: 3, 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 istenmiştir. 29. ve 30. sorular genel iyilik hali alanını oluşturan sorulardır. Genel iyilik hali ve fonksiyonel alandan alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin yükseldiğini, düşük puanlar ise yaşam kalitesinin düştüğünü semptomlar bölümlerinde ise alınan puanların düşük olması yaşam kalitesinin yüksek, puanların yüksek olması yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. Ölçeğin cronbach alfa katsayısı, 0.9014'dür. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0,865; ölçeğin alt boyutlarının cronbach alfa katsayısı genel iyilik hali alt boyutu için 0,927, fonksiyonel durum alt boyutu için 0,814, semptom kontrolü alt boyutu için 0,822 olarak bulunmuştur.

Kolorektal Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-CR29)

EORTC QLQ-CR29 ölçeği kolorektal kansere özel hazırlanmış bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlayarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akduran tarafından yapılmıştır (2015). Hastalık semptomları, tedavi yan etkileri, vücut imajı, seksüel durum ve gelecek beklentisini değerlendiren 29 sorudan oluşan ve çoklu sorular içeren bir formdur. EORTC

QLQ-CR29 formu, 31. sorudan itibaren başlayarak ilk 18 soruyu herkes cevaplamakta, ondan sonraki sorular cinsiyet, seksüel fonksiyon ve kolostomi durumuna göre bölümlere ayrılmakta her hasta kendi durumuna uygun kısımları doldurmaktadır. Formda 47.soruya kadar olan kısım tüm hastalara yöneliktir. 48. soru evet- hayır olduğu için faktör analizi ya da boyutlara alınmaz. 49-55. sorular stoma torbası olan ve olmayanlar içindir. Yani ostomi ve stoma torbası olan ve olmayan, tüm kolorektal kanserli bireylere hitap eden 31-47. maddelerdir. Bunların faktör analizi sonuçları genel sağlık şikayeti, üriner sistem memnuniyeti, boşaltım sistem memnuniyeti, ilaç yan etkileri olmak üzere dört boyuttan oluşur. Bu bölümden alınan puanların düşük olması yaşam kalitesinin yükseldiğini ifade etmektedir. Geçerlik ve güvenilirlik analizi yapılan ölçeğin cinsellikle ilgili maddelerin bulunduğu bölümler hastalar tarafından ön yargı ile karşılanmış ve yeterince olumlu yanıt verilmemiştir. Bu durum AB ülkeleri ile Türk toplumunun sosyal ve kültürel farklılıklarından meydana gelen bir uyumsuzluk olarak görülmektedir. Bu nedenle cinsellikle ilgili sorulara geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında yer verilmemiştir. Araştırmamızda stoma ile ilgili analizlerde, ameliyat öncesi 3 hastanın, ameliyat sonrası 6.ayda 7 hasta gibi çok düşük sayıda örnek olduğu için ve sayılarının birbirine denk olmamasından dolayı ilgili analizler yapılamamıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı; EORTC QLQ-CR29 31-47. maddeler 0,762, EORTC QLQ-CR29 stoma torbası olanlar 0,738, EORTC QLQ-CR29 stoma torbası olmayanlar 0,738, EORTC QLQ-CR29 erkek cinsellik -1,178 (maddeler arasında negatif ortalama kovaryans olduğu için değer negatif çıkmıştır), EORTC QLQ-CR29 kadın cinsellik 0,879 dur. Bu çalışmada EORTC QLQ-CR29 ölçeğin cronbach alfa katsayı değeri 0,812 dir. Ölçeğin alt boyutlarından genel sağlık şikâyetleri için; 0.851, üriner sistem memnuniyeti için; 0.797, boşaltım sistem memnuniyeti için; 0.801 ilaç yan etkileri için; 0.777 dir.

Öz-Bakım Gücü Ölçeği

Bireyin kendi-kendisine bakım verme yeteneği ya da öz-bakım gücünü ölçmek için kullanılan ölçek, Kearney ve Fleicher tarafından (1979 yılı) İngilizce olarak 43 madde halinde geliştirilmiştir. Ölçek Nahcivan tarafından (1993 yılı) Türk toplumunda adölesanlara uyarlanmış 35 maddeye indirgenmiş olup güncel araştırmalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Ölçek bireylerin öz-bakım eylemleriyle ilgilenme durumlarını kendi değerlendirmeleri üzerine odaklanmıştır. Her bir ifade, 0'dan 4'e kadar puanlanmıştır. Bireylerin öz-bakıma karşı yönelimleri 5'li likert-tip ölçek üzerinde katılımcıların

yanıtlaması ile belirlenir. Yanıt seçeneklerinden, “Beni hiç tanımlamıyor” yanıtına 0 puan, diğerlerine sırasıyla “Beni pek tanımlamıyor” 1 puan, “Fikrim yok” 2 puan, “Beni biraz tanımlıyor” 3 puan, ve “Beni çok tanımlıyor”yanıtına 4 puan verilir. Türkçeleştirilen ölçekte 8 madde (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26. ve 31. maddeler) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama ters döndürülür. Maksimum puan ise 140’dır. Ölçekten alınan puanın yüksekliği bireyin öz-bakım ya da kendi kendine bakma yeteneğinin, gücünün yüksekliğini gösterir. Sınır/kesme değeri (cut off value) yoktur. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,89’dur. Bu araştırmada ise ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,927 olarak bulunmuştur.

3.4.2. Veri toplama formunun uygulanması

Araştırmanın uygulaması Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu’ndan ve Gazi Üniversitesi Etik Komisyon’undan etik izinler ve kurumlardan yazılı izinler alındıktan sonra başlamıştır.

Araştırma için gerekli kriterleri karşılayan hastalarla ameliyat olmak üzere ameliyat öncesi genel cerrahi kliniklerine yatışı yapıldıktan hemen sonra görüşülmüştür. Hastalara araştırmanın amacı, yöntemi, hastadan beklentiler, veri toplama formları anlatılmış ve aydınlatılmış onamları alınmıştır.

Araştırmaya katılan hastalara ameliyat öncesinde; formun birinci bölümündeki sosyo-demografik verilerin, ikinci bölümünde sağlık durumuna ilişkin verilerin, dördüncü bölümünde yaşam kalitesi ölçeği (EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-CR29) ve beşinci bölümünde öz-bakım gücü ölçeğinin yer aldığı formlar araştırmacı tarafından genel cerrahi kliniklerinde yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

Ameliyat sonrası 1.ayda hastalar formun üçüncü bölümünde ameliyat sonrasına ilişkin veriler, dördüncü bölümünde yaşam kalitesi ölçeği (EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-CR29) ve beşinci bölümünde öz-bakım gücü ölçeğinin yer aldığı formlar araştırmacı tarafından genel cerrahi kliniklerinde hasta başında yüz yüze görüşülerek elde edilmiştir.

Ameliyat sonrası 3. ve 6.ayda hastalar formun üçüncü bölümünde ameliyat sonrasına ilişkin veriler, dördüncü bölümünde yaşam kalitesi ölçeği (EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-CR29) ve beşinci bölümünde öz-bakım gücü ölçeğinin yer aldığı sorulara yanıtlar

hastalar taburcu olduğu için telefon aracılığıyla elde edilmiştir. Araştırmacı soruları telefonda hastalara yönelmiş ve hastaların verdiği cevapları formlara kaydetmiştir. Veri toplama formlarının uygulanması ortalama 20-25 dakika sürmüştür.

3.4.3. Verilerin değerlendirilmesi

Araştırmanın istatistiksel analizleri istatistikçi tarafından SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Repeated Measures” test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde,iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Friedman” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Normal dağılıma sahip olan ölçüm değerlerinin birbirleriyle ilişkisinin incelenmesinde “Pearson”, normal dağılıma sahip olmayan ölçüm değerlerinin birbirleriyle ilişkisinin incelenmesinde “Spearman” korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

3.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulamasına başlanmadan önce Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Komisyon’undan Etik Komisyon İzni (EK 1), Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi ve Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ den Kurum İzni (EK 2) alınmıştır. Araştırmanın uygulanmasına başlanmadan önce araştırmacı tarafından ölçek kullanım izinleri de alınmıştır (EK 3). Araştırmaya katılan her bir katılımcıya araştırma hakkında bilgi verilerek araştırmanın amacı açıklanmış olup katılımcılara gönüllü olur formu (EK 4) imzalatılmış, yazılı ve sözlü onam alınmıştır.



4. BULGULAR

Bu bölümde kolorektal kanser hastalarının sosyo-demografik ve sağlık durumlarıyla ilgili özelliklerine göre dağılımı, hastaların EORTC QLQ-C30 ve EORTC QLQ-CR29 ölçekleri ve alt boyutları puanlarının zamana göre karşılaştırılması, öz-bakım gücü ölçeği puanının zamana göre karşılaştırılması, EORTC QLQ-C30 ve EORTC QLQ-CR29 ölçekleri ile öz-bakım gücü ölçeğinin birbiriyle ilişkilerinin incelendiği bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge 4.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Sosyodemografik özellikler	n	%
Yaş		
18-65 yaş	25	67,6
66-79 yaş	12	32,4
Cinsiyet		
Kadın	15	40,5
Erkek	22	59,5
Medeni durum		
Evli	33	89,2
Bekar	4	10,8
Çocuk durumu		
Var	36	97,3
Yok	1	2,7
Eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	3	8,1
İlköğretim	21	56,8
Ortaöğretim	3	8,1
Yükseköğretim	10	27,0
Meslek durumu		
Emekli	16	43,2
Ev hanımı	13	35,1
Diğer	8	21,7
Çalışma durumu		
Çalışıyor	6	16,8
Çalışmıyor	31	83,2
Gelir düzeyi		
Kötü	2	5,4
Orta iyi	34	91,9
Çok iyi	1	2,7
Yaşanan yer		
İl	26	70,3
İlçe	7	18,9
Köy	4	10,8
BKİ		
Normal (18,5-24,9)	10	27,0
Fazla kilolu (25,0-29,9)	21	56,8
Obez (≥ 30)	6	16,2
Toplam	37	% 100,0

Çizelge 4.1’de hastaların sosyodemografik özelliklerini içeren veriler yer almaktadır. Hastaların %59,5’inin erkek, %89,2’sinin evli, %97,3’ünün çocuğu olduğu ve yaş

ortalamasının $59,49 \pm 10,84$ olduğu saptanmıştır. Hastaların %56,8'inin ilköğretim mezunu, %43,2'sinin emekli, %83,2'sinin çalışmadığı, %91,9'unun orta iyi gelir düzeyinde olduğu, %70,3'ünün ilde ve %86,5'inin ailesiyle yaşadığı belirlenmiştir. BKİ'ye (Beden Kitle İndeksi) göre hastaların %56,8'inin fazla kilolu olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.2. Hastaların sağlık durumlarıyla ilgili özelliklerinin dağılımı

Sağlık durumlarıyla ilgili özellikler	n	%
Düzenli sağlık kontrolüne gitme durumu		
Sağlık kontrolüne gitmiyor	23	62,2
Sağlık kontrolüne gidiyor	14	37,8
Sigara kullanma durumu		
Kullanmıyor	33	79,2
Kullanıyor	4	10,8
Tıbbi tanısını bilme durumu		
Biliyor	25	67,6
Bilmiyor	12	32,4
Tıbbi tanı süresi		
1 ay ≤	21	56,8
2 – 12 ay	12	32,4
1 yıl üzeri	4	10,8
Hastalık tanısı		
Kolon CA	24	64,9
Rektum CA	13	35,1
Kronik hastalık durumu		
Yok	19	51,4
Var	18	48,6
Ailede kanser olan bireyin varlığı		
Yok	17	45,9
Var	20	54,1
Ailede kolorektal kanser olan bireyin varlığı		
Yok	22	59,5
Var	15	40,5
Bakıma yardım eden birey		
Var	36	97,3
Yok	1	2,7
Hastalığı algılama durumu		
Tedavisi zor/olmayan bir hastalık	15	40,5
Kolay tedavi edilebilen bir hastalık	22	59,5
Ameliyata ilişkin bilgi alma durumu		
Bilgi aldı	26	70,3
Bilgi almadı	11	29,7
Ameliyat öncesi KT/RT alma durumu		
Aldı	11	29,7
Almadı	26	70,3
Daha önce geçirilmiş başka bir ameliyat olma durumu		
Olan	20	54,1
Olmayan	17	45,9
Toplam	37	100,0

Çizelge 4.2’de hastaların sağlık durumlarıyla ilgili özelliklerini içeren veriler yer almaktadır. Hastaların %62,2’sinin düzenli sağlık kontrolüne gitmediği, %79,2 ‘sinin sigara içmediği, %67,6 ‘sının tanısını bildiği, %56,8’inin 1 ay veya daha az süre önce kanser tanısı aldığı, %51,4’ünün kanser dışında kronik herhangi bir hastalığı olmadığı saptanmıştır. Hastaların %54,1’inin ailesinde veya birinci derecede yakınında kanser tanısı olduğu ve %59,5’inin ailesinde kolorektal kanseri olmadığı belirlenmiştir. Hastaların %97,3’ünün bakımına yardımcı kişi olduğu, %59,5’inin hastalığını kolay tedavi edilebilen bir hastalık olarak gördüğü saptanmıştır. Hastaların %70,3’ünün ameliyata ilişkin bilgi verildiği, %70,3’ünün ameliyat öncesi kemoterapi/radyoterapi tedavi almadığı ve %54,1’inin daha önce başka nedenlerle ameliyat olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.3. Hastaların ameliyat sonrası sağlık durumlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı

Sağlık durumlarıyla ilgili özellikler	1.ay		3.ay		6.ay	
	n	%	n	%	n	%
Komplikasyon durumu						
Yok	30	81,1	31	83,8	34	91,9
Var	7	18,9	6	16,2	3	8,1
KT, RT tedavisi alma						
Aldı	9	24,3	21	56,8	19	51,4
Almadı	28	75,7	16	43,2	18	48,6
Bakıma yardım eden kişinin varlığı						
Var	36	97,3	35	94,6	35	94,6
Yok	1	2,7	2	5,4	2	5,4
Günlük gereksinimleri karşılama durumu						
Kendi kendine tam karşılıyor	22	59,5	33	89,2	34	91,9
Birisinin kontrolünde karşılıyor	12	32,4	4	10,8	-	-
Birisinin yardımıyla karşılıyor	3	8,1	-	-	3	8,1
Stoma türü* (n:12)						
Kolostomi	2	16,7	2	22,2	2	28,6
İleostomi	10	83,3	7	77,8	5	71,4
Stoma süresi						
Geçici	8	66,7	5	55,6	3	42,9
Kalıcı	4	33,3	4	44,4	4	57,1
Stoma ameliyat türü						
Acil	2	16,7	-	-	-	-
Planlı	10	83,3	9	100,0	7	100,0
Stomada cilt problemi						
Var	4	33,3	2	22,2	1	14,3
Yok	8	66,7	7	77,8	6	85,7

*Ameliyat öncesi dönemde üç hastanın stoması mevcuttur

Çizelge 4.3’de hastaların ameliyat sonrası sağlık durumlarına ilişkin özelliklerini içeren veriler yer almaktadır. Hastaların %18,9’u ameliyat sonrası 1.ayda komplikasyon yaşamış ve bu oran sonraki aylarda azalarak 6.ayda %8,1’e gerilemiştir. Hastaların %24,3’ü 1.ayda, %56,8’i 3.ayda ve %51,4’ü 6.ayda KT/RT tedavisi almıştır. Hastaların tüm aylarda önemli derecede olmakla birlikte en çokta ameliyat sonrası 1.ayda bakıma yardım edecek kişiye ihtiyaç duyduğu belirlenmiştir. Hastaların günlük gereksinimlerini kendi kendine karşılama durumu ameliyat sonrasında giderek artmış ve 6.ayda hastaların %91,9’u ihtiyaçlarını kendi kendine tam karşıladığı belirlenmiştir. Ameliyat öncesinde bir hastada ileostomi diğer iki hastada ise kolostomi vardır. Kolorektal cerrahi ameliyatı sonrasında toplamda 12 hastada stoma mevcuttur. Bu hastaların 8’ine geçici, 4 ‘üne kalıcı olarak stoma açılmış olup, 10’unun stoma türü ileostomidir. Ameliyat sonrası birinci ayda açılan dokuz ileostomili hastanın dördü stomada cilt problemi yaşarken bu sayı giderek azalmış, 3.ayda iki hasta, 6.ayda ise sadece bir hasta cilt problemi yaşamıştır. Tabloda gösterilmemekle birlikte ameliyat öncesinde tüm hastaların stoma bölgesi işaretlenmiş, stoma bakımı, değişimi ve ameliyatı hakkında bilgilendirme yapılmıştır.

