

164254

T.C.

EGE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KEMOTERAPİ UYGULANAN HASTALARDA
EĞİTİMİN YORGUNLUK DÜZEYİNE VE YAŞAM
KALİTESİNE OLAN ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

HEMŞİRELİK PROGRAMI

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

Öznur USTA YEŞİLBALKAN

İZMİR

2005

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Adı Soyadı: Öznur USTA YEŞİLBALKAN

İmza:

İmza

Başkan: Prof Dr. Ayfer KARADAKOVAN(Danışman).....

Üye: Prof.Dr. Çiçek FADİLOĞLU

Üye: Prof.Dr. Erdem GÖKER

Üye: Doç.Dr. Rüçhan USLU

Üye : Doç. Dr. Uğur YILMAZ

Erdem GÖKER

Rüçhan USLU

Uğur YILMAZ

Doktora Tezinin Kabul Edildiği Tarih: 22.9.2025

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

**KEMOTERAPİ UYGULANAN HASTALARDA
EĞİTİMİN YORGUNLUK DÜZEYİNE VE YAŞAM
KALİTESİNE OLAN ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**Hemşirelik Programı
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ**

Öznur USTA YEŞİLBALKAN

DANIŞMAN

Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN

İZMİR

2005



ÖNSÖZ

Doktora tezimin tüm aşamalarında bilimsel, sosyal desteğini ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen çok değerli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN'a,

Eğitimimde emeği geçen Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof.Dr. Çiçek FADİLOĞLU ve tüm Öğretim Üyelerine,

Araştırmanın E.Ü. Tülay Aktaş Onkoloji Ve Kemikiliği Transplantasyon Hastanesinde yapılma fırsatını sağlayan ve tez eğitim kitapçılarının basım aşamasında desteğini esirgemeyen değerli hocam Sayın Prof. Dr. Erdem GÖKER'e,

Araştırmamın istatistiklerinin yapılması aşamasında bilgi, deneyim ve zamanını benimle paylaşan Sayın Arkun TATAR'a

Tez eğitim kitapçıklarının basımını sağlayan ASTRA ZENECA firmasına ve firma çalışanlarından Sayın Erşan DERVİŞOĞLU'na, kitapçıkların basımının takibinde yardımlarını esirgemeyen Sayın Erdem DEĞER'e,

Tezimin tüm aşamalarında manevi desteğini esirgemeyen sevgili arkadaşım Ar.Gör. Nilay ÖZKÜTÜK'e

Araştırmaya katılan tüm hasta ve ailelerine,

Sabır ve özverileri için sevgili aileme ve sevgili eşim Sayın Dr. Tayfun YEŞİLBALKAN'a ,

TEŞEKKÜRLERİMİ SUNARIM.

İZMİR
2005

Öznur USTA YEŞİLBALKAN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
	No
ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
EKLER.....	xi
TABLolar DİZİNİ.....	xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xix
GRAFİKLER DİZİNİ.....	xix
BÖLÜM I	1
GİRİŞ	
1.1.Araştırmanın Konusu (Problem).....	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	6
1.3.Hipotezler.....	7
1.4.Araştırmanın Önemi.....	8
1.5.Sınırlamalar.....	9
1.6.Tanımlar.....	9
1.7.Araştırma Konusu Hakkında Genel Bilgiler.....	10
1.7.1.Kansere Bağlı Yorgunluk.....	10
1.7.1.1.Kansere Bağlı Yorgunluk Nedir?.....	10
1.7.1.2.Yorgunluk İnsidans Ve Prevelansı.....	12
1.7.1.3.Yorgunluk Sınıflaması.....	14
1.7.1.4.Yorgunluğun Çatısı.....	18

1.7.1.4.1.Yorgunluk Girişimlerini Geliştirmede Rehber Olan Hemşirelik Teorileri.....	21
1.7.1.5. Kansere Bağlı Yorgunluğun Nedenleri.....	25
1.7.1.5.1. Ağrı.....	25
1.7.1.5.2. Uyku Bozuklukları.....	28
1.7.1.5.3. Ruhsal Sorunlar.....	30
1.7.1.5.4. Anemi.....	32
1.7.1.5.5. Beslenme Durumu.....	35
1.7.1.5.6. Aktivite Düzeyi.....	37
1.7.1.5.7.Kansere Dışındaki Diğer Hastalıklar.....	40
1.7.1.6.Yorgunluk Değerlendirmesi Ve Yönetimi.....	40
1.7.1.6.1.NCCN'in Yorgunluk Uygulama Rehberi (The NCCN Practice Guidelines For Fatigue).....	41
1.7.1.6.1.1.Yorgunluk Taraması.....	47
1.7.1.6.1.2.Yorgunluğun Primer Değerlendirilmesi.....	48
1.7.1.6.1.3.Yorgunluğa İlişkin Girişimler.....	49
1.7.1.6.1.3.1.Hasta Ve Aileye Eğitim Ve Danışmanlık.....	49
1.7.1.6.1.3.2.Nonfarmakolojik Yöntemler.....	50
1.7.1.6.1.3.2.1.Egzersiz.....	50
1.7.1.6.1.3.2.2.Psikososyal Girişimler.....	51
1.7.1.6.1.3.2.2.1.Baş Etme Stratejileri, Dikkati Başka Yöne Çekme, Enerjiyi Koruma.....	51
1.7.1.6.1.3.2.3.İyileştirici Tedaviler.....	52

1.7.1.6.1.3.2.4.Uyku Tedavisi.....	52
1.7.1.6.1.3.2.5.Beslenme Tedavisi Ve Konsültasyonu.....	52
1.7.1.6.1.3.3.Farmakolojik Yaklaşımlar.....	53
1.7.1.6.1.4.Tekrar Değerlendirme.....	54
1.7.1.7. Kansere Bağlı Yorgunluk Ve Yaşam Kalitesi.....	54
BÖLÜM II	57
GEREÇ VE YÖNTEM.....	57
2.1.Araştırmanın Tipi.....	57
2.2.Kullanılan Gereçler.....	57
2.2.1.Hasta Tanıtım Formu (EK-2)	58
2.2.2.Brief Yorgunluk Envanteri (Brief Fatigue Inventory) (BYE) (EK-3).....	58
2.2.3.Piper Yorgunluk Ölçeği (Piper Fatigue Scale) (PYÖ) (EK-4)	58
2.2.4.EORTC QLQ C-30 (V-3.0) Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-5)	60
2.2.5.Brief Ağrı Envanteri (Brief Pain Inventory)(BAE)(EK-6)	61
2.2.6.Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Scale)(BDÖ) (EK-7) ..	61
2.2.7.Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (Pittsburg Sleep Quality Index)(PUKİ) (EK-8)	62
2.2.8.Beslenme Durumunu Değerlendirme Formu (Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA))(EK-9)	63
2.2.9.ECOG Performans Durum Ölçeği (ECOG-PDÖ)(EK-10)	64
2.2.10.Anemi Durumunu Tanılama Formu (EK-11).....	64
2.2.11.Kronik Hastalık Kayıt Formu (EK-12).....	64
2.3.Kullanılan Yöntemler.....	65

2.4.Araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....	66
2.4.1.Tülay Aktaş Onkoloji Ve Kemik İliği Transplantasyon Hastanesi	66
2.5.Araştırmanın Evreni.....	66
2.6.Araştırmanın Örneklemi.....	66
2.7.Bağımlı Ve Bağımsız Değişkenler.....	67
2.7.1.Bağımlı Değişkenler.....	67
2.7.2.Bağımsız Değişkenler.....	67
2.8.Verı Toplama Yöntemi Ve Süresi.....	67
2.9.Verilerin Değerlendirilmesi.....	72
2.10.Süre Ve Olanaklar.....	73
2.11.Araştırmanın Etiği.....	73
BÖLÜM III	75
BULGULAR.....	75
3.1.Brief Yorgunluk Envanteri Ve Brief Ağrı Envanterinin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışmaları.....	75
3.1.1.Geçerlik Çalışmaları.....	75
3.1.2.Güvenirlik Çalışmaları.....	77
3.2.Sosyo-Demografik Değişkenler.....	79
3.3.Hastalığa İlişkin Değişkenler	81
3.4.Hastaların Yorgunluk Düzeyleri.....	84
3.5.Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamaları.....	87
3.5.1.Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Sosyo-Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılması.....	92

3.5.2.Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Hastalığa İlişkin Değişkenlerle Karşılaştırılması.....	105
3.6.Hastaların Yaşam Kalitesi.....	118
3.6.1.Hastaların Yaşam Kalitelerinin Sosyo Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılması.....	124
3.6.2.Hastaların Yaşam Kalitelerinin Hastalığa İlişkin Değişkenlerle Karşılaştırılması.....	160
3.7.Hastaların Yorgunluk Ve Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki.....	191
3.8.Yorgunluk Puanı 4 Puan Ve Üzerinde Olan Hastalara Yönelik Bulgular.....	192
3.8.1. Hastaların Yorgunluk Puanları.....	192
3.8.2.Yorgunluğa Neden Olan Faktörler.....	193
3.8.2.1.Ağrı.....	193
3.8.2.2.Ruhsal Sorunlar.....	194
3.8.2.3.Uyku Kalitesi.....	195
3.8.2.4.Beslenme Durumu.....	196
3.8.2.5.Aktivite Düzeyi.....	197
3.8.2.6.Anemi durumu.....	197
3.8.2.7.Kanser Dışında Kronik Hastalık.....	199
BÖLÜM IV	200
TARTIŞMA.....	200
4.1.Sosyo Demografik ve Hastalığa İlişkin Değişkenler.....	200
4.2.Hastaların Yorgunluk Düzeyleri.....	202
4.3.Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamaları.....	203

4.3.1.Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamaları Ve Sosyo - Demografik Özellikler.....	206
4.3.2.Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamaları ve Hastalığa İlişkin Özellikler.....	211
4.4.Hastaların Yaşam Kalitesi.....	216
4.4.1.Hastaların Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alan Alt Boyutları.....	216
4.4.1.1.Hastaların Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alan Alt Boyutları_ve Sosyo-Demografik Özellikler.....	219
4.4.1.2.Hastaların Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alan Alt Boyutları Ve Hastalığa İlişkin Özellikler.....	225
4.4.2.Hastaların Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyutları.....	229
4.4.2.1.Hastaların Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyutları Ve Sosyo-Demografik Özellikler.....	230
4.4.2.2.Hastaların Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyutları Ve Hastalığa İlişkin Özellikler.....	238
4.5.Hastaların Yorgunluk Ve Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki.....	242
4.6.Yorgunluk Puanı 4 Puan Ve Üzerinde Olan Hastalara Yönelik Bulgular.....	244
BÖLÜM V	247
SONUÇLAR	247
5.1.Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri.....	247
5.2.Sosyo Demografik Özellikler.....	247
5.3.Hastalığa İlişkin Özellikler.....	247
5.4.Hastaların Yorgunluk Düzeyleri.....	248

5.5.Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamaları.....	248
5.5.1.Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamaları Ve Sosyo- Demografik Özellikleri.....	248
5.5.2.Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamaları Ve Hastalığa İlişkin Özellikleri.....	249
5.6.Hastaların Yaşam Kaliteleri.....	250
5.6.1.Hastaların Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alanları.....	250
5.6.1.1.Hastaların Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alan Alt Boyutları ve Sosyo-Demografik Özellikler.....	251
5.6.1.2.Hastaların Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alan Alt Boyutları ve Hastalığa İlişkin Özellikler.....	252
5.6.2.Hastaların Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyutları.....	253
5.6.2.1.Hastaların Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyutları Ve Sosyo- Demografik Özellikler.....	254
5.6.2.2.Hastaların Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyutları Ve Hastalığa İlişkin Özellikler.....	255
5.7.Hastaların Yorgunluk Ve Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki.....	256
5.8.Yorgunluk Puanı 4-10 Puan Olan Hastalara Yönelik Bulgular.....	257
ÖNERİLER.....	258
BÖLÜM VI	259
ÖZET	259
ABSTRACT	262
BÖLÜM VII	265
YARARLANILAN KAYNAKLAR	265

EKLER	Sayfa
	No
EK 1 Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	290
EK 2 Hasta Tanıtım Formu.....	291
EK 3 Brief Yorgunluk Envanteri.....	293
EK.4 Piper Yorgunluk Ölçeği.....	294
EK 5 EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	296
EK 6 Brief Ağrı Envanteri.....	297
EK 7 Beck Depresyon Ölçeği.....	298
EK 8 Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği.....	300
EK 9 Beslenme Durumunu Tanılama Formu.....	301
EK 10 ECOG Performans Durum Ölçeği.....	302
EK 11 Anemi Değerlendirme Formu.....	302
EK 12 Kronik Hastalık Kayıt Formu.....	303
EK 13 Brief Pain Inventory (Short Form)	304
EK 14 Brief Fatigue Inventory.....	306
EK 15 Brief Yorgunluk Envanterini Kullanma İzin Yazısı.....	308
EK 16 Brief Ağrı Envanterini Kullanma İzin Yazısı.....	309
EK 17 EORTC-C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanma İzin Yazısı.....	310
EK 18 Piper Yorgunluk Ölçeği Kullanma İzin Yazısı.....	312
EK 19 Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul Kabul Yazısı.....	313
EK 20 Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Kabul	314

	Yazısı.....	
EK 21	Ege Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı.....	315
EK 22	Tez Ara Değerlendirme(1)Tutanağı.....	316
EK 23	Tez Ara Değerlendirme (2) Tutanağı.....	317
EK 24	E.Ü. Tülay Aktas Onkoloji Ve Kemik İliği Transplantasyon Hastanesi Çalışanlarına Teşekkür Yazısı.....	318
EK 25	Kansere Bağlı Yorgunluk, Hasta Ve Aileye Yönelik Bakım Ve Tedavi Rehberi	
EK 26	Kansere Bağlı Ağrı,Hasta Ve Aileye Yönelik Bakım Ve Tedavi Rehberi	
EK 27	Kansere Bağlı Uyku Sorunları Hasta Ve Aileye Yönelik Bakım Ve Tedavi Rehberi	
EK 28	Kansere Bağlı Depresyon, Hasta Ve Aileye Yönelik Bakım Ve Tedavi Rehberi	
EK 29	Kansere Bağlı Aktivite/Hareket Sorunları,Hasta Ve Aileye Yönelik Bakım Ve Tedavi Rehberi	
EK 30	Kansere Bağlı Beslenme Sorunları Hasta Ve Aileye Yönelik Bakım Ve Tedavi Rehberi	
EK 31	Kansere Bağlı Kansızlık, Hasta Ve Aileye Yönelik Bakım Ve Tedavi Rehberi	
	ÖZGEÇMİŞ	319

TABLolar DİZİNİ

Tablo no		Sayfa
		No
Tablo 1	NANDA'nın Yorgunluk Hemşirelik Tanısı.....	12
Tablo 2	Akut Ve Kronik Yorgunluk Modeli:Ayrt Edici Özellikler.....	17
Tablo 3	Kanserli Hastalarda Yorgunluğa Neden Olan Faktörler.....	19
Tablo 4	Kanserli Hastalardaki Depresif Semptomlar Bakımından Risk Faktörleri.....	31
Tablo 5	Besin Alımının Azalmasına Neden Olan Faktörler.....	36
Tablo 6	Kansere Bağlı Yorgunluğun Yönetimi İçin Bakım Standartları.....	42
Tablo 7	Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	79
Tablo 8	Hastaların Hastalığa İlişkin Değişkenlere Göre Dağılımı.....	81
Tablo 9	Hastaların Yorgunluğa Yönelik Sorulan Sorulara Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı.....	83
Tablo 10	Hastaların Yorgunluk Puanlarının Dağılımı.....	84
Tablo 11	Hastaların Yorgunluk Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	85
Tablo 12	Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının	87

	Değerlendirilmesi.....	
Tablo 13	Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarına İlişkin Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	91
Tablo 14	Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Cinsiyet İle Karşılaştırılması.....	92
Tablo 15	Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Yaş Grupları İle Karşılaştırılması.....	94
Tablo 16	Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Medeni Durumu İle Karşılaştırılması.....	95
Tablo 17	Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Öğrenim Durumu İle Karşılaştırılması.....	96
Tablo 18	Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Meslekleri İle Karşılaştırılması.....	98
Tablo 19	Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Çalışma Durumları İle Karşılaştırılması.....	99
Tablo 20	Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Evde Birlikte Yaşadığı Kişiler İle Karşılaştırılması.....	100
Tablo 21	Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının En Uzun Süre Yaşadığı Yer İle Karşılaştırılması.....	102
Tablo 22	Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Sağlık Güvenceleri İle Karşılaştırılması.....	104
Tablo 23	Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Hastalık Tanıları İle Karşılaştırılması.....	105
Tablo 24	Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının	108

	Hastalık Süreleri İle Karşılaştırılması.....	
Tablo 25	Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Hastalık Evreleri İle Karşılaştırılması.....	110
Tablo 26	Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Kemoterapi Protokolleri İle Karşılaştırılması.....	112
Tablo 27	Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Ailede Kanserli Birey Olma Durumu İle Karşılaştırılması.....	114
Tablo 28	Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Kemoterapi Dışında İlaç Kullanma Durumu İle Karşılaştırılması.....	116
Tablo 29	Hastaların Üç İzlem Dönemindeki Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	122
Tablo 30	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Fonksiyonel Alt Boyutlarının</i> Cinsiyet İle Karşılaştırılması.....	124
Tablo 31	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Semptom Alt Boyutlarının</i> Cinsiyet İle Karşılaştırılması.....	126
Tablo 32	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Fonksiyonel Alt Boyutlarının</i> Yaş Grupları İle Karşılaştırılması.....	128
Tablo 33	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Semptom Alt Boyutlarının</i> Yaş Grupları İle Karşılaştırılması.....	130
Tablo 34	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Fonksiyonel Alt Boyutlarının</i> Medeni Durumları İle Karşılaştırılması.....	132
Tablo 35	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Semptom Alt Boyutlarının</i> Medeni Durumları İle Karşılaştırılması.....	134
Tablo 36	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Fonksiyonel Alt Boyutlarının</i>	136

	Öğrenim Durumları İle Karşılaştırılması.....	
Tablo 37	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Semptom</i> Alt Boyutlarının Öğrenim Durumları İle Karşılaştırılması.....	138
Tablo 38	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Fonksiyonel</i> Alt Boyutlarının Meslekleri İle Karşılaştırılması.....	140
Tablo 39	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Semptom</i> Alt Boyutlarının Meslekleri İle Karşılaştırılması.....	142
Tablo 40	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Fonksiyonel</i> Alt Boyutlarının Çalışma Durumları İle Karşılaştırılması.....	144
Tablo 41	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Semptom</i> Alt Boyutlarının Çalışma Durumları İle Karşılaştırılması.....	146
Tablo 42	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Fonksiyonel</i> Alt Boyutlarının Evde Birlikte Yaşadığı Kişiler İle Karşılaştırılması.....	148
Tablo 43	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Semptom</i> Alt Boyutlarının Evde Birlikte Yaşadığı Kişiler İle Karşılaştırılması.....	150
Tablo 44	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Fonksiyonel</i> Alt Boyutlarının En Uzun Yaşadığı Yer İle Karşılaştırılması.....	152
Tablo 45	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Semptom</i> Alt Boyutlarının En Uzun Yaşadığı Yer İle Karşılaştırılması.....	154
Tablo 46	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Fonksiyonel</i> Alt Boyutlarının Sağlık Güvenceleri İle Karşılaştırılması.....	156
Tablo 47	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Semptom</i> Alt Boyutlarının Sağlık Güvenceleri İle Karşılaştırılması.....	158
Tablo 48	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Fonksiyonel</i> Alt Boyutlarının	160

	Hastalık Tanıları İle Karşılaştırılması.....	
Tablo 49	Hastaların Yaşam Kalitesinin <i>Semptom</i> Alt Boyutları İle Hastalık Tanıları İle Karşılaştırılması.....	163
Tablo 50	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Fonksiyonel</i> Alt Boyutlarının Hastalık Süreleri İle Karşılaştırılması.....	167
Tablo 51	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Semptom</i> Alt Boyutlarının Hastalık Süreleri İle Karşılaştırılması.....	170
Tablo 52	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Fonksiyonel</i> Alt Boyutlarının Hastalık Evreleri İle Karşılaştırılması.....	173
Tablo 53	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Semptom</i> Alt Boyutlarının Hastalık Evreleri İle Karşılaştırılması.....	175
Tablo 54	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Fonksiyonel</i> Alt Boyutlarının Kemoterapi Protokolleri İle Karşılaştırılması.....	177
Tablo 55	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Semptom</i> Alt Boyutlarının Kemoterapi Protokolleri İle Karşılaştırılması.....	179
Tablo 56	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Fonksiyonel</i> Alt Boyutlarının Ailede Kanserli Birey Olma Durumu İle Karşılaştırılması.....	182
Tablo 57	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Semptom</i> Alt Boyutlarının Ailede Kanserli Birey Olma Durumu İle Karşılaştırılması.....	184
Tablo 58	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Fonksiyonel</i> Alt Boyutlarının Kemoterapi Dışında İlaç Kullanım Durumu İle Karşılaştırılması.....	187

Tablo 59	Hastaların Yaşam Kalitesi <i>Semptom</i> Alt Boyutlarının Kemoterapi Dışında İlaç Kullanım Durumu İle Karşılaştırılması.....	189
Tablo 60	Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamaları İle Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki.....	191
Tablo 61	Hastaların Beslenme Durumları (n=5).....	196
Tablo 62	Hastaların Aktivite Düzeyi (n=5).....	197
Tablo 63	Kadın Hastaların Anemi Durumlarına Göre Dağılımı(n=2)	198
Tablo 64	Erkek Hastaların Anemi Durumlarına Göre Dağılımı(n=3)	198

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil no		Sayfa No
Şekil 1	Yorgunluk İçin Merkezi Ve Periferal Model.....	15
Şekil 2	Piper'ın Entegre Yorgunluk Modeli.....	20
Şekil 3	Winningham Psiko- Biyolojik – Termodinamik Modeli	21
Şekil 4	Yorgunluk Tanılama Algoritmi.....	44
Şekil 5	Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler.....	55
Şekil 6	Anket Formlarının Uygulanma Çizelgesi.....	71

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik no		Sayfa No
Grafik 1	Hastaların BYE Puan Ortalamaları.....	84
Grafik 2	Hastaların Yorgunluğa Bağlı Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Düzeyi.....	85
Grafik 3	Hastaların Total Yorgunluk Puan Ortalamaları.....	89
Grafik 4	Davranış/şiddet Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	89
Grafik 5	Duygulanım Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	89
Grafik 6	Duyusal Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	89
Grafik 7	Bilişsel/Ruhsa Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	89
Grafik 8	Fiziksel Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	118
Grafik 9	Rol Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	118
Grafik 10	Emosyonel Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	118

Grafik 11	Sosyal Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	118
Grafik 12	Bilişsel Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	118
Grafik 13	Global Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puan Ortalamaları....	118
Grafik 14	Yorgunluk Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	119
Grafik 15	Bulantı- Kusma Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	119
Grafik 16	Ağrı Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	120
Grafik 17	Dispne Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	120
Grafik 18	Uyku Bozukluğu Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	120
Grafik 19	İştahsızlık Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	120
Grafik 20	Konstipasyon Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	120
Grafik 21	Diyare Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	120
Grafik 22	Mali Etki Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	121
Grafik 23	Hastaların BYE'ne Yorgunluk Puan Ortalamaları.....	192
Grafik 24	Hastaların Ağrı Puan Ortalamaları.....	193
Grafik 25	Hastaların Depresyon Puanları.....	194
Grafik 26	Hastaların Uyku Kalite Puanları.....	195

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1.ARAŞTIRMANIN KONUSU (PROBLEM)

Kanser tüm dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur. Hastaları, aileleri ve toplumu fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak olumsuz yönde etkilemektedir (46) .

Bugün ABD'de kardiyovasküler hastalıklardan sonra ölüme yol açan ikinci hastalık kanserdir (125). Amerikan Kanser birliğine göre 2003 yılında yaklaşık olarak 1.3 milyon kişinin kanser tanısı aldığı bildirilmektedir (97,173). Amerikan Kanser Birliği'nin 2005 yılı verilerine göre Amerika'da 104.950 kolon, 40.340 rektum, 32.180 pankreas, 17.550 karaciğer, 930.000 mide kanseri tanısı alan yeni vakaların olacağı tahmin edilmektedir (24).

Türkiye'de 1983-1999 yılları arasındaki kanser insidansı 3 kat artmış ve bu süre boyunca vaka sayısının 9868'den 24.650'ye yükseldiği belirtilmektedir (170). TC sağlık bakanlığının 1999 sağlık istatistik verilerine göre Türkiye'de kadınlarda mide kanseri insidansının yüzbinde 2.12, kolon kanseri insidansının 1.28, rektum kanseri insidansının yüzbinde 1.17, erkeklerde ise mide kanseri insidansının yüzbinde 3.96, kolon kanseri insidansının 1.68, rektum kanseri insidansının yüzbinde 1.36 olduğu bildirilmektedir (43,83).

Günümüzde kanser tedavi yöntemlerine her gün yenileri eklenmektedir. Klasik tedavi yöntemleri; cerrahi tedavi, kemoterapi ve radyoterapidir. Bu tedavi yöntemlerine ek olarak hormon tedavisi, alternatif tedaviler, lazer tedavisi, immünoterapi, kemik iliği transplantasyonu, kök hücre nakli ve neupojen uygulaması gibi tedavi yöntemleri bulunmaktadır (4).

Kanserin tedavisine ve uygulanan tedavi yöntemlerine bağlı olarak kanserli hastalarda; ağrı, anoreksi, kaşeksi, tat değişiklikleri, bulantı, kusma, dehidratasyon, diyare, konstipasyon, mukozit, yorgunluk, dispne; kemik iliği supresyonu, alopesi gibi semptomlar meydana gelmektedir (46,50,64,135).

Günümüzde kansere bağlı yorgunluk kanserin en yaygın semptomlarından birisidir (45).

Kanserli hastalar yorgunluğu tedavi sırasındaki aylar ve yıllar içinde yıkıcı bir semptom olarak tanımlamaktadırlar. Yorgunluğun ulusal olarak kabul edilmiş bir tanımı yoktur. Yorgunluk hastalar tarafından "Performans gücünde azalma, enerji eksikliği, uyku hali, depresyon, konsantre olmada zorlanma, motivasyon eksikliği ve uykusuzluk" şeklinde tanımlanmaktadır (181). Yorgunluk hastaların normal aktivite kapasitesinde azalma sonucunda günlük yaşam aktivitelerinde azalmaya neden olmaktadır. Hastaların her zaman yaptıkları aktivitelerini uzun süre yapamamaları yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilenmektedir (64,93,102).

Yorgunluğun nedeni tam olarak bilinmemektedir. Kanserli hastalarda yorgunluğa; hastalık sürecinin kendisi, kanser tedavileri, beslenme durumu, aktivite düzeyi, anemi, kullanılan ilaçlar, uyku bozuklukları, ağrı, bulantı, kusma, diyare, enfeksiyonlar ve psikososyal faktörleri içeren birçok faktör neden olabilmektedir (6,135,166).

Kansere bağlı yorgunluğun insidansı ve şiddeti hastanın özelliklerinden, primer malignansiden, tedavi şekillerinden etkilenmektedir. Kemoterapi, radyoterapi veya her iki tedaviyi birlikte alan kanserli hastaların % 80 ile % 90'ında yorgunluk görülmektedir (35).