Çizelge 4.4. Hastaların EORTC QLQ-C30 ölçeği puanlarının zamana göre karşılaştırılması

EORTC C30	Ameliyat öncesi	Ameliyat sonrası 1.ay	Ameliyat sonrası 3.ay	Ameliyat sonrası 6.ay	İstatistiksel analiz* Olasılık
	Medyan [Q1-Q3]	Medyan [Q1-Q3]	Medyan [Q1-Q3]	Medyan [Q1-Q3]	
Genel İyilik Hali	66,7 [50,0-75,0]	58,3 [50,0-66,7]	75,0 [58,3-83,3]	83,3 [66,6-83,3]	$\chi^2=23,287$ p=0,000 [0-6] [1-3,6]
Fonksiyonel Durum	91,1 [81,1-95,6]	75,6 [67,8-83,3]	84,4 [74,4-90,0]	91,1 [85,6-93,3]	$\chi^2=41,992$ p=0,000 [1-0,3,6] [3-6]
Fiziksel Fonksiyonlar	93,3 [80,0-93,3]	60,0 [33,3-66,7]	73,3 [66,7-86,7]	80,0 [73,3-86,7]	$\chi^2=52,037$ p=0,000 [0-1,3] [1-3,6] [3-6]
Rol performans	100,0 [100,0-100,0]	83,3 [66,7-100,0]	100,0 [91,7-100,0]	100,0 [100,0-100,0]	$\chi^2=28,956$ p=0,000 [1-0,3,6]
Emosyonel durum	83,3 [75,0-100,0]	83,3 [75,0-100,0]	91,7 [75,0-100,0]	100,0 [87,5-100,0]	$\chi^2=13,762$ p=0,003 [6-0,1]
Bilişsel durum	100,0 [83,3-100,0]	83,3 [83,3-100,0]	100,0 [83,3-100,0]	100,0 [83,3-100,0]	$\chi^2=0,401$ p=0,940
Sosyal durum	100,0 [100,0-100,0]	66,7 [66,7-100,0]	83,3 [66,7-100,0]	100,0 [66,7-100,0]	$\chi^2=12,965$ p=0,005 [1-0,6]
Semptom kontrolü	15,4 [15,4-33,4]	17,9 [17,9-33,4]	12,8 [0,0-14,1]	7,7 [0,0-12,8]	$\chi^2=27,209$ p=0,000 [6-0,1,3] [1-3]
Yorgunluk	22,2 [5,5-38,8]	44,4 [33,3-66,7]	22,2 [11,1-33,3]	11,1 [0,0-33,3]	$\chi^2=41,611$ p=0,000 [1-0,3,6]
Bulantı ve kusma	0,0 [0,0-0,0]	0,0 [0,0-0,0]	0,0 [0,0-0,0]	0,0 [0,0-0,0]	$\chi^2=0,120$ p=0,989
Ağrı	16,7 [0,0-33,3]	16,7 [0,0-33,3]	0,0 [0,0-16,7]	0,0 [0,0-16,7]	$\chi^2=23,908$ p=0,000 [0-3,6] [1-3,6]
Solunum güçlüğü	0,0 [0,0-0,0]	0,0 [0,0-0,0]	0,0 [0,0-0,0]	0,0 [0,0-0,0]	$\chi^2=1,253$ p=0,740
Uyuma güçlüğü	33,3 [0,0-33,3]	33,3 [0,0-33,3]	0,0 [0,0-33,3]	0,0 [0,0-33,3]	$\chi^2=6,335$ p=0,096
İştah kaybı	0,0 [0,0-33,3]	0,0 [0,0-33,3]	0,0 [0,0-16,7]	0,0 [0,0-0,0]	$\chi^2=6,269$ p=0,099
Kabızlık	0,0 [0,0-33,3]	0,0 [0,0-0,0]	0,0 [0,0-0,0]	0,0 [0,0-0,0]	$\chi^2=7,248$ p=0,064
İshal	0,0 [0,0-33,3]	0,0 [0,0-33,3]	0,0 [0,0-0,0]	0,0 [0,0-16,7]	$\chi^2=1,717$ p=0,633
Ekonomik güçlük	0,0 [0,0-33,3]	0,0 [0,0-0,0]	0,0 [0,0-0,0]	0,0 [0,0-33,3]	$\chi^2=1,717$ p=0,633

Çizelge 4.4'de hastaların EORTC QLQ-C30 ölçeği puanlarının zamana göre karşılaştırılmasını içeren veriler yer almaktadır. Hastaların zamana göre QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği genel iyilik hali ($p=0,000$), fonksiyonel durum ($p=0,000$), fiziksel fonksiyonlar ($p=0,000$), rol performans ($p=0,000$), emosyonel durum ($p=0,003$), sosyal durum ($p=0,005$), semptom kontrolü ($p=0,000$), yorgunluk ($p=0,000$), ağrı ($p=0,000$) alt boyutları puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Gruplar arası farkın anlamlılığını tespit etmek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; hastaların ameliyat sonrası 1.ay genel iyilik hali puanları görece düşmüş olmakla birlikte sonraki 3.ve 6. ayda belirgin bir artış göstererek ameliyat öncesi döneme göre istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde daha yüksek puana ulaşmıştır. Hastaların fonksiyonel durum, fiziksel fonksiyonlar ve rol performans puanları ameliyat sonrası 1. ayda düşmüş ancak sonraki 3. ve 6. ayda istatistiksel açıdan anlamlı derecede artış göstermiştir. Hastaların emosyonel durum puanları ameliyat öncesinde 83,3 puanda iken 6.ayda 100,0 puana yükseldiği tespit edilmiştir. Hastaların sosyal durum puanları ameliyat sonrası süreçte ameliyat öncesine göre düşmüş fakat 6. ayda ameliyat öncesi düzeye ulaşmıştır. Hastaların semptom kontrolü, yorgunluk ve ağrı puanları ameliyat sonrası 1.ayda yüksekken 6.ayda anlamlı derecede düşüş göstermiştir.

Çizelge 4.5. Hastaların EORTC QLQ-CR29 ölçeği puanlarının zamana göre karşılaştırılması

EORTC CR29	Ameliyat öncesi	1.ay	3.ay	6.ay	İstatistiksel analiz* Olasılık
	Medyan [Q1-Q3]	Medyan [Q1-Q3]	Medyan [Q1-Q3]	Medyan [Q1-Q3]	
Genel sağlık şikayetleri	1,4 [1,2-1,6]	1,4 [1,1-1,7]	1,4 [1,1-1,5]	1,4 [1,1-1,5]	$\chi^2=7,811$ p=0,051
Üriner sistem memnuniyeti	1,5 [1,0-1,9]	1,8 [1,1-1,6]	1,3 [1,0-1,8]	1,3 [1,0-1,5]	$\chi^2=5,579$ p=0,134
Boşaltım sistemi memnuniyeti	1,7 [1,0-2,0]	1,4 [1,0-1,7]	1,0 [1,0-1,3]	1,0 [1,0-1,2]	$\chi^2=16,004$ p=0,001 [0-3,6]
İlaç yan etkileri	1,5 [1,0-2,00]	1,5 [1,0-2,00]	1,5 [1,0-1,5]	1,5 [1,0-1,5]	$\chi^2=6,022$ p=0,111

Çizelge 4.5'te hastaların EORTC QLQ-CR29 ölçeği puanlarının zamana göre karşılaştırılmasını içeren veriler yer almaktadır. Hastaların zamana göre CR29 yaşam kalitesi ölçeği boşaltım sistemi memnuniyeti puanları (p=0,001) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Gruplar arası farkın anlamlılığını tespit etmek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; hastaların ameliyat öncesi boşaltım sistemi memnuniyeti puanlarının ameliyat sonrası 3. ve 6.aya göre daha yüksek seyrettiği görülmüştür. Hastaların boşaltım sistemi memnuniyet puanı ameliyat öncesinde 1,7 puan da iken ameliyat sonrası 3.ay ve 6.ayda 1,0 puana gerileyerek belirgin bir düşme yaşandığı tespit edilmiştir.

Çizelge 4.6. Hastaların bazı soyodemografik özelliklere göre EORTC QLQ-C30 ölçeği semptom kontrolü puanlarının karşılaştırılması

Özellikler		Semptom Kontrolü Puanları				İstatistiksel analiz olasılık fark
		Ameliyat öncesi	Ameliyat sonrası 1.ay	Ameliyat sonrası 3.ay	Ameliyat sonrası 6.ay	
Eğitim düzeyi						
İlköğretim ve ↓	Medyan [Q1-Q3]	15,4 [15,4-33,4]	19,2 [19,2-44,2]	12,8 [0,0-17,3]	7,7 [0,0-12,8]	$\chi^2=25,004$ p=0,000 [1-3,6]
	Medyan [Q1-Q3]	15,4 [15,4-33,4]	12,8 [0,0-12,8]	7,7 [0,0-15,4]	2,6 [0,0-14,1]	$\chi^2=5,184$ p=0,159
Ortaöğretim ve ↑						
İstatistiksel analiz		Z=-1,298 p=0,194	Z=-2,396 p=0,017	Z=-1,390 p=0,164	Z=-1,748 p=0,080	
Hastalık tanı süresi						
1 ay veya ↓	Medyan [Q1-Q3]	12,8 [0,0-15,4]	15,4 [12,8-23,1]	10,3 [0,0-15,4]	5,1 [0,0-14,1]	$\chi^2=15,278$ p=0,002 [1-3,6]
	Medyan [Q1-Q3]	17,9 [15,4-43,0]	23,1 [0,0-44,2]	14,1 [0,0-19,9]	11,5 [0,0-12,2]	$\chi^2=12,240$ p=0,007 [1-3,6]
1 ay↑						
İstatistiksel analiz		Z=-1,467 p=0,142	Z=-2,031 p=0,042	Z=-1,524 p=0,127	Z=-1,824 p=0,068	

Çizelge 4.6’da hastaların bazı soyodemografik özelliklere göre EORTC QLQ-C30 ölçeği semptom kontrolü puanlarının karşılaştırılmasını içeren veriler yer almaktadır. Hastaların tüm sosyodemografik özellikleri ile EORTC QLQ-C30 ölçeği semptom kontrolü alt boyutu puanlarının karşılaştırılması yapılmış olup anlamlı çıkan sonuçlar Çizelge 4.6’da verilmiştir. Hastaların eğitim düzeyine göre EORTC QLQ-C30 ölçeği 1.ay semptom kontrolü puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,017$). Ortaöğretim ve üzeri eğitim düzeyinde olanların 1.ay semptom kontrolü puanları, ilköğretim ve altı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. İlköğretim ve altı eğitim düzeyinde olanların kendi içlerinde süreçlere göre EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği semptom kontrolü puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş ($p=0,000$) olmakla birlikte 1.ay semptom kontrolü puanları, 3 ve 6. aya göre daha yüksek tespit edilmiştir. Hastalık tanı süresine göre EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği 1.ay semptom kontrolü puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,042$). Hastalık tanı süresi bir aydan fazla olanların 1.ay semptom kontrolü puanları, 1 ay veya daha az olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastalık tanı süresi 1 ay veya daha az olanların kendi içlerinde süreçlere göre EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği semptom kontrolü puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş olup ($p=0,002$) 1.aydaki semptom kontrolü puanları, 3 ve 6. aya göre daha yüksek bulunmuştur. Hastalık tanı süresi 1 aydan fazla olanların kendi içlerinde süreçlere göre EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği semptom kontrolü puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş olmakla birlikte ($p=0,007$) 1.aydaki semptom kontrolü puanları, 3 ve 6.aya göre daha yüksek bulunmuştur.

Çizelge 4.7. Hastaların bazı sosyodemografik özelliklere göre EORTC QLQ-C30 ölçeği genel iyilik hali puanlarının karşılaştırılması

Özellikler		Genel İyilik Hali Puanları				İstatistiksel analiz olasılık fark
		Ameliyat öncesi	Ameliyat sonrası 1.ay	Ameliyat sonrası 3.ay	Ameliyat sonrası 6.ay	
Ailede kolorektal kanser öyküsü olma durumu						
Yok	$\bar{X} \pm S. S.$	70,83±17,1	57,95±19,50	72,73±18,2	73,11±15,63	$\chi^2=16,818$ p=0,001 [1-0,3,6]
	Medyan	70,8	66,7	75,0	79,2	
	[Q1-Q3]	[66,3-93,4]	[58,3-75,0]	[66,3-87,1]	[66,7-83,4]	
Var	$\bar{X} \pm S. S.$	53,33±23,1	58,89±18,76	69,44±14,32	73,89±13,31	F=7,730 p=0,000 [0-3,6] [1-6]
	Medyan	50,0	58,3	66,7	75,0	
	[Q1-Q3]	[33,4-66,7]	[50,0-75,0]	[58,3-75,0]	[66,3-87,1]	
İstatistiksel analiz		t=2,630 p=0,013	Z=-0,113 p=0,910	t=0,585 p=0,562	Z=-0,097 p=0,923	
Hastanın daha önce başka bir ameliyat geçirme durumu						
Ameliyat geçirdi	$\bar{X} \pm S. S.$	63,33±18,2	53,75±20,14	72,08±16,3	72,92±15,50	$\chi^2=27,146$ p=0,000 [0-6] [1-3,6]
	Medyan	58,3	54,2	66,7	75,0	
	[Q1-Q3]	[50,0-75,0]	[50,0-66,7]	[50,0-75,0]	[66,3-87,1]	
Ameliyat geçirmede	$\bar{X} \pm S. S.$	64,22±25,3	63,73±16,39	70,59±16,6	74,02±13,78	$\chi^2=2,455$ p=0,484
	Medyan	66,7	66,7	66,7	66,7	
	[Q1-Q3]	[58,3-91,6]	[58,3-75,0]	[58,3-83,3]	[58,3-75,0]	
İstatistiksel analiz		t=-0,123 p=0,903	Z=-1,993 p=0,046	t=0,269 p=0,789	t=-0,227 p=0,822	
Eğitim düzeyi						
İlköğretim ve ↓	$\bar{X} \pm S. S.$	65,28±19,6	55,21±21,67	69,44±17,2	69,79±15,31	$\chi^2=12,030$ p=0,007 [1-3,6]
	Medyan	62,5	58,3	66,7	66,7	
	[Q1-Q3]	[50,0-75,0]	[50,0-66,7]	[50,0-75,0]	[58,3-83,4]	
Ortaöğretim ve ↑	$\bar{X} \pm S. S.$	60,90±24,86	60,10±10,96	75,00±15,21	80,13±10,51	$\chi^2=14,720$ p=0,002 [1-6]
	Medyan	66,7	58,3	75,0	83,3	
	[Q1-Q3]	[58,3-75,0]	[58,3-66,7]	[66,7-83,3]	[66,7-83,3]	
İstatistiksel analiz		t=0,588 p=0,561	Z=-1,198 p=0,231	t=-0,970 p=0,339	Z=-2,087 p=0,037	

Çizelge 4.7’de hastaların bazı sosyodemografik özelliklere göre EORTC QLQ-C30 genel iyilik hali puanlarının karşılaştırılmasını içeren veriler yer almaktadır. Hastaların tüm sosyodemografik özellikleri ile EORTC QLQ-C30 ölçeği genel iyilik hali alt boyutu puanlarının karşılaştırılması yapılmış olup anlamlı çıkan sonuçlar Çizelge 4.7’de verilmiştir. Hastaların ailesinde kolorektal kanser tanısı olma durumuna göre EORTC QLQ-C30 ölçeği ameliyat öncesi genel iyilik hali puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş olup (p=0,013) ailesinde kolorektal tanısı olanların genel iyilik hali puanları olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Ailede kolorektal kanser tanısı olmayanların zamana göre EORTC QLQ-C30 ölçeği genel iyilik hali puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0,001) olup 1.aydaki genel iyilik hali puanları, ameliyat öncesinde ameliyat sonrası 3 ve 6.aya göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Ailede kolorektal kanser tanısı olanların zamana göre EORTC QLQ-C30 ölçeği genel iyilik hali puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş olup (p=0,000) ameliyat öncesi puanları, 3 ve 6.aya göre; 1.aydaki puanları, 6.aya göre daha düşük bulunmuştur. Geçirilmiş ameliyat durumuna göre EORTC QLQ-C30 ölçeği 1. ay genel

iyilik hali puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş ($p=0,046$) olmakla birlikte geçirilmiş ameliyatı olmayanların genel iyilik hali puanları, olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Geçirilmiş ameliyatı olanların zamana göre EORTC QLQ-C30 ölçeği genel iyilik hali puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş olup ($p=0,000$) ameliyat öncesi puanları, 6.aya göre; 1.aydaki puanları, 3 ve 6.aya göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Eğitim düzeyine göre EORTC QLQ-C30 ölçeği 6.ay genel iyilik hali puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş olup ($p=0,037$) ortaöğretim ve üzeri eğitim düzeyinde olanların 6.ay genel iyilik hali puanları, ilköğretim ve altı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olanların zamana göre EORTC QLQ-C30 ölçeği genel iyilik hali puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş olup ($p=0,007$) 1.aydaki puanları, 3 ve 6.aya göre daha düşük tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi ortaöğretim ve üzeri olanların zamana göre EORTC QLQ-C30 ölçeği genel iyilik hali puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş olup ($p=0,002$) 1.aydaki puanları, 6.aya göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.8. Hastaların bazı sosyodemografik özelliklere göre EORTC QLQ- C30 ölçeği fonksiyonel durum puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	Fonksiyonel Durum Puanları				İstatistiksel analiz olasılık fark	
	Ameliyat öncesi	Ameliyat sonrası 1.ay	Ameliyat sonrası 3.ay	Ameliyat sonrası 6.ay		
Hastalığı algılama durumu						
Tedavisiz/uzun tedavi	$\bar{x} \pm s. s.$	83,26±11,57	71,11±18,93	81,33±17,45	83,70±18,41	$\chi^2=12,799$ $p=0,005$ [1-0,3,6]
	Medyan [Q1-Q3]	86,6 [80,0-93,3]	73,3 [66,7-86,7]	84,4 [73,3-93,3]	91,1 [82,2-93,3]	
Kolay tedavi	$\bar{x} \pm s. s.$	88,38±13,90	72,42±18,84	81,41±10,28	88,89±6,36	$\chi^2=33,251$ $p=0,000$ [0-1,3] [1-3,6] [3-6]
	Medyan [Q1-Q3]	93,3 [83,3-93,3]	78,9 [75,6-88,9]	84,4 [75,6-88,9]	90,0 [91,1-97,8]	
İstatistiksel analiz		Z=-2,018 $p=0,044$	Z=-0,481 $p=0,631$	Z=-0,590 $p=0,555$	Z=-0,109 $p=0,913$	
Gereksinimini karşılama durumu						
Kendi kendine karşılama	$\bar{x} \pm s. s.$	86,77±11,55	77,88±14,56	83,64±14,46	87,88±15,02	$\chi^2=16,275$ $p=0,001$ [1-0,3,6] [3-6]
	Medyan [Q1-Q3]	88,9 [88,9-100,0]	80,0 [68,9-82,2]	85,6 [80,0-93,3]	91,1 [88,8-95,6]	
Yardım/kontroll e karşılama	$\bar{x} \pm s. s.$	85,63±15,48	63,11±20,86	78,07±11,39	85,19±8,59	$\chi^2=28,347$ $p=0,000$ [1-0,3,6] [3-6]
	Medyan [Q1-Q3]	87,2 [80,0-95,6]	66,7 [53,3-88,9]	80,0 [75,6-95,6]	88,9 [88,9-97,8]	
İstatistiksel analiz		Z=-0,062 $p=0,950$	Z=-2,311 $p=0,021$	Z=-1,660 $p=0,097$	Z=-2,106 $p=0,035$	
Eğitim düzeyi						
İlköğretim ve ↓	$\bar{x} \pm s. s.$	84,72±14,59	67,87±21,64	77,59±14,0	84,07±14,78	$\chi^2=28,766$ $p=0,000$ [0-1,3] [1-3,6] [3-6]
	Medyan [Q1-Q3]	88,9 [80,0-95,5]	74,4 [71,1-84,4]	81,1 [75,6-85,6]	88,9 [86,7-95,6]	
Ortaöğretim ve ↑	$\bar{x} \pm s. s.$	90,23±9,55	79,32±7,11	88,38±8,17	91,79±5,08	F=7,893 $p=0,003$ [1-0,6]
	Medyan [Q1-Q3]	91,1 [88,8-100,0]	80,0 [71,1-82,2]	88,9 [82,2-95,6]	91,1 [88,9-95,6]	
İstatistiksel analiz		Z=-0,782 $p=0,434$	Z=-1,356 $p=0,175$	Z=-2,585 $p=0,010$	Z=-1,829 $p=0,067$	

Çizelge 4.8. (devam) Hastaların bazı sosyodemografik özelliklere göre EORTC QLQ- C30 ölçeği fonksiyonel durum puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	Fonksiyonel Durum Puanları				İstatistiksel analiz olasılık fark
	Ameliyat öncesi	Ameliyat sonrası 1.ay	Ameliyat sonrası 3.ay	Ameliyat sonrası 6.ay	
Hastalığını bilme durumu					
Biliyor	83,38±14,64	71,11±18,93	80,44±14,1	86,49±14,07	$\chi^2=26,139$ p=0,000 [1-0,3,6] [3-6]
Medyan [Q1-Q3]	86,7 [80,0-86,7]	75,6 [71,1-88,9]	84,4 [68,9-84,4]	91,1 [88,9-95,6]	
Bilmiyor	92,41±5,72	73,52±18,68	83,33±9,92	87,41±9,91	$\chi^2=19,513$ p=0,000 [0-1,3] [1-6]
Medyan [Q1-Q3]	94,4 [91,1-97,6]	80,0 [71,1-82,2]	85,6 [82,2-88,9]	91,1 [86,7-95,6]	
İstatistiksel analiz	Z=-2,019 p=0,044	Z=-0,667 p=0,505	Z=-0,374 p=0,708	Z=-0,115 p=0,909	

Çizelge 4.8’de hastaların bazı sosyodemografik özelliklere göre EORTC QLQ- C30 ölçeği fonksiyonel durum puanlarının karşılaştırılmasını içeren veriler yer almaktadır. Hastaların tüm sosyodemografik özellikleri ile EORTC QLQ-C30 ölçeği fonksiyonel durum alt boyutu puanlarının karşılaştırılması yapılmış olup anlamlı çıkan sonuçlara Çizelge 4.8’de verilmiştir. Hastaların hastalığı algılama durumlarına göre EORTC QLQ-C30 ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş (p=0,044) olup hastalığını kolay tedavi edilebilen bir hastalık görenlerin ameliyat öncesi fonksiyonel durum puanları, hastalığını tedavisiz/uzun tedavi gerektiren bir hastalık görenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Hastalığını tedavisiz/uzun tedavi gerektiren bir hastalık görenlerin zamana göre EORTC QLQ-C30 ölçeği fonksiyonel durum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş olup (p=0,005) 1. aydaki puanları, ameliyat öncesi, 3 ve 6. aya göre daha düşük tespit edilmiştir. Hastalığını kolay tedavi edilebilir bir hastalık görenlerin EORTC QLQ-C30 ölçeği fonksiyonel durum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş olup (p=0,000) ameliyat öncesi puanları, 1 ve 3. aya göre; 1.aydaki puanları, 3 ve 6. aya göre; bunlara ek olarak, 3. aydaki puanları, 6. aya göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır.

Günlük gereksinimlerini karşılama durumuna göre EORTC QLQ-C30 ölçeği 1. ay (p=0,021) ve 6. ay (p=0,035) fonksiyonel durum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kendi kendine günlük gereksinimlerini karşılayanların 1.ay ve 6.ay fonksiyonel durum puanları, günlük gereksinimlerini birinin yardımıyla/kontrolüyle karşılayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Günlük gereksinimlerini kendi kendine tam karşılayanların kendi içlerinde süreçlere göre EORTC QLQ-C30 ölçeği fonksiyonel durum puanları

açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş olup ($p=0,001$) 1.aydaki puanları, ameliyat öncesi, 3 ve 6.aya göre; 3.aydaki puanları ise, 6.aya göre daha düşük tespit edilmiştir. Günlük gereksinimlerini birinin yardımıyla/kontrolüyle karşılayanların zamana göre EORTC QLQ-C30 ölçeği fonksiyonel durum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş olup ($p=0,000$) 1.aydaki puanları, ameliyat öncesi, 3 ve 6.aya göre; 3.aydaki puanları, 6.aya göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Eğitim düzeyine göre EORTC QLQ-C30 ölçeği 3.ay ($p=0,010$) fonksiyonel durum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ortaöğretim ve üzeri eğitim düzeyinde olanların 3.ay fonksiyonel durum puanları, ilköğretim ve altı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olanların zamana göre QLQ-C30 ölçeği fonksiyonel durum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş olup ($p=0,000$) ameliyat öncesi puanları, 1 ve 3.aya göre daha yüksek; 1.aydaki puanları, 3 ve 6.aya göre daha düşük; bunlara ek olarak, 3.aydaki puanları, 6.aya göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi ortaöğretim ve üzeri olanların kendi içlerinde süreçlere göre QLQ-C30 ölçeği fonksiyonel durum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş olup ($p=0,003$) 1.aydaki puanları, ameliyat öncesi ve 6.aya göre daha düşük bulunmuştur.

Hastaların hastalığını bilmesi durumuna göre EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği ameliyat öncesi fonksiyonel durum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş ($p=0,044$) olup hastalığını bilmeyenlerin fonksiyonel durum puanları, hastalığı bilenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Hastalığını bilenlerin zamana göre EORTC QLQ-C30 ölçeği fonksiyonel durum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş olup ($p=0,000$) 1.aydaki puanları, ameliyat öncesi, 3 ve 6.aya göre; 3.aydaki puanları, 6.aya göre daha düşük tespit edilmiştir. Hastalığını bilmeyenlerin zamana göre EORTC QLQ-C30 ölçeği fonksiyonel durum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş olup ($p=0,000$) ameliyat öncesi puanları, 1 ve 3.aya göre; 6.aydaki puanları, 1.aya göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.9. Hastaların bazı sosyodemografik özelliklere göre EORTC QLQ- CR29 üriner sistem memnuniyet puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	Ameliyattöncesi	Üriner Sistem Memnuniyet Puanları			İstatistiksel analiz olasılık fark	
		Ameliyat sonrası 1.ay	Ameliyat sonrası 3.ay	Ameliyat sonrası 6.ay		
BKİ sınıfı						
Normal	Medyan [Q1-Q3]	2,0 [1,2-2,2]	1,8 [1,5-2,2]	1,5 [1,0-1,9]	1,5 [1,0-1,8]	$\chi^2=3,203$ p=0,361
Fazla kilolu ve ↑	Medyan [Q1-Q3]	1,5 [1,3-1,8]	1,5 [1,2-2,0]	1,3 [1,0-1,3]	1,3 [1,0-1,5]	$\chi^2=6,782$ p=0,079
İstatistiksel analiz		Z=-2,127 p=0,033	Z=-1,440 p=0,150	Z=-0,315 p=0,753	Z=-1,352 p=0,176	
Hastalık tanısı						
Kolon CA	Medyan [Q1-Q3]	1,5 [1,3-1,8]	1,5 [1,3-2,2]	1,3 [1,3-1,8]	1,1 [1,0-1,5]	$\chi^2=3,909$ p=0,272
Rektum CA	Medyan [Q1-Q3]	1,5 [1,0-2,3]	1,8 [1,5-1,8]	1,8 [1,0-1,9]	1,3 [1,3-1,8]	$\chi^2=7,036$ p=0,071
İstatistiksel analiz		Z=-1,546 p=0,122	Z=-0,866 p=0,386	Z=-2,183 p=0,029	Z=-0,503 p=0,615	

Çizelge 4.9’da hastaların bazı sosyodemografik özelliklere göre EORTC QLQ CR29 üriner sistem memnuniyeti puanlarının karşılaştırılmasını içeren veriler yer almaktadır. Hastaların tüm sosyodemografik özellikleri ile EORTC QLQ-CR29 ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması yapılmış olup Çizelge 4.9’da anlamlı çıkan sonuçlara yer verilmiştir. Hastaların ameliyat öncesi açısından BKİ sınıflarına göre EORTC QLQ-CR29 ölçeği üriner sistem memnuniyeti puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş (p=0,033) olup BKİ sınıfı normal olanların üriner sistem memnuniyeti puanları, fazla kilolu ve üzeri olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların ameliyat sonrası 3.ay açısından hastalık tanısına göre EORTC QLQ-CR29 ölçeği üriner sistem memnuniyeti puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş (p=0,029) olup rektum CA olanların üriner sistem memnuniyeti puanları, kolon CA olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Çizelge 4.10. Hastaların öz bakım gücü ölçeğinin zamana göre karşılaştırılması

Zaman	Öz bakım gücü ölçeği		İstatistiksel analiz Olasılık
	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan	
Ameliyat öncesi	113,11±14,65	116,0 [22,0]	F=4,396 p=0,006 [1-6]
Ameliyat sonrası 1.ay	109,62±11,62	110,0 [13,0]	
Ameliyat sonrası 3.ay	111,46±13,11	113,0 [16,5]	
Ameliyat sonrası 6.ay	115,19±14,22	117,0 [19,0]	

Çizelge 4.10'da hastaların öz bakım gücü ölçeğinin zamana göre karşılaştırılmasını içeren veriler yer almaktadır. Hastaların zamana göre öz bakım gücü ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0,006). Gruplar arası farkın anlamlılığını tespit etmek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; hastaların 6.aydaki öz bakım gücü puanları, ameliyat öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Çizelge 4.11. Hastaların bazı sosyodemografik özelliklere göre öz-bakım gücü ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	Öz Bakım Gücü Ölçeği				İstatistiksel analiz olasılık fark	
	Ameliyat öncesi	Ameliyat sonrası 1.ay	Ameliyat sonrası 3.ay	Ameliyat sonrası 6.ay		
Düzenli sağlık kontrolüne gitme durumu						
Gitmeyen	$\bar{X} \pm S. S.$	109,00±15,93	106,87±12,93	109,52±14,42	112,13±15,22	$\chi^2=9,504$ p=0,023 [1-6]
	Medyan	109,0	105,0	112,0	113,0	
	[Q1-Q3]	[99,0-122,0]	[101,0-116,0]	[108,0-126,0]	[102,0-124,0]	
Giden	$\bar{X} \pm S. S.$	119,86±9,25	114,14±7,46	114,64±10,29	120,21±11,14	$\chi^2=13,858$ p=0,003 [0-1,3]
	Medyan	119,5	114,0	112,0	118,5	
	[Q1-Q3]	[109,0-124,0]	[105,0-115,0]	[100,0-117,0]	[110,0-127,0]	
İstatistiksel analiz		Z=-2,133	Z=-1,819	Z=-0,988	Z=-1,817	
Olasılık		p=0,033	p=0,069	p=0,323	p=0,069	
Günlük gereksinimi karşılama durumu						
Kendi kendine karşılaman	$\bar{X} \pm S. S.$	116,55±13,19	114,77±7,75	116,32±11,10	120,45±10,49	F=3,451 p=0,022 [1-6]
	Medyan	117,0	114,5	115,5	119,5	
	[Q1-Q3]	[100,0-126,0]	[110,0-119,0]	[105,0-120,0]	[111,0-129,0]	
Yardım/kontrolle karşılaman	$\bar{X} \pm S. S.$	108,07±15,64	102,07±12,42	104,33±12,85	107,46±15,72	$\chi^2=3,699$ p=0,296
	Medyan	116,0	104,0	104,0	109,0	
	[Q1-Q3]	[109,0-127,0]	[97,0-113,0]	[101,0-116,0]	[94,0-111,0]	
İstatistiksel analiz		Z=-1,580	t=3,838	t=3,024	t=3,020	
Olasılık		p=0,114	p=0,000	p=0,005	p=0,005	

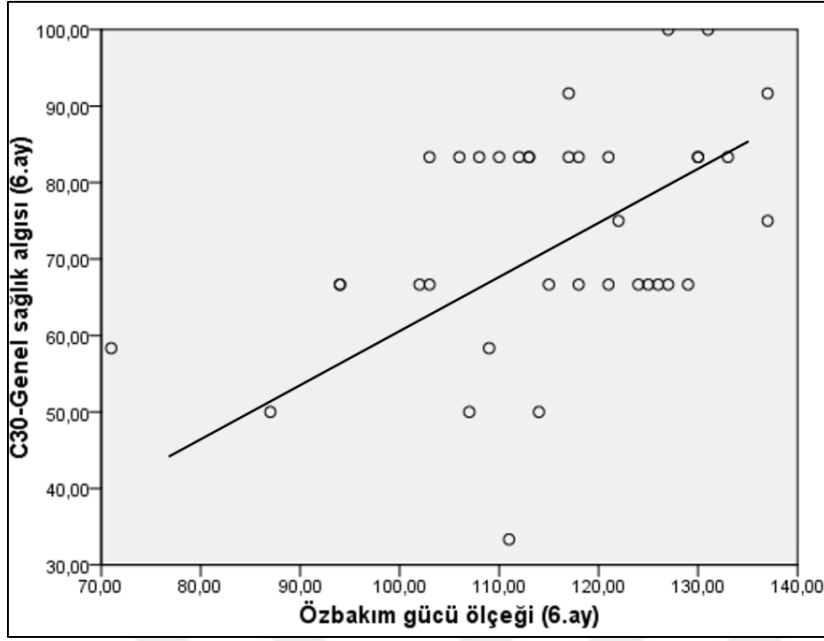
Çizelge 4.11'de hastaların bazı sosyodemografik özelliklere göre öz bakım gücü ölçeği puanlarının karşılaştırılmasını içeren veriler yer almaktadır. Hastaların tüm sosyodemografik özellikleri ile öz bakım gücü ölçeği puanlarının karşılaştırılması yapılmış olup anlamlı Çizelge 4.11'de çıkan sonuçlara yer verilmiştir. Düzenli sağlık kontrolüne giden hastaların gitmeyen hastalara göre öz bakım gücü ameliyat öncesi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0,033). Düzenli sağlık kontrolüne giden hastaların öz bakım gücü ameliyat öncesi puanları gitmeyenlere göre daha yüksektir. Düzenli sağlık kontrolüne gitmeyenlerin zamana göre öz bakım gücü ölçeği puanları

açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş olup ($p=0,023$) 6.aydaki öz bakım gücü ölçeği puanları, 1.aya göre daha yüksek bulunmuştur. Düzenli sağlık kontrolüne gidenlerin zamana göre öz bakım gücü ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş olup ($p=0,003$) ameliyat öncesi öz-bakım gücü ölçeği puanları, 1 ve 3.aya göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

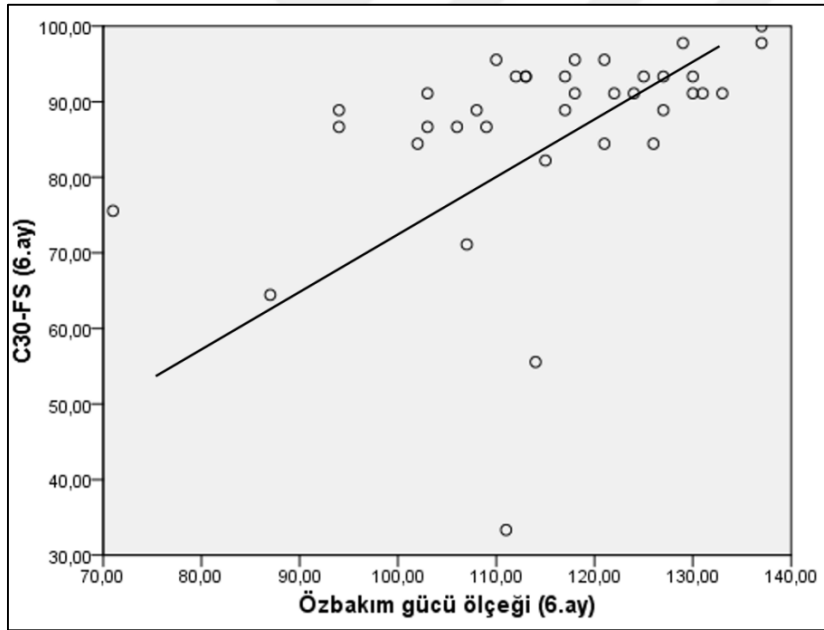
Günlük gereksinimleri karşılama durumuna göre öz-bakım gücü ölçeği 1.ay ($p=0,000$), 3.ay ($p=0,005$) ve 6.ay ($p=0,005$) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Günlük gereksinimlerini kendi kendine karşılayanların 1.ay, 3.ay ve 6.aydaki puanları, birinin yardımıyla veya kontrolüyle gereksinimlerini karşılayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Günlük gereksinimlerini kendi kendine tam karşılayanların zamana göre öz bakım gücü ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş olup ($p=0,022$) 6.aydaki öz bakım gücü ölçeği puanları, 1.aya göre anlamlı düzeyde daha yüksek tespit edilmiştir.