Kemoterapi uygulanan hastalarda ise yorgunluk prevalansının % 80-96 arasında olduğu tahmin edilmektedir (78).

Irvine ve arkadaşlarının (1994) kemoterapi alan hastaların tedaviden 10 gün sonra ki yorgunluk düzeylerini karşılaştırdıkları çalışmalarında kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviden sonraki 14 gün içinde yorgunluklarının önemli derecede arttığını belirlemişlerdir (78,138).

Kobashi ve arkadaşları (1985) çalışmalarında radyoterapi tedavisi alan hastalarda yorgunluğun arttığını, ilk tedavi bitiminden sonra kademeli olarak azaldığını ve 3 ay kadar uzun bir süre devam ettiğini saptamışlardır (64).

Başka bir çalışmada radyoterapi alan hastaların ise % 35 ile % 100 oranında yorgunluk yaşadıkları bildirilmektedir (166) .

Yorgunluk hastanın tedaviyi geciktirme, aksatma ve sona erdirme kararını etkileyebilmektedir. Sürekli olarak var olan yorgunluk semptomları hastanın öz bakım becerileri ve yaşam kalitesi üzerinde negatif etki yaratmaktadır. Kansere bağlı yorgunluk oldukça yaygındır ve hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (64).

Yorgunluğun kanserli hastaların yaşam kalitesi ve günlük bakım fonksiyonları üzerinde rolünün olduğu uzun zaman önemsenmemiştir (181).

Vogelzang ve arkadaşları (1997) onkoloji hekimlerinin çoğunluğunun yorgunluğu önemli bir sorun olarak algılamadıklarını belirlemişlerdir. Buna karşın hastalar ağrıdan çok yorgunluğun günlük yaşam aktivitelerini etkilediğini bildirmişlerdir. Aynı çalışmada onkologların yorgunluktan çok ağrıyı tedavi ettikleri belirlenmiştir (175).

Kanserli hastalarda yorgunluğa ilişkin yapılan çalışma sonuçları, yorgunluğun kanserli hastalarda çok sık rastlanan bir problem olduğunu ve hastaların yaşam kalitelerini etkilediğini göstermektedir.

Kansere bağlı yorgunluğa yönelik girişimler eğitim, nonfarmakolojik ve farmakolojik yöntemleri içermektedir. Eğitim ve danışmanlık yorgunluğa yönelik tüm girişimlerde temeldir. Yorgunluk bakım standartlarında tüm kanserli hastaların yorgunluk bakımından izlenmesi, hasta ve ailelerinin yorgunluk hakkında eğitilmesi gerektiği belirtilmektedir (62). Hasta ve ailesi tedavi döneminden önce ve tedavi süreci boyunca yorgunluk hakkında bilgilendirilirse, yorgunluktan daha az etkilenir ve yorgunlukla daha kolay baş edebilir (35,86,157). Ayrıca

hastaların uygulanan eğitim programlarından sonra yan etkileri tedavi edebilme becerisi artar ve dolayısı ile yaşam kaliteleri de yükselir (62). Yapılan çalışmalarda sağlık bakım ekibi hastalara yorgunluk yönetimine ilişkin önerilerde bulunduğu hastaların yorgunluk şiddetlerinde iyileşme görüldüğü saptanmıştır (113,175). Hastalar hastalık ve tedaviye ilişkin bilgilendirilmezse hastaların gerekli önlemleri alması az veya sınırlı olabilmekte ve kanser tedavisinin yan etkileri ile baş etmeleri zor olabilmektedir(62).

Hemşire hasta eğitimi ve kanserli hastaların bireysel yönetim becerilerini arttırmaktan sorumludur. Hemşire yorgunluk düzeyi artmadan önce önleyici girişimleri planlamalı, hastanın fonksiyonel becerisini ve yaşam kalitesini değerlendirmelidir. Sistemik izlem ve kanser semptomlarının hemşireler tarafından değerlendirilmesi yorgunluk yönetimindeki girişimleri başlatma ve sürdürmede ilk adımdır. Hemşire kanserli hastaların yaşam kaliteleri üzerinde önemli bir etkiye sahip olan yorgunluk semptomunun objektif ve subjektif bulgularını, yorgunluğu etkileyen faktörleri sürekli olarak değerlendirmeli ve yorgunluğun yönetiminde uygun hemşirelik girişimlerini planlayarak hasta ve ailesine bu konuda eğitim yapmalıdır.

Araştırma kemoterapi tedavisi uygulanan gastrointestinal sistem kanserli (Kolon, mide, karaciğer, rektum, pankreas) hastalarda fiziksel semptom olarak ortaya çıkan yorgunluk semptomunun tanılanması, yorgunluğa neden olan primer faktörlerin belirlenmesi ve etkin

hemşirelik eğitiminin hastaların yorgunluk düzeyi ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.

1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın amacı; kemoterapi tedavisi uygulanan ve gastrointestinal sistem kanseri (Kolon, mide, karaciğer, rektum, pankreas) tanısı almış hastalarda etkin hemşirelik eğitiminin hastaların yorgunluk durumu ve yaşam kaliteleri üzerindeki etkisini incelemektir.

Bu doğrultuda şu alt amaçlar belirlenmiştir.

- Gastrointestinal sistem kanseri olan hastaların ilk kemoterapi tedavisine başlamadan önce **(Z1)**, 1. kürden 10 gün sonra **(Z2)** ve 2. kürden 10 gün sonra **(Z3)** olmak üzere toplam 3 kez National Comprehensive Cancer Network (NCCN)'in "Yorgunluk klinik uygulama rehberindeki yorgunluk tanılması ve tedavisi algoritmine" göre yorgunluk tanılmasını yapmak
- Gastrointestinal sistem kanseri olan hastaların ilk kemoterapi tedavisine başlamadan önce **(Z1)**, 1. kürden 10 gün sonra **(Z2)** ve 2. kürden 10 gün sonra **(Z3)** Brief Yorgunluk Envanteri ile yorgunluk düzeyini, Piper yorgunluk ölçeği ile subjektif yorgunluk algılamasını, ve EORTC QLQ C-30 yaşam kalitesi ölçeği ile yaşam kalitesini değerlendirmek
- Gastrointestinal sistem kanseri olan hastaların ilk kemoterapi tedavisine başlamadan önce **(Z1)**, 1. kürden 10 gün sonra **(Z2)** ve 2. kürden 10 gün sonra **(Z3)** yorgunluk puanı 0 puan

(yorgunluk yok) ve 1-3 puan (hafif düzeyde yorgun) olan hastalara ve ailelerine hazırlanan yorgunluk bakım rehberinin içeriği doğrultusunda eğitim vererek hastaların subjektif yorgunluk algılaması ve yaşam kalitesini değerlendirmek

- Gastrointestinal sistem kanseri olan hastaların ilk kemoterapi tedavisine başlamadan önce **(Z1)**, 1. kürden 10 gün sonra **(Z2)** ve 2. kürden 10 gün sonra **(Z3)** yorgunluk puanı 4-7 puan (orta düzeyde yorgun), 8-10 puan (şiddetli düzeyde yorgun) olan hastalarda algoritimde belirtildiği gibi yorgunluğa neden olan primer faktörleri (ağrı, ruhsal sorunlar, uyku bozuklukları, anemi, beslenme, aktivite düzeyi, ve diğer eşlik eden hastalıklar) belirlemek ve yorgunluğa neden olan faktöre yönelik hazırlanan eğitim kitapçıkları ile hasta ve ailesine eğitim vererek hastaların subjektif yorgunluk algılaması ve yaşam kalitesini değerlendirmek
- Hastaların subjektif yorgunluk algılamaları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemektir.

1.3.HİPOTEZLER

H1=Hemşirelik eğitimi gastrointestinal sistem kanserli hastaların yorgunluk düzeyini, subjektif yorgunluk algısını azaltacaktır

H2= Hemşirelik eğitimi gastrointestinal sistem kanserli hastaların yaşam kalitesini arttıracaktır

1.4.ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Yorgunluk sağlıklı hastalar tarafından nadiren ciddi bir sorun olarak görülmektedir. Çünkü yorgunluk genellikle geçici bir durumdur. Buna karşın kanser gibi kronik hastalığı olan hastalar için yorgunluk kroniktir ve genellikle rahatsızlık veren bir semptomdur (138) .

Yorgunluk hastalar tarafından fonksiyonel durumlarını ve yaşam kalitelerini etkileyen bir faktör olarak belirtilmesine karşın, günümüzde hekim hasta iletişimde konuşulamayan bir semptom olduğu bildirilmektedir (45).

Yorgunluğun nedeni kolayca belirlenemeyebilir. Bu nedenle yorgunluk hastalığının yönetim ve tedavisini hasta ve aileleri için sorun haline gelebilir ve profesyonel yardım almalarını gerektirebilir (138).

Hemşireler yorgunluk yaşayan hasta ve ailelerine etkin olarak destek verebilmek için yorgunluk semptomunun ne olduğunu, neden olan faktörleri, yorgunluğu arttıran ve azaltan faktörleri ve yorgunluğa yönelik yapılabilecek hemşirelik uygulamalarını bilmek zorundadırlar.

Kanserli hastanın optimal bakımı; yorgunluğa neden olan faktörlerin ayrıntılı olarak değerlendirilmesini içermeli ve yaşam kalitesini korumaya ve arttırmaya yönelik olmalıdır (130) .

Hemşirelik girişimleri hastalara yorgunluk yönetiminde yarar sağlamalı ve hastaların yaşam kalitesini iyileştirmelidir (135).

Kanserli hastaların yorgunluk durumlarının tanınıp, neden olan faktörlerin belirleneceği bu çalışma sonuçlarının hemşirelere, yorgunluk

deneyimleyen hastalarına yapacakları hemşirelik uygulamalarında yol göstereceği ve yararlı olacağı düşünülmektedir.

1.5.SINIRLAMALAR

Araştırmanın yeri Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji ve Kemik İliği Transplantasyon Hastanesi ayakta kemoterapi tedavi ünitesi ile sınırlanmıştır.

Araştırmaya;

- Gastrointestinal sistem kanseri olan ve kanser tedavisi için yalnız kemoterapi tedavisi alan,
- Kemoterapi tedavisine yeni başlayan,
- 18 yaş ve üzerinde, okur - yazar, iletişim kurmada güçlüğü olmayan araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar alınmıştır.
- Tedavi sırasında genel durumu kötüleşen ve bu nedenle tedaviyi sürdüremeyen hastalar çalışma kapsamı dışında tutulmuştur.

1.6 TANIMLAR

Kansere bağlı yorgunluk: İşlevlerin yapılmasını engelleyen kanser ve kanser tedavisi ile ilişkili olan olağandışı, sürekli subjektif yorgunluk hissidir.

Yaşam kalitesi: Hastalık ve bedensel güçsüzlüğün yokluğu değil aynı zamanda fiziksel, mental, ve sosyal iyilik halidir.

1.7.ARAŞTIRMA KONUSU HAKKINDA GENEL BİLGİLER

1.7.1.KANSERE BAĞLI YORGUNLUK

1.7.1.1.Kansere Bağlı Yorgunluk Nedir?

Kanser tedavisinin en yaygın ve yıkıcı yan etkilerinden biri yorgunluktur.Yorgunluğun birçok tanımı yapılmıştır (7,22,26,51,52,55,77,87,103,116,137,144). Aistairs kansere bağlı yorgunluğu "Hastalık süresince direkt veya indirekt meydana gelen uzun süreli stres nedeniyle genel halsizlik, bitkinlik ve enerji eksikliği gibi subjektif duygularla karakterize" bir durum olarak tanımlamıştır. Bruera ve McDonald yorgunluğu "Fiziksel ve mental yorgunluk kadar genel güçsüzlük ile karakterize klinik bir sendrom" olarak tanımlamışlardır. Bir başka tanımda yorgunluk "Güçsüzlük, halsizlik, enerji eksikliği, bitkinlik, uyku hali, depresyon, konsantre olamama, malasi, can sıkıntısı, uykusuzluk, motivasyon eksikliği ve zihinsel durumda azalma ile karakterize subjektif" bir durum olarak tanımlanmaktadır (71,162).

Bu tanımlardan yorgunluğu; fiziksel, bilişsel ve emosyonel fonksiyonları etkileyebilen çok boyutlu, subjektif bir olay olduğu görölmektedir (71).

NCCN'in kansere bağlı yorgunluk yönetimi panelinde kansere bağlı geliŐen yorgunluğu tanımı en son Őu Őekilde yapılmıŐtır (108,158). Kansere bağlı yorgunluk "Her zaman yapılan iŐlevleri engelleyen kanser veya kanser tedavisi ile iliŐkili olan yaygın, sürekli ve subjektif yorgunluk hissidir". Bu yorgunluk genellikle gečići olan ve dinlenmekle hafifleyen her gün yaŐanan yorgunluktan farklıdır (158).

Kansere bağlı yorgunluk daha Şiddetli yaşanmakta, daha fazla rahatsızlık vermekte ve dinlenmek ile geğmemektedir. Özetle; yorgun olma subjektif bir deneyimdir. Bu nedenle tanı tamamen hastanın semptomu tanımlamasına veya yorgunluk hakkında neler yaşadığını söylemesine dayanmaktadır (31,111,158).

Yorgunluk birçok hastalığın belirtisi veya bulgusu olarak tanımlanmıştır. 1988 yılında Rhodes, Watson ve Hanson yorgunluğu yalnızca etkilenen hastalarda görülen subjektif bir semptom olarak tanımlamışlardır. Semptomlar hasta tarafından ifade edilir ve direkt olarak başkaları tarafından gözlenemez /görülemez; yani semptomlar yalnızca hastanın ifadeleri ile öğrenilir. Irvine, Vincent, Bubela ve Thompson yorgunluğu "Hasta tarafından fark edilen, subjektif, derecesi, sıklığı ve süresi deđiŐen güçsüzlük, bitkinlik ve enerji eksikliği" olarak tanımlamışlardır (80).

Yorgunluk Kuzey Amerikan Hemşireler Birliği (North America Nursing Diagnosis Association) (NANDA) tarafından klinik alanlarda hemşirelik tanısı olarak kabul edilmiştir. Bu hemşirelik tanısı yorgunluk duygusunu, belirlenen özelliklerin ana hatlarını tanımlar ve ilişkili olan faktörleri listeler (Tablo 1) .

Tablo 1: NANDA'nın Yorgunluk Hemşirelik Tanısı (80)

Tanımı Fiziksel ve mental kapasitede azalma ve bitkinlik duygusudur.
Tanımlama Kriterleri <i>Majör</i> , enerji eksikliğinin sürekli olarak sözel olarak belirtilmesi. Her zaman ki rutin işleri sürdürmede yetersizlik. <i>Minör</i> , rutin işlevleri yapmak için ek enerji gereksinimine ihtiyaç olduğunun algılanması, fiziksel şikayetlerde artma, duygusal yönden iritabilite, konsantre olma becerisinde bozulma, performansta azalma, letarjik, çevredekilere karşı ilgisizlik, cinsel istekte azalma.
İlişkili Faktörler Metabolik enerji üretiminde artma / azalma; psikolojik ve emosyonel gereksinimlerde artış, günlük yaşam aktivitelerini (GYA) yapmak için enerji gereksiniminde artma, sosyal ve rol gereksinimlerinde artma, rahatsızlığın ifade edilmesi, vücut kimyasında değişme (122)

1.7.1.2.Yorgunluk İnsidans ve Prevelansı

Yorgunluk kanserli hastalar tarafından belirtilen en yaygın ve sinsi bir semptomdur. Yorgunluk; cerrahi, kemoterapi, radyoterapi ve biyolojik tedavi uygulanan kanserli hastalar tarafından yaşanan bir semptom olarak açıklanmaktadır (80).

Yorgunluğa yönelik alanlardaki metodolojik çalışmalar epidemiyolojiktir. Çünkü kansere bağlı oluşan yorgunluk konusunda yayınlanmış çalışmalar prevelans bakımından kısıtlıdır ve gerçek insidans çalışmaları bulunmamaktadır (158).

Yorgunluk koalisyonu tarafından; kanserli hastalarda yorgunluğun prevelansı, şiddeti ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği iki çalışma yapılmıştır. 1996 yılında yapılan yorgunluk 1 çalışmasında bu koalisyonla

üye olan 1700 Amerikan aileden rastgele seçilen toplam 419 kanser hastasının % .78'inin hastalık ve tedavi boyunca yorgunluk yaşadığı saptanmıştır. Yorgunluk 2 çalışmasında ise hastaların % 76'sının kemoterapi süresince en azından ayda bir gün yorgunluk yaşadığı, % 30'unun ise her gün yorgunluk yaşadığı belirlenmiştir (158).

Portney ve arkadaşları çalışmalarında (1999) over kanseri için tedaviye devam eden 151 hastadan 104'ünün (% 68.9) yorgunluk yaşadığını, Holzner ve arkadaşları (2003) en az 6 aydır tedavi görmeyen 98 over kanserli hastanın 32'sinin (% 32.7) yorgun olduğunu belirlemişlerdir. Her iki çalışmadaki hastaların yaklaşık olarak yarısı tarafından yorgunluk aşırı derecede sıkıntı veren bir durum olarak tanımlanmıştır (76,158) .

Kemoterapi uygulanan kanserli hastalardaki yorgunluk prevalansının % 75 - 96, radyoterapi alan hastalarda % 75-100, ileri evre kanseri olanlarda ise % 33-89 arasında olduğu bildirilmektedir (161,163,180).

Yorgunluğa yönelik yapılan bir başka çalışmada da yorgunluğun hastaların % 56'sını etkilediği ve yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (162).

Woo ve arkadaşları (1998) kombine radyoterapi ve kemoterapi alan kadın hastaların yorgunluk düzeylerini sadece kemoterapi tedavisi gören hastalarla karşılaştırdıklarında, yorgunluk düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır (184).

Yorgunluğun temel nedeni tedavi edildiği zaman, ikisi arasında geçici bir ilişkinin olduğu açıktır. Gerçekten yorgunluk kemoterapiden sonra ilk birkaç gün içinde yoğun olarak yaşanmakta, sonra kademeli olarak diğer kemoterapi dönemine kadar azalmaktadır. Bazen de kemoterapi kürü tamamlandıktan sonra da yorgunluk uzun süre devam edebilmektedir (173).

Yorgunluk yaygın bir semptom olmasına karşın, yeterli düzeyde anlaşılmamaktadır. Yorgunluk ve hastaları etkileyen fiziksel, psikolojik ve durumsal faktörler arasındaki ilişki kesin olarak belirlenmemiştir. Kanserdeki yorgunluk alanındaki çalışmalar sadece yorgunluğun başlangıcı ile ilgilidir. Smets ve arkadaşları, hastalığın farklı evrelerinde yorgunluk prevalansının, yorgunlukla ilişkili olan faktörlerin ve bu semptomun hastaların esenlikleri üzerindeki etkisinin incelendiği araştırmaların yapılmasını önermektedirler (153).

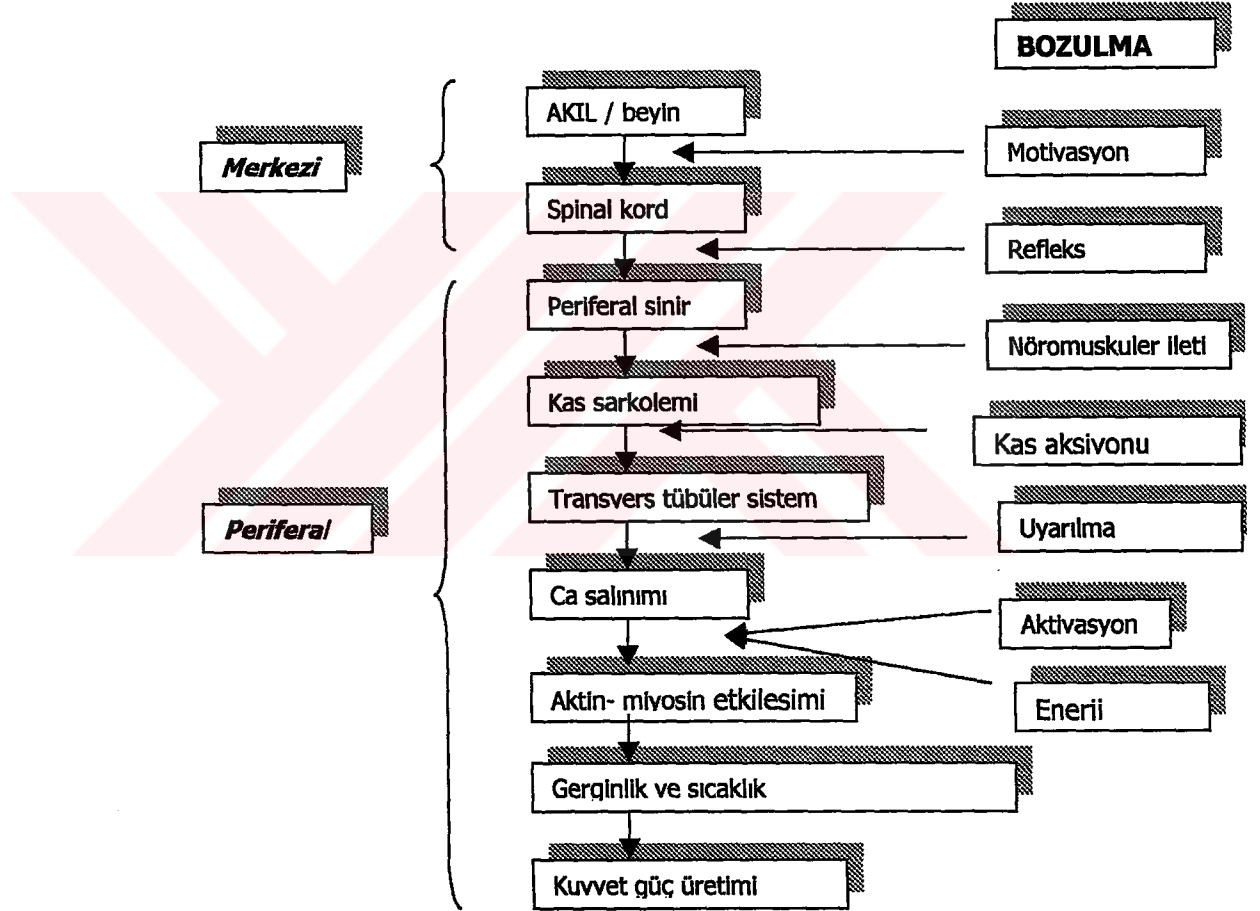
1.7.1.3.Yorgunluk Sınıflaması

Literatürde yorgunluğun birçok sınıflama sistemi bulunmaktadır. Birçok disiplin anlaşılması zor olan bu sorunu anlamak ve en iyi tanımlamak için girişimlerde bulunarak yorgunluğu sınıflandırmışlardır. Yorgunluk olarak tarif edilen semptom araştırmacılar tarafından orijinine ve nedenine odaklanarak; santral, periferik, patolojik, psikolojik veya mental yorgunluk şeklinde tanımlanmıştır (80).

Fizyologlar yorgunluğu; merkezi sinir sistemi mekanizmaları olaya dahil olduğunda **merkezi olarak**, periferik sinir sistemi mekanizmaları söz konusu olduğunda **periferik olarak** ele almaktadırlar. Motivasyon

eksikliği, spinal korddan aşağı iletimin bozulması, motor nöronların çalışmasının bozulması merkezi yorgunluğa neden olabilmektedir. Hipotalamik bölgedeki beyin hücrelerinin tükenmesi veya çalışmaması da bu duruma neden olabilmektedir. Periferal yorgunluk ise periferal sinir fonksiyonlarında, nöromusküler ileti veya lif aktivasyonunda bozulmaya bağlı meydana gelebilmektedir (Şekil 1) (80,128).

Şekil 1: Yorgunluk İçin Merkezi Ve Periferal Model (80)



Bu fizyolojik mekanizmaların kanser ve hastalık durumu gibi anormal süreçler tarafından nasıl etkilendiği konusunda çok az şey bilinmektedir. Kronik yorgunlukta hem merkezi hem de periferal mekanizmalar olaya katılabilmektedirler (80,128) .

Klinik hemşirelik uygulamalarında çok fazla yararlı olan bu sınıflama sistemi yorgunluğun süresine bağlı olarak akut veya kronik olarak nitelendirilmektedir (80). Bu iki durum arasındaki farklılıklar Tablo 2'de gösterilmiştir.

Akut yorgunluğun nedeni genellikle tanımlanabilmektedir ve özel bir aktivite veya mekanizma ile ilişkilidir. Yorgunluk belirli aktivitelere karşı normal bir yanıt olarak algılanmaktadır. Başlangıçta hızlıdır, aralıklarla oluşur, kısa sürelidir ve aşırı çalışma ve tükenmeden korur. Akut yorgunluğun neden olduğu semptomlar genellikle vücudun belli bir kısmında lokalizedir ve genellikle iyi bir dinlenme ile hafiflemektedir. Buna karşın kronik yorgunluk daha sinsi başlangıca, giderek artan (kümülatif) etkiye sahiptir ve özel nedensel mekanizmayı belirlemek çok zordur. Hastalar kronik yorgunluğu bazı zamanlarda aşırı, genellikle değişmeyen ve kolaylıkla geçmeyen genel güçsüzlükle ilişkili bir deneyim olarak tanımlamaktadırlar. Kronik yorgunluğun fonksiyonu bilinmemektedir ve bu hissi azaltmak için kombine yaklaşım kullanılması gerekli olabilmektedir (80,128).

Tablo 2: Akut Ve Kronik Yorgunluk Modeli: Ayırt Edici Özellikler
(80)

ÖZELLİK	AKUT YORGUNLUK	KRONİK YORGUNLUK
Amacı/fonksiyonu	Koruyucu	Bilinmemekte, koruyucu olmayabilir, nonfonksiyonel olabilir
Risk altındaki popülasyon	Primer olarak sağlıklı hastalar	Primer olarak klinik popülasyon
Etyoloji	Genellikle saptanır Genellikle tek bir mekanizma ve nedenden oluşur Bazı aktivite veya çabaların yapılmasına ilişkin olarak yaşanır	Saptanamayabilir Birçok ve ek nedenlerden oluşur Bazı aktivite veya çabaların yapılması ile ilişkili değildir
Algılama	Normal /olağan Özel iş veya aktivitelerin yapılması sonucunda beklenir Primer olarak vücudun ve belli bir kısmında veya sisteminde lokalizedir Hoş –hoş olmayan	Anormal / olağandışı Geçmiş deneyimlere göre aşırı veya gereğinden fazla Generalize / tüm bedeni ve zihni kapsar Hoş olmayan
Zaman boyutu başlangıç	Hızlı	Sinsi/ kademeli Kümülatif eşik modeli
Süresi	Kısa / gün veya hafta	Uzun; kalıcı, uzun süre, bir aydan daha fazla
Pattern İyileşme boyutu	Aralıklı/arasıra Genellikle iyi bir gece uykusu, yeterli dinlenme, uygun beslenme, egzersiz programı veya stres yönetim teknikleri ile hafifler	Sürekli/ tekrarlayan Bu yöntemlerle tam olarak geçmez Kombine yaklaşımlar gerekli olabilmektedir.
Günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi	Hızla çözümlenir Küçük/ az	Hızla çözümlenemez Büyük

Literatürde bulunan başka bir sınıflandırma sistemi yorgunluğu orijinine göre; normal, patolojik, durumsal veya psikolojik olarak sınıflandırmaktadır. Aistars (1987) yorgunluğu "Halsizlik, bitkinlik,

güçsüzlük ve enerji eksikliği gibi subjektif duyguları içeren, bir çaba veya stresten kaynaklanan, rahatsızlığın artmasına ve yeterliliği azaltan, hem mental hem de fiziksel aktivitelerin bozulmasına neden olan bir durum olarak" tanımlamaktadır (80).