Çizelge 4.12. EORTC QLQ-C30 ölçeği ile öz-bakım gücü ölçeğinin zamana göre ilişkilerinin incelenmesi

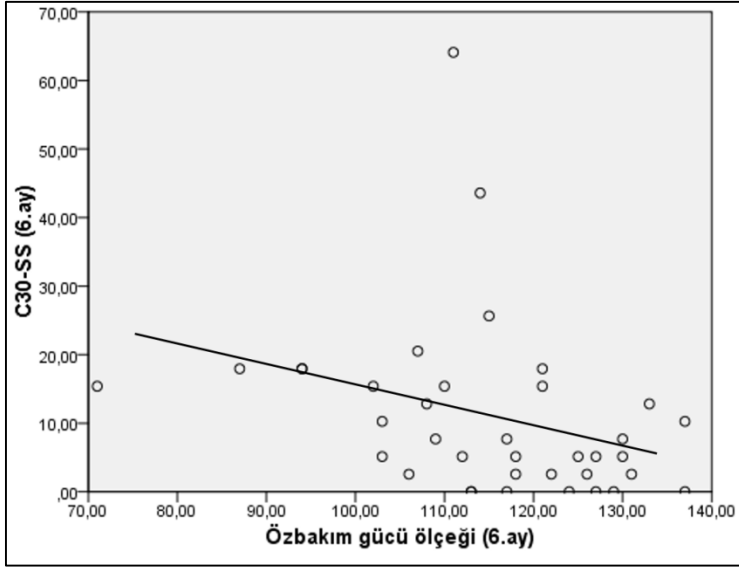
Korelasyon C30	Öz-Bakım Gücü Ölçeği							
	Ameliyat öncesi		1.ay		3.ay		6.ay	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Genel iyilik hali	0,082	0,631	0,499	0,002	0,437	0,007	0,416	0,010
Fonksiyonel durum	0,269	0,108	0,317	0,056	0,598	0,000	0,554	0,000
Fiziksel fonksiyonlar	0,351	0,033	0,353	0,032	0,318	0,055	0,450	0,005
Rol performans	0,031	0,854	0,336	0,042	0,313	0,059	0,275	0,099
Emosyonel durum	0,075	0,661	0,231	0,168	0,332	0,045	0,453	0,005
Bilişsel durum	0,214	0,203	0,161	0,341	0,261	0,119	-0,092	0,590
Sosyal durum	0,132	0,435	0,093	0,585	0,397	0,015	0,159	0,347
Semptom Kontrolü	-0,352	0,033	-0,439	0,007	-0,243	0,146	-0,465	0,004
Yorgunluk	-0,316	0,056	-0,402	0,014	-0,325	0,050	-0,495	0,002
Bulantı ve kusma	-0,147	0,386	-0,334	0,043	-0,137	0,417	-0,143	0,397
Ağrı	-0,370	0,024	-0,301	0,070	-0,219	0,192	-0,206	0,222
Solunum güçlüğü	-0,189	0,262	-0,415	0,011	-0,316	0,057	-0,250	0,136
Uyuma güçlüğü	-0,220	0,191	-0,032	0,850	-0,220	0,191	0,143	0,399
İştah Kaybı	-0,474	0,003	-0,369	0,025	-0,087	0,610	-0,076	0,655
Kabızlık	-0,262	0,118	-0,086	0,614	0,098	0,562	0,190	0,259
İshal	0,246	0,142	-0,029	0,865	-0,175	0,301	-0,209	0,215
Ekonomik güçlük	-0,124	0,464	-0,068	0,690	-0,112	0,510	-0,285	0,087



Şekil 4.1. Ameliyat sonrası 6. ay EORTC QLQ-C30 ölçeği genel iyilik hali puanı ile öz-
bakım gücü ölçeğinin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesi



Şekil 4.2. Ameliyat sonrası 6. ayda EORTC QLQ-C30 fonksiyonel durum puanı ile öz-
bakım gücü ölçeğinin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesi



Şekil 4.3. Ameliyat sonrası 6. ay EORTC QLQ-C30 ölçeği semptom kontrolü puanları ile öz-bakım gücü ölçeğinin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesi

Çizelge 4.12’de zamana göre EORTC QLQ-C30 ölçeği ile öz-bakım gücü ölçeğinin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesini içeren veriler yer almaktadır. Ameliyat öncesi öz-bakım gücü ölçeği puanları ile EORTC QLQ-C30 ölçeği fiziksel fonksiyon puanları arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0,033$). Ameliyat öncesi öz-bakım gücü ölçeği puanları ile EORTC QLQ-C30 ölçeği semptom kontrolü, ağrı, ve iştah kaybı puanları arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Ameliyat sonrası 1.ayda öz-bakım gücü ölçeği puanları ile EORTC QLQ-C30 ölçeği genel iyilik hali, fiziksel fonksiyon ve rol performans puanları arasında pozitif yönde, zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Aynı zamanda 1.ayda öz-bakım gücü ölçeği puanları ile EORTC QLQ-C30 ölçeği semptom kontrolü, yorgunluk, bulantı ve kusma, solunum güçlüğü ve iştah kaybı puanları arasında negatif yönde, zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).

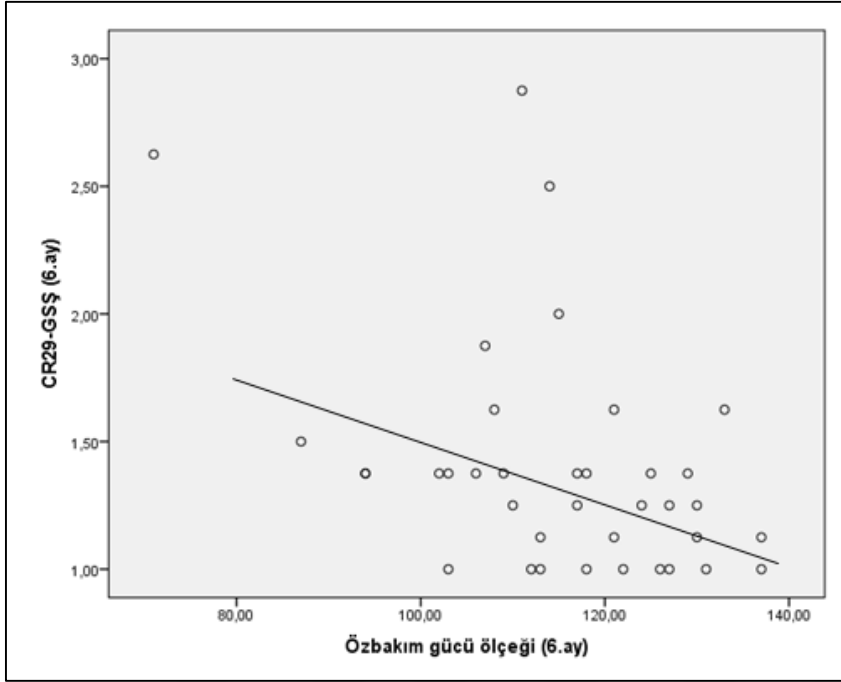
Ameliyat sonrası 3.ayda öz-bakım gücü ölçeği puanları ile EORTC QLQ-C30 ölçeği fonksiyonel durum puanları arasında pozitif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0,000$). Ayrıca 3.ayda öz-bakım gücü ölçeği puanları ile EORTC QLQ-C30 ölçeği genel iyilik hali, emosyonel durum ve sosyal durum puanları arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ameliyat sonrası 3.ayda öz-bakım gücü ölçeği puanları ile EORTC QLQ-C30

ölçeği yorgunluk puanları arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,050$).

Ameliyat sonrası 6.ayda EORTC QLQ-C30 ölçeği ile öz-bakım gücü ölçeğinin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesini içeren veriler yer almaktadır. Çizelge 4.12 ve Şekil 4.2’de görüldüğü gibi ameliyat sonrası 6.ayda öz-bakım gücü ölçeği puanları ile EORTC QLQ-C30 ölçeği fonksiyonel durum puanları arasında pozitif yönde, orta derecede anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0,000$). Çizelge 4.12 ve Şekil 4.1 ‘de görüldüğü gibi ameliyat sonrası 6.ayda öz-bakım gücü ile EORTC QLQ-C30 ölçeği genel iyilik hali puanları ve öz-bakım gücü ölçeği ile EORTC QLQ-C30 ölçeği fiziksel fonksiyon, duygusal fonksiyon puanları arasında pozitif yönde, zayıf derecede anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Çizelge 4.12 ve Şekil 4.3 ‘de görüldüğü gibi ameliyat sonrası 6.ayda öz-bakım gücü ölçeği ile EORTC QLQ-C30 ölçeği semptom skalası puanları; ve öz-bakım gücü ölçeği ile EORTC QLQ-C30 ölçeği yorgunluk puanları arasında negatif yönde, zayıf derecede anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çizelge 4.13. EORTC QLQ-CR29 ölçeği ile öz-bakım gücü ölçeğinin zamana göre ilişkilerinin incelenmesi

Korelasyon CR29	Öz-Bakım Gücü Ölçeği							
	Ameliyat öncesi		1.ay		3.ay		6.ay	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Genel sağlık şikayetleri	-0,238	0,155	-0,371	0,024	-0,355	0,031	-0,421	0,009
Üriner sistem memnuniyeti	-0,035	0,838	0,092	0,586	-0,056	0,744	-0,098	0,564
Boşaltım sistem memnuniyeti	-0,062	0,714	-0,042	0,807	-0,179	0,289	-0,210	0,213
İlaç yan etkileri	-0,252	0,133	-0,310	0,062	-0,138	0,415	-0,042	0,804



Şekil 4.4. Ameliyat sonrası 6. ay EORTC QLQ-CR29) ölçeği genel sağlık şikayetleri puanları ile öz-bakım gücü ölçeğinin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesi

Çizelge 4.13'de zamana göre EORTC QLQ-CR29 ölçeği ile öz-bakım gücü ölçeğinin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesini içeren veriler yer almaktadır. Ameliyat sonrası 1, 3 ve 6.ay öz-bakım gücü ölçeği puanları ile EORTC QLQ-CR29 ölçeği genel sağlık şikayetleri puanları arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p < 0,05$).



5. TARTIŞMA

Kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan hastaların yaşam kalitesinin ve öz bakım gücünün değerlendirilmesi amacıyla 37 hasta ile prospektif ve tanımlayıcı olarak yapılan çalışmada elde edilen bulgular aşağıdaki gibi tartışılmıştır.

5.1. Hastaların Zamana Göre Yaşam Kalitelerindeki Değişimin Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan hastaların EORTC QLQ-C30 ölçeği alt boyutu puanları genel olarak ameliyat sonrası 1. ayda ameliyat öncesine göre düştüğü, ancak 3. ve 6. ayda puanlarda anlamlı derecede artış meydana geldiği görülmüştür (Çizelge 4.4). Gervaz ve arkadaşlarının (2008) EORTC QLQ-C30 ve EORTC QLQ-CR38 ölçeği kullanılarak 20 hasta ile yapılan ameliyat sonrası 1 yıllık (1.ay, 3.ay, 12 ay) izlem çalışmasında hastaların genel sağlık algısı, fiziksel fonksiyon, rol fonksiyon alt boyutları puanlarında zamanla önemli derecede artış meydana gelmiştir. Carlsson ve arkadaşlarının (2010) SF36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak yaptığı izlem çalışmasında ameliyat sonrası 1 ayda ameliyat öncesine göre 8 alt boyutun (fiziksel fonksiyon, rol kısıtlanması-fiziksel, ağrı, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyon, rol kısıtlanması emosyonel, mental sağlık, genel sağlık algısı) genel sağlık ve mental sağlık dışındaki 6 alt boyutunda önemli düşme meydana gelmiş ancak ameliyat sonrası 6. aya ulaşıldığında puanlarda anlamlı derecede artış olduğu saptanmıştır. Ito ve arkadaşlarının (2012) SF36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak 18 hastayla ameliyat sonrası yapılan 1 yıllık izlem çalışmasında (2. 6. ve 12.ay) hastaların yaşam kalitesi puanlarının ameliyat sonrası 2. ayda düştüğü ancak ameliyat sonrası 6. ay ve 12. ay puanları ameliyattan önceki seviyeye ulaştığı, hatta yaşam kalitesi ölçeğinin mental sağlık, ağrı ve zindelik alt boyutlarında önemli derecede iyileşme gözlenerek 6. ve 12. ayda ameliyat öncesi düzeyden daha yüksek düzeye ulaştığı saptanmıştır. Araştırma bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir. Araştırma bulgularımızdan farklı olarak Johansson ve diğerlerinin (2018) EORTC QLQ-C30 ölçeği kullanarak yaptığı başka bir çalışmada ise kolorektal kanser ameliyatı sonrası yaptığı 1 yıllık izlem çalışmasında yaşam kalitesinde doğrudan anlamlı bir değişiklik olmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya alınan hastaların EORTC QLQ-C30 semptom kontrolü, yorgunluk ve ağrı puanları ameliyat sonrası 1. ayda yüksekken 6. ayda anlamlı derecede düşmüştür (Çizelge

4.4). Benzer şekilde hastaların yaşam kalitesi ölçeği EORTC QLQ-CR29 boşaltım sistemi şikayetlerinde de ameliyat öncesine göre sonraki süreçte belirgin bir düşme olmuştur (Çizelge 4.5). Gervaz ve diğerlerinin (2008) yaptığı 1 yıllık izlem çalışmasında da yorgunluk, uyku bozukluğu gibi semptom skalası puanlarında zaman içerisinde önemli derecede azalma meydana gelmiştir. Pınar ve arkadaşlarının (2008) 151 jinekolojik kanser hastasında EORTC QLQ-C30 ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada semptomlar alt boyutunda en fazla ekonomik güçlük ve yorgunluk puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir. Bu hasta grubunda ameliyat, kemoterapi, radyoterapi gibi tedavi yöntemleri semptomların özellikle ameliyat sonrası ilk ayda fazlalaşmasında etkili olmaktadır. Zamanla ameliyata bağlı ağrı, yorgunluk azalmakta, kemoterapi/radyoterapinin semptomlarının şiddeti düşmektedir. Bu semptomlar hastaların psikososyal yaşantılarını zamanla daha az düzeyde etkilemektedir.