1.7.1.4.Yorgunluğun Çatısı

Aistars (1987) yorgunluğu çok yönlü bir sorun olarak tanımlamıştır ve yorgunluğa katkıda bulunan fizyolojik, psikolojik ve durumsal faktörleri içeren enerji ve stres üzerine temellendirilen bir teorik çatı organize etmiştir. Aistars yorgunluğu kanserli hastalarda "Hastalık sürecine karşı direkt veya indirekt olarak subjektif duygu ile karakterize bir durum" olarak ifade etmiştir. Bu çatı içinde; hastaların strese karşı direnç ve yanıtını etkileyen ve strese yanıtın belirtilerini gösteren belli değişkenleri belirlemiştir.

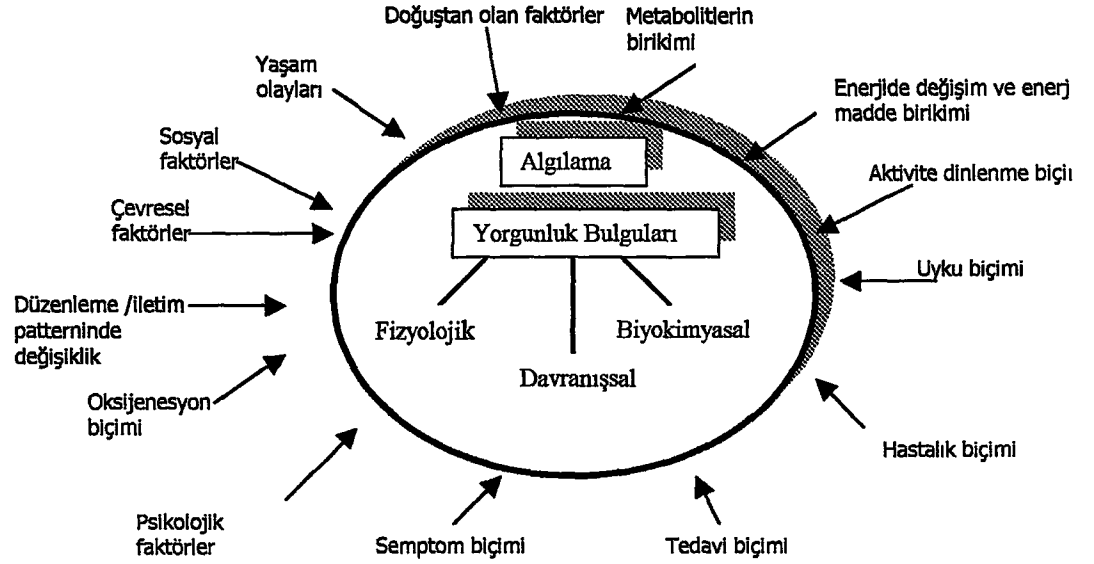
Aistars tarafından sürekli fiziksel ve mental strese maruz kalan kanserli hastalarda yorgunluğa katkıda bulunduğu belirlenen fiziksel, psikolojik ve durumsal enerji- tüketim faktörleri Tablo 3'de yer almaktadır (80).

Tablo 3 : Kanserli Hastalarda Yorgunluğa Neden Olan Faktörler
(80)

Fizyolojik
<ul style="list-style-type: none">- Radyoterapi, kemoterapi veya tümöre sekonder olarak artık maddelerin birikmesi- Aktif olarak tümörün büyümesi, enfeksiyon, ateş veya ameliyat ile ilişkili hipermetabolik durumlar- Anoreksiya, kusma, bulantı, Gastrointestinal tıkanmaya sekonder olarak besin alımında yetersizlik- Kronik ağrı- Çeşitli nedenlerden dolayı oluşan dispne ve anemiye sekonder olarak aerobik enerji metabolizmasında bozulma
Psikolojik
<ul style="list-style-type: none">- Anksiyete – Depresyon – Bulantı – Kusma beklentisi- Üzüntü
Düroomsal
<ul style="list-style-type: none">- Uyku biçiminde bozukluk nedeniyle duyuusal kayıp- Hareketsizlik- Kriz- İlişkide problem- İlaçlar; antibiyotikler, antidepresanlar, alkol, nikotin, antianksiyete ajanları, uzun etkili uyku ilaçları, analjezik ilaçlar, kafein- Uyku bozukluğu- Tanı testleri- Kayıp

Piper'ın Entegre Yorgunluk Modeli kanserdeki yorgunluk üzerine en sık bahsedilen teorik çatıdır. Bu çatı yorgunluğun birçok olası nedenini açıklamakta, yorgunlukla ilişkili olan olası etiyolojik faktörlerin tanılanmasına yol göstermekte ve yorgunluk belirtilerinin birçok yönünün göz önünde bulundurulmasının önemini göstermektedir. Kanserli hastalarda algılanan yorgunluğu etkileyen faktörler dikkate alınmaktadır (80).

Şekil 2: Piper'in Entegre Yorgunluk Modeli (80)



Winningham'ın Psiko – Biyolojik – Termodinamik Modeli merkezde güçler kavramı üzerine kurulmuş ve yorgunluk "Hastalık, tedavi, aktivite, dinlenme, semptom algılama ve fonksiyonel durum kavramları ile ilişkili olan enerji eksikliği" olarak tanımlanmıştır. Bu hipotez yorgunluğun primer bir semptom olabileceğini (daha önceden var olan durum, hastalık ve tedavinin direkt sonucu) veya sekonder bir semptom olabileceğini (hastanın başka semptomlara karşı fizyolojik-psikolojik yanıt sonucu) göstermektedir (Şekil 3) (80) .

Şekil 3: Winningham Psiko- Biyolojik – Termodinamik Modeli
(80)



Yorgunluğun belli bileşenlerini açıklayan teorik çatının anlaşılması ve uygulanması kanserli hastalardaki yorgunluğun anlaşılmasını kolaylaştırabilmekte ve araştırmalar için yol gösterici olabilmektedir (80).

1.7.1.4.1.Yorgunluk Girişimlerini Geliştirmede Rehber Olan Hemşirelik Teorileri

Yorgunluğun belirtilerini ve varlığını açıklayan hemşireliğe yönelik teoriler yorgunluğun patofizyolojik varsayımlarını açıklamaktadır. Kas, sinir ve nöral aktivitedeki değişiklikler ile yorgunluk arasındaki ilişkiyi gösteren patofizyolojik hipotezler tam olarak doğrulanmamıştır. Hemşireliğe yönelik teoriler yorgunluğa neden olan faktörleri tanımlamaktadırlar. Bu teoriler ağırlıklı olarak enerji kullanımı ve korunması üzerine odaklanmaktadır. Yorgunluk girişimlerini geliştirmeye

yönelik en sık bahsedilen beş teori; Ryden'in "Enerji Tüketimin Kavramsal Çatısı" (Ryden's Conceptual Framework of Energy Expenditure), Aistars'ın "Düzenleme Çatısı" (Aistars Organizing Framework), Irvine, Vincent, Graydon, Bubela ve Thompson'un "Enerji Analiz Modeli" (Energy Analysis Model), Piper, Lindsey ve Dold'un "Entegre Yorgunluk Modeli" (Integrated Fatigue Model), Wunningham'ın "Psiko-Biyolojik-Termodinamik Modeli" (Psycho-biological-Entropy Model) dir (135).

Ryden'in (1977) Conceptual Framework of Energy Expenditure Model'i yorgunluk teorilerinin en az karmaşık olanıdır. Ryden'in bu teorisinde yorgunluğun nasıl geliştiği sınırlı açıklanmakla birlikte, yorgunluğa neden olan faktörlerin anlaşılmasını sağlamaktadır. Bu teori ile insan vücudu yaşamını sürdürebilmek için çevresinden enerji toplayan açık bir sistem olarak tarif edilmektedir. Yaşam için gerekli olan temel istekleri karşılamak için gerekli olan enerji fazla olduğunda Ryden çalışma, sosyal aktivitelere katılma ve hobiler dahil temel olmayan aktiviteler için bir enerji fazlalığı olacağını öne sürmektedir. Hastalık döneminde iyileşme ve rehabilitasyon için enerji gereksinimi artmakta, dolayısı ile diğer aktiviteleri gerçekleştirmek için çok az enerji kalmaktadır. Kanserli hastalar yaygın olarak hastalık ve uygulanan tedavi ile başa çıkmak için enerjiye gereksinim duymaktadırlar. Ryden'in modelinde kansere uyum aşamasında ortaya çıkan stres azaltılmadığı zaman var olan enerjinin tükeneceği ve bunun sonucunda yorgunluk meydana gelebileceği öne sürülmektedir. Ryden' in modeli basittir.

Çünkü bu model geniş bir kesime uygulanabilecek temel ve öz bir yorgunluk açıklaması sunmaktadır. Bununla beraber, modelin basit olması test edilebilirliğini sınırlamaktadır (135).

Aistars' in (1987) Organizing Framework' Teorisi' de yorgunluğu bir enerji açığı olarak algılamaktadır. Bununla beraber Organizing Framework Model'i Ryden' in (1977) modelinden daha kapsamlıdır. Bu teori stresi kanserli hastalardaki yorgunluğun başlıca nedeni olarak tanımlamakta, duygusal stresörlerin yanı sıra, ağrı, enfeksiyon ve anemi dahil fiziksel stresörlerin de yorgunluğun meydana gelmesinde etkili olduğunu açıklamaktadır. Aistars' in modeli stresin hafifletilmesinde; meditasyonun, egzersizin, zaman yönetiminin ve hasta eğitiminin yararlı olduğunu desteklemektedir. Bu model nispeten daha az karmaşık olmasına rağmen, yorgunluğu ve yorgunluğa neden olan süreçleri açık ve öz bir şekilde açıklamaktadır. Bu teori kanser ve kronik hastalığı olan hastalarda kullanılabilir (135).

Ryden' in (1977) Conceptual Framework of Energy Expenditure Model'i Irvine ve arkadaşlarının Enerji Analysis Model' inin (1994) gelişmesine katkıda bulunmuştur. Bu model insan vücudunu, enerji üretiminde dış ve iç ortamlarındaki enerji kaynaklarına dayanan bir açık sistem olarak kavramsallaştırmaktadır. Bu modele göre; iştahsızlık ve su kaybı yoluyla enerjinin azalması, uyku sorunları, anksiyete veya anemi nedeniyle gerekli enerji gereksiniminin sağlanamaması durumunda yorgunluk meydana gelmektedir (135).

Dördüncü model Piper ve arkadaşlarının (1987) Integrated Fatigue Model'dir. Bu model yorgunluğa neden olan 13 biyolojik ve psikolojik faktörü ve kanserli hastaların yorgun oldukları zaman sık olarak ifade ettikleri durumları açıklamaktadır.

Winningham'ın (1996) Psycho-Biological-Entropy Model'i yorgunluğu ve yorgunluğun hastaların fonksiyonel durumları üzerindeki etkilerini açıklamaktadır. Bu modelde yorgunluk "Daha önceden var olan durumlardan ve hastalıktan, ilgili semptomlardan, tedaviden, çevresel etkenlerden ve hareketsizlikten ortaya çıkan bir enerji açığı olarak tanımlanmaktadır (135).

Psycho-Biological-Entropy Model'i yorgunluk girişimlerinin iki şekilde yapılması/sunulması gerektiğini öne süren bir modeldir. İlk olarak uygulanacak girişimler yorgunluğa neden olan semptomların ve faktörlerin kontrol altına alınmasını sağlamalıdır. İkinci olarak uygulanacak girişimler ise yorgunluğun meydana gelmesini önlemelidir. Winningham fiziksel aktivitenin çok önemli olduğunu kabul etmektedir (135).

Bu teoriler nispeten karmaşık olmasına ve kapsamı açısından değişiklik göstermesine karşın yorgunluk semptomların kontrol altına alınması, yeterli ve dengeli dinlenme ile aktivitenin korunması/güçlendirilmesi ve duygusal stresin kontrol altına alınması gibi üç temel aktivite ile düzeltilebilecek bir enerji açığı olarak ele alınmaktadır Bu üç temel aktivite enerjinin korunmasını sağlamakta ve

uygun şekilde kullanıldığında yorgunluğun etkilerini azaltabilmektedir (135).

1.7.1.5. Kansere Bağlı Yorgunluğun Nedenleri

Yapılan çalışmalarda yorgunluğun kanserli olgularda yüksek prevalans gösterdiği belirlense bile, bu grupta yorgunlukla ilişkili olan faktörler kolaylıkla belirlenememektedir (166) .

Yorgunluk geneldir, yaygındır ancak her kanserli hasta tarafından farklı şekilde yaşanmaktadır. Tedaviye veya hastalığa bağlı çeşitli faktörler yorgunluk gelişimine katkıda bulunabilse de kansere bağlı yorgunluğun kesin nedeni hala bilinmemektedir (111).

Bu konuya ilişkin bir çok literatür incelemesinde yorgunluğun nedenlerinin farklı şekillerde ele alındığı görülmektedir (12,107,163,173).

NCCN'in en son yorgunluk klinik uygulama rehberinde yorgunluğa neden olan yedi faktör belirlenmiştir. Bu faktörler; ağrı, ruhsal sorunlar, uyku bozuklukları, anemi, beslenme, aktivite düzeyi, ve diğer eşlik eden hastalıklardır. Eşlik eden hastalıklar (Comorbidite) yorgunluğa katkıda bulunabilen, kanserle ilişkili olmayan tıbbi problemleri ve rahatsızlıkları içermektedir (108,158).

1.7.1.5.1. Ağrı

Ağrı tüm insanların yaşamları süresince birçok kez deneyimlediği subjektif bir deneyimdir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği Taksonomi Komitesi tarafından yapılan tanımlamaya göre ağrı "Vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan veya

olmayan kişinin geçmiş deneyimleriyle de ilgili hoş olmayan emosyonel bir durumdur" (68,110).

Ağrı kanserle ilişki en yaygın semptomlardan biridir. Kanser ağrı prevalansı hastalık evresi, hastalığın yayılımı ve kanserin tipine bağlı olarak değişmekle birlikte hastalığın ilk dönemlerinde ağrı daha az yaşanmaktadır (68,110). Ağrı yeni kanser tanısı konulan hastaların yaklaşık olarak 1/ 4' ünde, tedaviye devam eden hastaların 1/3'ünde, hastalığı ileri evre olanların ise 3/ 4'ünde meydana gelmektedir (110) .

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) (World Health Organization) tahminlerine göre dünyada her gün 4 milyon insan kanser nedeni ile ağrı yaşamaktadır. Ağrı kanser hastalarının yaşam bütünlüğünü ve kalitesini önemli ölçüde bozmaktadır. Metastatik kanserlerin % 40'ında, ileri kanser olgularının % 90'nın da orta ve şiddetli düzeyde ağrı olduğu tahmin edilmektedir. Dünya'da tüm kanser hastalarının % 25'i şiddetli ağrısı dindirilmeden ölmektedir (68).

Kanserli hastalarda ağrıya neden olan faktörler arasında; tümörün kendisi, uygulanan tedavi yöntemleri ve tanı amaçlı uygulanan tanı testleri yer almaktadır. Ayrıca yapılan hemşirelik uygulamaları (enjeksiyon yapma, kıyafet değiştirme, ağırlı vücut kısımlarının hareketi) ve hastalık durumları (sırt ağrısı, artrit, dekübütüs ülseri, uzun süre hareketsizlik vs.) kanser ağrısında yer alan diğer faktörlerdir (33,68).

Kanserli hastalarda ağrının tipi nosiseptif, nöropatik ya da her ikisi de olabilir. Ağrı tipi ve ağrıya neden olan faktörlerin tanımlanması uygun girişimlere karar verilmesinde önemlidir. Fiziksel, psikososyal ve

çevresel faktörler ağrı algılamasını güçleştirebilir. Hemşire çok dikkatli bir şekilde değerlendirme yapmalı ve girişimleri planlamalıdır (68).

Kanserli hastalarda meydana gelen ağrı semptomu; depresyona, iştahın azalmasına, alınganlığa ve sosyal etkileşimin azalmasına, öfkeye, uykusuzluğa, yorgunluğa, başetme yetersizliğine ve dolayısıyla da hastanın yaşam kalitesini ve yaşama isteğini olumsuz yönde etkileyebilir (68,140).

Ağrı ve yorgunluk kanserli hastalar tarafından yaşanan en yaygın iki sorundur. Miaskowski ve Lee çalışmalarında (1999) ayakta tedavi gören kanserli hastaların % 45'nin bir gün boyunca orta-şiddette ağrı yaşadıklarını belirlemişlerdir (99).

Ayaktan tedavi gören onkoloji hastalarının ağrı ve yorgunluk sorunun incelendiği başka bir çalışmada ise kansere bağlı ağrısı olan hastaların ağrısı olmayan hastalara göre yüksek düzeyde yorgunluk yaşadıkları saptanmıştır. Bu bulgular kanser ağrısı ve yorgunluğu arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte ağrı yoğunluğu ve yorgunluk şiddetinin incelendiği çalışmaların yapılması gerektiği belirtilmektedir (99).

Ağrı, yorgunluk, ruhsal durum ve yaşam kalitesi birbirini etkilemektedir. Uzun süre devam eden ağrı ve yorgunluk hastaların fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi alanlardaki yaşam kalitesini etkilemektedir. Ruhsal ve fonksiyonel yeteneği sınırlayan yüksek düzeyde ağrı yoğunluğu ve süresi yüksek yorgunluk düzeyi ile ilişkilidir (173).

Kemik metastazı olan, ayaktan radyoterapi alan 24 hasta ile yapılan tanımlayıcı bir çalışmada yoğun düzeyde ağrı yaşayan hastaların yüksek düzeyde yorgunluk yaşadıkları belirlenmiştir (99).

Ağrının yeri ve süresi kadar ağrının yaygınlığını ve kalitesini belirlemek için tam bir ağrı değerlendirilmesi yapılmalıdır (183). Ağrı, mide bulantısı, diyare gibi semptomlar yorgunluktan önce olabilir, ona eşlik edebilir veya onu takip edebilirler. Bu semptomların değerlendirilmesi ve kontrol altına alınması kanser hastalarında yorgunluk semptomlarını azaltabilir veya önleyebilir (128).

1.7.1.5.2. Uyku Bozuklukları

Uyku bozukluğu; uyku uyumada sorun yaşama, gece boyunca uyanma, sabah çok erken uyanma, gece uykusundan sonra dinlenmemiş bir şekilde uyanma, uyku miktarının sınırlı olması veya gün boyunca hafif uyku uyuma gereksiniminin olması ile karakterize bir durumdur (99).

Kanserli hastalardaki uyku bozukluklarının tanının ilk konduğu zamanı içeren hastalık ve tedavi sürecinin çeşitli dönemlerinde, kemoterapi, radyoterapi veya immunoterapi süresince, hastalığın terminal evresi boyunca meydana gelebildiğini bildirilmektedir. Kanser ve kanserin tedavisine bağlı meydana gelen gastrointestinal sorunlar (bulantı, kusma ve diyare), anksiyete, depresyon ve kronik ağrı uyku bozukluğuna neden olan faktörler arasında yer almaktadır. Etiyolojisine bakılmaksızın uyku bozukluğu; gün boyunca yorgunluğa ve günlük

yaşam aktiviteleri için gerekli olan enerjinin ve bilişsel süreçlerin azalmasına neden olmaktadır (30,99,173).

Kanserli hastalarda uyku bozukluğunu ele alan çalışmalar sınırlıdır. Kanserli hastalarda uyku bozukluğu prevalansının % 23 - %50 olduğu tahmin edilmektedir. Bazı kanıtlar uyku bozukluklarının hastaların yorgunluk düzeyi ile ilişkili olduğunu göstermektedir (6,122).

Hastaların yaşam kalitelerini yükseltmek, ve ağrı gibi kanser semptomları ile baş etmelerini sağlamak için uyku bozukluğunun olmaması gereklidir. Çünkü uyku bozukluğu hastalarda yorgunluğa neden olmaktadır. Yorgunlukla ilişkili uyku bozukluğunun genel popülasyonda, kanserli hastalarda, depresyonlu hastalarda yaygın olduğu ve yorgunluk yaşayan kanserli hastaların, sıklıkla uyku bozukluğu yaşadıkları belirtilmektedir. Broeckel ve arkadaşları kanser öyküsü olmayan kadınlar ile meme kanseri olan hastaları karşılaştırdıkları çalışmalarında, meme kanseri olan hastaların daha şiddetli yorgunluk yaşadığını, şiddetli yoğunluğun düşük/zayıf uyku kalitesi ile ilişkili olduğunu saptamışlardır (6,90,173).

Radyoterapi tedavisi alan kanserli hastalarla yapılan çalışmada uyku sorunu hafifleyen hastaların düşük düzeyde yorgunluk yaşadıkları saptanmıştır (99).

Uyku kalitesinin düşük olduğunu ve gün boyunca uyuduğunu bildiren hastalar daha şiddetli yorgunluk yaşamaktadırlar. Berger (2003) kansere bağlı yüksek düzeyde yorgunluk yaşayan hasta genel olarak

aktivitelerini az yapabildiklerini ve iyi bir gece uykusu uyuyamadıklarını saptamıştır (12).

Kanserli hastalarda hastalık ve tedavi sürecinin çeşitli dönemlerinde ortaya çıkabilen uyku sorunlarını kontrol altına almak için; uyku sorununa neden olan faktörlerin ayrıntılı olarak değerlendirilmesi gereklidir. Aynı zamanda hemşirenin hasta ve ailesinin bu sorununu dinlemede gönüllü ve hazır olması, hasta ve ailesine bu konuda bilgilendirme yapması hasta ve ailelerin bu sorununu dile getirmelerini ve sorunun tedavi edilmesini sağlayabilir (68) .

1.7.1.5.3. Ruhsal Sorunlar

Kanser tanısı alan hastaların çoğunda hastalıklarının bazı dönemlerinde depresyon semptomunun görüldüğü ve depresyonun hastaların yaklaşık olarak % 15-25'ni etkilediği bildirilmektedir (4,107). Dergoatis ve çalışma arkadaşları kanserli hastaların % 6'sına majör depresyon tanısı konduğunu bildirmektedirler (163).

Kanserli hastalarda ölüm korkusu, terk edilme, sosyal değerlerin kaybı ve mali bağımlılık, cinsiyet, yaş, kontrol altına alınamayan ağrı veya diğer semptomlar, kanser tipi, kanser tedavisinde kullanılan ilaçlar gibi faktörler depresyona neden olabilir. (Tablo 4) (22,94,171).

Tablo 4:Kanserli Hastalardaki Depresif Semptomlar Bakımından Risk Faktörleri

-
- Sosyal izolasyon
 - Kayıplar
 - Karamsar olmak
 - Sosyo-ekonomik baskılar
 - Ruhsal rahatsızlık öyküsü
 - Alkol ve madde bağımlılığı
 - Önceden intihar girişimi
 - Yeterince kontrol altına alınamayan ağrı
 - İlaçların depresif yan etkileri
 - İleri evre kanser
-

Depresyon, inançlar, tutumlar kansere bağlı yorgunluğun meydana gelmesinde önemli rol oynayabilmektedir (37,80,107). Anksiyete ve depresyon yorgunluğa neden olan en yaygın psikolojik rahatsızlıklardır. Anksiyete; hastaların fiziksel, mental, sosyal ve ekonomik iyiliği üzerindeki etkisi kadar, kanser tanısı ile ilgili korku ve emosyonel stresin kaynağıdır. Kanser tanısı konmasından kaynaklanan sıkıntı yorgunluğu tetikleyebilmektedir (107).

Depresyon sorunu olan hastalar (ilgide azalma, konsantre olmada zorlanma, mental ve fiziksel güçsüzlük, umutsuzluk duyguları) fiziksel nedenlerden kaynaklanan yorgunluğu daha kötü yaşayabilmektedirler (107).

Kanserli hastalarla çalışan bazı araştırmacılar yorgunluk ve depresyon arasında önemli bir ilişki olduğunu bildirmektedirler (6). Knoff, Mc Corkle ve Young, Piper ve arkadaşları yorgunluk ve deprese ruh hali arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Weisman psiko-sosyal hassasiyet ve yorgunluk gibi sistematik problemler arasında

ilişki olduğunu saptamıştır (79). Holey çalışmasında (1991) yorgunluk ve depresyon arasında ilişki olmadığını belirlemiştir (73).

Bu kanıtlar anksiyete ve depresyon gibi psiko-sosyal rahatsızlıkların kanserli hastalardaki yorgunluk çalışmalarında göz önünde bulundurulması gereken önemli bir değişken olduğunu göstermektedir (79).

Hemşire kanser hastasında depresyon belirtileri olan üzüntü, çaresizlik ve umutsuzluk durumlarını belirlemeli ve yorgunluk yaşayan hastalarda depresyon etkenini göz önünde bulundurarak hastaya özgü bakım planı hazırlamalı ve gerekli hemşirelik girişimlerini uygulamalıdır (171).

1.7.1.5.4. Anemi

Anemi dokulara yeterince oksijen taşınmasını sağlayan kırmızı kan hücrelerinde azalma olarak tanımlanmaktadır. Doku hipoksisi sonucunda hastalar yorgunluk, güçsüzlük, dermansızlık, soğuğa karşı tolerans, baş ağrısı, bilişsel bozukluk ve yaşam kalitesinde azalma gibi önemli semptomları yaşayabilmektedirler. Uzun süreli şiddetli (< 8 g/dl) anemisi olan hastalar da letarji, egzersiz toleransında azalma, solunum güçlüğü ve palpasyon gibi semptomlar görülmektedir (34,57,75,80).

Kanserli hastalarda aneminin oluşmasına birçok faktör neden olmaktadır. Bu faktörler; neoplastik süreç, malignant hücrelerin iliğe infiltrasyonu, kemoterapi ve radyoterapiye bağlı Hb üretiminde azalma, tekrarlayan enfeksiyonlar, yetersiz beslenme, hematopoezis hastalıkları,

gastro intestinal kanamalar, demir, folik asit, B vitamini eksikliği, endojen eritropoetin düzeyinde azalmadır (34,54,57,67,109,166).

Kanserli hastalardaki anemi prevalansı tümörün tipine, evresine, önceki ve uygulanan tedavinin tipine ve zamanına ve aneminin yoğun olmasını presipite eden durumlara bağlıdır. Harrison ve arkadaşları (2000) random retrospektif çalışmalarında radyoterapiye devam eden 202 kanserli hastanın % 45'inde anemi bulunduğunu, tedavinin sonunda % 57'sinin anemik olduğunu saptamışlardır (72).

Klinik araştırmalarda kemoterapi hastalarının neredeyse tümünün hafif anemi yaşadıkları, % 80'nin ise şiddetli anemilerinin olduğu belirlenmiştir (34). Retrospektif bir çalışmada kolorektal (% 67), akciğer (% 63) ve servix kanseri (% 82) için radyoterapi alan hastaların tedavi sonunda anemik olduğu belirlenmiştir (109).

Groopman çalışmasında (1999) anemi insidansının, kemoterapi alan meme kanserli hastalarda % 55'nin grade 1-2, % 11'nin grade 3-4, over kanserli hastaların % 67'sinin grade1-2, % 32'sinin grade 3-4, NHL hastalarının % 49'nun grade 1-2, %17- % 79'nun grade 3-4 düzeyinde olduğunu saptamıştır (67,109).

Anemi; kansere bağlı yorgunluğa etkisi olan çok önemli bir faktördür. Kanserli hastaların hemoglobin değerlerinin sıklıkla 8-10 g/dl oranında olduğu bildirilmektedir (165). Kanser tedavisinden kaynaklanan anemi kansere bağlı yorgunluğun gelişimine katkıda bulunmaktadır. Birçok geleneksel kemoterapi tedavisi yaşam kalitesi üzerinde negatif etki yaratan anemiye neden olmaktadır. Kanserli

hastalar arasında hemoglobin düzeyleri ve yorgunluk arasındaki ilişki büyük oranda değişiklik göstermektedir.

Tektaş Üniversitesi Kanser Merkezinde Brief Yorgunluk Envanteri kullanılarak kanserli hastalarda yapılan bir çalışmada hemotolojik malignansili hastaların solid tümörü kanserli hastalardan daha çok yorgun oldukları belirlenmiştir (32).

Birçok çalışmada ya indirekt olarak yaşam kalitesi kriterlerini değerlendirerek ya da direkt olarak yorgunluğu değerlendirerek anemi ve yorgunluk arasında güçlü bir ilişki olduğu gösterilmektedir. Hemoglobin değerleri normale dönen hastaların yaşam kalitelerinin de iyileştiği bildirilmektedir (32,58).

Etkin anemi tedavisi altında yatan nedenin tedavi edilmesini gerektirmektedir. Hb düzeylerini arttırmak için epoetin, darbepoetin kullanımı kanserli hastalarda bilişsel fonksiyonların korunmasına yardımcı olabilmektedir (34). Kanser tedavisine bağlı yorgunluğun tedavisi; transfüzyon tedavisi ve eritropoetin alfa tedavisinden oluşmaktadır.

Glaspay ve arkadaşları (1997) 2000 den fazla yorgun, anemik hastaları eritropoetin alfa ile tedavi etmişler ve hastaların enerji düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin pozitif yönde arttığını belirlemişlerdir (58,173).

Yorgunluk ve aneminin derecesi arasında az ilişki olduğu bulunsa bile, anemi ve yorgunluk arasındaki ilişkileri inceleyen birçok çalışmanın yapılması gerektiği belirtilmektedir (80).

1.7.1.5.5. Beslenme Durumu

Malnutrisyon kanserli hastaların yaşam kalitesini, ekonomik durumunu ve yaşamını olumsuz yönde etkileyen bir sorundur. Malnutrisyon, anoreksiya, spontan ve istem dışı iştah kaybı, genel güçsüzlük, iskelet kaslarında atrofi, immun bozukluk ve çeşitli metabolik değişikliklerle karakterize kompleks multifaktöriyel sendrom anlamına gelmektedir (20,139).

Kanserli hastalarda enerji tüketimi, glikoz, yağ metabolizmasındaki anormallikler ve bazı psikososyal faktörlerin malnutrisyona neden olduğu düşünülmektedir. Kanser hastalarında meydana gelen depresyon; iştah kaybına, halsizliğe neden olurken endişe ve korku gibi psikolojik sıkıntılar oral alımı azaltabilmektedir. Kanser tedavisi süresince hastalarda genellikle zayıflık, halsizlik gözlenir. Bu durum hastaların iştahının azalmasına ve yemek yemeye karşı ilginin azalmasına yol açar. Malnutrisyon neden olan sosyal faktörler ise; hastanede kalma süresince gıda seçiminde kültürel farkların olması, alışkın olunan gıdaların olmaması veya bu gıdaları tüketemiyor olmasıdır (56,59).

Kanserli hastalarda malnutrisyona neden olan faktörlerden anoreksiya, bulantı, kusma ve hiper metabolizma sonucunda meydana gelen yetersiz beslenme, kilo kaybına ve yorgunluğa neden olmaktadır (Tablo 5) (3,77,106,118).

Tablo 5 : Besin Alımının Azalmasına Neden Olan Faktörler

Oral alımda azalma <ul style="list-style-type: none">- Anoreksia- Bulantı, kusma- Tat ve koku duyusunda değişiklik Tümörün lokal etkileri <ul style="list-style-type: none">- Odinofaji, disfaji- İntestinal, gastrikobstruksiyon- Erken doyma- Malabsorbsiyon Psikolojik faktörler <ul style="list-style-type: none">- Depresyon- Anksiyete	Kanser tedavisinin etkileri Cerrahi <ul style="list-style-type: none">- Çiğneme ve yutmada değişiklik- Postgastrektomi sendromları- Pankreatik yetersizlik- Anastomik yapılar Kemoterapi <ul style="list-style-type: none">- Bulantı, kusma- Tat duyusu algısında değişiklik- Stomatit, mukozit- Diyare Radyoterapi <ul style="list-style-type: none">- Odinofaji, disfaji- Kserotmi, mukozit- Fistüller
---	--

Radyoterapi tedavisine bağlı meydana gelen beslenme sorunlarına ilişkin bazı çalışma sonuçları bildirilmiştir. Kobashi-Schoot ve arkadaşları (1985) tarafından yapılan çalışmada hastaların % 30 veya daha fazlasında iştahsızlık, susama, ağızda kuruluk, bulantı, ağız yarası yutma sırasında ağrı, gastrik yanma ekşime, diyare, kusma ve tat alma duyusunda bozulma gibi gastrointestinal semptomların meydana geldiği ancak bu semptomlar ile yorgunluk arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır (89).

Irvine ve arkadaşları (1994) çalışmalarında yorgunluk ile kilo kaybı arasında bir ilişki olduğunu (78), Haylock ve Hart çalışmalarında kilo kaybı ve yorgunluk arasında negatif yönde bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Greenbeng ve arkadaşları (1992) tarafından yapılan çalışmada ise kilo kaybının yorgunluğu etkileyen bir faktör olmadığı saptanmıştır (65). Beach ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise beslenme parametreleri ile kilo kaybı arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir (10).

Malnutrisyon (kilo kaybı, iştahsızlık) ve aşırı beslenme (obezite, aşırı vitamin desteği) bakımından risk altında olan hastalarda ayrıntılı beslenme öyküsü önemli faktörlerin varlığını belirlemede yarar sağlamaktadır. Bazen ayrıntılı beslenme öyküsü alma uygun olmayan beslenme, aşırı destek maddeler kullanma veya diğer beslenme sorunlarını ortaya çıkarmaktadır (70).

Beslenme değerlendirmesi hasta öyküsü, fiziksel muayene ve özel laboratuvar testleri yoluyla yapılmaktadır (139). Öykü hastanın kilosunu, kilo değişikliği olup olmadığını, özel bir diyeti olup olmadığını ortaya çıkarır. 6 ay içinde istem dışı vücut kilosunun % 10 undan daha fazla kayıp önemli derecede beslenme yetersizliğinin olduğunu göstermektedir. Fiziksel muayene; kas zayıflığı, kas gücünde azalma ve yağ depolarının yıkımını belirlemektedir. Antropometrik ölçümlerden üst ön kol çevresi, kas kitlesinin belirlenmesini sağlar. Skapula altı ve triceps deri kıvrım kalınları vücut yağ indeksini göstermektedir. Bu değerler hastanın hidrasyon durumu ile değişmektedir (139).

Optimal kiloyu sürdürmek ve beslenme yetersizliklerini önlemek hasta sonuçlarını etkilemektedir. Ayrıca hastalığın tedavi döneminde beslenmeyi ayarlamak yarar sağlamaktadır. Bu nedenle beslenme her bir kanser hastasının tedavisinin tamamlayıcı bir parçası olmalıdır (70).

1.7.1.5.6. Aktivite Düzeyi

Fiziksel performans durumundaki bozulma kemoterapiye bağlı gelişen yorgunluğun en önemli etyolojik faktörleri arasındadır. Kardio-respiratuar ve musküler rahatsızlıklar ve kemoterapiye bağlı anemi,

çalışma kapasitesini azaltabilmekte ve bu nedenle hastalar aktivitelerini yaparken daha yüksek düzeyde çabaya gereksinim duymaktadırlar. Metabolik hız ve enerji tüketiminde artma sonucunda gcszlk ve yorgunluk ortaya çıkmaktadır. Yorgunluğu azaltmak için hastalar çaba gerektiren aktiviteleri yapmaktan sakınabilir ve aktivite düzeylerini azaltarak düzenleyebilirler. Fiziksel hareketsizlik kas zayıflığına ve performansın düşmesine neden olabilmektedir (38).

Uzun yıllar boyunca hekimler kanserli hastalara dinlenmelerini ve fiziksel aktiviteden sakınmalarını önermişlerdir. Hekimlerin bu önerileri ampiriktir. Çünkü hastalık ve hastalığın tedavisinin fiziksel performansı olumsuz yönde etkilediği egzersizin yorgunluk, solunum güclüğü ve taşikardi gibi semptomlara neden olabildiği ve bu nedenle g aktivitelerin hastalarda rahatsızlığa neden olabileceği dşlmekteydi (37).

Bununla birlikte, egzersiz düzeyinde azalma mantığa aykırı olan sonuçlara neden olabilmektedir. İnaktivite daha fazla kas gcszlğne ve kardiyovasküler iyiliğin kaybına ve dolayısı ile de yorgunluğa neden olmaktadır. Bu mekanizmalar; tedavi bittikten sonra bazı hastalarda fiziksel performansın bozulmasına ve yorgunluğun uzun süre devam etmesine yol açabilmektedir (38).

Son yıllardaki bilimsel kanıtlar fiziksel aktivite, dinlenme ve kansere bağlı yorgunluk arasındaki ilişki hakkındaki düşünceleri dramatik bir şekilde değiştirmiştir. Birçok çalışmada egzersizin tedavi süresince ve tedavi sonrasında yorgunluk belirtilerini ve yorgunluğu

azalttığı bildirilmektedir. Fiziksel aktivite kas kitlesinde ve solunumda artma, akciğer ventilasyon ve perfüzyonunu iyileştirme, kardiyak rezervi arttırma, oksidatif enzimlerin konsantrasyonunu arttırma gibi adaptive değişiklikler yaratmaktadır. Wunningham ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada fiziksel aktivitede bulunan kemoterapi hastalarının fiziksel performansının arttığı bildirilmektedir (37)

Malignant hastalığın aktif tedavi süresince yorgunluk ve fiziksel ve aktivite arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu aktif tedavi periyodu süresince, fiziksel aktivite ve yorgunluk arasında negatif bir ilişki olduğu görülmüştür. Ayrıca, yürüme ve egzersiz programlarının hastaların yorgunlukları üzerinde pozitif bir etki yarattığı belirtilmektedir (151).

Aeorobik egzersiz programına katılan hastalar egzersizin (büyük kas gruplarının ritmik olarak kasılması ve gevşemesi olarak tanımlanır) fiziksel performanslarını iyileştirdiğini ve yorgunluk düzeylerini azalttığını bildirmektedirler (38).

Orta ve şiddetli düzeyde yorgunluğu olan hastalar egzersiz ve aktivite biçimindeki değişiklikleri içeren aktivite düzeyleri hakkında sorgulanmalıdır. Egzersizi de içeren tedavi planı oluşturulduğu zaman bu değerlendirme çok önemlidir. Hastaların günlük yaşam aktivitelerini başarı ile yapıp yapmadıklarını, formal ya da informal egzersiz programlarına katılıp katılmadıklarını kayıt etmek önemlidir. Aynı zamanda yorgunluk durumunda egzersiz miktarını ve sıklığını, hastanın egzersiz ve aktivite biçiminin değişip değişmediğini not etmek önemlidir. Hastaya egzersiz programı önermeden önce sağlık ekibi hastanın

durumunu değerlendirmelidir. Bunu yapacak en iyi kişi fizyoterapist olabilir. Yorgun olan hastaları; egzersizin semptomları hafifleteceği konusunda ikna etmek zor olabilmektedir. Hastanın önemli rahatsızlıkları varsa konuşarak ve düşük aktivite düzeyinde bir egzersiz programına başlatmak en iyi yol olabilir. Eğer hastalar çok yoğun bir egzersiz programına başlatılırsa önemli komplikasyonlar ortaya çıkabilir (kas incinmesi, kardiyak komplikasyonlar), cesaretleri kırılabilir ve buna bağlı olarak da yorgunlukları giderek artabilir (108).

1.7.1.5.7.Kansere Dışındaki Diğer Hastalıklar

Kanserli hastalarda kanser dışındaki diğer hastalıklar; enfeksiyon, kardiyak disfonksiyon, pulmoner disfonksiyon, renal disfonksiyon, hepatik disfonksiyon, nörolojik disfonksiyon, endokrin disfonksiyon ve hipotroidizimdir.

Kanserle dışındaki yukarıda belirtilen hastalıklar kanserli hastalarda meydana gelen yorgunluk semptomunun oluşmasına önemli derecede katkıda bulunmaktadır. Kanserli hastaların çoğunda görülebilen bu rahatsızlıklar belirlenebilir ve tedavi edilebilir. Her bir hastalık durumu uygulanan tedavi yönetimi ile birlikte değerlendirilmelidir. Eğer hastalık etkin olarak tedavi edilemiyorsa tedavinin tekrar değerlendirilmesi gereklidir (108,158).

1.7.1.6.Yorgunluk Değerlendirmesi ve Yönetimi

Hemşire etkin bir bakım planı oluşturabilmek için yorgunluğu etkileyen tüm subjektif ve objektif verileri değerlendirmelidir. Subjektif değerlendirmede; hastanın fonksiyonları, hastalık ve tedavi sürecine

bağlı ortaya çıkan semptomlar, yorgunluğun hastada yarattığı fiziksel, bilişsel ve duygusal semptomlar, performans durumu ve hareket düzeyini değerlendirmelidir. Objektif olarak ise; yorgunluğun geçerliğini sağlayan laboratuvar sonuçlarını değerlendirmelidir (80,128).

Bunların yanında kontrol altına alınması mümkün olan faktörlerden ağrı, ruhsal sorunlar, uyku sorunları, anemi durumu, beslenme durumu, aktivite düzeyi ve kansere bağlı olmayan diğer hastalık durumlarını değerlendirmelidir (80,108,158).

Hemşire NCCN'in yorgunluk uygulama rehberindeki yorgunluk tanılama ve tedavi algoritmini kullanarak hastanın yorgunluk durumunu düzenli olarak değerlendirebilir ve yorgunluk düzeylerine ilişkin hemşirelik uygulamalarını planlayabilir (Şekil 4).

1.7.1.6.1.NCCN'in Yorgunluk Uygulama Rehberi (The NCCN Practice Guidelines For Fatigue)

NCCN kansere bağlı yorgunluk sorununu ortaya çıkarmak için yorgunluk alanındaki uzman kişilerle bir panel gerçekleştirmiştir. Kansere bağlı yorgunluk klinik uygulama rehberi ilk kez 2000 yılında yayınlanmış ve bu alandaki klinik araştırmalar ve deneyimler, ve bakım için tavsiye edilen öneriler doğrultusunda sentez edilerek 2003 yılında revize edilmiştir (108).

NCCN panelde ayrıca kansere bağlı yorgunluğun yönetimi için bakım standartları geliştirmiştir (Tablo 6).

Tablo 6: Kansere Bağlı Yorgunluğun Yönetimi İçin Bakım Standartları (102)

- Yorgunluk hastaların kendi ifadeleri ile ve diğer veri kaynakları kullanılarak değerlendirilebilen subjektif bir deneyimdir.
- Yorgunluk izlenebilir, değerlendirilebilir ve klinik uygulama rehberlerine göre yönetilebilir.
- Tüm hastalar ilk kontrollerinde , belirli aralıklarla ve klinik olarak endike olduğu zaman yorgunluk bakımından izlenebilirler
- Yorgunluk hastalığın tüm evrelerinde , tedavi süresince ve tedaviyi takiben tanılanabilir, değerlendirilebilir, izlenebilir , kayıt edilebilir ve tedavi edilebilir
- Yorgunluk değerlendirmesi ve yönetiminde uzmanlaşmış sağlık bakım profesyonelleri gerekli zamanlarda danışmanlık yapabilmelidir.
- Yorgunluk yönetimi için rehberler oluşturmak için multidisipliner kurumsal komiteler kurulmalıdır.
- Yorgunluğun değerlendirilmesi ve yönetiminde sağlık bakım profesyonellerinin sahip olduğu bilgi ve becerilerin aktarıldığı eğitim ve öğretim programları geliştirilmelidir.
- Hastalar ve aileler tüm sağlık bakımının ayrılmaz bir parçası olan yorgunluk yönetiminde bilgilendirilmelidirler.
- Kansere bağlı yorgunluk klinik bakım çalışma sonuçlarını içermelidir
- Kaliteli yorgunluk yönetimi kurumda sürekli kalite geliştirme projelerini içermelidir.
- Tıbbi bakım anlaşmaları yorgunluk tedavisinin masraflarını kapsamalıdır
- Yetersizlik sigortaları yorgunluğun sürekli etkilerini takip etmelidir

Bu yorgunluk standartları kanserli hastalardaki yorgunluğun değerlendirilmesi ve yönetimi için en iyi düzeydeki bakımı göstermektedir. Bu standartların ve rehberin amacı yorgunluk yaşayan tüm kanserli hastaların belirlenmesini ve efektif olarak tedavi edilmesini sağlamaktır (102,108).

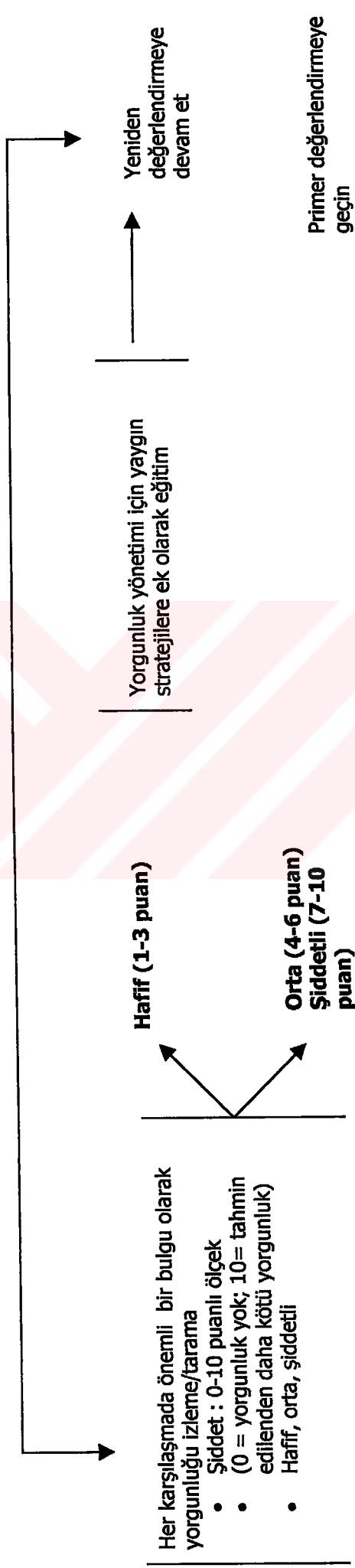
NCCN'in kansere bağlı yorgunluk klinik rehberindeki yorgunluk değerlendirme ve tedavi algoritmi; **tarama (screening), primer**

değerlendirme (primer evaluation), girişimler (intervention) ve yeniden değerlendirme (re-evaluation) olmak üzere 4 fazdan oluşmaktadır (Şekil 4).

Tarama fazı süresince; eğer yorgunluk yok (0 puan) veya hafif düzeyde yorgunluk (1-3 puan) var ise, sağlık ekibi eğitim ve destek bakım sağlar. Eğer yorgunluk düzeyi orta (4-6 puan) ve şiddetli (7-10 puan) ise; sağlık ekibi yorgunlukla ilişkili olan primer faktörlerin değerlendirilmesini içeren ayrıntılı yorgunluk değerlendirmesiyle öykü ve fiziksel muayeneye odaklanır. Yorgunluk yönetimi temel ***eğitim ve danışmanlıkla*** başlamaktadır. Ek girişimler yorgunluğu azaltmak için ***nonfarmakolojik*** ve ***farmakolojik*** yaklaşımlar kadar yorgunluğa neden durumları düzeltmeyi içerir. Girişimlerin etkisinin değerlendirilmesi algoritmi tamamlamada gerekli olan adımlardır (102,108).

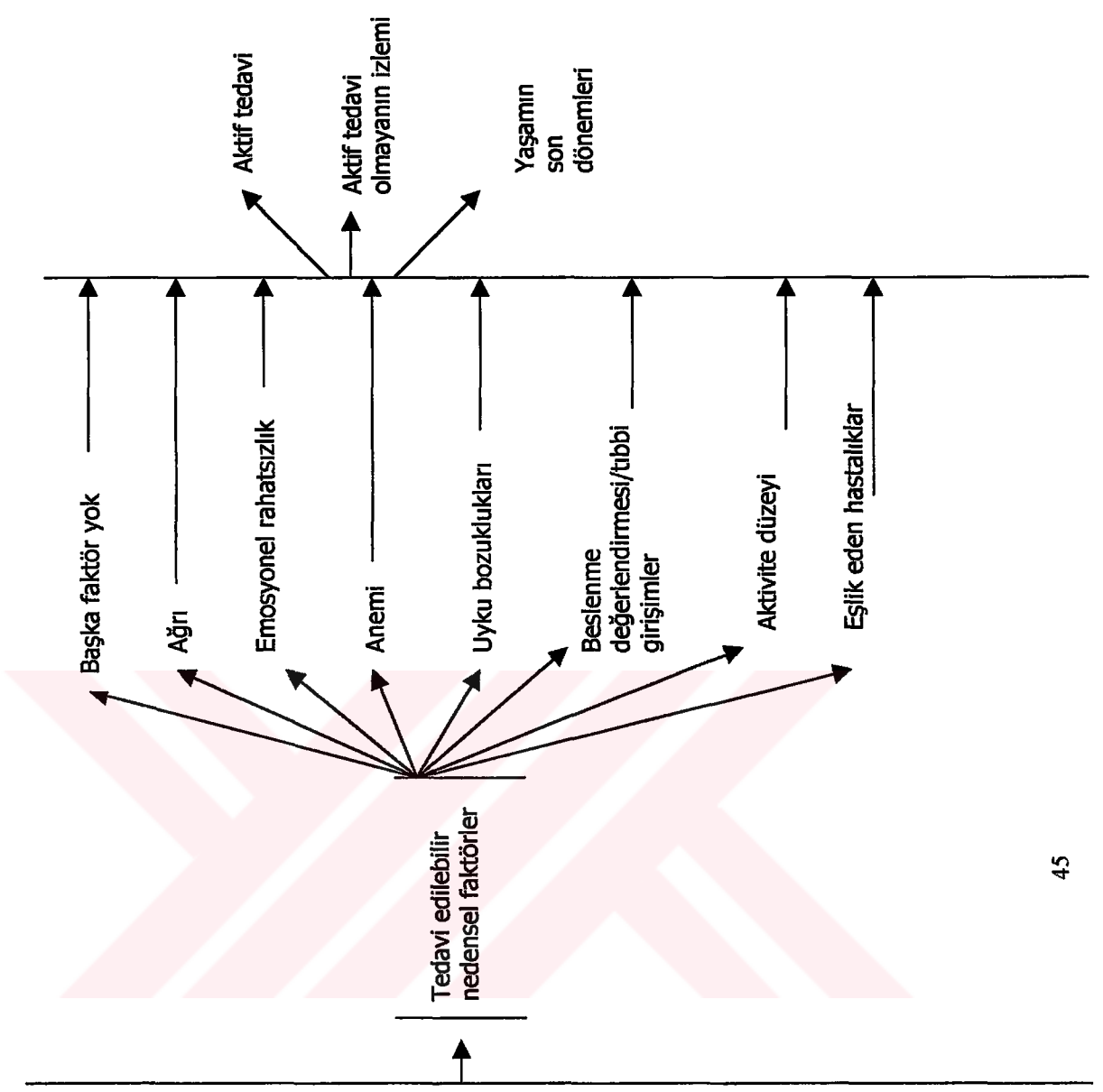
Şekil 4: Yorgunluk Tanılama Algoritmi (108)

SCREENING (İZLEME/TANILAMA)



Öyküye odaklanma

- Bireylik durumu ve tedavisi
 - Tekrarlamayı veya ilerlemeyi hariç tut
 - Şimdiki ilaç tedavisi/ tedavi değişiklikler
- Kapsamlı yorgunluk tanınması
 - Başlangıcı, pattemi,süresi
 - Normalden fazla değişiklik
 - İlişkili veya hafifleten faktörler
 - Fonksiyonları sınırlama
- Tedavi edilebilir neden olan faktörlerin değerlendirilmesi
 - Ağrı
 - Ruhsal sorunlar
 - Uyku bozuklukları
 - Anemi
 - Beslenme durumu
 - * Kilo / kalori alımındaki değişiklikler
 - * Sıvı elektrolit dengesizliği;
 - sodyum,potasyum,kalsiyum,magnezyum
 - Aktivite düzeyi
 - *Egzersiz veya aktivite biçimindeki değişiklikler
 - Sağlıkta bozulması
 - Sağlıkta bozulması (Comorbidities)
 - * Enfeksiyon
 - * Kardiyak Disfonksiyon
 - * Pulmoner Disfonksiyon
 - * Renal Disfonksiyon
 - * Hepatik Disfonksiyon
 - * Nörolojik Disfonksiyon
 - * Endokrin Disfonksiyon
 - * Hipotroidizm



AKTİF TEDAVİ GÖREN BİREYLER İÇİN GİRİŞİMLER

Birey /aile eğitimi ve danışmanlık

- Tedavi süresince ve takibinde yorgunluk biçimi hakkında bilgilendirme
- Tedaviye bağlı yorgunluğun mutlaka bireylerin ilerlediğinin göstergesi olmadığı konusunda güven kazanma
- Etkin değerlendirme için yorgunluk düzeyinin günlük bireysel izlemi

Yorgunluk yönetimi için en yaygın stratejiler

- Enerjiyi koruma
 - * Öncelikleri belirleme
 - * Kısa yürüyüş yapma
 - * Yetki verme
 - * Enerjinin pik yaptığı zamanlarda aktiviteleri planlama
 - * İş yapmada tasarruf sağlayan araçları kullanma
 - * Gereklili olmayan aktiviteleri erteleme
 - * Gece uyumayı engellemeyecek şekilde gündüz hafif uyku uyuma
 - * günlük işleri planlama
- Dikkati başka yöne çekme (oyunlar, müzik dinlemek, kitap okumak, sosyal aktivitelere katılma)

Non-Farmakolojik Yöntemler

- Aktiviteyi artırma
 - * Optimal aktivite düzeyini sürdürmek
 - * Egzersiz programına başlamayı göz önünde bulundurmamak
 - * Uygunsa fiziksel terapiye göndermeyi göz önünde bulundurmamak
 - * Neden:
 - Kemik metastazi
 - İmmünosupresyon/nötro peni
 - Trombositopeni
 - Ateş
- İyileştirici terapiler
- Beslenme konsültasyonu
- Uyku tedavisi
- Aile etkileşimi
- Psiko-sosyal girişimler
 - Gevşeme
 - Relaksasyon
 - Destek gruplar

Farmakolojik

- Yorgunluğun diğer nedenleri elimine edildikten sonra psikostimulan ilaçlar düşündür
- * methyphenidate
- Antidepresanlar
- Steroidler

Değerlendirmeyi tekrarla

1.7.1.6.1.1. Yorgunluk Taraması

Standartlar hastanın var olan yorgunluk şiddetinin onkoloji sağlık ekibi ile ilk karşılaştığında ve uygun aralıklarla ve klinik olarak endike olduğunda taranması gerektiğini önermektedir. Yorgunluk sık olarak tanı ve tedavi periyodunu uzattığı için takip eden bakım dönemlerinde yorgunluk taraması yapılmalıdır. Hastalar sıklıkla rahatsızlık veren yorgunluğu konuşmaktan çekinirler, isteksizdirler, sağlık bakımı ekibi kanser tedavisine yoğunlaşmakta ve hastanın tek başına yönetemediği bu rahatsızlığa çok fazla önem göstermemektedir. Hastalar tedaviyi tolere edecek kadar kendilerini iyi hissetmemeleri nedeniyle kanser tedavisinin gecikeceği veya değişebileceğinden korkabilirler (102,108) .