Araştırmaya alınan hastaların yaşam kalitesi ölçeği EORTC QLQ-C30 ölçeği sosyal durum puanlarının ameliyat sonrası süreçte ameliyat öncesine göre düştüğü ancak 6.ayda tekrar ameliyat öncesi düzeye ulaştığı görülmüştür (Çizelge 4.4). Gervaz ve diğerlerinin (2008) yaptığı 1 yıllık izlem çalışmasında ise sosyal fonksiyon alt boyutları puanında zaman içinde önemli ölçüde artış görülmemiştir. Bulgularımızdan farklı olarak Ran ve diğerlerinin (2016) 142 kolorektal kanser hastasında WHOQOL-Bref (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği) ölçeğinin Çin versiyonu kullanılarak, kolostomi ameliyatı sonrası 1.ayda yaptığı çalışmada ise en yüksek puanı sosyal sağlık puanı almıştır. Araştırmamızda ameliyat sonrası süreçte hastaların semptom puanları da yüksektir. Bu hasta grubuna kemoterapi, radyoterapi gibi farklı tedavi yöntemleri uygulanmakta, ağrı, yorgunluk gibi fiziksel semptomları artmaktadır. Ayrıca kanser hastaları hastalık durumunu kabullenme ve bu durumla başetmeye çalışmakta, içe kapanmakta ve toplumdaki bir süre izole olabilmektedirler. Bu nedenle hastaların sosyal sağlık puanlarının düşük olması beklenen bir durumdur.

Araştırmada ameliyat sonrası süreçte; ortaöğretim ve üzeri eğitim düzeyinde olan hastaların ilköğretim ve altında olanlara göre yaşam kalitesi ölçeği EORTC QLQ-C30 ölçeği alt boyutu puanlarının (genel iyilik hali, fonksiyonel durum, semptom kontrolü) daha iyi düzeyde olduğu görülmektedir (Çizelge 4.6, Çizelge 4.7, Çizelge 4.8). Ertem ve arkadaşlarının (2009) 69 kanser hastasında EORTC QLQ-C30 ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada da eğitim durumu yüksek olan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek

olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Gelin ve Ulus'un (2015) 116 kemoterapi alan kanser hastalarında yaşam kalitesi değerlendirme ölçeği (Functional Assesment of Cancer Therapy General FACT-G) kullanılarak yaptığı çalışmada yüksekokul mezunu olan hastaların yaşam kalitesi sosyal yaşam ve ailevi iyilik hali, fonksiyonel iyilik hali puanlarının herhangi bir okul bitirmemiş olan hastalara göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Akman'ın (2016) 110 kolorektal kanser hastasında EORTC QLQ- C30 ve QLQ-CR38 ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada ilkokul ve üzeri eğitime sahip olan hastaların okuryazar olmayan hastalardan rol performans ve bilişsel fonksiyon puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ran ve arkadaşlarının (2016) kolostomi ameliyatı sonrası 1.ayda yaptığı çalışmada ise eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Genel olarak eğitim düzeyi yüksek olan birey daha nitelikli, geliri yüksek bir işte daha iyi sosyal olanaklara sahip olmakta ve dolayısıyla daha yüksek yaşam kalitesine sahip olabilmektedir. Ayrıca eğitim düzeyi iyi olan bireyin sağlığını algılama düzeyi de iyi olabilmekte, gelişen durumları çabuk farkedebilmekte, hastalık semptomları ile başetmeye yönelik araştırmalar yapabilmekte, kendilerine özel başetme metotları geliştirebilmektedir. Buna karşın eğitim düzeyi düşük olan birey işsizlik, çalışma şartlarının kötü olması, yoksulluk, yeterli sosyal olanaklara sahip olamama, yeterli beslenememe, sürekli sosyal, psikolojik ve maddi kaygı gibi problemlerle karşılaşabilmesi bunların yanı sıra da ciddi bir hastalıkla mücadele etmeye çalışması yaşam kalitesinin düşmesine yol açmaktadır.

Hastalık tanı süresi bir aydan fazla olan hastaların EORTC QLQ-C30 ölçeği 1.ay semptom kontrolü puanları, tanı süresi bir ay veya daha az olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.6). Tanısı bir aydan daha fazla olan grubun semptom kontrolü konusunda daha fazla problem yaşadığı, bu durumun da yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir. Benzer şekilde Altıparmak ve arkadaşlarının (2011) 84 akciğer kanserli hastada EORTC QLQ-C30 ve öz-bakım gücü ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada hastalık süresi üç aydan az olanların emosyonel fonksiyonlarının, hastalık süresi üç aydan fazla olanlara göre daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Hastalık tanı süresinin uzaması bireyin tedaviye uyumunu ve günlük yaşam aktivitelerini kısıtlaması nedeniyle yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Bu bulgulardan da anlaşılacağı gibi kanser ve kansere bağlı gelişen semptomlar, bireylerin yaşamlarını zaman içerisinde olumsuz yönde etkilemektedir. Kolorektal kanser ameliyatı

olan hastaların ameliyattan hemen sonra yaşam kaliteleri göreceli olarak düşse de ilerleyen zaman içerisinde yaşam kalitelerinin artmaktadır. Ameliyat ile birlikte kanserin meydana getirmiş olduğu olumsuz semptomların zamanla azaldığı görülmektedir. Bu bulguların sonucunda; ameliyatın kolorektal kanser hastalarının yaşam kalitelerini uzun vadede olumlu etkilediği, ameliyat sürecinin uzamasının ise yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

Araştırmamızda ameliyat öncesinde hastalığını kolay tedavi edilebilen bir hastalık olarak gören hastaların yaşam kalitesi ölçeği EORTC QLQ-C30 ölçeği fonksiyonel durum puanlarının, hastalığını tedavisiz/uzun tedavi gerektiren bir hastalık olarak görenlere göre daha yüksek (Çizelge 4.8) olduğu dolayısıyla olumlu/olumsuz hastalık algısının yaşam kalitesini etkilediği görülebilmektedir. Altıparmak ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada tedavinin tamamen iyileştireceğini düşünenlerin genel sağlık durumu ve emosyonel fonksiyonu, tedavinin etkili olmayacağını düşünenlere göre daha iyi olduğu saptanmıştır. Kişilerin hastalığa yönelik olumlu algıları hastalık üzerindeki bireysel kontrolünü artırabilmekte bu durum da hastalık yönetimini ve tedaviye uyumunu artırarak yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Hastalığını bilmeyen hastaların ameliyat öncesinde EORTC QLQ-C30 ölçeği fonksiyonel skala puanları, hastalığı bilenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.8). Arslan ve Bölükbaş'ın (2003) 158 kanser hastasında Rolls Royce yaşam kalitesi ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada ameliyat geçirmiş, tanısını bilmeyen hastalarda yaşam kalitesi toplam puanının yüksek olduğu bunun gerekçesi olarak da hastalıklarının ciddiyeti konusunda yeterli ve aydınlatıcı bilgi verilmediği ve geçirdikleri ameliyatla tam olarak iyileşeceklerini düşünmeleri nedeniyle yaşam kalitesinin etkilenmediği düşünülmektedir. Benzer şekilde Lheureux ve arkadaşları (2004) akciğer kanseri olan hastalarda EORTC QLQ-C30 ve QLQ-LC13 ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada tanılarını bilmenin yaşam kalitesinin sosyal ve emosyonel boyutlarını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Hastalığı bilmemek kısa sürede hastaların yaşam kalitelerini olumlu düzeyde etkileyebilir. Ancak kanser uzun soluklu bir hastalıktır ve tedavinin başarısında hastaların uyumu, tedaviye katkıları oldukça önemlidir. Uzun süreç içerisinde yaşam kalitesinin yükselmesi için hastaların hastalıklarını bilmeleri hayati önem taşımaktadır.

Araştırmada ameliyat sonrası 3.ayda rektum kanseri olan hastaların üriner sistem memnuniyeti puanları kolon kanseri olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 4.9). Rektum anatomik bölge gereği mesane ve diğer üriner sistem organlarına komşudur. Rektum ameliyatları sırasında üriner sistem sinirleri de hasara uğrayabilmektedir. Bu bağlamda rektum kanserli hastaların üriner şikayeti kolon kanserli hastalara göre daha fazla olması ameliyat sonrası rektum kanserli hastalarda mesane kontrol kaybı riskini oldukça yüksek olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Ailede kolorektal kanser öyküsü olanların ameliyat öncesi genel sağlık algısı puanları olmayanlara göre daha düşük olduğuna ulaşılmıştır (Çizelge 4.7). Geçmiş olumsuz deneyimler kişilerin hastalığa karşı ve kendi geleceklerine ilişkin düşüncelerini etkilemektedir. Kolorektal kanser nedeniyle yakınına kaybetmiş bir kolorektal kanser hastası, bu hastalığı ölüm ile doğrudan bağdaştırabilmektedir. Bu nedenle de yaşam kalitesi algısı olumsuz etkilenebilir. Araştırmada yaşantısında daha önce ameliyat deneyimi olan hastaların 1.ay genel sağlık algısı puanları daha önce ameliyat olmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.7). Yaşantıdaki olumsuz deneyimler kişinin bugünkü algısını doğrudan etkilemektedir. Ameliyat sonrası ilk dönemler ağrı, halsizlik, yorgunluk vb. semptomların oldukça yoğun yaşandığı bir süreçtir. Bu süreci geçmiş yaşantısında olumsuz yaşayan bireyler aynı sürecin yineleneceğini düşünüp kaygıları artabilmekte dolayısıyla yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenebilmektedir.

Araştırmada günlük gereksinimlerini birinin yardımıyla/kontrolüyle karşılayanların ameliyat sonrasında fonksiyonel durum puanlarının günlük gereksinimlerini kendi kendine karşılayanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.8). Kolorektal kanser ameliyatları komplike ameliyatlar olmakla birlikte tedaviye bağlı görülen yan etkiler ve gelişebilen komplikasyonlar bireyin günlük yaşam aktivitelerini karşılama gücünü azaltması bu durumun nedeni olarak düşünülebilir. Benzer şekilde Ertem ve arkadaşlarının (2009) 69 radyoterapi tedavisi alan kanser hastalarında EORTC QLQ-C30 ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada evde bakım gereksinim duyan bireylerin genel iyilik hali ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu saptanmıştır.

Bu bulgulardan da anlaşılacağı gibi kanser ve kansere bağlı gelişen semptomlar, bireylerin yaşamlarını zaman içerisinde olumsuz yönde etkilemektedir. Kolorektal kanser ameliyatı olan hastaların ameliyattan hemen sonra yaşam kaliteleri göreceli olarak düşse de ilerleyen

zaman içerisinde yaşam kalitelerinin artmaktadır. Ameliyat ile birlikte kanserin meydana getirmiş olduğu olumsuz semptomların zamanla azaldığı görülmektedir. Bu bulguların sonucunda; ameliyatın kolorektal kanser hastalarının yaşam kalitelerini uzun vadede olumlu etkilediği, ameliyat sürecinin uzamasının ise yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

5.2. Hastalarının Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Hastaların öz-bakım gücü ölçeğinin zamana göre karşılaştırıldığında hastaların 6.aydaki öz bakım gücü puanları, ameliyat öncesine göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 4.10). Hastalarda hastalığa, tedaviye ve ameliyata bağlı semptomlarının azalması ile birlikte özbakım gücünün de artacağı düşünülmektedir. Literatürde bu bulgulara ilişkin farklı sonuçlar görmek mümkündür. Pan ve diğerlerinin (2011) kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan hastaların ameliyat sonrası 3 aylık izleminde öz-bakım güçlerinin zaman içinde arttığı belirlenmiştir. Johansson ve diğerlerinin (2018) kolorektal kanser ameliyatı sonrası yaptığı 1 yıllık izlem çalışmasında hastaların ameliyat sonrası 12.ayda öz-yeterliliğinin 3.aya göre düştüğü saptanmıştır. Kolorektal kanser olan birey ameliyat öncesi hastalığın kendisi, hastalık semptomları ve bunların yanı sıra uygulanan tedavi yöntemlerinin oluşturduğu yan etkiler bireyin yaşamsal fonksiyonları olumsuz yönde etkileyerek öz-bakım gücünü azaltmaktadır. Ameliyat sonrası süreçte bu olumsuz etmenlerin azalmasıyla birlikte birey öz-bakım gereksinimlerini karşılayabilir duruma gelebilmektedir.

Düzenli sağlık kontrolüne giden hastaların ameliyat öncesi öz bakım gücü puanları gitmeyen hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.11). Düzenli sağlık kontrolüne giden hastanın, sağlığını düzeltmeye yönelik istek ve motivasyonu iyi düzeydedir. Bu çaba bireyin kendi sağlığını önemseydiğini ve üzerine düşen görevleri yapmaya çalıştığını göstermektedir. Ayrıca sağlık kontrolüne gidebilecek gücünün de mevcut olduğunu göstermektedir. Yine araştırmamızda günlük gereksinimlerini kendi kendine karşılayan hastaların ameliyat sonrası öz-bakım gücü puanları, birinin yardımıyla veya kontrolüyle gereksinimlerini karşılayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 4.11). Aksel'in (2010) 100 kronik hastalığı olan hastalarla öz-bakım gücü ölçeği kullanarak yaptığı çalışmasında, bakımında başkalarına bağımlı olmayan bireylerin, bağımlı olanlara göre öz-bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu

bulunmuştur. Kılıç'ın (2013) başka bir hasta grubu olan 226 KOAH hastası ile öz-bakım gücü ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken bağımsız olanların, yarı bağımlı ya da bağımsız olanlara göre öz bakım gücü puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Günlük gereksinimlerini karşılayabilmek öz-bakım gücünün önemli bir göstergesidir. Kişilerin gücü arttıkça öz-bakımlarını kendileri rahatlıkla karşılayabilirler. Bireyler kendi gereksinimlerini karşılayabildikleri ölçüde yaşama yönelik algıları da değişebilmektedir. Bireysel gereksinimleri karşılayabilmek, bireyin kendini iyi hissetmesine, halen kendini “işe yarar” olarak görmesine neden olmaktadır. Bu bağlamda hastaların mevcut potansiyellerini kendi bakımlarına katmanın yaşam kaliteleri açısından oldukça önemli olduğunu belirtmek mümkündür.

5.3. Hastaların Yaşam Kalitesi ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puan İlişkisinin Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası süreçte EORTC QLQ-C30 ölçeği ile öz-bakım gücü ölçeği arasında pozitif yönde ilişki olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.12). Hastaların ameliyat sonrası süreçte EORTC QLQ-CR29 ölçeği genel sağlık şikâyetleri puanları ile öz-bakım gücü ölçeği arasında ise negatif yönde ilişki tespit edilmiştir (Çizelge 4.13). Elise ve arkadaşlarının (2001) meme kanserli bireylerde yaptığı çalışmada öz-bakım gücünün yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediği saptanmıştır. Akyol ve Karadakovan'ın (2002) başka bir grupta hemodiyalize giren hastalarda yaptığı çalışmada öz-bakım gücü arttıkça fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puanlarında arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Altıparmak ve arkadaşlarının (2011) akciğer kanserli hastalarda yaptığı çalışmada öz-bakım gücü ile fiziksel fonksiyon, rol fonksiyonu ve sosyal fonksiyon arasında pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir. Su ve arkadaşlarının (2016) ostomili hastalarda yaptığı çalışmada hastaların öz-yeterlilik ve yaşam kalitesi arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir. Tüm bu bulgulardan da anlaşılacağı gibi hastaların öz bakım güçleri yaşam kalitelerini etkilemektedir.

Sonuç olarak kolorektal kanserler, bireylerin öz bakım güçleri ve yaşam kalitelerini ameliyat öncesi dönemde ve ameliyat sonrası dönemde etkilemektedir. Ameliyat öncesi ve sonrası süreçte hasta yoğun tetkik, tedavi ve bakım sürecine girmektedir. Bunlara bağlı birçok semptomlar ortaya çıkmaktadır. Bu durumda birey kendi gereksinimlerini

karşılması güçleşmekte ve dolayısı ile yaşam kalitesi de azalmaktadır. Ameliyat sonrasında uzun dönemde tekrar öz bakım gücü ve yaşam kalitesi artmaktadır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

Kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan hastaların yaşam kalitesinin ve öz bakım gücünü değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibi sıralanmıştır.

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin sonuçlar;

- Hastaların %59,5'inin erkek, %89,2'sinin evli, %97,3'ünün çocuğu olduğu yaş ortalamasının $59,49 \pm 10,84$ olduğu,
- Hastaların %56,8'inin ilköğretim mezunu, %43,2'sinin emekli %83,2'sinin çalışmadığı, %91,9'unun orta iyi gelir düzeyinde olduğu saptanmıştır.

Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası sağlık durumlarına ilişkin sonuçlar;

- Hastaların %62,2'sinin düzenli sağlık kontrolüne gitmediği, %67,6 'sının tanısını bildiği, %59,5'inin hastalığını kolay tedavi edilebilen bir hastalık olarak gördüğü, hastaların %70,3'ünün ameliyata ilişkin bilgi verildiği,
- Hastaların %18,9'unun ameliyat sonrası 1.ayda komplikasyon yaşadığı ve bu oranın ilerleyen süreçte sonraki aylarda azalarak 6.ayda %8,1'e gerilediği,
- Hastaların en çok ameliyat sonrası 1.ayda bakıma yardım edecek kişiye ihtiyaç duyduğu, 6.ayda hastaların %91,9'u ihtiyaçlarını kendi kendine tam karşıladığı sonucuna ulaşılmıştır.