Bu fazda hemşire yorgunluğa özel değerlendirme araçları ile hastaların yorgunluk durumunun olup olmadığını belirleyebilir. Yorgunluğu ölçmek için bir çok geçerli ve güvenilir araç olmasına karşın en sık hafif, orta ve şiddetli olarak sınıflandırılan ve 0-10 puanlı envanterler kullanılmaktadır.

Yorgunluk yoğunluk düzeyini gösteren 0-10 puanlı envanterde; **1-3 puan** hafif, **4-6 puan** orta ve **7-10 puan** şiddetli olarak değerlendirilir. Orta düzey yorgunluk sıkıntıya ve aktivite düzeyinde azalmaya neden olabilmektedir. Hemşire; hasta yorgun olmadığını veya hafif düzeyde yorgun olduğunu söylerse, tedavinin bir parçası olarak, yeniden değerlendirme için bir plan yapmaya kadar ve kanser tedavisi devam edinceye kadar hasta ve aileye yorgunluğa ilişkin eğitim yapmalı ve yorgunluk yönetimindeki en yaygın stratejiler hakkında bilgi vermelidir. Hastalar tedavinin başlangıcında pek etkilenmezler, fakat tedavinin son evrelerinde yorgunluk hissederler.

Duysal(sensory) bilgilendirme kadar objektif bilgilendirmeyi içeren hasta eğitiminin yorgunluk azaltılmasında ve diğer klinik sonuçların iyileştirilmesinde etkili olduğu gösterilmiştir. Hasta tedavi süresince yorgunluk durumuna yeterince hazırlanmazsa, var olan yorgunluğunda bir artış olacağı, tedavi etkisinin azalacağı veya hastalığının ilerleyeceği konusunda endişe yaşayabileceği belirtilmektedir (102,108).

1.7.1.6.1.2. Yorgunluğun Primer Değerlendirilmesi

Hasta tarama aşamasında orta veya şiddetli yorgunluk yaşadığını belirtirse hemşire yorgunluk tanılama ve tedavi algoritmindeki primer değerlendirme aşamasına geçmelidir. Bu fazda hastanın hastalık ve tedavi durumu ayrıntılı olarak değerlendirilmeli ve ayrıntılı yorgunluk tanılması yapılmalıdır. Ayrıntılı yorgunluk tanılmasında hastalarda yorgunluğa neden olduğu bilinen en yaygın olan ağrı, ruhsal sorunlar, anemi, uyku sorunları, beslenme durumu, aktivite düzeyi ve kansere bağlı olmayan hastalıklardan oluşan yedi klinik durum değerlendirilmelidir. Bunlara ek olarak hastada yorgunluğa neden olabilen; narkotik, sedatif, hipnotik, antihistaminik, antiemetik, antihipertansif ve anksiyete grubu ilaçlar değerlendirilmelidir (102).

Bu faktörlerin yanında hastanın kansere bağlı olmayan hastalıkları da değerlendirilmelidir (102).

Hastanın beslenme durumunu değerlendirmek için bir takım antropometrik ölçüm değerleri (beden kitle indeksi, ön kol kas çevresi, triceps kıvrım) ve laboratuvar, (albumin, protein) sonuçları ve sıvı elektrolit denge durumu değerlendirilmelidir. Çünkü kalori ve besin alımındaki

yetersizlik, dehidratasyon ve düşük serum elektrolit düzeyleri kanserli hastalarda yorgunluğa neden olmaktadır. Yorgunluğa neden olan diğer bir önemli faktör; hastaların normal günlük yaşam aktivitelerine karşı toleransını azaltan kanser tedavisi süresince olan hareketsizlik durumudur (102,108).

Eğer bu faktörlerden herhangi birisi tanılama sırasında belirlendi ise; hemşire hekim ile işbirliği yaparak var olan bakım standartlarına veya uygulama rehberine göre belirlenen faktöre yönelik hasta ve aileye eğitim yaparak hasta sonuçlarını değerlendirmelidir.

1.7.1.6.1.3.Yorgunluğa İlişkin Girişimler

1.7.1.6.1.3.1. Hasta ve Aileye Eğitim Ve Danışmanlık

Tüm kanserli hasta ve yakınlarının yorgunluk hakkında eğitilmesi önerilmektedir. Optimal olarak yorgunluk oluşmadan önce yorgunluk biçimi ve süresi konusunda bilgi vermek gereklidir. Tüm hastalar; radyoterapi, kemoterapi veya bioterapi gibi tedavilere devam ettikleri zaman orta veya şiddetli düzeyde yorgunluk yaşayabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidirler. Eğer yorgunluk meydana gelirse bunun tedavinin bir sonucu olduğu, tedavinin etkin olmadığı veya hastalığın ilerlediği anlamına gelmediği konusunda açıklama yapılmalıdır.

Eğitime ek olarak NCCN'in yorgunluk klinik bakım rehberinde yer alan ve yorgunluk ile baş etmede yararlı stratejiler konusunda hastaya danışmanlık yapılmalıdır (108).

1.7.1.6.1.3.2.Nonfarmakolojik Yöntemler

Tedavi süresince aktiviteyi artırma ve psikososyal uygulamaları içeren nonfarmakolojik yöntemlerin yanında, iyileştirici tedaviler, beslenme yönetimi, ve uyku tedavisi diğer bazı destekleyici yöntemlerdir (108).

1.7.1.6.1.3.2.1.Egzersiz

Kansere bağlı yorgunluğun nonfarmakolojik tedavilerinden biri olan egzersizin tedavi edici yararları çok fazladır. Günlük aktivitelerin yapılmasında enerji harcaması ve tüketiminin artması yorgunluğa neden olmaktadır. Orta düzeyde bir egzersiz eğitimi kardiyorespiratuar sisteme iyi yanıt sağlar. Ayrıca, düzenli egzersizin endorfini artırarak ruhsal durumu iyileştirdiği ve bilinmeyen mekanizma ile uyku kalitesini iyileştirdiği gösterilmiştir. Bu yüzden hastaların var olan aktivitelerini sürdürmeleri konusunda cesaretlendirilmeleri önemlidir. Egzersiz programına başlayan her kanser hastası fiziksel terapi veya fiziksel tedavi ve rehabilitasyon ihtiyacını gösteren komorbidite ve komplikasyonlar yönünden izlenmelidir.

Egzersiz programı hastanın yaşı, fiziksel aktivite düzeyi, kanser tipi ve evresi, kanser tedavi şekli göz önünde bulundurularak hastae özgü olmalıdır. Aktif olmayan veya yüksek düzeyde yorgunluk belirten kişiler için egzersiz programları en düşük yoğunluk düzeyinde ve süresinde başlatılmalı, yavaş olarak arttırılmalı ve hastanın durumunda değişiklik görüldüğünde modifiye edilmelidir. Hastada kemik metastazi, nötropeni, trombositopeni, ateş veya diğer komplikasyonlar olduğu zaman egzersiz çok dikkatli planlanmalı ve izlenmelidir. Ayrıca ruhsal bozukluklar ve uyku sorunlarının egzersiz ile önemli derecede azaltılabileceği belirtilmektedir (102,108).

1.7.1.6.1.3.2.2.Psikososyal Girişimler

1.7.1.6.1.3.2.2.1.Baş Etme Stratejileri, Dikkati Başka Yöne Çekme, Enerjiyi Koruma

Eğitim ve danışmanlık yorgunluğa yönelik yapılan tüm girişimlerde temeldir. Eğer hasta spesifik tedavi protokolü süresince özel yorgunluk biçimini bilirse, yorgunluktan daha az etkilenir ve daha iyi başedebilir. Yorgunluğun tedavisinde; yorgunluğun spesifik nedenlerinin belirlenmesi ve tedavi edilmesi istenmesine karşın, yorgunlukla baş etmek için gerekli olan stratejilerinde bilinmesi gereklidir.

Hemşire yorgunlukla ilgili baş etme stratejileri hakkında bilgi sahibi olmalı ve bu baş etme stratejilerini hastalara öğretmelidir. NCCN'in yorgunluk uygulama rehberinde yer alan yorgunluk baş etme stratejileri; enerjiyi koruma, dikkati başka yöne çekme ve stres yönetimidir. Gereki olmayan aktivitelerin ertelenmesi, enerjinin yüksek olduğu zamanın belirlenmesi, enerjinin yüksek olduğu zamanlarda aktivitelerine ve dinlenme periyotlarına gün içinde yer verilmesini içeren enerjiyi koruma teknikleri hakkında hasta ve ailesi bilgilendirilmelidir. .

Dikkati başka yöne çekmek "Kanserli hastaların yorgunluk yönetiminde büyük bir olasılıkla eylem mekanizması olarak serebral korteksi uyararak yardımcı olmak şeklinde" tanımlanmaktadır.

Dikkati başka yöne çekmeyi sağlayacak aktiviteler; kitap okuma, sosyal olma, müzik dinleme ve televizyon izlemedir. Yorgunlukla baş etmede önemli diğer stratejiler gevşeme, pozitif düşünme ve destek gruplara katılmaktır. Kanserli hastalarda yorgunluk ve emosyonel durum arasında pozitif ilişki

olduğunu gösteren bazı güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Onkoloji alanında yapılan birkaç çalışmada destek gruplara katılan veya baş etme stratejisi olan hastaların yorgunluk düzeylerinin azaldığı saptanmıştır (102,108).

1.7.1.6.1.3.2.3. İyileştirici Tedaviler

İyileştirici tedavi yorgunluğun duysal boyutuna odaklanan ek bir nanformakolojik yaklaşım şeklidir. Attentional (zihinsel) yorgunluk konsantre olma, direkt dikkat, veya problem çözme kapasitesinde azalma olarak tanımlanmaktadır. Yüksek düzeyde yorgunluğu olan kanserli hastalar sıklıkla yorgunluklarının bir parçası olarak konsantre olmakta zorlandıklarını ifade etmektedirler. Bu alanda yapılan önceki çalışmalar bahçe işleri yapma, bir parkta oturma, kuşları izleme gibi düzenli doğal çevresel aktiviteleri içeren iyileştirici tedaviyi alan hastaların kognitif testlerinde; konsantre olma ve problem çözme becerilerinin iyileştiği belirlenmiştir (102,108).

1.7.1.6.1.3.2.4. Uyku Tedavisi

Kanserli hastalar uyku biçiminde önemli bozuklukların olduğunu bildirmektedirler. Hem insomnia hem de hipersomnia yaygın olan uyku sorunlarıdır. Etkin olduğu gösterilen uyku girişimleri uyarı kontrolü (tam zamanında yatma, kafein kullanımından sakınma ve gece uyarıcı aktivitelerden sakınma) ve uyku sınırlamasıdır (öğleden sonra uzun süre şekerleme yapmaktan sakınma ve normalden uzun süre yatakta kalmama) (108).

1.7.1.6.1.3.2.5. Beslenme Tedavisi ve Konsültasyonu

Kanserli hastaların çoğunda beslenme durumunda değişiklikler meydana gelmektedir. Çünkü kanser ve kanser tedavisi besin alımını

sınırlayabilir, beslenme konsültasyonu anoreksiya, diyare, bulantı ve kusmanın neden olduğu beslenme yetersizliklerinin tedavisinde yardımcı olabilmektedir. Yeterli hidrasyon ve elektrolit dengesi yorgunluğun önlenmesi ve tedavi edilmesinde gereklidir (108).

Kanserli hastalar beslenmede zorluk yaşıyorsa, bulantı ve kusma, insomnia veya uzun süreli hareketsizlik varsa, bu durumlar tedavi edilmelidir. Çünkü bu durumlar yorgunluğa neden olabilmekte ve hatta enerji kaynakları ve enerji tüketimi arasında direkt olarak dengesizliğe neden olabilmektedir (102).

1.7.1.6.1.3.3.Farmakolojik Yaklaşımlar

Kansere bağlı yorgunluğun en son tedavisi farmakolojik tedavidir. Hastaya depresyon tanısı kondu ise; antidepresan ilaçlar kullanılmaktadır ve insomnia problemi olduğu zaman ise hipnotik kullanımı yararlı olabilmektedir. Methylphenidate gibi psikostimulanların kronik hastalıklardaki yorgunluğu azalttığı belirlenmiştir ve günümüzde kanserli hastalar üzerindeki etkilerini değerlendiren çalışmalar yapılmaktadır (108).

Kanserli hastalarda anemiyi tedavi etmenin en iyi yolu alitta yatan nedenin tedavi edilmesidir (80,102,108).

Bununla birlikte, yorgunluğun spesifik bir nedeni belirlenemediği zaman kansere bağlı yorgunluğu tedavi etmek için birkaç sistematik ilaç tedavi yaklaşımları bildirilmektedir. Kortikosteroidlerin ileri evre kanserli hastalarda enerji düzeyini arttırmada yardımcı olduğu bildirilmektedir (102).

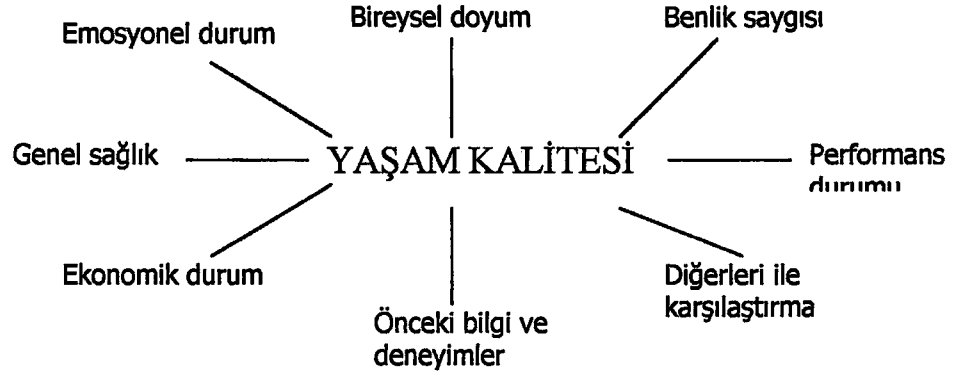
1.7.1.6.1.4.Tekrar Değerlendirme

Uygun değişimlerle ve yeni tedavilerle hastanın durumunun yeniden değerlendirilmesi yorgunluk tedavisinin efektif bir kısmıdır (108).

1.7.1.7. Kansere Bağlı Yorgunluk ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi genel olarak en azından sosyal, psikolojik, emosyonel ve tinsel alanları içeren bir kavram olarak kabul edilmektedir. Birçok tanımda hastaların çeşitli alanlarındaki fonksiyonel düzeylerinde memnun edilmesi olarak tanımlanmaktadır. Yaşam kalitesi tanımlarının çoğu sadece hastalık ve bedensel güçsüzlüğün yokluğu değil aynı zamanda fiziksel, mental, ve sosyal iyilik hali olarak WHO'nun sağlık tanımı üzerine dayandırılmaktadır(179).

Skin ve Johnson bireylerin ihtiyaçları, istekleri, bireysel gelişimini sağlayan aktivitelere katılması ve doyum almasını içeren yaşam kalitesinin önceki deneyim ve bilgilere bağlı olduğunu ileri sürmektedir. Patterson herhangi bir yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için varsayılan gerekli belli özelliklerin belirlenmesi gerektiği konusunda farklı olarak yaklaşmaktadır. Bunlar; genel sağlık, performans durumu, genel iyilik, emosyonel durum ve ekonomik durumu içermektedir. Yaşam kalitesi bireylerin günlük yaşam aktivitelerini etkileyen fiziksel, mental ve sosyal faktörlere gösterdiği özet ve kompleks bir terimdir. Yaşam kalitesi yaşam kalitesini etkileyen tüm faktörleri kapsamaktadır (88).



Şekil 5: Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Dünya'da kanserli hastaların sayısı artmasına rağmen, yeni tedaviler yaşam süresini 5 yıl uzatmaktadır. Kanser tanısı olan birey sayısındaki artış ve yaşamın iyileştirilmesi ile yaşam kalitesi konusu giderek artan bir şekilde önemli olmaya başlamıştır. Yaşam kalitesinin göz önünde bulundurulması hem yeni tedavi rejiminin değerlendirilmesi hem de hastalığın tüm tedavi stratejilerinin geliştirilmesinde önemlidir. Düşük yaşam kalitesi hastanın başarılı bir şekilde tedavisine devam etmesindeki istekliliğini artırabilir (25,53,74,85,91,136,177,188).

Kanser bakımında primer amaç hastanın yaşam kalitesini geliştirmek veya devam ettirmektir. Kanserli hastalar sadece yaşamı kısaltmayan aynı zamanda yaşam kalitesini azaltan ağrı, anoreksiya, ve yorgunluk gibi hastalık ve tedavi sürecine bağlı olarak bazı semptomlar yaşarlar (126,172,188). Yorgunluk kanserli hastaların yaşam kaliteleri üzerinde negatif bir etki yaratmaktadır (100).

Kanserli hastalarda yorgunluk sık olarak bildirilen bir semptomdur ve uygun değerlendirme ve tedavi yaklaşımlarla hafifletilebilmektedir.

Yorgunluk kanser tedavisi ile ilişkili en yaygın semptomdur ve hastanın yaşam kalitesi üzerinde büyük ve negatif etkiye sahiptir (19,88,134). Yorgunluk fiziksel, bilişsel, affektif olarak ifade edilen subjektif ve çok boyutlu bir kavramdır. Hastanın iyi olma hissini, günlük aktivitelerini yapma becerisini, aile ve arkadaşları ile olan ilişkisini, tedaviyi devam etme ve hastalıkla baş etme becerisini yaşam kalitesini negatif yönde etkileyebilir (35).

Smets ve arkadaşları hastaların yaşam kalitelerinin yorgunluğa bağlı olarak negatif yönde etkilendiğini saptamışlardır (155).

Kanserli hastalar normal fonksiyonlarını ve iyi bir yaşam kalitesinde temel engelin yorgunluk olduğunu belirtmektedirler .

Ahlberg (2003) ve arkadaşları yorgunluk ve yaşam kalitesi arasında ilişki olduğunu (2), Magnusson ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan çalışmada yorgunluk yaşayan kanserli hastaların yaşadıkları yorgunluğun yaşamlarını negatif yönde sınırladığını ve yaşam kalitelerinin bozulduğunu belirtmişlerdir (95). Ferrell (1996) yorgunluğun yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu ve fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal boyutlarını etkilediğini belirlemiştir (47). Başka bir çalışmada ise yorgunluk yaşayan hastaların sosyal aktivitelerinin azaldığı belirlenmiştir (95).

Kanserli hastaların yaşam kalitesini arttırmak için, hemşire kanserli hastalarda hastalık süreci ve tedavi sürecine bağlı olarak meydana gelebilecek tüm semptomları özellikle yorgunluk semptomuna neden olan ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri değerlendirmeli, bireyin gereksinimleri doğrultusunda gerekli girişimleri uygulamalı ve sonuçlarını değerlendirmelidir.

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma kemoterapi tedavisi alan gastrointestinal sistem kanseri olan hastaların yorgunluk durumlarını tanılamak ve etkin hemşirelik eğitiminin hastaların yorgunluk durumu ve yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla tanımlayıcı ve yarı deneysel olarak yapılmıştır.

2.2.KULLANILAN GEREÇLER

Araştırmanın verileri; hasta tanıtım formu (EK-2), Brief Yorgunluk Envanteri (BYE) (EK-3), Piper Yorgunluk Ölçeği (PYÖ) (EK-4), EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-5) kullanılarak toplanmıştır. BYE'ne göre yorgunluk puanı 4-10 puan olan hastalarda yorgunluğa neden olan primer faktörlerden ağrı değerlendirmesi için Brief Ağrı Envanteri (BAE) (EK-6), ruhsal sorunlardan depresyon durumunu değerlendirmek için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (EK-7), uyku kalitesini değerlendirmek için Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (EK-8), beslenme durumunu değerlendirmek için Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) (EK-9), performans durumunu değerlendirmek için ECOG Performans Durum Ölçeği (ECOG-PDÖ)(EK-10), anemi durumunu değerlendirmek için Anemi

Değerlendirme Formu (EK-11) ve kanser dışında var olan kronik hastalıkları belirlemek için kronik hastalık kayıt formu (EK-12) kullanılmıştır.

2.2.1.Hasta tanıtım formu (EK-2)

Hastaya ait sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin değişkenleri içeren hasta tanıtım formu 22 sorudan oluşmaktadır.

2.2.2.Brief Yorgunluk Envanteri (Brief Fatigue Inventory) (BYE) (EK-3)

Mendoza ve arkadaşları tarafından (1999) geliştirilen BYE yorgunluk şiddetini (şu an, her zaman, en kötü) (1,2,3) ve yorgunluğun günlük yaşam aktiviteleri (4a, 4b, 4c, 4d, 4e, 4f) üzerindeki etkisini değerlendirmektedir. 9 maddeden oluşan BYE'nin her bir maddesi 0-10 puan arasında bir değer almaktadır. Yorgunluk şiddet puanı 1,2 ve 3. madde toplam puanı 3'e bölünerek, ve yorgunluğun günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etki puanı 4a, 4b, 4c, 4d, 4e ve 4f madde toplam puan 6'ya bölünerek hesaplanmaktadır. BYE'den elde edilen **0** puan **yorgunluğun olmadığını**, **1-3** puan **hafif düzeyde** yorgunluk olduğunu, **4-6** puan **orta düzeyde** yorgunluk olduğunu, **7-10** puan ise **şiddetli düzeyde** yorgunluğun olduğunu göstermektedir. Mendoza ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada BYE'nin alfa değeri 0.96 olarak bulunmuştur (98).

BYE 'nin gerçek çalışma grubundaki (n=35) alfa değeri .97 olarak hesaplanmıştır.

2.2.3.Piper Yorgunluk Ölçeği (Piper Fatigue Scale) (PYÖ) (EK-4)

Piper ve arkadaşları tarafından geliştirilen (1998) PYÖ yorgunluğun 4 subjektif boyutunu değerlendiren bir ölçektir. Davranışsal alt boyutu 6

maddeden (2,3,4,5,6,7,); duygulanım alt boyutu 5 maddeden (8,9,10,11,12), duysal alt boyutu 5 maddeden (13,14,15,16,17,) ve bilişsel alt boyutu 6 maddeden (18,19,20,21,22,23) oluşmaktadır. Alt ölçeklerin puanları ve toplam yorgunluk puanları bu 22 madde kullanılarak hesaplanmaktadır.

Diğer 5 madde (1 ve 24,25,26,27) alt ölçeklerin veya toplam yorgunluk ölçeğinin puanlarının hesaplanmasında kullanılmamaktadır. Algılanan yorgunluğun nedenlerini, hafifleten yöntemleri ve ilişkili semptomları belirlemek için ölçekte 3 tane açık uçlu soru bulunmaktadır (25,26,27). Bu maddeler niteliksel verilere ulaşmayı sağlamaktadır.

Toplam yorgunluk puanını hesaplamak için 22 maddenin tüm puanları toplanıp madde sayısına bölünerek ölçekten elde edilen puan ortalaması hesaplanmaktadır. Puan ortalaması sonucunda alınan **0** puan **yorgunluğun hiç olmadığını**, **1-3** puan yorgunluğun **hafif düzeyde** olduğunu, **4-6** puan yorgunluğun **orta düzeyde** olduğunu, **7-10** puan yorgunluğun **şiddetli düzeyde** olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

Her bir madde için yanıtlar 0-10 puan arasında değerlendirilmektedir. Ölçekten elde edilen puanların yüksek olması algılanan yorgunluk düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Piper ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada PYÖ'nin cronbach alfa katsayısı 0.89 olarak bildirilmektedir. Alt ölçeklerin güvenilirlik katsayıları 0.92 – 0.96 arasında değişmektedir.

(129).

Can'ın (2001) meme kanserli hastalarla yaptığı çalışmasında; Piper Yorgunluk Ölçeğinin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonucunda ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0.94 olarak belirlenmiştir (23).

Araştırmada piper ölçeğinin davranış/şiddet alt boyutunun alfa değeri .92, duygulanım alt boyutunun alfa değeri .96, duysal alt boyutunun .88, bilişsel/ruhsal alt boyutun alfa değeri .85 olarak belirlenmiştir.

2.2.4. EORTC QLQ C-30 (V-3.0) Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-5)

EORTC QLQ C-30 (V-3.0) yaşam kalitesi ölçeğinin İngilizce ve Türkçe versiyonuna internetten ulaşılmıştır (41).

Aaronson ve arkadaşları tarafından geliştirilen EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği 30 maddeden oluşmaktadır. Fonksiyonel ve semptom ölçeği olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Fonksiyonel alt boyutu fiziksel (1-5), rol (6,7), bilişsel (20,25), emosyonel (21-24), sosyal (26,27), global yaşam kalitesi (29,30) olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır. Semptom alt boyut ölçeği yorgunluk (10,12,18), bulantı ve kusma (14,15), ağrı (9,19), dispne (8), uyku bozukluğu (11), iştahsızlık (13), konstipasyon (16), diyare (17), ve mali etki (28) semptomlarını içermektedir. Ölçek maddeleri 0-100'lük puana çevrilmektedir.