Hastaların yaşam kalitesi puanlarına ilişkin sonuçlar;

- Hastaların EORTC QLQ-C30 ölçeği genel iyilik hali, fonksiyonel durum, fiziksel fonksiyonlar, rol performans alt boyutu puanları ameliyat sonrası 1. ayda düştüğü ancak 3. ve 6. ayda anlamlı derecede artış gösterdiği,
- Hastaların emosyonel durum alt boyutu puanı ameliyat sonrası 6.ayda, ameliyat öncesine göre yükseldiği fakat sosyal durum alt boyutunun ameliyat sonrası süreçte öncesine göre düştüğü,

- Hastaların EORTC QLQ-CR29 ölçeği boşaltım sistemi memnuniyeti puanlarında ameliyat öncesine göre sonraki süreçte belirgin bir düşme gösterdiği,
- EORTC QLQ-C30 ölçeği 3.ay fonksiyonel durum, 6.ay genel iyilik hali puan ortalamasının, ortaöğretim ve üzeri eğitim düzeyinde olanların ilköğretim ve altı olanlara göre daha yüksek, 1.ay semptom kontrolü puanları ortaöğretim ve üzeri eğitim düzeyinde olanların ilköğretim ve altı olanlara göre daha düşük olduğu,
- Tanı süresi bir aydan fazla olan hastaların EORTC QLQ-C30 ölçeği 1.ay semptom kontrolü puanlarının, bir ay veya daha az olanlara göre daha yüksek olduğu,
- Ailesinde kolorektal kanser öyküsü olanların olmayanlara göre, 1.ayda ameliyat deneyimi olanların olmayanlara göre EORTC QLQ-C30 ölçeği genel iyilik hali puan ortalamasının daha düşük olduğu,
- Hastalığını kolay tedavi edilebilen bir hastalık olarak görenlerin ameliyat öncesi EORTC QLQ-C30 ölçeği fonksiyonel durum puanları, hastalığını tedavisiz/uzun tedavi gerektiren bir hastalık olarak görenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu,
- Hastaların 3.ay EORTC QLQ-C30 ölçeği fonksiyonel durum puanları, ortaöğretim ve üzeri eğitim düzeyinde olanların ilköğretim ve altı olanlara göre daha yüksek olduğu,Hastaların EORTC QLQ-C30 ölçeği 1.ay ve 6.ay fonksiyonel durum puanları, günlük gereksinimlerini kendi kendine karşılayanların, birinin yardımıyla/kontrolüyle karşılayanlara göre daha yüksek olduğu,
- Hastaların EORTC QLQ-C30 ölçeği ameliyat öncesi fonksiyonel durum puanları hastalığını bilmeyenlerin, hastalığı bilenlere göre daha yüksek olduğu,
- BKİ'si normal olanların, fazla kilolu ve üzeri olanlara göre EORTC QLQ-CR29 ölçeği ameliyat öncesi üriner sistem memnuniyeti puanlarının daha yüksek olduğu,
- Rektum CA olanların kolon CA olan hastalara göre ameliyat sonrası 3.ayda EORTC QLQ-CR29 ölçeği üriner sistem memnuniyeti puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların öz-bakım gücü ölçeği puanlarına ilişkin sonuçlar;

- Hastaların 6.aydaki öz-bakım gücü puanları, ameliyat öncesine göre daha yüksek olduğu,
- Düzenli sağlık kontrolüne giden hastaların gitmeyen hastalara göre ameliyat öncesi öz-bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğu,

- Günlük gereksinimlerini kendi kendine karşılayanların öz-bakım gücü ölçeği 1.ay, 3.ay ve 6.aydaki puanlarının, birinin yardımıyla veya kontrolüyle gereksinimlerini karşılayanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Hastaların yaşam kalitesi ölçeği ile öz-bakım gücü ölçeğinin ilişkisine ilişkin sonuçlar;

- Hastaların ameliyat öncesi öz-bakım gücü arttıkça EORTC QLQ-C30 ölçeği fiziksel fonksiyon puanlarının artış gösterdiği,
- Ameliyat sonrası 1.ayda öz-bakım gücü EORTC QLQ-C30 ölçeği genel iyilik hali, fiziksel fonksiyonlar ve rol performans puanları arasında pozitif yönde ilişki olduğu,
- Ameliyat sonrası 3.ayda öz-bakım gücü ile EORTC QLQ-C30 ölçeği fonksiyonel durum, genel iyilik hali, emosyonel durum, sosyal durum puanları arasında pozitif yönde ilişki olduğu,
- Ameliyat sonrası 6.ayda öz-bakım gücü ile EORTC QLQ-C30 ölçeği fonksiyonel durum, genel iyilik hali, fiziksel fonksiyon, emosyonel durum puanları arasında pozitif yönde ilişki olduğu,
- Ameliyat öncesi öz-bakım gücü ile EORTC QLQ-C30 ölçeği semptom kontrolü, ağrı, ve iştah kaybı arasında negatif yönde ilişki olduğu.
- Ameliyat sonrası 1.ayda öz-bakım gücü ile EORTC QLQ-C30 ölçeği semptom kontrolü, yorgunluk, bulantı ve kusma, solunum güçlüğü ve iştah kaybı puanları arasında negatif yönde ilişki olduğu,
- Ameliyat sonrası 3.ayda öz-bakım gücü ile EORTC QLQ-C30 ölçeği yorgunluk puanları arasında negatif yönde ilişki olduğu,
- Ameliyat sonrası 6.ayda öz-bakım gücü ile EORTC QLQ-C30 ölçeği semptom kontrolü, yorgunluk puanları arasında negatif yönde ilişki olduğu,

Ameliyat sonrası 1, 3 ve 6.ay öz-bakım gücü ölçeği puanları ile EORTC QLQ-CR29 ölçeği genel iyilik hali puanları arasında negatif yönde ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Öneriler

Araştırma bulgularından elde edilen sonuçlara göre aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Hastaların öz bakım gücünü ve yaşam kalitesini destekleyici hemşirelik bakımı, eğitimi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi,
- Kurumlardaki kolorektal kanseri olan hastalara yönelik uzun dönem destekleyici programların düzenlenmesi,
- Kolorektal kanseri olan ve kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan hastalar ile daha uzun süreli izlem çalışmalarının yapılması,
- Kolorektal kanserli ve kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan hastalar ile yapılan izlem çalışmalarının daha büyük örnekleme farklı işleyişlere sahip kurumlarda izlemlerinin yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akduran, F. (2015). *Kolorektal kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 6-37.
- Akgün, Z.E. ve Yoldaş, T. (2012). İntestinal stoma. *Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi*, 22(4), 133-146.
- Akın, G. (2018). Sağlıklı ve kaliteli yaşamda sürdürülebilir dünya görüşü. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(2),878 – 889.
- Akman, G.(2016). *Kolorektal kanserli hastalarda yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya, 9-86.
- Aksel,Ş. (2010). *Kronik hastalığı olan hastaların öz bakım gücü ve evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa, 112.
- Aktaş, D. ve Baykara, Z.G. (2014). The perspectives of patients with stomas and their partners towards their bodies: A descriptive, cross, sectional study. *Ostomy Wound Management*, 61(5), 26-40.
- Akyol, A.D. ve Karadakovan, A. (2002). Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 41(2), 97 – 102.
- Akyüz, S. (2016).*Kolorektal kanserlere bağlı stoma açılan ve açılmayan hastalarda psikolojik dayanıklılık düzeylerinin karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 5-31.
- Alabaz, Ö. ve Akçam, T. (2010). İntestinal stomalar. E. Baykan , A. Zorluoğlu,E. Geçim ve C. Terzi.(Editörler). *Kolon ve rektum kanserleri*. (1. Baskı).İstanbul:Seçil Ofset Matbaacılık, 671-691.
- Altay, B., Çavuşoğlu, F. ve Çal, A. (2016).Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 181-188.
- Altıparmak, S., Fadıloğlu, Ç., Gürsoy, Ş. T. ve Altıparmak, O. (2011).Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi.*Ege Tıp Dergisi*, 50(2), 95-102.
- Ardahan, M. (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 68-74.
- Arslan, S. ve Bölükbaş, N.(2003). Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(3).

- Aydın, İ., Şehitoğlu, İ., Özer, E., Yücel, A. F., Pergel, A., Bedir, R., Güçer, H. ve Şahin D.A. (2015). Kolorektal kanser nedeniyle opere ettiğimiz hastaların değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 16, 102-109.
- Aylaz, G. (2011). *Kolorektal cerrahi sonrası hasta eşlerinin yaşam kalitesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara, 7-8.
- Bayar, B., Yılmaz, K.B., Akıncı, M., Şahin, A. ve Kulaçoğlu, H. (2016). Acil ve elektif şartlarda ameliyat edilen kolorektal kanserli hastaların tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi. *Ulus Cerrahi Dergisi*, 32, 11-17.
- Baykara, Z. G., Güler, S., Karadağ, A., Harputlu, D., Kahraman, A., Karadağ, S., Ören, A. ve Toğluk, E. (2014). A multicenter, retrospective study to evaluate the effect of preoperative stoma site marking on stomal and peristomal complications. *Ostomy Wound Management*, 60(4), 16-26.
- Bektaş, H.A. ve Akdemir N. (2006). Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 26(2), 488-499.
- Beser, N., ve Öz, F. (2003). Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1) 47-56.
- Boylu, A.A. ve Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 8(15), 137-150.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, İ., Siegel, R. L., Torre, L. A. and Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394-424.
- Can, G. (Editör). (2015). *Onkoloji hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 707-715.
- Carlsson, E., Berndtsson, I., Hallen, A., Lindholm, E. ve Persson, E. (2010). Concerns and quality of life before surgery and during the recovery period in patients with rectal cancer and an ostomy. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing*, 37(6), 654-661.
- Couwenberg, A.M., Burbach, J.P.M., Grevenstein, W.M.U., Smits, A.B., Consten, E.C.J., Schiphorst, A.H.W., Wijffels, N.A.T., Heikens, J.T., Intven, M.P.W. and Verkooijen, H.M. (2018). Effect of neoadjuvant therapy and rectal surgery on health-related quality of life in patients with rectal cancer during the first 2 years after diagnosis, *Clinic Colorectal Cancer*, 17(3), 499-512.
- Çalışkan, T., Duran, S., Karadağ, A., Ergün, S. ve Tekir Ö. (2015). Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(1), 27-36.
- Çokmert, S. (2008). *Kolorektal kanserlere bağlı karaciğer ve akciğer metastazlarında rezeksiyon sonuçlarımız*. Tıbbi Onkoloji Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, 7-25.

- Dural, G. ve Sarıtaş S. Ç. (2017). Akut koroner sendromlu hastalarda yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(17), 131-141.
- Edisan, Z. ve Kadioğlu, F.G. (2011). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçekleri: Etik açıdan bir değerlendirme. *Türkiye Klinikleri Journal Med Ethics*, 19(1), 8-15.
- Elise, D., Karen, C., Norma, R. and Margaret, F. (2001). An intervention to increase quality of life and self-care self-efficacy and decrease symptoms in breast cancer patients. *Research and Theory for Nursing Practice*, 15, 277-294.
- Erdem, D. (2012). *Kolorektal kanser tedavisi öncesi lenfopeninin prognostik önemi*. Uzmanlık Tezi, 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Samsun, 2-22.
- Ertem, Gül., Kalkım, A., Bulut, S. ve Sevil, Ü. (2009). Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(2).
- Ertürk, S. (2010). Kolorektal kanserler: Epidemiyoloji, etiyolojide rol oynayan etkenler, tarama ve kemoprevansiyon. E. Baykan, A. Zorluoğlu, E. Geçim ve C. Terzi. (Editörler). *Kolon ve rektum kanserleri*. (1. Baskı). İstanbul: Seçil Ofset Matbaacılık, 15-24.
- Eruzun, C. ve Türkmen, M. (2018). Kadınların spor etkinliklerine katılımlarının boş zaman tatmini ve yaşam kalitesine etkileri: özel spor merkezleri örneği. *Spormetre*, 16(3), 196-203.
- Eser, E. (2012, 04 Mayıs). *Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi*. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu, Manisa.
- Gelin, D., Ulus B. (2015). Hastanede kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 31-35.
- Gervaz, P., Bucher, P., Konrad, B.A., Morel, P., Beyeler, S., Lataillade, L. and Allal, A. (2008). Prospective longitudinal evaluation of quality of life after abdominoperineal Resection. *Journal Of Surgical Oncology*, 97, 14-19.
- Ito, N., Ishiguro, M., Uno, M., Kato, S., Shimizu, S., Obata, R., Tanaka, M., Tokunaga, K., Nagano, M., Sugihara, K. And Kazuma, K. (2012). Prospective longitudinal evaluation of quality of life in patients with permanent colostomy after curative resection for rectal cancer. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing*, 39(2), 172-177.
- İnternet: American Cancer Society (ACS) (2018). URL: <http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.cancer.org%2Fcontent%2Fdam%2Fcontent%2Fresearch%2Fresearch%2Fannual-cancer-facts-and-statistics%2Fannual-cancer-facts-and-figures%2F2018%2Fannual-cancer-facts-and-figures-2018.pdf> +&date=2019-05-10, Son Erişim Tarihi: 25.04.2019.

İnternet: American Cancer Society (ACS) . Colorectal Cancer Facts and Figures 2017-2019. American Cancer Society, Inc., URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2F194.27.141.99%2Fdosya-depo%2Fders-notlari%2Fahmet-dobrucali%2FKolon-kanseri.pdf%2C&date=2019-05-10>, Son Erişim Tarihi:25.04.2019.

İnternet: American Cancer SocietyColorectal Cancer Facts & Figures 2017-2019 URL: <http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.cancer.org%2Fcontent%2Fdam%2Fcancer-org%2Fresearch%2Fcancer-facts-and-statistics%2Fcolorectal-cancer-facts-and-figures%2Fcolorectal-cancer-facts-and-figures-2017-2019.pdf&date=2019-05-10>, Son Erişim Tarihi: 03.02.2019.

İnternet: Dobrucalı A, Kolon Kanseri, Ders Notları. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2F194.27.141.99%2Fdosya-depo%2Fders-notlari%2Fahmet-dobrucali%2FKolon-kanseri.pdf&date=2019-05-10>, Son Erişim Tarihi:05.01.2019.

İnternet: Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları URL: <http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fhsgm.saglik.gov.tr%2Ftr%2Fkanser-tarama-standartlari%2Flistesi%2F484-kolorektal-kanser-tarama-program%25C4%25B1-ulusal-standartlar%25C4%25B1.html&date=2019-05-10>, Son Erişim Tarihi:07.02.2019.

İnternet: Kolorektal Kanser Taramaları, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı Değerlendirme Raporları. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fhsgm.saglik.gov.tr%2Fdepo%2Fbirimler%2Fkanser-db%2Fyayinlar%2Fraporlar%2Fkolorektal.pdf&date=2019-05-10>, Son Erişim Tarihi: 05.01.2019.

İnternet: T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Genel Başkanlığı URL: <http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.saglik.gov.tr%2FTR31249%2Fsaglik-istatistikleri-yilligi-2016&date=2019-05-10>, Son Erişim Tarihi:20.04.2019.

İnternet: T.C Sağlık Bakanlığı, Sağlık istatistikleri Yıllığı, 2016URL: <http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.saglik.gov.tr%2FTR31249%2Fsaglik-istatistikleri-yilligi-2016+&date=2019-05-10>, Son Erişim Tarihi: 18.04.2019.

İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Genel Başkanlığı 2015 Yılı Kanser istatistikleri URL: <http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fhsgm.saglik.gov.tr%2Ftr%2Fkanser-istatistikleri&date=2019-05-10>, Son Erişim Tarihi:18.04.2019.

İnternet: Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013 – 2018. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fhsgm.saglik.gov.tr%2Ftr%2Fkanser-tarama-standartlari%2Flistesi%2F484-kolorektal-kanser-tarama-program%25C4%25B1-ulusal-standartlar%25C4%25B1.html&date=2019-05-10>, Son Erişim Tarihi: 20.03.2019.

İnternet: URL: <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>, Son Erişim Tarihi: 22.05.2019.

İnternet: World Health Organization .Latest global cancer data: Cancer burden rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in (2018). URL: http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.iarc.fr%2Fwp-content%2Fuploads%2F2018%2F09%2Fpr263_E.pdf&date=2019-05-10., Son Erişim Tarihi: 21.04.2019.

Johansson, A.C.,Brink, E., Cliffordson,C., Axelsson, M. (2018). the function of fatigue and illness perceptions as mediators between self-efficacy and health-related quality of life during the first year after surgery in persons treated for colorectal cancer. *Journal Of Clinical Nursing*, 27(1), 537-548.

Karadağ, A. (2010). Stomaterapi stoma bakım hemşireliği E. Baykan, A. Zorluoğlu, E. Geçim ve C. Terzi. (Editörler). *Kolon ve rektum kanserleri* . (1. Baskı).İstanbul: Seçil Ofset Matbaacılık, 693.

Karadağ, A. ve Baykara, Z. G. (2013). Ostomili bireyin bakımı. T.A. Aşti,A. Karadağ. (Editörler). *Hemşirelik esasları hemşirelik bilim ve sanatı*. (1. Baskı). Ankara: Akademi Basın Yayıncılık, 1019-1025.

Karadağ, A., Çalışkan, N. ve Baykara, G. Z. (Editörler). (2017). *Hemşirelik teorileri ve modelleri* .İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, 353-359.