Ölçekten elde edilen yüksek puan fonksiyonel düzeyin yüksek olduğunu, ve yaşanan semptom düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Güzelant ve arkadaşları (2004) tarafından akciğer kanserli hastalarda Türk toplumuna uyarlanan ölçeğın cronbach alfa katsayısı ≥ 0.70 olarak belirlenmiştir (69).

Araştırmada yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyutlarından fiziksel alt boyut alfa değeri .78, rol alt boyut alfa değeri .93, bilişsel alt boyut alfa değeri .80, emosyonel alt boyut alfa değeri .70, sosyal alt boyut alfa değeri .81, global yaşam kalitesi alt boyut alfa değeri .94 olarak belirlenmiştir.

Yaşam kalitesi semptom alt boyutların yorgunluk alt boyut alfa değeri .88, bulantı-kusma alt boyut alfa değeri .91, ağrı alt boyut alfa değeri .90 olarak belirlenmiştir.

2.2.5. Brief Ağrı Envanteri (Brief Pain Inventory)(BAE)(EK-6)

Cleeland tarafından (1989) geliştirilen Brief Ağrı Envanteri ağrı şiddeti (3,4,5,6), ağrının günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etkisini (9a, 9b, 9c, 9d, 9e, 9f, 9g), ağrının vücut üzerindeki yerini, ağrı ilaçlarını, ve geçen 24 saat veya hafta içinde ağrının iyileşme miktarını değerlendirmektedir. Kanser ve başka kronik hastalığı olan hastaların ağrı durumunu değerlendirmek için kullanılabilen bir ölçektir ve cronbach alfa kat sayısı 0.77 - 0.91 arasında hesaplanmıştır (165).

15 maddeden oluşan BAE'nin her bir maddesi 0-10 puan arasında bir değer almaktadır. Ağrı şiddet puanı 3,4,5,6. madde toplam puanı 4'e bölünerek ve ağrının günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etki puanı 9a, 9b, 9c, 9d, 9e, 9f, 9g madde toplam puanı 7'ye bölünerek hesaplanmaktadır. BAE'den elde edilen **0** puan **ağrının olmadığını**, **1-3** puan **hafif düzeyde** ağrı olduğunu, **4-7** puan **orta düzeyde** ağrı olduğunu, **8-10** puan ise **şiddetli düzeyde** ağrı olduğunu göstermektedir (11,149).

2.2.6.Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Scale)(BDÖ) (EK-7)

Beck, Word, Mendelson ve Mock (1961) tarafından geliştirilen (cronbach alfa: 0.86) Beck Depresyon Ölçeği Teğin tarafından (1980) Türk toplumuna uyarlanmış ve güvenilirlik katsayısı 0.65 olarak bulunmuştur.

BDÖ 21 belirti kategorisini içermektedir. Duygudurum, kötümserlik, başarısızlık duygusu, doyumsuzluk, suçluluk duygusu, cezalandırılma

duygusu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal içe dönüklülük, kararsızlık, bedensel imge, çalışabilirliliğin ketlenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk, bitkinlik, iştahın azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar, cinsel dürtü kaybı.

Ölçeğin her maddesi 0 ile 3 puan arasında değer almaktadır. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 63 tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek olduğunu göstermektedir (145).

2.2.7.Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (Pittsburg Sleep Quality Index)(PUKİ) (EK-8)

Buyse ve arkadaşları tarafından (1989) geliştirilen Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) son 1 ay süresindeki uyku kalitesini değerlendirmekte, 19 soru ve 7 bileşenden oluşmaktadır. Orijinal çalışmada PUKİ'nin yeterli iç tutarlılığına, test- tekrar güvenilirliğe ve geçerliğe sahip olduğu belirlenmiştir.

Ağargün ve arkadaşları (1996) tarafından PUKİ'nin geçerlik ve güvenilirliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanan indeksin cronbach alfa kat sayısı 0.80 olarak saptanmıştır (1).

PUKİ'nin 7 bileşeni öznel uyku kalitesi (bileşen 1), uyku latensi (bileşen 2), uyku süresi (bileşen 3), alışılmış uyku etkinliği (bileşen 4), uyku bozukluğu (bileşen 5), uyku ilacı kullanımı (bileşen 6) ve gündüz işlev bozukluğu (bileşen 7) dur. PUKİ'nin puanlamasına 19 madde ve 7 bileşen katılmaktadır. Her bir madde 0-3 puan üzerinden değerlendirilmektedir. 7 bileşenin puanı toplam PUKİ puanını vermektedir. Toplam puan 0-21 arasında bir değere

sahiptir. Toplam puanın yüksek oluşu uyku kalitesinin kötü olduğuna işaret etmektedir (1).

PUKİ puanın hesaplanması

Bileşen	Madde	Puan
Bileşen 1	9
Bileşen 2	2 (≤ 15 dk(0), 16-30 dk(1), 31-60 dk(2), > 60 dk (3) 5a 0=0;1-2=1;3-4=2;5-6=3
Bileşen 3	4 (> 7(0), 6-7(1), 5-6 (2), < 5 (3)
Bileşen 4	Toplam uyku saati/toplam yatakta kalma saati*100 > %85 =0, %75-84=1, %65-74=2, < %65 =3
Bileşen 5	5b-5j toplam puanı (0=0, 1-9=1, 10-18= 2, 19-27=3)
Bileşen 6	6
Bileşen 7	7+8 puanı (0=, 1-2=1, 3-4=2, 5-6=3

7 bileşenin toplam puanı=PUKİ PUANI

2.2.8.Beslenme Durumunu Değerlendirme Formu (Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA))(EK-9)

Araştırmadaki hastaların beslenme durumu PG-SGA kullanılarak değerlendirilmiştir. Kanseri hastaların beslenme durumunu değerlendirmede yaygın olarak kullanılan PG-SGA internet üzerinden elde edilmiştir (148). PG-SGA'dan elde edilen puana göre aşağıdaki uygulamalar yapılır.

0-1 puan: Herhangi bir girişim gerekli değildir. Tedavi süresince rutin ve düzenli şekilde tekrar değerlendirme yapılır

2-3 puan: Diyetisyen, hemşire ve diğer klinisyenler tarafından hasta ve aile eğitimi

4-8 puan: Hekim ve hemşire işbirliği ile diyetisyen tarafından gerekli girişimler uygulanır

≥ 9 puan: Semptom yönetimi ve beslenme girişimleri için değerlendirme yapılır.

2.2.9. ECOG Performans Durum Ölçeği (ECOG-PDÖ) (EK-10)

ECOG performans durum ölçeği hastaların hastalık sürecine ve tedaviye ilişkin aktivite düzeyinin ne derece etkilendiğini 0- 4 puan üzerinden değerlendirmektedir. Puan artışı hastaların aktivite düzeyinin kötüleştiğini göstermektedir (73).

2.2.10. Anemi Durumunu Tanılama Formu (EK-11)

Anemi tanılama formu; hastanın kan hemogram değerlerinin kayıt edildiği formdur. National Cancer Institute (NCI) tarafından kabul edilen normal hemogram değer aralığı kadın hastalar için 12-16 g/dl, erkek hastalar içinde 14-18 g/dl olarak değerlendirilmiştir. Hastanın hemogram değerleri NCI'in anemi sınıflandırma kriterlerine göre hekimle birlikte değerlendirilip hastanın durumuna uygun önerilen tedaviler forma kayıt edilmiştir.

2.2.11. Kronik Hastalık Kayıt Formu (EK-12)

Kansere bağlı yorgunluğun primer faktörleri arasında yer alan kanser dışındaki kronik hastalıkların değerlendirilmesi için araştırmacı tarafından geliştirilmiş bir formdur. Kronik hastalık kayıt formunda hastanın var olan kronik hastalıkları ve bu hastalıklarına ilişkin uygulanan tedavilere yönelik bilgiler kayıt edilmiştir. Hastadan elde edilemeyen bilgilere hasta dosyasından ulaşılmıştır.

2.3.KULLANILAN YÖNTEMLER

Araştırmanın verileri iki aşamada toplanmıştır.

İlk aşamada; Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji ve Kemik İliği Transplantasyon Hastanesi'nin ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi gören 74 hastada Brief Yorgunluk Envanteri (BYE) ve Brief Ağrı Envanterinin (BAE) geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Bu uygulamaya katılan hastaların verileri araştırma kapsamına alınmamıştır.

Envanterlerin geçerlik çalışmalarına yönelik dil geçerliği, içerik geçerliği (uzman görüşü) ve benzer ölçek geçerliği yapılmıştır. BYE ve BAE'nin güvenirlik çalışmasına yönelik; cronbach alfa katsayısı ve iç tutarlılık (madde toplam puan korelasyonları) hesaplanmıştır.

İkinci aşamada; Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji ve Kemik İliği Transplantasyon Hastanesi'nin ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi gören, araştırma sınırlılıklarına uyan gastrointestinal sistem kanser tanısı konmuş 35 hastaya 2.2'de belirtilen veri toplama araçları başlığı altında belirtilen ölçekler doldurulmuştur. Hastaların tedavi öncesi (Z1), 1.kürden 10 gün sonra (Z2) ve 2.kürden 10 gün sonra (Z3) olmak üzere üç kez yorgunluk düzeyleri, subjektif yorgunluk algılamaları ve yaşam kaliteleri değerlendirilmiş ve BYE'ne göre yorgunluk puanı 0 veya 1-3 puan olan hastalara ve ailelerine yorgunluk yönetimine ilişkin eğitim yapılmıştır. BYE'ne yorgunluk puanı 4 puan veya üzerinde olan hastalarda yorgunluğa neden olan faktörler değerlendirilerek neden olan faktöre yönelik hasta ve ailesine eğitim yapılmıştır.

2.4.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma 15 Mart 2004 – 15 Mayıs 2005 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi Tölly Aktaş Onkoloji ve Kemik İliği Transplantasyon Hastanesinin ayakta kemoterapi ünitesinde yapılmıştır.

2.4.1.Tölly Aktaş Onkoloji ve Kemik İliği Transplantasyon Hastanesi

Ege Üniversitesi Tölly Aktaş Onkoloji ve Kemik İliği Transplantasyon Hastanesi Nisan 2004 yılında hizmete açılmıŐtır. Hastanede eriŐkin hasta yataklı servisi, çocuk onkoloji yataklı servisi, kemik iliği transplantasyon ünitesi (KİT)ve ayakta eriŐkin ve çocuk onkoloji poliklinik birimlerinde hizmet verilmektedir. EriŐkin hasta yataklı servisinde 9 hemşire, 11 hekim ve 7 personel , çocuk onkoloji servisinde 10 hemşire, 5 hekim ve 6 personel, KİT ünitesinde 6 hemşire, 1 personel, ayakta kemoterapi ünitesinde 4 hemşire ve 1 personel, eriŐkin polikliniğinde 1 personel çalıŐmaktadır.

2.5.ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini 15 Mart 2004 – 15 Mayıs 2005 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi Tölly Aktaş Onkoloji ve Kemik İliği Transplantasyon Hastanesinin ayakta kemoterapi ünitesinde tedavi gören hastalar oluşturmuştur.

2.6.ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini 15 Mart 2004 – 15 Mayıs 2005 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi Tölly Aktaş Onkoloji

Hastanesine tedavi için başvuran, araştırma sınırlılıklarına uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden olasılıksız rastgele örneklem tekniği ile seçilen gastrointestinal sistem kanser tanısı konmuş 35 hasta oluşturmuştur.

2.7.BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

2.7.1. Bağımlı Değişkenler

Piper Yorgunluk Ölçeği puanı, EORTC QLQ C-30 yaşam kalitesi ölçeği puanı

2.7.2. Bağımsız Değişkenler

Sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin değişkenler.

2.8.VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ

Araştırma 15 Mart 2004 – 15 Mayıs 2005 tarihleri arasında yapılmıştır. Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji Ve Kemik İliği Transplantasyon Hastanesi'nin ayaktan kemoterapi ünitesinde ilk kez kemoterapi tedavisi başlanacak gastrointestinal sistem kanser tanısı konmuş hastalara araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı isteyen hastalara bilgi onam formu (EK-1) doldurtularak yazılı onamları alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan gastrointestinal sistem kanser tanısı konmuş hastalar ile ilk kemoterapi tedavisinden önce **(Z1)**, 1. kürden 10 gün sonra **(Z2)**, 2. kürden 10 gün sonra **(Z3)** olmak toplam 3 kez görüşülmüştür.

Hastaların yorgunluk tanılması National Comprehensive Cancer Network (NCCN)'in kansere bağlı yorgunluk klinik rehberindeki yorgunluk değerlendirme ve tedavi algoritmine göre yapılmıştır (107,108). Şekil 4'te

görüldüğü gibi yorgunluk tanınması; **tarama (screening), primer değerlendirme (primer evaluation), girişimler (interventions) ve tekrar değerlendirme (reevaluation)** olmak üzere dört evreden oluşmaktadır. Tarama aşamasında yorgunluğun olup olmadığı ve yorgunluk düzeyi değerlendirilmektedir. Yorgunluk değerlendirme ve tedavi algoritmine göre; tarama aşamasında yorgunluk puanı 0 puan veya 1-3 puan olduğunda yorgunluk yönetimine ilişkin eğitim ve daha sonra yeniden değerlendirme yapılması gerektiği belirtilmektedir.

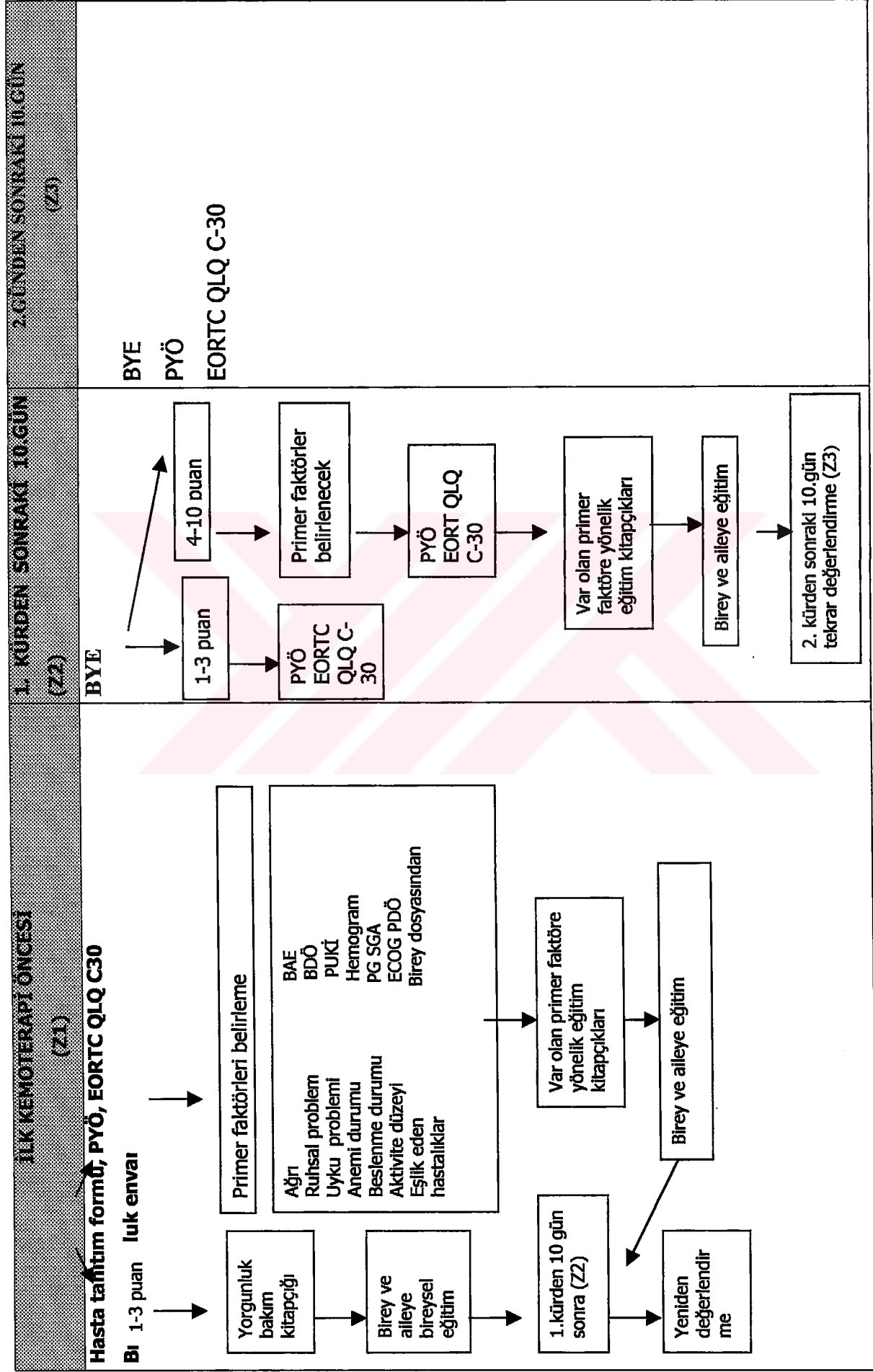
Araştırmada yorgunluk değerlendirme ve tedavi algoritminin ilk aşaması olan tarama aşamasında; gastrointestinal sistem kanserli hastalara Z1, Z2 ve Z3 döneminde yorgunluk düzeylerini saptamak üzere BYE, subjektif yorgunluk algılamalarını değerlendirmek için PYÖ, yaşam kalitelerini değerlendirmek için EORTC QLQ C-30 yaşam kalitesi ölçeği uygulanmıştır. Hasta tanıtım formunda yer alan bilgiler hastalarla ilk görüşmede Z1 döneminde elde edilmiştir. Her üç izlem döneminde BYE'ne göre yorgunluk puanı 0 veya 1-3 puan olan gastrointestinal sistem kanserli hastalara ve ailelerine araştırmacı tarafından hazırlanan " KANSERE BAĞLI YORGUNLUK HASTA VE AİLEYE YÖNELİK BAKIM VE TEDAVİ REHBERİ" nin (EK-25) içeri doğrultusunda yorgunluk yönetimine ilişkin eğitim verilmiş ve anlatılan bilgilerden gerekli olanların uygulaması hasta ve aileye yaptırılmıştır. Her bir hasta ve ailesi için eğitim yaklaşık olarak iki saat sürmüştür. Eğitim sırasında yazılı (KANSERE BAĞLI YORGUNLUK Hasta Ve Aileye Yönelik Bakım Ve Tedavi Rehberi) ve görsel (bilgisayar) araçlar kullanılmıştır.

Her üç izlem döneminde BYE'ne göre yorgunluk puanı 4 puan ve üzerinde olan gastrointestinal sistem kanserli hastalarda yorgunluk değerlendirme ve tedavi algoritminde belirten primer değerlendirme fazına geçilmiştir. Bu fazda yorgunluğa neden olan primer faktörler (ağrı, ruhsal sorunlar, uyku sorunları, aktivite düzeyi, beslenme durumu, anemi, ve kanser dışındaki kronik hastalıklar) değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamına alınan gastrointestinal sistem kanserleri hastalarda yorgunluğa neden olan primer faktörlerden ağrı BAE, depresyon BDÖ, uyku sorunları PUKİ, performans durumu ECOG PDÖ, beslenme durumu PG-SGA kullanılarak değerlendirilmiştir. Hastaların anemi durumu hasta dosyasından elde edilen tam kan sonuçlarına göre NCI anemi değerlendirme kriterlerine göre değerlendirilerek anemi durumunu tanılama formuna kayıt edilmiştir. Hastanın kanser dışındaki kronik hastalıklarına ilişkin bilgiler hastadan , bilgi alınamayan hastalarda ise hasta dosyasından elde edilerek kronik hastalık kayıt formuna yazılmıştır. Primer değerlendirme sonucunda eğitim kitapçıkları ile eğitim yapılmıştır. Bu amaçla hazırlanan eğitim kitapçıkları "**KANSERE BAĞLI AĞRI** Hasta Ve Aileye Yönelik Bakım Ve Tedavi Rehberi, **KANSERE BAĞLI UYKU SORUNLARI** Hasta Ve Aileye Yönelik Bakım Ve Tedavi Rehberi, **KANSERE BAĞLI DEPRESYON** Hasta Ve Aileye Yönelik Bakım Ve Tedavi Rehberi, **KANSERE BAĞLI AKTİVİTE / HAREKET SORUNLARI** Hasta Ve Aileye Yönelik Bakım Ve Tedavi Rehberi, **KANSERE BAĞLI BESLENME SORUNLARI** Hasta Ve Aileye Yönelik Bakım Ve Tedavi Rehberi, **KANSERE BAĞLI KANSIZLIK** Hasta Ve Aileye Yönelik Bakım Ve Tedavi Rehberi" hazırlanan eğitim kitapçıklarıdır (EK 26,27,28,29,30,31)

Eğitim sonrasında Z2 ve Z3 izlem doneminde hastaların subjektif yorgunluk algılamaları ve yaşam kaliteleri değerlendirilmiştir.



ŞEKİL 6: ANKET FORMLARININ UYGULANMA YERLERİ



2.9.VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows) paket programı 11.0 versiyonu kullanılmıştır.

Her iki envanterin geçerlik çalışmasına yönelik dil geçerliği, içerik geçerliği, ve benzer ölçek geçerliği yapılmıştır. İçerik geçerliği için uzman görüşü alınmıştır. BYE ve BAE'nin eş değerli ölçek geçerliği için 0-10 puan arasında puanlanan Sayısal Yorgunluk Yoğunluk Skalası (Numeric Fatigue Intensity Scale) (NFIS) ve Sayısal Ağrı Yoğunluk Skalası (Numeric Pain Intensity Scale)(NPIS) kullanılmıştır. BYE ve NFIS ile BAE ile NPIS den elde edilen toplam puanlar arasındaki ilişki incelemek için Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

BYE ve BAE'nin güvenilirlik çalışmasına yönelik cronbach alfa katsayısı, iç tutarlılık hesaplanmıştır. İç tutarlılığı incelemek için madde analizi yapılmış maddelerin toplam puan korelasyon değerleri için Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

Araştırmanın ikinci aşamasından elde edilen verilerin hastalara yönelik tanıtıcı bilgilerinin sayı ve yüzde dağılımları hesaplanmıştır. PYÖ, EORTC QLQ-C-30 ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için tek yönlü varyans analizi, t testi, tekrarlayan ölçümlerde tek değişkenli varyans analizi , ileri analiz için tuckey post hoc testi yapılmıştır. PYÖ ve EORTC QLQ-C-30 arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Yorgunluk puanı 4 puan ve üzerinde olan 5 hastanın verilerine yönelik tekrarlayan ölçümler için Friedman, wilcoxon testi yapılmıştır.

2.10. SÜRE VE OLANAKLAR

Eylül 2003–Şubat 2004: Araştırma konusunu belirleme, literatür tarama, tez önerisini hazırlama

Mart 2004: Tez önerisi sunumu

Mart 2004- Mayıs 2005: Veri toplama

Haziran /Temmuz/Ağustos 2005: Verilerin analizi,tez yazımı

Eylül 2005: Tez savunması

2.11. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ

Araştırma Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu etik kuruluna sunulmuş ve araştırmanın yapılması etik kurul tarafından uygun bulunmuştur (EK-19).

Araştırmanın Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tülay Aktaş Onkoloji ve Kemik İliği Transplantasyon Hastanesinde araştırmanın yürütülebilmesi için kurumdan gerekli yazılı izin alınmıştır (EK-21).

Araştırma kapsamındaki gastrointestinal sistem kanserli hastalara araştırmaya ilişkin bilgi verilmiş ve bilgilendirilmiş onam formu doldurularak hastalardan yazılı izin alınmıştır (EK-1).

Araştırmada kullanılacak ölçeklerden bazıları için yazarlardan sözlü izin alınmış, bazıları için ise mail yolu ile yazışma yapılarak yazılı izin alınmıştır.

BYE ve BAE: Charles S Cleeland'a mail yazılmış ve yazardan posta yolu ile ölçeklerin kullanılabilmesi için yazılı izin formu elde edilmiştir (EK-15, EK-16).

EORTC QLQ Yaşam kalitesi ölçeği: EORTC sekreteri Ken Cornelissene mail yazılmış ve ölçeğin kullanılması ve puanlamasına yönelik yazılı izin

alınmıştır (EK-17). Ölçeğin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliğini yapan Dr.Tuncay Göksel ve Dr. Asuman Güzelant ile görüşülerek sözlü izin alınmıştır.

PYÖ: Türkiye’de geçerlik güvenilirliğini yapan Can’dan e-mail yolu ile yazılı izin alınmıştır (EK-18).

PUKİ: Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliğini yapan Ağargün’den sözlü izin alınmıştır.

Beslenme Değerlendirme Formu (SG-PGSA): Bu ölçeğe internette ulaşılabilir (148).



BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. BRIEF YORGUNLUK ENVANTERİ VE BRIEF AĞRI ENVANTERİNİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMALARI

Kanserli bireylerin yorgunluk ve ağrı düzeylerini değerlendirmek için kullanılan BYE ve BAE Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji ve Kemik İliği Transplantasyon Hastanesinin ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi gören 74 kanserli hastaya uygulanmıştır.

3.1.1. Geçerlik Çalışmaları

BYE ve BAE' nin geçerlik çalışmalarına yönelik dil geçerliği, içerik geçerliği (uzman görüşü) ve benzer ölçek geçerliği kullanılmıştır.

Dil geçerliği

Araştırmanın ilk aşamasında dil geçerliğine ilişkin çalışmalar yapılmıştır. Öncelikle araştırmacı tarafından yapılan çeviri, daha sonra iki dili (Türkçe, İngilizce) bilen iki İngiliz dili uzmanı ve Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda görev yapmakta olan dört öğretim üyesi tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. En uygun ifadeler seçildikten sonra envanterlerin yeniden İngilizce'ye çevirisi iki İngiliz dil uzmanına yaptırılmıştır. Geri çevirinin ifadeleri orijinal envanterlerin ifadeleri karşılaştırılmış gerekli düzeltmeler yapılarak son hali verilmiştir.

İçerik / Kapsam geçerliği

Uzman görüşü

Kapsam geçerliği ölçüm aracının ,ölçülmek istenen yapının temel elementlerini ne ölçüde kapsadığını incelemekle ilgilenir (16,42,101). Kullanılan ölçeğin ölçülmek istenen değişkeni ölçüp ölçmediğini gösterir (44,119). Bu geçerlik türü, bir ölçme aracı içindeki maddeler veya soruların ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı konuları dengeli bir şekilde temsil etme derecesi hakkındaki uzman görüşüdür (63,114,167).

Araştırmada Brief Yorgunluk Envanteri ve Brief Ağrı Envanteri'nin Türkçe formunun kapsam geçerliği için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda görev yapan üç öğretim üyesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hekimin görüşü alınmış ve önerilen düzeltmeler yapılmıştır.

Benzer Ölçek Geçerliği

Benzer ölçek geçerliği yönteminde üzerinde çalışılan ölçme aracından elde edilen puanların daha önce geliştirilmiş olan ve geçerlik ve güvenilirliği test edilmiş olan aynı özelliği ölçen bir başka ölçüm aracının puanları arasındaki korelasyon hesaplanır. Bireyin her iki testten aldıkları puanların korelasyonuna bakılır (9,167).