Karaveli, S., Özbayır, T., Karacabay, K., (2014). Kolorektal kanser ameliyatı geçiren hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları deneyimlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*,17(2), 90-95.

Kıdd, L., Kearney, N., O'carroll, R. and Hubbard, G. (2008). Experiences of self-care in patients with colorectal cancer: a longitudinal study. *Journal Of Advanced Nursing*, 64(5), 469–477.

Kılıç, Z. (2013). *Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan bireylerin öz-bakım gücü ve etkileyen faktörler*. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, 47-49.

Kumsar, A.K. ve Yılmaz, F.T.(2014). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 62-67.

Kurt, A.S. ve Çetinkaya, S. (2008). Lösemili çocuklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(8),36-55.

Kütük, B. (2016). *Kemoterapi uygulanan kanserli hastalarda özbakımın değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 21-28.

Lheureux M., Raheison C., Vernejoux JM. (2004) Quality of life in lung cancer: Does disclosure of the diagnosis have an impact? *Lung Cancer* ,43(2), 175-182.

Nahcivan, N.O. (2004). A Turkish language equivalence of the exercise of self-care agency scale. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 813-824.

- Nahcivan, N.Ö. (1994). *Sağlıklı gençlerde öz-bakım gücü ve aile ortamının etkisi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 87.
- Nalcı, D.(2016). *Stomali hastalarda yaşam kalitesinin ve eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 5-25.
- Oğuz, M. ve Leventoğlu, S. (2010). Kolorektal cerrahide yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. E. Baykan, A. Zorluoğlu, E. Geçim ve C. Terzi. (Editörler). *Kolon ve rektum kanserleri*. (1. Baskı). İstanbul: Seçil Ofset Matbaacılık, 721.
- Orem, D.E. (2001). *Self-care deficit theory of nursing: Concepts and applications*. (7 ed.). USA: Dennis CM Mosby-Year Book Inc., 99-135.
- Pan, L.H., Tsai, Y.F., Chen, M.L., Tang, R. and Chang, M.(2011). Symptom distress and self-care strategies of colorectal cancer patients with diarrhea up to 3 months after surgery. *Cancer Nursing*, 34(1).
- Pınar, G., Algıter, L., Çolak M., Ayhan A. (2008). Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *Uluslararası Hematoloji ve Onkoloji Dergisi*, 3(8), 142-148.
- Pınar, R. (2012, 04 Mayıs). *Türkiye’de hemşirelik alanında yaşam kalitesi*. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu, Manisa.
- Ran, L., Jiang, X., Qian, E., Kong, H., Wang, X. and Liu, Q. (2016). Quality of life, self-care knowledge access, and self-care needs in patients with colon stomas one month after surgery in a chinese tumor hospital. *International Journal of Nursing Sciences*, 252-258.
- Santos, R.P., Fava S.M.C.L. and Dazio, E.M.R. (2019). Self-care of elderly people with ostomy by colorectal cancer. *Journal of Coloproctology*, 2-7.
- Shen, M.H., Chen, L.P., Ho, T.F., Shih, Y.Y., Huang, C.S., Chie C.W. and Huang, C.C. (2018) Validation of the Taiwan Chinese version of the EORTC QLQ-CR29 to assess quality of life in colorectal cancer patients. *BMC Cancer*, 18, 353, 3-10.
- Siegel, R. L., Miller, K. D. and Jemal, A.(2018). Cancer statistics. *A Cancer Journal for Clinicians*, 68(1), 7-30.
- Soyuer, F., Ünalın, D. ve Öztürk, A. (2006). Kronik beyin damar hastalıklarında yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(3), 157-162.
- Stefanik, D.C. Lin, E.M. (2000). Colon cancer treatment advances enable nurses to provide more specialized care. *American Journal of Nursing*, 36-40.
- Su, X., Qin, F., Zhen, L., Ye, X., Kuang, Y., Zhu, M., Yin, X. and Wang, H.(2016). Self-efficacy and associated factors in patients with temporary ostomies a cross-sectional survey. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing*, 43(6), 623-629.

- Türk, S. (2015). *Kolon kanserinin erken tanısına yönelik tutumların "sağlık inanç modeline" temellendirilerek incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa, 18-45.
- Üstündağ, H. ve Zengin N.(2008). Baş boyun kanseri nedeni ile cerrahi girişim geçiren hastaların öz bakım gücünün değerlendirilmesi.*Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 63-68.
- Wani, R.A.,Bhat, I.A., Parray, F.Q. and Chowdril, N.A. (2017). Quality of life after total mesorectal excision for rectal carcinoma: A study from a tertiary care hospital in northern india, *Journal Surgery Oncology*, 8(4), 499–505.
- Wolf, A., Fontham, T.H., Church, R., Flowers,C., Guerra, C., LaMonte, S., Etzioni, R. McKenna,M., Oeffinger, K., Tina-Shih, Y., Walter,L., Andrews,K., Brawley,O., Brooks, D., Fedewa, D., Baptiste, D., Siegel, R., Wender, R.andSmith,R. (2018). Colorectal cancer screening for average-risk adults: Guideline update from the american cancer society. *Cancer Journal for Clinicians*, 68(4), 250-281.





EKLER

Ek-1. Etik Komisyon Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 20/11/2017-E.165527



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 14574941-302.08.01-
Konu : Etik Komisyon Başvuruları
Hk.(Nurhan KUTLU)

Dağıtım

İlgi : 20/11/2017 tarihli ve 77082166-302.08.01- 165232 sayılı yazı.

Anabilim Dalımız 168536105 numaralı yüksek lisans öğrencisi Nurhan KUTLU' nun, etik kurul başvurusu ile ilgili olarak Üniversitemiz Etik Komisyon' unun cevabi yazısı ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e- imzalıdır

Doç. Dr. Aysel BERKKAN
Enstitü Müdür Yardımcısı

DAĞITIM
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne »
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığına
Sayın Doç. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA

20/11/2017 Şef
20/11/2017 Enstitü Sekreteri

Demet GÜNAL
Bahtiyar YAHŞİ

Emniyet Mah. Taç Sok. No: 3 06330 Eczacılık Fakültesi Dekanlık Binası 1. Kat Etiler
Y. Mahalle/ANKARA
Tel:0 (312) 202 33 87 Faks:0 (312) 212 49 85
e-Posta :saglikb@gazi.edu.tr İnternet Adresi :http://saglikb.gazi.edu.tr/

Bilgi için :Demet Günal
Şef
Telefon No:03122023255

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-1. (devam) Etik Komisyon Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 20/11/2017-E.165232



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 09/10/2017 tarihli ve 14574941-199- 141934 sayılı yazı.

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Hemşirelik Anabilim Dalı **Yüksek Lisans Öğrencisi Nurhan KUTLU'nun Doç.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA'nın** danışmanlığında yürüttüğü "*Kolorektal Kansere Nedeniyle Ameliyat Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin ve Öz Bakım Gücünün Belirlenmesi: Prospektif Bir Çalışma*" adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun **14.11.2017** tarih ve **09** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Alper CEYLAN
Komisyon Başkanı

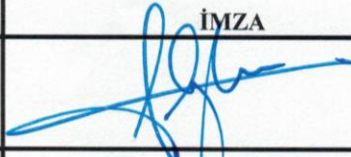
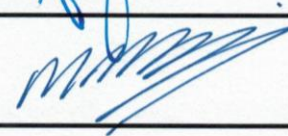
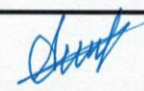

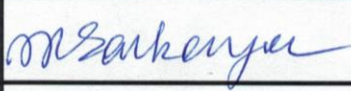
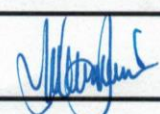

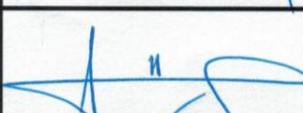
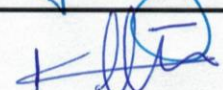
Araştırma Kod No: 2017-422

Ek:1 Liste

Ankara
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/

Bilgi için :Ayfer Çekmez
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:202 18 07

Ek-1. (devam) Etik Komisyon Onayı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 14.11.2017	TOPLANTI SAYISI : 09
ADI-SOYADI	İMZA
Prof.Dr.Alper CEYLAN BAŞKAN	
Prof.Dr.Mustafa N.İLHAN BAŞKAN YRD.	
• Prof.Dr.Mehmet KÜÇÜKKURT	KATILANADI
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
• Prof.Dr.Rahmi ÜNAL	KATILANADI
• Prof.Dr.Mehmet Sayım KARACAN	
• Prof.Dr.Naciye YILDIZ	KATILANADI
Prof.Dr.Mustafa SARIKAYA	
• Prof.Dr.İbrahim DOĞAN	KATILANADI
Prof.Dr.C. Haluk BODUR	
Prof.Dr.Mustafa İLBAŞ	
Prof.Dr.Füsun DEMİREL	
Doç.Dr.Nihan KAFA	

Ek-2. Kurum İzin Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 20/10/2017-E.149810



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 42000842-302.99-
Konu : Veri Toplama

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 09.10.2017 tarih ve 37745 sayılı yazımız,

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nurhan KUTLU'nun, Doç. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA'nın danışmanlığında yürütmekte olduğu "Kolorektal Kansere Nedeniyle Ameliyat Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin ve Öz Bakım Gücünün Belirlenmesi: Prospektif Bir Çalışma" konulu tez çalışmasının uygulamasını hastanemizde yapma talebine ilişkin olarak ilgili bölümden alınan cevabi yazı örneği ekte gönderilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Ahmet DEMİRCAN
Başhekim V.

Ek:1 Sayfa

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
06510 Beşevler/ANKARA
Tel:2025088 Faks:0 (312) 223 05 28
e-Posta : hastane@gazi.edu.tr - İnternet Adresi : www.hastane.gazi.edu.tr

Bilgi için : Neşe Şeniz
Sözleşmeli
Telefon No :03122024085

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-2. (devam) Kurum İzin Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 19/10/2017-E.148844



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 86062861-302.99-
Konu : Veri Toplama

**SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE**

İlgi : 17/10/2017 tarihli ve 42000842-302.99- 146903 sayılı yazı.

İlgi yazıda, Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nurhan KUTLU, Doç. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA'nın danışmanlığında yürütmekte olduğu "Kolonorektal Kansere Nedeniyle Ameliyat Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin ve Öz Bakım Gücünün Belirlenmesi: Prospektif Bir Çalışma" konulu tez çalışmasının uygulamasını Anabilim dalımızda yapması uygun görülmüştür. Gereği bilgilerinize arz olunur.

e- imzalıdır
Prof. Dr. A.Bülent AYTAÇ
Anabilim Dalı Başkanı

Ek-2. (devam) Kurum İzin Formu



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Yöneticiliği

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANKARA DIŞKAPI
YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
YÖNETİCİLİĞİ - SBÜ ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM
BEYAZIT EAH EĞİTİM KOORDİNATÖRLÜĞÜ
18/10/2017 13:03 - 41303261 - 799 - E.147



Sayı : 41303261-799
Konu : Veri Toplama/Nurhan KUTLU

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: 09.10.2017 tarih ve E.37745 sayılı Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü yazısı

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nurhan KUTLU' nun Doç. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA danışmanlığında yürütmekte olduğu "Kolonorektal Kansere Nedeniyle Ameliyat Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin ve Öz Bakım Gücünün Belirlenmesi: Prospektif Bir Çalışma " konulu tez çalışması uygulamasının Hastanemizde yapılabilmesi ile ilgili talep yazısı incelenmiş olup çalışmanın Kurumumuzda yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.

Uzm.Dr.Semih Dinçer YETİŞ
Hastane Yöneticisi a.
Başhekim Yardımcısı

Dağıtım:
Gereği:
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Müdürlüğü

Bilgi:
Ankara İl Sağlık Müdürlüğü

Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A.H.

Bilgi için: Fatma ERDURAN

Faks No:

Unvan: TIBBİ TEKNOLOG

e-Posta: fatma.erduran@saglik.gov.tr İnt. Adresi: fatma.erduran@saglik.gov.tr

Telefon No: 596 20 00 (2026)

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden baf9624e-b39c-44d0-9fce-4239737b9af1 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-3. Ölçek İzin Yazısı

Öz Bakım Gücü Ölçeği izin yazısı

Gelen Kutusu x

**nurhan kutlu** <nurhankutlu90@gmail.com>

Alıcı: mnahcivan

Sayın Hocam,

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisiyim .Doç. Dr. Zehra Göçmen Baykara hocamın danışmanlığında tez aşamasındayım . ' Kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan hastaların yaşam kalitesinin ve öz bakım gücünün ileriye dönük boylamsal olarak değerlendirilmesi ' isimli tez çalışmamda, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz 'Öz Bakım Gücü' Ölçeğini izninizle kullanmak istiyorum.

Teşekkür ederim.

**Nursen Nahcivan** <nnahcivan@gmail.com>

Alıcı: ben

Sayın Nurhan KUTLU,

Türkçe Öz-Bakım Gücü Ölçeği'ni çalışmanızda kaynak göstermek suretiyle elbette kullanabilirsiniz. İhtiyacınız olan dokümanlar ekte gönderilmiştir.

Başarı dileklerimle,

--

Prof. Dr. Nursen NAHCIVAN

İstanbul Üniversitesi/İstanbul University


Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi/Florence Nightingale Nursing Faculty

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı/Public Health Nursing Department, Chair

Ek-3. (devam) Ölçek İzin Yazısı

'EORTC QLQ-C30 ' Yaşam Kalitesi Ölçeği İzin Yazısı


Gelen Kutusu x



nurhan kutlu <nurhankutlu90@gmail.com>
Alıcı: ngbeser

Sayın Hocam,

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisiyim .Doç. Dr. Zehra Göçmen Baykara hocamın danışmanlığında tez aşamasındayım .
' Kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan hastaların yaşam kalitesinin ve öz bakım gücünün ileriye dönük boylamsal olarak değerlendirilmesi ' isimli tez çalışmamda, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz 'EORTC QLQ-C30 ' Ölçeğini izninizle kullanmak istiyorum.
Teşekkür ederim.



Nalan Gördeles Beşer <ngbeser@ohu.edu.tr>
Alıcı: ben

Sayın Meslektaşım;

EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Çalışmalarınızda başarılar dilerim. Yrd. Doç. Dr. Nalan GÖRDELES BEŞER...

Ek-3. (devam) Ölçek İzin Yazısı

'EORTC QLQ-CR29' Yaşam Kalitesi Ölçeği İzin Yazısı

Gelen Kutusu x



nurhan kutlu <nurhankutlu90@gmail.com>
Alıcı: fundakduran

Sayın Hocam,

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisiyim .Doç. Dr. Zehra Göçmen Baykara hocamın danışmanlığında tez aşamasındayım .
' Kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan hastaların yaşam kalitesinin ve öz bakım gücünün ileriye dönük boylamsal olarak değerlendirilmesi ' isimli tez çalışmamda, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz 'EORTC QLQ-CR29' Ölçeğini izninizle kullanmak istiyorum.
Teşekkür ederim.

.




Funda Akduran <fundakduran@gmail.com>
Alıcı: ben

Sayın Kutlu,
Türkçe'ye uyarlayarak geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız "EORTC QLQ-C29" ölçeğini ATIF göstererek çalışmamızda kullanabilirsiniz.
Çalışmamın sonuçlarını paylaşabilirseniz memnun oluruz.

İyi çalışmalar

Öğr. Gör. Dr. Funda AKDURAN

Ek-4. Gönüllü Olur Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU FORM-2	
Rev-1 25.07.2017	
 <p>T.C. GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU</p>	
KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	
<p>Sizi, Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndantarih /sayı ile izin alınan* ve Nurhan Kutlu ve Doç. Dr. Zehra Göçmen Baykara tarafından yürütülen “Kolorektal Kanseriyle Ameliyat Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin Ve Öz Bakım Gücünün Belirlenmesi: İleriye Dönük Boylamsal Bir Çalışma” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.</p>	
<p>*Gazi Üniversitesi Etik Komisyon izni alındıktan sonra doldurularak kullanılacaktır.</p>	
Araştırmanın Amacı	Bu araştırma kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan hastaların yaşam kalitesinin ve kendi bakımlarını yapabilme güçlerini değerlendirmek amacıyla yapılacaktır.
Araştırmanın Yöntemi	<p>Size ameliyat öncesinden başlayarak, ameliyat sonrası birinci, üçüncü ve altıncı ayda olmak üzere dört defa bir anket formu uygulanacaktır. Bu anket formu ilk bölümünde sizin kişisel bilgileriniz (yaş, boy, kilo, cinsiyet, medeni durumunuz, yaşadığınız yer, ekonomik durumunuz vb.) size sorulacaktır. İkinci bölümde ise sağlık ve hastalık durumunuzla ilgili bilgiler (sağlık güvenceniz, alkol, sigara kullanımınız, kronik hastalıklarınız, ameliyatlarınız, tedavilerin iz, vb), üçüncü bölümde ameliyat sonrası ilişkin bilgiler (ameliyatın adı, tarihi, ameliyat sonrası bakımınız, yaşadığınız problemler, tedaviler vb) sorgulanacaktır. Dördüncü bölümde kanser hastaları ve kolorektal kanserli hastaların yaşam kalitesini ölçen bir ölçek ve beşinci bölümde ise kendi bakımınızı yapabilme gücünüzü ölçen öz bakım gücü ölçeği yer almaktadır.</p> <p>Bu çalışma ile ameliyat öncesinde ve ameliyat sonrasındaki 6 aylık süreç içerisinde sizlerin yaşam kalitenizde ve kendinize bakım gücünüzdeki değişiklikler değerlendirilecektir.</p> <p>Anketi doldurmanız 20-30 dakika sürecektir. Anketler ameliyat öncesi ve ameliyat sonrasındaki ilk değerlendirmede yüz yüze görüşülecektir. Üçüncü ve dördüncü değerlendirmeler ise yüz yüze, telefonla veya posta aracılığı ile gerçekleştirilecektir.</p> <p>Kişisel bilgileriniz araştırma dışında kimse ile paylaşılmayacaktır.</p> <p>Siz, bu çalışmaya katılmak ile yaşam kalitenizde ve kendinize bakım gücünüzdeki değişikliklerin belirlenmesini ve bu değişikliklere yönelik planlanacak bakım süreçlerinin geliştirilmesine katkı sağlamış olacaksınız</p>
Araştırmanın Öngörülen Süresi (Başlama ve Bitiş Tarihi)	01.12.2017- 01.10.2018
Araştırmaya Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı	50 hasta
	Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi,

Ek-4.(devam) Gönüllü Olur Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU FORM-2

Rev-1
25.07.2017

Araştırmanın Yapılacağı Yerler	Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
---------------------------------------	--

Tablo katılımcıların anlayabileceği biçimde, akademik dil kullanılmadan yazılacaktır.

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırma yürütücüsü

Adı ve Soyadı	Nurhan Kutlu	Tarih ve İmza
Adres ve telefonu	Sokullu Mehmet Paşa Mah. Nimet Sok.No:66/17 Dikmen-Ankara Tel: 0531 322 83 26	

Katılımcı

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

Velayet veya Vesayet Altındaki Katılımcılar için Veli/Vasi

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

Ek-5. Veri Toplama Formu

VERİ TOPLAMA FORMU**KOLOREKTAL KANSER NEDENİYLE AMELİYAT OLAN HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN VE ÖZ BAKIM GÜCÜNÜN BELİRLENMESİ: PROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA**

Bu çalışma “Kolonorektal kanser nedeniyle ameliyat olan hastaların yaşam kalitesinin ve öz bakım gücünün prospektif olarak belirlenmesi” amacıyla yapılmaktadır. Çalışmanın başarılı bir şekilde sonuçlanabilmesi için soruların eksiksiz ve doğru bir şekilde cevaplanmasını rica ediyorum.

Çalışmama vermiş olduğunuz katkıdan dolayı teşekkür ederim.

NURHAN KUTLU

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi

1. KİŞİSEL BİLGİLER

1. Yaşınız: Tarih: .../.../201...
2. Cinsiyetiniz
a) Kadın b) Erkek
3. Medeni Durumunuz
a) Evli b) Bekar
4. Çocuğunuz var mı?
a) Var b) Yok
5. Eğitim Durumunuz
a) Okur yazar değil b) Okur yazar c) İlköğretim mezunu d) Ortaöğretim mezunu
e) Yüksekokul/Üniversite mezunu f) Lisansüstü/Doktora mezunu
6. Mesleğiniz:.....
7. Çalışma durumunuz?
a) Çalışıyor b) Çalışmıyor
8. Gelir durumunuz?
a) Kötü b) Orta İyi c) Çok iyi
9. Yaşadığınız Yer
a) İl b) İlçe c) Köy
10. Evdekim (ler)le yaşıyorsunuz?
a) Yalnız
b) Ailemle
c) Diğer (açıklayınız.....)

2. SAĞLIK VE HASTALIK İLE İLGİLİ BİLGİLER

11. Sağlık güvenceniz var mı?
a) Var b) Yok
12. Boy:.....Kilo BKİ:
13. Düzenli sağlık kontrolleri yaptırır mısınız?
a) Hayır b) Evet
14. Sağlık kuruluşuna rahatlıkla ulaşabiliyor musunuz?
a) Evet b) Hayır (Açıklayınız.....)
15. Sigara kullanıyor musunuz?
a) Hayır b) Evet c) Süre önce bıraktım
16. Alkol kullanıyor musunuz?
a) Hayır b) Evet c) Süre önce bıraktım

Ek-5. (devam) Veri Toplama Formu

17. Hastalığınızın ne olduğunu biliyor musunuz?

- a) Biliyor b) Bilmiyor

18.Hastanın tanısı

- a) Kolon CA b) Rektüm CA

19.Hastalığın teşhis süresi: Ay.....yıl

20.Bu hastalığınızın haricinde kronik bir hastalığınız var mı?

- a)Hayır b)Evet (Açıklayınız:.....)

21.Ailenizden ve birinci derece akrabalarınızda kanser tanısı alan birey/bireyler var mı?

- a)Yok b)Var (Yakınlık derecesi:.....)

22.Ailenizden ve birinci derece akrabalarınızda kolorektal (bağırsak) kanser tanısı alan birey/ bireyler var mı?

- a)Yok b) Var (Yakınlık derecesi.....)

23.Sizin bakımınıza yardım eden birisi var mı?

- a)Evet b)Hayır

24.Ameliyat öncesi günlük yaşam gereksiniminizi (beslenme, giyinme, banyo vb) karşılama durumunuz nedir?

- a)Kendi kendine tam karşılayabiliyorum
b)Araç-gerece ihtiyaç duyuyorum
c)Bir başka kişinin kontrolünde kendim yapıyorum
d)Bir başka kişinin yardımına gereksinim duyuyorum
e)Bir başkasına tamamen bağımlıyım

25.Hastalığınızı nasıl algılıyorsunuz?

- a)Tedavi edilemeyen bir hastalık
b)Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık
c) Kolay tedavi edilebilen bir hastalık

26.Size ameliyatınıza ilişkin bilgilendirme yapıldı mı?

- a)Evet b)Hayır

27.Ameliyatınız öncesinde kemoterapi/radyoterapi aldınız mı?

- a)Evet: () Yalnızca kemoterapi () Yalnızca radyoterapi () Kemoterapi ve radyoterapi
b)Hayır

28.Bu ameliyattan önce herhangi bir ameliyat oldunuz mu?

- a)Evet b) Hayır

29.Daha önce geçirmiş olduğunuz ameliyatın adı/türü nedir?

.....

30.Daha önce geçirmiş olduğunuz ameliyatın ne kadar süre önce oldunuz?

.....ay.....yıl

Ek-5. (devam) Veri Toplama Formu

3. AMELİYAT SONRASINA İLİŞKİN BİLGİLER

- 31 Ameliyat tarihi :
- 32 Ameliyatınızın adı/türü:
- 33 Şu andaki kilonuz:.....
- 34 Ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon (sağlık problemi) yaşadınız mı?
a)Hayır b)Evet (Açıklayınız.....)
- 35 Ameliyat sonrasında kemoterapi/radyoterapi aldınız mı?
a)Evet: () Yalnızca kemoterapi () Yalnızca radyoterapi () Kemoterapi ve radyoterapi
b)Hayır
- 36 Ameliyat sonrası bakımınızla ilgilenen birisi var mı?
a)Evet b)Hayır
- 37 Ameliyat sonrası günlük yaşam gereksiniminizi (beslenme, giyinme, banyo vb) karşılama durumunuz nedir?
a)Kendi kendine tam karşılayabiliyorum
b)Araç-gerece ihtiyaç duyuyorum
c)Bir başka kişinin kontrolünde kendim yapıyorum
d) Bir başka kişinin yardımına gereksinim duyuyorum
e)Bir başkasına tamamen bağımlıyım
- 38 Ameliyat sonrası bedensel organ fonksiyon kaybınız oldu mu?
a)Hayır b)Evet (Açıklayınız:
- 39 Ameliyat sonrası ailenizin ya da çevrenizin size karşı davranışında değişiklik olduğunu düşünüyor musunuz?
a)Hayır b)Evet (Açıklayınız.....)

Not: Aşağıdaki soruları stoması olan hastalar cevaplayacaktır.

- 40 Stomanızın türü nedir?
a) Kolostomi b) İleostomi c)Diğer (Açıklayınız.....)
- 41 Stomanız süresi nedir?
a) Geçici b) Kalıcı
- 42 Stoma ameliyatınızın türü neydi?
a) Acil b) Planlı
- 43 Stoma ameliyatı öncesi stoma bölgeniz işaretlendi mi?
a) Evet b) Hayır
- 44 Stoma ameliyatı öncesi ameliyat konusunda bilgilendirildiniz mi?
a)Evet b)Hayır
- 45 Stoma bakımı ve torba değişimi ile ilgili bilgilendirildiniz mi?
a) Evet b) Hayır
- 46 stoma ile yaşam süreniz:ay/.....yıl
- 47 Stoma bakımınızı kim yapıyor?
a)Kendim
b)Başkası
c)Bir başkasının yardımıyla kendim
- 48 Stoma bölgenize ya da çevresine ilişkin bir problem(cilt problemi gibi) yaşadınız mı?
a)Evet (belirtiniz).....b) Hayır
- 49 Stoma kapatıldı mı?
a)Evet (belirtiniz).....b) Hayır

Ek-5. (devam) Veri Toplama Formu

**49 EORTC QLQ-C30 (version 3.0)**

Siz ve sağlığınız hakkında bazı Őeylerle ilgileniyoruz. Lutfen soruların tamamını size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların “doğru” veya “yanlıŐ” yanıtları yoktur. Verdiđiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır.

Lutfen ad ve soyadınızın baş harflerini yazınız:

Dođum gűnűnűz (Gűn, Ay, Yıl):

Bugűnkű tarih (Gűn, Ay, Yıl):

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1. Ađır bir alıŐveriş torbası veya valiz taŐımak gibi zorlu hareketler yaparken gűçlűk çeker misiniz?	1	2	3	4
2. Uzun bir yürűyűŐ yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	1	2	3	4
3. Evin dıŐında <u>kısa</u> bir yürűyűŐ yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4. Gűnűn bűyűk bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
Geçtiğimiz hafta zarfında:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
6. İŐinizi veya gűnlűk aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7. Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uđraŐmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8. Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9. Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10. Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4

Ek-5. (devam) Veri Toplama Formu



EORTC QLQ-CR29

[Belgeden yaptığınız güzel bir alıntıyla okurlarınızın dikkatini çekin veya önemli bir noktayı vurgulamak için bu alanı kullanın. Bu metin kutusunu sayfada herhangi bir yere yerleştirmek için sürüklemeniz yeterlidir.]
 Hastalar bazen aşağıdaki belirtilerin ya da problemlerin olduğunu bildirirler. Lütfen geçtiğimiz hafta zarfında belirti ya da problemleri ne ölçüde yaşadığınızı belirtin. Size en iyi uyan cevabın numarasını daire içine alarak cevaplayınız.

Geçtiğimiz hafta zarfında:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
31. Gün boyunca sıkça idrar yaptınız mı?	1	2	3	4
32. Gece boyunca sıkça idrar yaptınız mı?	1	2	3	4
33. Hiç istemeyerek idrar kaçırdığımız (kaçıma) oldu mu?	1	2	3	4
34. İdrar yaparken ağrı oldu mu?	1	2	3	4
35. Karın ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
36. Kalçalarınızda/anal bölgede/rektumda ağrı oldu mu?	1	2	3	4
37. Karmınızda şişme hissi oldu mu?	1	2	3	4
38. Büyük abdestinizde kan var mıydı?	1	2	3	4
39. Büyük abdestinizde mukus var mıydı?	1	2	3	4
40. Ağızınızda kuruma oldu mu?	1	2	3	4
41. Tedavi sonucunda saçınız döküldü mü?	1	2	3	4
42. Tat alma duyunuzda bir sorun oldu mu?	1	2	3	4

Geçtiğimiz hafta zarfında:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
43. Gelecekteki sağlığımızla alakalı endişe duydunuz mu?	1	2	3	4
44. Kilonuz konusunda endişelendiniz mi?	1	2	3	4
45. Hastahğimiz veya tedaviniz neticesinde kendinizi daha az çekici hissettiniz mi?	1	2	3	4
46. Hastahğimiz ya da tedaviniz neticesinde kendinizi daha az kadınsı/erkeksi hissettiniz mi?	1	2	3	4
47. Vücudunuzdan memnuniyetsizlik duydunuz mu?	1	2	3	4
48. Stoma (kolestomi/ileostomi) torbanız var mı? (Lütfen doğru cevabı daire içine alınız)	Evet		Hayır	

Lütfen arka sayfaya geçiniz

Ek-5. (devam) Veri Toplama Formu

TURKISH				
Geçtiğimiz hafta zarfında:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
<u>Bu soruları sadece STOMA TORBANIZ VARSA cevaplayınız, voksa aşağıdaki bölümden devam ediniz:</u>				
49. Stoma torbanızdan isteğiniz dışında gaz çıktığı oldu mu?	1	2	3	4
50. Stoma torbanızdan dışkı sızıntısı oldu mu?	1	2	3	4
51. Stoma etrafında cilt yarası oldu mu?	1	2	3	4
52. Gün boyunca sık torba değişimi oldu mu?	1	2	3	4
53. Gece boyunca sık torba değişimi oldu mu?	1	2	3	4
54. Stomanız olduğu için utandınız mı?	1	2	3	4
55. Stoma bakımında problem yaşadınız mı?	1	2	3	4
<u>Bu soruları sadece STOMA TORBANIZ YOKSA cevaplayınız:</u>				
49. İstemeyerek gaz kaçırdığınız oldu mu?	1	2	3	4
50. Büyük abdestinizi kaçırdığınız oldu mu?	1	2	3	4
51. Makat bölgenizde cilt yarası oldu mu?	1	2	3	4
52. Gün boyunca büyük abdeste sık çıktınız mı?	1	2	3	4
53. Gece boyunca büyük abdeste sık çıktınız mı?	1	2	3	4
54. Bağırsak hareketliliğinizden dolayı mahcup oldunuz mu?	1	2	3	4
Geçtiğimiz 4 hafta zarfında:				
<u>Sadece erkekler için:</u>				
56. Cinsellikle ne derece ilgiliydiniz?	1	2	3	4
57. Sertleşme olurken ya da ereksiyonun sürdürülmesinde sıkıntı çektiniz mi?	1	2	3	4
<u>Sadece kadınlar için:</u>				
58. Cinsellikle ne derece ilgiliydiniz?	1	2	3	4
59. Cinsel ilişki sırasında acı ya da rahatsızlık hissettiniz mi?	1	2	3	4
© QLQ-CR29 Copyright 2006 EORTC Quality of Life Group. Tüm hakları saklıdır. Versiyon 2.1				

Ek-5. (devam) Veri Toplama Formu

5. ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır.

Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	()	()	()	()	()
2.Kendimi beğeniyorum.	()	()	()	()	()
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	()	()	()	()	()
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyuyorum.	()	()	()	()	()
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	()	()	()	()	()
7.Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.	()	()	()	()	()
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	()	()	()	()	()
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	()	()	()	()	()
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	()	()	()	()	()
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	()	()	()	()	()
12.Dengeli beslenirim.	()	()	()	()	()
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.	()	()	()	()	()
14.Sağlığımın dikkat etmek için daha iyi korunma yollarını araştırırım.	()	()	()	()	()
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	()	()	()	()	()
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hakettiğime inanıyorum.	()	()	()	()	()
17.Kararlarımı sonuna kadar uyguluyorum.	()	()	()	()	()
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	()	()	()	()	()
19.Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uyguluyorum.	()	()	()	()	()
20.Kendimle dostum.	()	()	()	()	()
21.Kendime iyi bakarım.	()	()	()	()	()
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	()	()	()	()	()

Ek-5. (devam) Veri Toplama Formu

İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
23. Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	()	()	()	()	()
24. Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	()	()	()	()	()
25. Yaşam bir zevktir.	()	()	()	()	()
26. Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	()	()	()	()	()
27. Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	()	()	()	()	()
28. Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	()	()	()	()	()
29. Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
30. Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	()	()	()	()	()
31. Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim.	()	()	()	()	()
32. Kendime bakmak için bilgileneceğim çalışırım	()	()	()	()	()
33. Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	()	()	()	()	()
34. Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	()	()	()	()	()
35. Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	()	()	()	()	()

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : AKTAŞ, Nurhan
 Uyuşu : T.C.
 Doğum tarihi ve yeri : 10.09.1990
 Medeni hali : Evli
 e-mail : nurhankutlu90@gmail.com



Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Yüksek lisans	Gazi Üniversitesi/Hemşirelik Bölümü	Devam ediyor
Lisans	Hacettepe Üniversitesi/Hemşirelik Fakültesi	2014
Lise	Krami Refia Alemdaroğlu Lisesi	2009

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2015-devam ediyor	Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hemşire

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

Aktaş, N. ve Zehra, G.B. (2019). *Kolorektal kanserlerde yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü*. XVII. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi, X. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi, Poster Bildirisi, Antalya.

Çakmak, N. C. S., Erseven, P., Kutlu, N. ve Çalışkan, N. (2017). *Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ahlaki sıkıntı ve profesyonel değerleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. 5.Uluslararası 16.Ulusal Hemşirelik Kongresi, Sözlü Bildiri, Ankara.



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..



Gazili olmak ayıucalıktır