BYE ve BAE'nin benzer ölçek geçerliği için 0-10 puan arasında puanlanan Sayısal Yorgunluk Yoğunluk Skalası (Numeric Fatigue Intensity Scale) (NFIS) ve Sayısal Ağrı Yoğunluk Skalası (Numeric Pain Intensity Scale)(NPIS) kullanılmıştır. BYE ve NFIS ile BAE ile NPIS'den elde edilen puanlar arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson momentler çarpımı

korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. BYE ve NFIS arasındaki korelasyon katsayısı r: 0.86, BAE ve NPIS arasındaki korelasyon katsayısı r: 0.87 olarak hesaplanmıştır.

3.1.2.Güvenirlilik Çalışmaları

BYE ve BAE'nin güvenirlilik çalışmalarına yönelik cronbach alfa ve iç tutarlılık (madde toplam puan korelasyonları) hesaplanmıştır.

Cronbach alfa

Cronbach Alfa katsayısı, ölçek içinde bulunan maddelerin homojenliğinin bir ölçüsüdür. Birbiriyle yüksek ilişki gösteren maddelerden oluşan ölçeklerin katsayısı ne kadar yüksek olursa bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu şeklinde yorumlanır. Likert tipi ölçeklerde iç tutarlığın sınanmasında en uygun yol Cronbach alfa güvenirlilik katsayısının hesaplanmasıdır (84,120,169).

Araştırmada ölçeklerin içsel güvenirliliği için cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Brief Yorgunluk Envanterinin cronbach alfa değeri 0.97. Brief Ağrı Envanterinin cronbach alfa değeri: 0.98 olarak hesaplanmıştır.

Bir ölçüm aracının sayılabilecek güvenirlilik katsayısı olabildiğince 1'e yakın olmalıdır (84,120,169). BYE ve BAE'nin cronbach alfa değerleri oldukça yüksek bulunmuştur.

İç Tutarlılık (Madde Toplam Puan Korelasyonları)

Araştırmada kullanılan envanterlerin maddeleri için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı hesaplanmış bu şekilde tek tek bütün maddelerin ölçeğin bütünü ile tutarlılığı belirlenmiştir.

BYE'nin madde korelasyon kat sayıları .72-.95, BAE'nin madde korelasyon katsayıları ise .80-.94 olarak hesaplanmıştır. Madde toplam korelasyon katsayısı yükseldikçe (r) sorunun etkililik düzeyi artar, düştükçe düşer. r değerinin 0.20 olması hali minimum etkililik derecesi olarak kabul edilmektedir (169). Araştırmada BYE ve BAE nin madde korelasyon katsayıları tatmin edici düzeyde yüksek bulunmuştur.

3.2. SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER

Tablo 7: Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

DEĞİŞKENLER	n	%
Cinsiyet		
Kadın	15	42.9
Erkek	20	57.1
Yaş Grupları (X:49.11± 10.122)		
29 - 39 yaş	4	11.4
40 yaş ve üzeri	31	88.6
Medeni Durum		
Evli	32	91.4
Boşanmış/dul	3	8.8
Öğrenim Durumu		
Okur-yazar değil	1	2.9
İlkokul	7	20.0
Ortaokul	10	28.6
Lise	7	20.0
Üniversite	10	28.6
Meslek Grupları		
Emekli	11	31.4
Memur	10	28.6
Ev hanımı	7	20.0
Serbest	7	20.0
Çalışma durumu		
Çalışan	7	20.0
Çalışmayan	28	80.0
Evde birlikte yaşadığı kişiler		
Yalnız	1	2.9
Eş	6	17.1
Çocuk	1	2.9
Eş + çocuk	27	77.1
En uzun süre yaşadığı yer		
İl	14	40.0
İlçe	20	57.1
Köy/kasaba	1	2.9
Sağlık güvencesi		
SSK	13	37.1
Emekli sandığı	21	60.0
Diğer	1	2.9
Toplam	35	100

Araştırma kapsamına alınan gastrointestinal sistem kanser tanısı almış 35 hastanın sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; % 57.1'i erkek ve % 88.6'ı 40 yaş ve üzeri grupta olan hastalar oluşturmaktadır. Hastaların yaş ortalaması 49.11 ± 10.122 olarak belirlenmiştir. Tablo 7'de görüldüğü gibi hastaların % 28.6'ı üniversite mezunu, % 31.4'ü emekli olup, % 80'i çalışmadığını, % 77.1'i eş ve çocukları ile yaşadığını, ve % 57.1'i yaşamlarının büyük bir bölümünü ilçede geçirdiğini bildirmişlerdir (Tablo 7).



3.3. HASTALIĞA İLİŞKİN DEĞİŞKENLER

Tablo 8: Hastaların Hastalığa İlişkin Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	n	%
Hastalık tanısı (n=35)		
Kolon kanseri	18	51.4
Kolon kanseri+karaciğer met.	3	8.6
Rektum kanseri	2	5.7
Mide kanseri	6	17.1
Karaciğer kanseri	4	11.4
Pankreas kanseri	2	5.4
Hastalık süresi(n=35)		
3 ay ve altı	20	57.1
4 ay ve üzeri	15	42.9
Hastalık evresi (n=35)		
Evre II	2	5.7
Evre III	10	28.6
Evre IV	23	65.7
Tedavi protokolü (n=35)		
Compto+5FU+LV	13	37.1
UFT+Eloxatin	1	2.9
LV+5 FU	13	37.1
Gemzar	2	5.7
Cisplatin+UFT	6	17.1
Ailede kanser öyküsü (n=35)		
Var	10	28.6
Yok	25	71.4
Ailesinde kanser öyküsü olanların yakınlık derecesi (n=10)	n	%
I.Derece	9	90
II.Derece	1	10
Kemoterapi dışında ilaç kullanım durumu (n=35)		
Kullanan	12	34.3
Kullanmayan	23	65.7
Kullanılan ilaçlar (n=12)		
H2 reseptör bloker+antihipertansif	4	33.3
Antihipertansif	4	33.3
Troid ilacı	3	25.0
H2 reseptör blokeri	1	8.4

Araştırma kapsamına alınan hastaların % 51.4'ne kolon kanseri tanısı konduğu ve %57.1'nin 3 ay ve daha kısa süredir kanser tanısı ile izlendiği

belirlenmiştir. Tablo 8 incelendiğinde; hastaların % 65.7'nin hastalık evrelerinin dördüncü evre olduğu, % 37.1'ine Compto+5FU+LV kemoterapi protokolü uygulandığı görülmektedir. Hastaların % 71.4'ü ailesinde kanserli birey olmadığını, % 34.3'ü kemoterapi dışında başka ilaç kullandığını, ilaç kullanan hastaların %33.3'ün H2 reseptör bloker ve antihipertansif grubu ilaç kullandığını belirtmişlerdir (Tablo 8).



Tablo 9: Hastaların Yorgunluğa Yönelik Sorulan Sorulara Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı

Değişkenler	n	%
Kendini yorgun hissetme (n=35)		
Hisseden	21	60
Hissetmeyen	14	40
Yorgunluğa neden olan faktörler (n=21)		
Moral bozukluğu	2	9.6
Ameliyat	4	19.0
Hastalık	9	42.8
Ağrı	1	4.8
Uykusuzluk	3	14.2
Yürüyüş yapmak	1	4.8
Belirtmeyen	1	4.8
Yorgunluğun başlama zamanı (n= 21)		
Akşam vakti	4	19.0
Tanı konduğundan beri	9	42.8
Ameliyat	5	23.8
Yürüyüş sonrası	1	4.8
Belirtmeyen	2	9.6
Yorgunluğun süresi (n=21)		
1-2 saat	1	4.8
20 gün	2	9.6
1-2 gün	7	33.3
Son bir haftadır	6	28.5
1 aydır	4	19.0
Belirtmeyen	1	4.8
Yorgunluğu gidermek için kullanılan yöntemler (n= 21)		
Uyumak	1	4.8
Yatmak+televizyon izlemek	10	47.4
Dengeli beslenmeye çalışmak	5	23.8
Gezmek	1	4.8
Egzersiz	2	9.6
Oturmak	1	4.8
Belirtmeyen	1	4.8

Araştırmada hastaların büyük bir çoğunluğu (%60) yorgunluk yaşadığını bildirmişlerdir. Kendini yorgun hisseden hastaların % 42.8'i hastalıklarının yorgunluğa neden olduğunu, % 42.8'i kanser tanısı konduğundan beri yorgunluk hissettiğini, % 33.3'ü 1-2 gün yorgunluk

yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Yorgunluk yaşayan hastaların % 47.4'nün yatarak+televizyon izleyerek , % 23.8'nin ise dengeli beslenmeye çalışarak yaşadıkları yorgunluğu gidermeye çalıştıkları belirlenmiştir (Tablo 9).

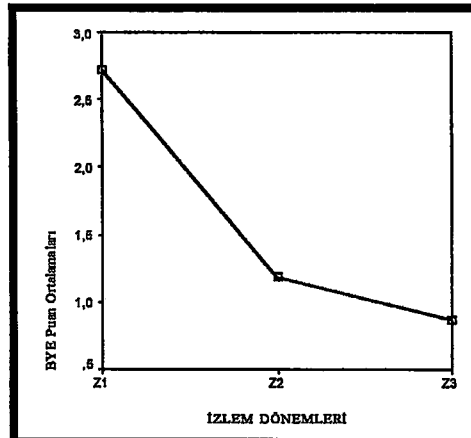
3.4. HASTALARIN YORGUNLUK DÜZEYLERİ

Tablo 10: Hastaların Yorgunluk Puanlarının Dağılımı

Brief Yorgunluk Envanteri	İZLEM DÖNEMLERİ					
	Z1		Z2		Z3	
	n	%	n	%	n	%
0 puan (yok)	1	2.9	13	37.1	19	54.3
1-3 puan (hafif)	29	82.9	22	62.9	16	45.7
4-6 puan (orta)	5	14.3	-	-	-	-
7-10 puan (şiddetli)	-	-	-	-	-	-
Toplam	35	100	35	100	35	100

Araştırmada hastaların BYE'ne göre üç izlem dönemindeki yorgunluk düzeyleri değerlendirildiğinde; Z1 döneminde hastaların % 82.9'nun, Z2 döneminde % 62.9'nun hafif düzeyde yorgunluk yaşadığı, Z3 izlem döneminde ise %54.3'nün yorgunluk yaşamadığı saptanmıştır (Tablo 10).

Grafik 1: Hastaların BYE Puan Ortalamaları



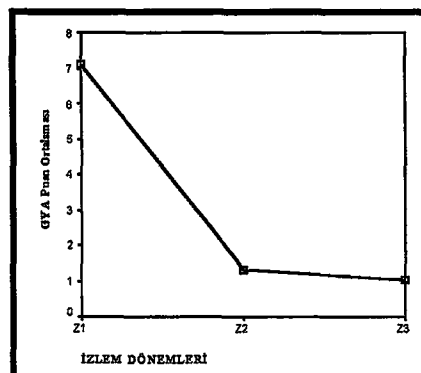
Grafik 1'de hastaların üç izlem dönemindeki yorgunluk puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Grafikte görüldüğü gibi hastaların yorgunluk puan ortalaması Z1 izlem döneminde 2.71 ± 1.52 , Z2 izlem döneminde 1.19 ± 1.15 , Z3 izlem döneminde ise 0.88 ± 1.12 olarak saptanmıştır.

Tablo 11: Hastaların Yorgunluk Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı (n=35)

İZLEM DÖNEMLERİ	Brief Yorgunluk Envanteri		t	p
	X	+sd		
Z1	2.71	1.52	9.10	.000
Z2	1.19	1.15		
	X	+sd	t	p
Z1	2.71	1.52	11.08	.000
Z3	.88	1.12		

Araştırmada hastaların Z1 izlem dönemindeki yorgunluk puan ortalamasının Z2 ($t=9.10$, $p < 0.05$) ve Z3 izlem döneminde ($t=11.08$, $p < 0.05$) düştüğü ve bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 11).

Grafik 2: Hastaların Yorgunluğa Bağlı Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Düzeyi



Grafik 2'de hastaların üç izlem dönemindeki yorgunluğa bağlı günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme düzeyi yer almaktadır. Grafikte görüldüğü gibi hastaların Z1 izlem döneminde ($7.09 \pm .944$) yaşadıkları yorgunluk günlük yaşam aktivitelerini şiddetli düzeyde etkilerken, Z2 (1.30 ± 1.608) ve Z3 ($1.03 \pm .489$) izlem dönemlerinde hafif düzeyde etkilediği belirlenmiştir.



3.5. HASTALARIN SUBJEKTİF YORGUNLUK ALGILAMALARI

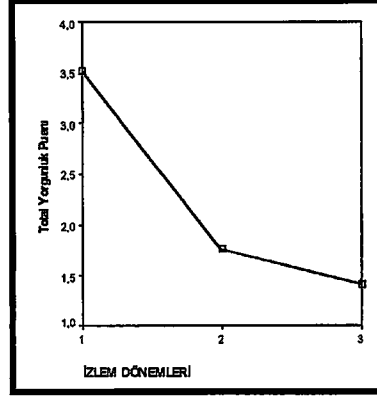
Tablo 12: Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Değerlendirilmesi (n=35)

SUBJEKTİF YORGUNLUK ALGILAMASI	İZLEM DÖNEMLERİ							
	Min	Max	Z1		Z2		Z3	
			X	±sd	X	±sd	X	±sd
Davranış/Şiddet Alt Boyutu	0	10	3.7	2.7	1.4	1.6	1.1	1.5
Yorgunluğun sıkıntıya neden olma düzeyi	0	10	3.7	3.4	1.4	1.4	1.2	2.0
Okul ve iş faaliyetlerinin engellenmesi	0	10	3.3	3.1	1.7	2.4	1.2	1.9
Arkadaşlarla görüşme ve iletişimin engellenmesi	0	10	3.6	3.3	1.4	2.1	.97	1.7
Cinsel yaşamın engellenmesi	0	10	4.3	3.4	1.4	1.6	1.3	1.6
Hobilerin engellenmesi	0	10	4.3	3.3	1.4	2.1	.89	1.4
Yorgunluğun şiddet ve derecesi	0	10	2.7	2.3	1.2	1.3	.97	1.2
Duygulanım Alt Boyutu	0	10	3.4	2.7	1.6	2.1	1.3	1.2
Hoş/hoş değil	0	10	3.3	2.9	1.7	2.7	1.3	1.1
Kabul edilir/edilemez	0	10	3.4	3.0	1.1	1.3	1.3	1.4
Koruyucu/yıpratıcı	0	10	3.6	2.7	1.8	2.4	1.4	1.4
Olumlu/olumsuz	0	10	3.6	2.9	1.8	2.7	1.4	1.4
Normal/anormal	0	10	3.1	2.6	1.5	2.0	.97	1.4
Duyusal Alt Boyut	0	10	3.8	2.6	1.9	1.8	1.5	1.4
Güçlü/zayıf	0	10	4.1	3.0	2.0	2.6	2.4	2.5
Uyanık/uykulu	0	10	2.4	2.7	1.8	2.5	1.0	1.6
Canlı /cansız	0	10	4.0	3.4	1.4	1.9	1.1	1.8
Dinlenmiş/yorgun	0	10	3.7	3.1	2.0	1.9	1.4	1.9
Kuvvetli/kuvvetsiz	0	10	4.7	3.3	2.4	2.2	1.9	1.8
Bilişsel/Ruhsal Alt Boyut	0	10	3.0	2.3	2.0	1.9	1.6	1.5
Tahammüllü/tahammülsüz	0	10	3.3	2.7	2.6	2.8	2.5	2.4
Rahat/gergin	0	10	4.6	3.7	2.2	3.0	1.1	1.9
Mutlu/mutsuz	0	10	3.0	2.9	1.8	2.2	1.6	1.8
Konsantre olabiliyor/konsantre olamıyor	0	10	3.3	3.3	2.0	2.6	1.7	2.6
Hatırlayabiliyor/hatırlayamıyor	0	10	1.9	2.8	1.7	2.5	1.7	2.3
İyi düşünabiliyor/iyi düşünemiyor	0	10	2.2	2.8	1.4	2.3	1.2	2.0
Total Yorgunluk Puanı	0	10	3.5	2.1	1.7	1.6	1.4	1.8

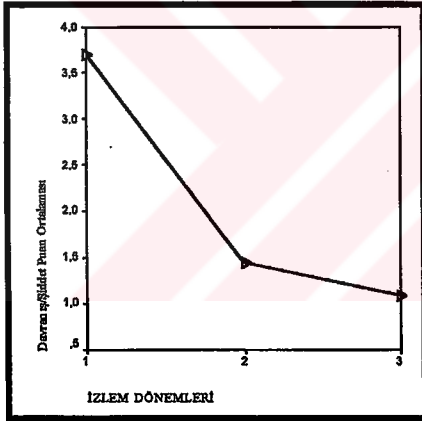
Araştırmada hastaların tedavi öncesi dönemde (Z1) yorgunluğa bağlı olarak duyusal etkilenme düzeyinin yüksek ($\bar{X}=3.8 \pm 2.6$), tedavi sonrası dönemlerde ise (Z2 ve Z3) bilişsel/ruhsal etkilenme düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir($\bar{X}=2.0 \pm 1.9$, $\bar{X}=1.6 \pm 1.5$) (Tablo 12).



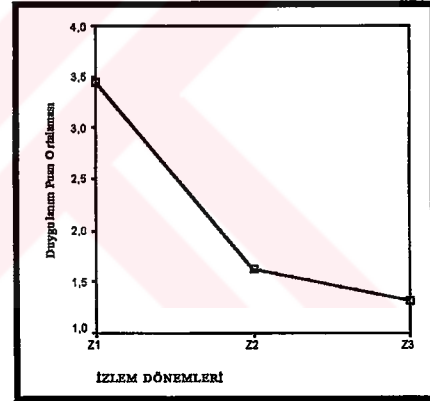
Grafik 3: Hastaların Total Yorgunluk Puan Ortalamaları



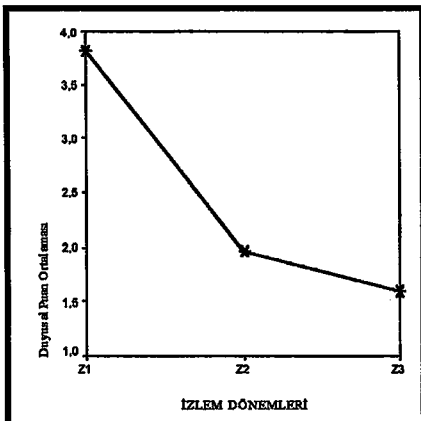
Grafik 4: Davranış/Şiddet Alt Boyut Puan Ortalamaları



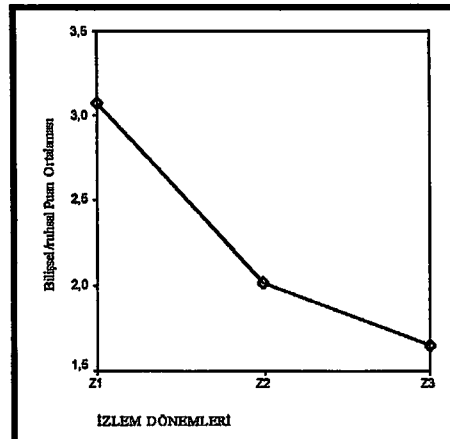
Grafik 5: Duygulanım Alt Boyut Puan Ortalamaları



Grafik 6: Duyusal Alt Boyut Puan Ortalaması



Grafik 7: Bilgisel/Ruhsal Alt Boyut Puan Ortalamaları



Grafik 3, 4, 5, 6 ve 7'de hastaların üç izlem dönemindeki subjektif yorgunluk algılama puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Hastaların total yorgunluk puan ortalaması Z1 izlem döneminde 3.5 ± 2.1 , Z2 izlem döneminde 1.7 ± 1.6 Z3 izlem döneminde 1.4 ± 1.8 **davranış/şiddet** puan ortalaması Z1 izlem döneminde 3.7 ± 2.7 , Z2 izlem döneminde 1.4 ± 1.6 Z3 izlem döneminde ise 1.1 ± 1.5 , **duygulanım** puan ortalaması Z1 izlem döneminde 3.4 ± 2.7 , Z2 izlem döneminde 1.6 ± 2.1 Z3 izlem döneminde ise 1.3 ± 1.2 , **duyusal** puan ortalaması Z1 izlem döneminde 3.8 ± 2.6 , Z2 izlem döneminde 1.9 ± 1.8 , Z3 izlem döneminde ise 1.5 ± 1.4 , **bilişsel/ruhsal** puan ortalaması Z1 izlem döneminde 3.0 ± 2.3 , Z2 izlem döneminde 2.0 ± 1.9 , Z3 izlem döneminde ise 1.6 ± 1.5 olarak saptanmıştır.

Tablo 13: Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarına İlişkin Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=35)

PIPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ										
İZLEM	Davranış/ Şiddet Alt Boyutu		Duygulanım Alt Boyutu		Duyusal Alt Boyutu		Bilişsel/Ruh sal Alt Boyutu		Total yorgunluk Puanı	
	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Z1	3.7	2.7	3.4	2.7	3.8	2.6	3.0	2.3	3.5	2.1
Z2	1.4	1.6	1.6	2.1	1.9	1.8	2.0	1.9	1.7	1.6
<i>t</i>	4.99		4.85		3.89		2.46		5.024	
<i>p</i>	.000*		.000*		.000*		.019*		.000*	
İZLEM	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Z1	3.7	2.7	3.4	2.7	3.8	2.6	3.0	2.3	3.5	2.1
Z3	1.1	1.5	1.3	1.2	1.5	1.4	1.6	1.5	1.4	1.8
<i>t</i>	7.22		6.54		5.52		3.78		8.381	
<i>p</i>	.000*		.000*		.000*		.0001*		.000*	

* $p < 0.05$

Araştırmada hastaların üç izlem dönemindeki **total yorgunluk**, **davranış/şiddet**, **duygulanım**, **duyusal** ve **bilişsel/ruhsal** puan ortalamalarının Z2 ve Z3 izlem dönemlerinde Z1 izlem dönemine göre anlamlı olarak azaldığı belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 13).

3.5.1. Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Sosyo-Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılması

Tablo 14: Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Cinsiyet İle Karşılaştırılması

İnsiyet	n	PIPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ												Total Yorgunluk Puanı																	
		Davranış/Şiddet Alt Boyutu				Duygulanım Alt Boyutu				Duyusal Alt Boyutu				Bilişsel/Ruhsal Alt Boyutu			Total Yorgunluk Puanı														
		Z1	Z2	Z3		Z1	Z2	Z3		Z1	Z2	Z3		Z1	Z2	Z3		Z1	Z2	Z3											
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd								
adın	15	3.4	2.8	.8	.85	.5	.6	2.8	2.0	1.0	1.5	.9	.8	3.5	2.1	2.5	1.6	1.8	1.5	2.7	1.8	2.1	1.5	1.8	1.6	1.3	3.1	1.6	1.0	1.2	.88
kek	20	3.8	2.6	1.8	1.9	1.5	1.8	3.9	3.0	2.0	2.4	1.6	1.4	4.0	2.9	1.5	1.8	1.4	1.5	3.3	2.7	1.9	2.2	1.5	1.5	3.8	2.5	1.8	1.9	1.5	1.3
opla	35	3.7	2.7	1.4	1.6	1.1	1.5	3.4	2.7	1.6	2.1	1.3	1.2	3.8	2.6	1.9	1.8	1.5	1.4	3.0	2.3	2.0	1.9	1.6	1.5	3.5	2.1	1.7	1.6	1.4	1.1
		.217		3.299		4.361		1.346		1.732		2.633		.376		2.809		.488		.609		.104		.430		.857		.092		.375	
		.644		.078		.045*		.254		.197		.114		.544		.103		.490		.441		.749		.517		.361		.763		.544	
		F = 2.347						F = 2.177						F = .263						F = .001					F = .565						
		p = .135						p = .150						p = .611						p = .970					p = .458						

* p < 0.05 T.Ö.T.Y.V.A=Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Cinsiyet değişkeni açısından hastaların total yorgunluk ve davranış/şiddet, duygulanım, duygusal ve bilişsel/ruhsal alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde genel olarak cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0.05) (Tablo 14).

Hastaların üç izlem dönemindeki subjektif yorgunluk algılamaları cinsiyet ile karşılaştırıldığında; Z1 ve Z2 izlem döneminde hastaların **davranış/şiddet** alt boyut puan ortalamalarının cinsiyete göre farklılık göstermediği, Z3 izlem döneminde ise erkek

hastaların kadın hastalara göre yorgunluğa bağlı etkilenme düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (F=4.361; p=.045) (Tablo 14).

Tablo 15: Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Yaş Grupları İle Karşılaştırılması

		PIPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ																													
Yaş Grup- 3-39 ş Yaş Grupları	n	Davranış/Siddet Alt Boyutu						Duygulanım Alt Boyutu						Duyusal Alt Boyutu						Bilişsel/Ruhsal Alt Boyutu						Total Yorgunluk Puanı					
		Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3						
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
4	4	5.1	2.5	1.9	1.3	1.1	1.3	2.8	1.7	1.5	1.1	1.6	.8	3.8	3.1	2.0	.7	1.4	.8	3.0	1.7	1.4	.5	1.4	.8	3.7	2.0	1.7	.66	1.4	.54
31	31	3.5	2.7	1.3	1.6	1.0	1.5	3.5	2.8	1.6	2.2	1.2	1.3	3.8	2.6	1.9	1.9	1.6	1.5	3.0	2.4	2.0	2.0	1.6	1.6	3.4	2.1	1.7	1.7	1.4	1.2
35	35	3.7	2.7	1.4	1.6	1.1	1.5	3.4	2.7	1.6	2.1	1.3	1.2	3.8	2.6	1.9	1.8	1.5	1.4	3.0	2.3	2.0	1.9	1.6	1.5	3.5	2.1	1.7	1.6	1.4	1.1
		1.331	.470	.498	.921	.010	.307	.217	.007	.934	.583	.583	.000	.983	.974	.841	.004	.362	.552	.798	.040	.843	.001	.975	.001	.009	.976				
Grup için T.Y.V.A		F = .853	p = .362	F = .018	p = .894	F = .002	p = .968	F = .128	p = .723	F = .009	p = .923	F = .001	p = .975	F = .001	p = .975																

T.Ö.T.Y.V.A= Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Yaş grupları değişkeni açısından hastaların total yorgunluk ve davranış/siddet, duygulanım, duygulanım, duygulanım ve bilişsel/ruhsal alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 15).

Hastaların üç izlem dönemindeki subjektif yorgunluk algılamaları yaş grupları ile karşılaştırıldığında; üç izlem döneminde hastaların total yorgunluk ve dört alt boyut puan ortalamaları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 15).

Tablo 16: Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Medeni Durumu İle Karşılaştırılması

		PIPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ																															
ed. rum	n	Davranış/Şiddet Alt Boyutu						Duygulanım Alt Boyutu						Duyusal Alt Boyutu						Bilişsel/Ruhsal Alt Boyutu						Total Yorgunluk Puanı							
		Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3								
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd						
	3	3.6	2.7	1.5	1.6	1.1	1.5	3.5	2.8	1.7	2.1	1.3	1.2	3.9	2.6	1.7	1.6	1.4	1.4	3.0	2.4	1.9	1.9	1.5	1.5	3.5	2.2	1.7	1.6	1.3	1.2		
	2																																
	3	3.8	2.5	.7	.8	.2	.3	2.8	1.5	.7	1.2	1.1	1.3	2.8	1.4	4.0	2.1	3.0	1.4	2.9	.9	3.3	2.1	2.9	1.2	3.1	.15	2.2	1.0	1.8	.56		
	5	3.7	2.7	1.4	1.6	1.1	1.5	3.4	2.7	1.6	2.1	1.3	1.2	3.8	2.6	1.9	1.8	1.5	1.4	3.0	2.3	2.0	1.9	1.6	1.5	3.5	2.1	1.7	1.6	1.4	1.1		
		.015	.650	.426	1.112	.299		.185	.581	.451	.801		.431	4.935	.033*	.089		.010	1.493	.230	.293		.107	.245	.391	.624							
		F = .285						F = .324					F = 1.009					F = .844					F = .039										
		p = .597						p = .573					p = .322					p = .365					p = .844										

* p < 0.05 T.Ö.T.Y.V.A=Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Medeni durum değişkeni açısından hastaların total yorgunluk ve davranış/şiddet, duygulanım, duygusal ve bilişsel/ruhsal alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0.05) (Tablo 16).

Hastaların üç izlem dönemindeki subjektif yorgunluk algılamaları medeni durum ile karşılaştırıldığında; Z1 ve Z3 izlem döneminde hastaların **duyusal** alt boyut puan ortalamalarının medeni duruma göre farklılık göstermediği, Z2 izlem döneminde ise boşanmış hastaların evli olan hastalara göre duygusal alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F = 4.935; p =.033) (Tablo 16).

Tablo 17: Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Öğrenim Durumu İle Karşılaştırılması

Öğrenim durumu	n	PIPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ												Total Yorgunluk Puanı									
		Davranış/Siddet Alt Boyutu				Duygulanım Alt Boyutu				Duyusal Alt Boyutu				Bilişsel/Ruhsal Alt Boyutu				Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Okur zede	1	6.8	.50	.00	.00	1.0	.80	1.6	1.8	3.5	2.1	1.6	1.8	3.2	2.6	2.1	2.6	3.2	1.0	1.3	.8	.440	
kokul	7	4.7	3.3	1.2	1.5	2.2	2.0	4.7	3.3	1.7	1.6	2.2	1.3	3.6	2.6	1.2	.7	1.3	2.9	1.3	1.1	1.1	.778
Ortaokul	10	3.2	2.3	1.1	.9	.7	1.0	3.7	2.5	1.5	1.2	1.4	1.2	3.2	2.6	1.8	1.2	1.7	3.1	1.3	1.4	.87	.81
İniver.	7	3.0	2.5	1.9	2.7	1.1	1.6	3.2	2.2	1.3	2.3	1.4	1.9	1.9	1.6	2.1	2.9	1.2	3.2	2.1	1.8	2.6	1.6
pl	10	3.6	2.8	1.6	1.2	.7	1.1	3.9	2.7	3.0	1.8	1.3	1.6	3.3	2.5	2.6	2.4	1.9	3.5	2.3	2.3	1.6	1.2
pl	35	3.7	2.7	1.4	1.6	1.1	1.5	3.8	2.6	1.9	1.8	1.5	1.4	3.0	2.3	2.0	1.9	1.6	3.5	2.1	1.7	1.6	1.1
		.755	.389	1.508	.719	.449	1.311	.348	.772	.288	.843	.523	.464	.301	.720	.762	.875	.336	.557	.852	.696	.440	.778
İr. dur. için T.Ö.T.Y.V.A		F = .446 p = .774	F = .628 p = .646	F = .478 p = .752	F = .308 p = .871	F = .242 p = .912																	

T.Ö.T.Y.V.A=Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Öğrenim durumu değişkeni açısından, hastaların total yorgunluk ve davranış/şiddet, duygulanım, duysal ve bilişsel/ruhsal alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde öğrenim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0.05) (Tablo 17).

Hastaların üç izlem dönemindeki subjektif yorgunluk algılamaları öğrenim durumları ile karşılaştırıldığıında; üç izlem döneminde hastaların total yorgunluk ve dört alt boyut puan ortalamaları ile öğrenim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 17).

Tablo 18: Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Meslekleri İle Karşılaştırılması

Meslek	n	PIPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ												Total Yorgunluk Puanı																	
		Davranış/Şiddet Alt Boyutu				Duygulanım Alt Boyutu				Duyusal Alt Boyutu				Bilişsel/Ruhsal Alt Boyutu				Z1		Z2		Z3									
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd								
Emekli	11	3.1	1.6	1.1	1.2	.5	1.1	2.9	2.1	1.6	2.4	.8	1.4	2.5	2.0	2.5	2.1	1.4	1.6	2.4	1.2	2.8	2.1	1.8	1.7	2.7	1.2	2.0	1.7	1.1	1.3
Memur	10	3.3	2.9	2.0	2.2	1.1	1.4	3.9	3.0	1.9	2.6	1.2	1.4	3.9	2.3	1.5	1.8	1.3	1.5	2.7	2.8	1.7	2.5	1.3	1.6	3.4	2.4	1.8	2.1	1.2	1.3
Ev hanımı	7	3.7	3.2	1.0	1.1	.6	.7	2.3	2.5	1.5	2.0	1.2	.9	3.4	2.1	2.4	1.5	2.3	1.5	2.9	2.2	2.0	1.3	2.2	1.8	3.1	1.3	1.7	1.0	1.6	.93
Diğer	7	5.0	3.1	1.3	1.3	2.2	2.1	4.6	2.9	1.2	1.0	2.0	.9	5.9	3.2	1.2	1.0	1.4	1.0	4.7	2.7	1.1	.3	1.1	.4	5.1	2.8	1.2	.84	1.7	1.0
Toplam	35	3.7	2.7	1.4	1.6	1.1	1.5	3.4	2.7	1.6	2.1	1.3	1.2	3.8	2.6	1.9	1.8	1.5	1.4	3.0	2.3	2.0	1.9	1.6	1.5	3.5	2.1	1.7	1.6	1.4	1.1
F		.804		.694		2.279		1.109		.128		1.300		2.809		1.003		.796		1.574		1.263		.778		1.997		.331		.469	
P		.501		.563		.099		.360		.943		.292		.056		.405		.505		.215		.304		.515		.135		.803		.706	
Meslek için T.Ö.T.Y.V.A		F = .976		p = .417		F = .475		p = .702		F = .430		p = .733		F = .161		p = .922		F = .344		p = .794											

T.Ö.T.Y.V.A=Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Meslek değişkeni açısından, hastaların total yorgunluk ve davranış/şiddet, duygulanım, duygusal ve bilişsel/ruhsal alt boyut puan ortalamaları üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 18).

Hastaların üç izlem dönemindeki subjektif yorgunluk algılamaları meslek grupları ile karşılaştırıldığında; üç izlem döneminde hastaların yorgunluğa ilişkin puan ortalamaları ile meslekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 18).

Tablo 19: Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Çalışma Durumları İle Karşılaştırılması

		PIPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ																													
İlg. ...	n	Davranış/Siddet Alt Boyutu						Duygulanım Alt Boyutu						Duyunam Alt Boyutu						Bilişsel/Ruhsal Alt Boyutu						Total Yorgunluk Puanı					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
alışan	7	3.5	1.5	2.1	2.2	.9	1.3	3.2	2.2	1.4	1.0	.8	.9	3.6	1.8	1.8	1.1	.9	1.3	3.1	2.2	2.0	1.5	.9	.6	3.3	1.4	1.8	1.2	.93	.67
alışan	28	3.7	2.9	1.2	1.3	1.1	1.5	3.5	2.8	1.6	2.3	1.4	1.3	3.8	2.7	1.9	1.9	1.7	1.5	3.0	2.4	2.0	2.0	1.8	1.6	3.5	2.2	1.7	1.7	1.5	1.2
opta	35	3.7	2.7	1.4	1.6	1.1	1.5	3.4	2.7	1.6	2.1	1.3	1.2	3.8	2.6	1.9	1.8	1.5	1.4	3.0	2.3	2.0	1.9	1.6	1.5	3.5	2.1	1.7	1.6	1.4	1.1
		.038		1.733		.077		.073		.041		1.443		.047		.019		1.539		.020		.002		1.644		.031		.050		1.526	
		.847		.197		.783		.789		.840		.238		.830		.891		.224		.890		.966		.209		.862		.824		.225	
alışma dur.		F = .056						F = .240					F = .322						F = .102						F = .115						
J.Y.V.A		p = .815						p = .628					p = .568						p = .751						p = .736						

T.Ö.T.Y.V.A=Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Çalışma durumu değişkeni açısından, hastaların total yorgunluk ve davranış/siddet, duygulanım, duygulanım ve bilişsel/ruhsal alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde çalışma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 19).

Hastaların üç izlem dönemindeki subjektif yorgunluk algılamaları çalışma durumları ile karşılaştırıldığında; üç izlem döneminde hastaların total yorgunluk ve dört alt boyut puan ortalamaları ile çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 19).

Tablo 20: Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Evde Birlikte Yaşadığı Kişiler İle Karşılaştırılması

Evde bir. aş. kişi		PIPER YORGUNLUK DİĞEĞİ																																					
		Davranış/Siddet Alt Boyutu						Duygulanım Alt Boyutu						Duyusal Alt Boyutu						Bilişsel/Ruhsal Alt Boyutu						Total Yorgunluk Puanı													
		Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3														
n		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
1		2.6	.0	.0	.0	.0	.0	4.0	.0	.0	.0	2.6	.0	5.8	.0	3.5	.0	5.8	.0	3.5	.0	5.8	.0	3.5	.0	5.8	.0	3.1	.0	2.9	.0	3.1	.0	2.9	.0	3.1	.0	2.9	.0
6		3.4	2.6	2.0	1.0	1.3	1.3	3.5	2.6	1.6	1.6	3.4	2.9	1.4	1.0	2.4	2.1	1.4	1.6	2.4	2.1	1.4	1.6	2.4	2.1	1.4	1.6	3.2	2.4	1.6	1.5	3.2	2.4	1.6	1.5	3.2	2.4	1.6	1.5
1		2.1	.0	1.6	.0	.6	.0	3.4	.0	2.2	.0	4.4	.0	4.8	.0	1.8	.0	2.0	.0	1.8	.0	2.0	.0	1.8	.0	2.0	.0	2.9	.0	2.6	.0	2.9	.0	2.6	.0	2.9	.0	2.6	.0
27		3.8	2.8	1.3	1.3	1.1	1.5	3.4	2.8	1.6	2.2	3.9	2.6	1.8	1.7	3.2	2.5	2.0	1.9	3.2	2.5	2.0	1.9	3.2	2.5	2.0	1.9	3.6	2.1	1.7	1.6	3.6	2.1	1.7	1.6	3.6	2.1	1.7	1.6
35		3.7	2.7	1.4	1.6	1.1	1.5	3.4	2.7	1.6	2.1	3.8	2.6	1.9	1.8	3.0	2.3	2.0	1.9	3.0	2.3	2.0	1.9	3.0	2.3	2.0	1.9	3.5	2.1	1.7	1.6	3.5	2.1	1.7	1.6	3.5	2.1	1.7	1.6
		.184	.522	.670	.207	.891	.207	.014	.998	.209	.889	.138	.936	2.963	.119	.255	.857	1.474	.173	.255	.857	1.474	.173	.255	.857	1.474	.173	.081	.970	.270	.846	.081	.970	.270	.846				
		F = .234						F = .108				F = 1.107				F = 1.075				F = 1.075				F = 1.075				F = .152				F = .152							
		p = .872						p = .955				p = .361				p = .374				p = .374				p = .374				p = .927				p = .927							

* $p < 0.05$ T.Ö.T.Y.V.A=Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Evde birlikte yaşanan kişiler değişkeni açısından, hastaların total yorgunluk ve davranış/siddet, duygulanım, duygusal ve bilişsel/ruhsal alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde evde birlikte yaşadıkları kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 20).

Hastaların üç izlem dönemindeki subjektif yorgunluk algılamaları evde birlikte yaşadığı kişiler ile karşılaştırıldığında; Z1 ve Z3 izlem döneminde hastaların **duyusal** alt boyut puan ortalamalarının evde birlikte yaşadığı kişilere göre farklılık göstermediği, Z2

izlem döneminde ise yalnız yaşayan hastaların eşi ile birlikte yaşayan hastalara göre duygusal puan ortalamalarının yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F = 2.963$; $p = .047$) (Tablo 20).

Tablo 21: Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının En Uzun Süre Yaşadığı Yer İle Karşılaştırılması

		PIPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ																													
En uzun yaşayış yer	n	Davranış/Siddet Alt Boyutu				Duygulanım Alt Boyutu				Duyusal Alt Boyutu				Bilişsel/Ruhsal Alt Boyutu				Total Yorgunluk Puanı													
		Z1	Z2	Z3		Z1	Z2	Z3		Z1	Z2	Z3		Z1	Z2	Z3		Z1	Z2	Z3											
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd										
İl	14	3.1	2.5	.9	1.1	.6	.9	2.4	1.7	.6	.8	.7	.8	2.9	2.0	1.8	1.5	1.3	.93	2.4	2.1	1.9	1.6	1.6	1.7	2.7	1.4	1.3	.95	1.0	.78
İlçe	20	4.2	2.7	1.8	1.7	1.4	1.7	4.2	3.1	2.3	2.5	1.7	1.3	4.2	2.8	2.0	2.0	1.8	1.8	3.2	2.3	2.1	2.1	1.7	1.5	4.0	2.4	2.1	1.9	1.7	1.3
Köy	1	1.8	.	.5	.	.0	.	2.0	.	1.2	.	.8	.	6.6	.	1.6	.	.80	.	7.5	.	.6	.	.5	.	4.4	.	.99	.	.53	.
Toplam	35	3.7	2.7	1.4	1.6	1.1	1.5	3.4	2.7	1.6	2.1	1.3	1.2	3.8	2.6	1.9	1.8	1.5	1.4	3.0	2.3	2.0	1.9	1.6	1.5	3.5	2.1	1.7	1.6	1.4	1.1
F		.935			1.501		1.562	2.052		3.186		3.410		1.718		.088		.667		2.455		.267		.303		1.610		1.040		1.582	
p		.403			.238		.225	.145		.055		.045*		.195		.916		.520		.102		.767		.741		.216		.365		.221	
En uzun süre yaşadığı için T.Ö.T.Y.V.A		F = 1.934						F = 3.477						F = .930					F = .299						F = 1.729						
		p = .161						p = .043*						p = .405					p = .744						p = .194						

* p < 0.05 T.Ö.T.Y.V.A=Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

En uzun yaşanan yer değişkeni açısından, hastaların total yorgunluk ve davranış/siddet, duygulanım, duygusal ve bilişsel/ruhsal alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde **duygulanım** puan ortalamalarının en uzun yaşadıkları yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (F=3.477; p=.043) (Tablo 21).

Hastaların üç izlem dönemindeki subjektif yorgunluk algılamaları yaşadıkları yer ile karşılaştırıldığında; Z1 ve Z2 izlem döneminde hastaların **duygulanım** alt boyut puan ortalamalarının yaşadıkları yere göre farklılık göstermediği, Z3 izlem döneminde

ise ilçede yaşıyan hastaların ilde yaşıyan hastalara göre duygusal etkilenme düzeylerinin daha yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=3.410; p =.045) (Tablo 21).

Tablo 22: Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Sağlık Güvenceleri İle Karşılaştırılması

Sağlık güven cesi	n	PIPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ																													
		Davranış/Şiddet Alt Boyutu				Dayanım Alt Boyutu				Duyusal Alt Boyutu				Bilişsel/Ruhsal Alt Boyutu				Total Yorgunluk Puanı													
		Z1	Z2	Z3	Z3	Z1	Z2	Z3	Z3	Z1	Z2	Z3	Z3	Z1	Z2	Z3	Z3	Z1	Z2	Z3	Z3										
SSK	13	4.8	2.7	1.1	1.0	1.3	1.8	3.4	2.8	1.2	1.4	1.5	1.1	4.1	3.0	1.9	1.4	1.7	1.3	3.6	2.2	1.7	.7	1.5	.7	4.0	2.2	1.5	.93	1.5	1.0
Em. Sand.	21	2.8	2.3	1.6	1.8	.9	1.2	3.3	2.7	1.8	2.5	1.1	1.3	3.4	2.2	1.9	2.0	1.5	1.6	2.6	2.4	2.1	2.4	1.7	1.9	3.0	1.9	1.9	1.9	1.3	1.3
Diğer	1	7.8	.	1.5	.	1.1	.	5.0	.	1.4	.	1.4	.	8.4	.	2.8	.	1.6	.	5.1	.	1.3	.	.8	.	6.6	.	1.7	.	1.2	.
Toplam	35	3.7	2.7	1.4	1.6	1.1	1.5	3.4	2.7	1.6	2.1	1.3	1.2	3.8	2.6	1.9	1.8	1.5	1.4	3.0	2.3	2.0	1.9	1.6	1.5	3.5	2.1	1.7	1.6	1.4	1.1
F		3.930	.443	.646	.349	.708	.164	.302	.742	.322	.727	.156	.428	1.973	.104	.057	.944	1.101	.215	.196	.807	.823	1.975	.202	.119	.889					
p		.060					.850					.872	.428					.345	.807				.155	.818							
Sağlık güven. için T.Ö.T.Y.V.A		F = 1.073					F = .034					F = .872	p = .428	F = .032	p = .969						F = .362	p = .699									

T.Ö.T.Y.V.A=Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Sağlık güvencesi değişkeni açısından; hastaların total yorgunluk ve davranış/şiddet, duygulanım, duygusal ve bilişsel/ruhsal alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde sağlık güvencelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 22).

Hastaların üç izlem dönemindeki subjektif yorgunluk algılamaları sağlık güvenceleri ile karşılaştırıldığında; üç izlem döneminde hastaların total yorgunluk ve dört alt boyut puan ortalamaları ile sağlık güvenceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 22).

3.5.2. Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Hastalığa İlişkin Değişkenlerle Karşılaştırılması

Tablo 23: Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Hastalık Tanıları İle Karşılaştırılması

Hastalık tanısı	n	PIPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ												Total Yorgunluk Puanı																								
		Davranış/Siddet Alt Boyutu				Duygulanım Alt Boyutu				Duyusal Alt Boyutu				Bilişsel/Ruhsal Alt Boyutu				Z1		Z2		Z3																
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd															
Kolon	18	3.2	2.50	1.1	1.1	1.5	2.1	2.3	2.3	2.2	1.8	1.3	1.5	3.1	2.2	2.2	2.0	1.7	2.3	2.0	1.8	1.7	2.9	1.5	1.7	1.5	1.5	1.2	1.1									
İonca+KCa met	3	6.5	3.7	.5	.9	.7	1.2	3.0	.3	7.7	2.8	1.6	2.7	3.2	1.1	5.5	3.1	.5	1.7	.0	6.6	3.2	1.0	1.3	2.9	.42												
Rektum Ca	2	3.5	2.4	.5	.7	.5	.7	.0	.0	3.3	1.8	.5	.7	.0	2.3	1.2	.1	.1	2.9	1.2	2.3	1.6	1.4	1.0	.6	2.8	1.8	2.0	1.4	.73								
Milde Ca	6	2.8	1.6	2.7	2.4	1.6	1.3	1.6	.9	3.4	2.4	2.2	1.4	1.6	.9	2.7	1.8	1.4	.9	.7	4.8	3.2	1.4	.8	1.2	1.0	3.7	.87	1.2	.51	.97							
Gracil rCa	4	3.8	2.4	1.1	1.2	.5	1.0	.8	.0	1.6	.4	.8	.5	.8	.0	4.7	2.4	1.7	.3	1.2	7.5	.7	4.0	3.3	2.7	2.6	6.2	1.7	5.3	3.5	3.7	2.7	6.4	3.3	4.3	3.5	2.8	2.4
İnkras Ca	2	6.0	5.4	3.0	2.2	2.2	2.0	1.3	1.2	3.4	2.7	1.6	2.1	1.3	1.2	3.8	2.6	1.9	1.8	1.5	4.1	1.69	1.196	1.855	3.218	2.083	3.554	2.1	1.7	1.6	1.5	1.4	1.1					
Toplam	35	3.7	2.7	1.4	1.6	1.1	1.5	4.376	.004*	2.281	.073	1.640	.181	3.191	.020*	4.169	.006*	1.196	.336	1.855	3.218	.020*	2.083	.096	1.582	.196	3.554	.013*	1.779	.149	2.330	.068						
astalık tanı için T.Ö.T.Y.V.A		1.184	.341	2.006	.108	4.376	.004*	2.281	.073	1.640	.181	3.191	.020*	4.169	.006*	1.196	.336	1.855	.133	3.218	.020*	2.083	.096	1.582	.196	3.554	.013*	1.779	.149	2.330	.068							
		F = 1.551	p = .205	F = 1.877	p = .129	F = 2.644	p = 0.44*	F = 2.455	p = .057	F = 2.644	p = 0.44*	F = 2.455	p = .057	F = 2.455	p = .057	F = 2.455	p = .057	F = 2.455	p = .057	F = 2.455	p = .057	F = 2.455	p = .057	F = 2.455	p = .057	F = 2.455	p = .057	F = 2.455	p = .057	F = 2.455	p = .057							

* p < 0.05 T.Ö.T.Y.V.A=Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Hastalık tanısı değişkeni açısından; hastaların total yorgunluk ve davranış/şiddet, duygulanım, duygulanım, duygusal ve bilişsel/ruhsal alt boyut puan ortalamaları üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde, **duygusal** puan ortalamalarının hastalık tanılarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (F=2.644; p=.044) (Tablo 23).

Hastaların üç izlem dönemindeki subjektif yorgunluk algılamaları hastalık tanıları ile karşılaştırıldığında;

- Z2 ve Z3 izlem döneminde hastaların **total yorgunluk** puan ortalamalarının hastalık tanılarına göre farklılık göstermediği, Z1 izlem döneminde ise kolon ca+karaciğer met. tanısı konulan hastaların rektum ca tanısı konulan hastalara göre total yorgunluk puanlarının daha yüksek olduğu (F=3.554; p=.013) (Tablo 23).
- Z1 ve Z2 izlem döneminde hastaların **davranış/şiddet** alt boyut puan ortalamalarının hastalık tanılarına göre farklılık göstermediği, Z3 izlem döneminde ise kolon ca+kc metastas tanısı konulan hastaların kolon ca, rektum ca ve karaciğer ca tanısı konulan hastalara göre yorgunluğa bağlı etkillenme düzeylerinin daha yüksek olduğu (F=4.376; p =.004) (Tablo 23)
- Z1 ve Z2 izlem döneminde hastaların **duygulanım** alt boyut puan ortalamalarının hastalık tanılarına göre farklılık göstermediği, Z3 izlem döneminde ise pankreas ca tanısı konulan hastaların rektum ca ve karaciğer ca tanısı konulan hastalara göre duygusal etkillenme düzeylerinin daha yüksek olduğu (F=3.191; p =.020) (Tablo 23)

- Z2 ve Z3 izlem döneminde hastaların **duygusal** alt boyut puan ortalamalarının hastalık tanılarına göre farklılık göstermediği, Z1 izlem döneminde ise kolon ca+karaciğer metastas tanısı konulan hastaların kolon ca ve mide ca tanısı konulan hastalara göre duygusal etkilene düzeylerinin daha yüksek olduğu (F=4.169; p=.006) (Tablo 23)
- Z2 ve Z3 izlem döneminde hastaların **bilişsel/ruhsal** alt boyut puan ortalamalarının hastalık tanılarına göre farklılık göstermediği, Z1 izlem döneminde ise pankreas ca tanısı konulan hastaların rektum ca tanısı konulan hastalara göre bilişsel/ruhsal etkilene düzeylerinin daha yüksek olduğu (F=3.218; p=.020) (Tablo 23).

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 24: Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Hastalık Süreleri İle Karşılaştırılması

Hastalık süresi ve altı	n	PIPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ																													
		Davranış/Şiddet Alt Boyutu						Duygulanım Alt Boyutu						Duyusal Alt Boyutu						Bilişsel/Ruhsal Alt Boyutu						Total Yorgunluk Puanı					
		Z1	Z2	Z3	X	tsd	X	Z1	Z2	Z3	X	tsd	X	Z1	Z2	Z3	X	tsd	X	Z1	Z2	Z3	X	tsd	X	Z1	Z2	Z3	X	tsd	X
3 ay ve altı	20	2.7	2.0	1.0	.8	.3	.4	2.5	1.3	1.1	1.0	.8	.7	3.2	2.3	1.9	1.5	1.2	1.2	2.6	2.2	1.5	1.3	1.2	1.0	2.8	1.3	1.4	.87	.93	.65
4 ay ve üstü	15	4.9	3.0	2.0	2.1	1.8	1.5	4.6	3.5	2.3	2.9	1.9	1.5	4.5	2.8	2.0	2.1	2.1	1.6	3.7	2.5	2.5	2.4	2.1	1.9	4.4	2.5	2.2	2.2	2.0	1.4
Toplam	35	3.7	2.7	1.4	1.6	1.1	1.5	3.4	2.7	1.6	2.1	1.3	1.2	3.8	2.6	1.9	1.8	1.5	1.4	3.0	2.3	2.0	1.9	1.6	1.5	3.5	2.1	1.7	1.6	1.4	1.1
F		6.657	3.782	.060	.000*	15.208	.000*	5.586	2.875	.099	.001*	7.350	.001*	2.325	.137	.014	.907	3.281	.079	1.845	2.297	.139	.095	2.962	.095	6.087	.019*	2.293	.139	10.152	.152
p		.015*						.024*						F = 12.432				F = 2.244		F = 3.467				F = 7.537							
Hastalık süre için T.Ö.T.Y.V.A														p = .001*				p = .144		p = .072				p = .010*							

* p < 0.05 T.Ö.T.Y.V.A=Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Hastalık süresi değişkeni açısından; hastaların total yorgunluk ve davranış/şiddet, duygulanım, duysal ve bilişsel/ruhsal alt boyut puan ortalamaları üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde; **total yorgunluk** (F=7.537;p=.010), **davranış/şiddet** (F=12.432; p=.001) ve **duygulanım** (F=6.243; p=.018) puan ortalamalarının hastalık sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 24).

Hastaların üç izlem dönemindeki subjektif yorgunluk algılamaları hastalık süreleri ile karşılaştırıldığında;

- Z2 ve Z3 izlem döneminde hastaların **total yorgunluk** puan ortalamalarının hastalık sürelerine göre farklılık göstermediği, Z1 izlem döneminde ise hastalık süresi 4 ay ve daha uzun süre olan hastaların hastalık süresi 3 ay ve daha kısa olan hastalara göre total yorgunluk puanlarının daha yüksek olduğu (F=6.087; p=.019) (Tablo 24)
- Z2 izlem döneminde hastaların **davranış/şiddet** alt boyut puan ortalamalarının hastalık sürelerine göre farklılık göstermediği, Z1 ve Z3 izlem döneminde ise hastalık süresi 4 ay ve daha uzun süre olan hastaların hastalık süresi 3 ay ve daha kısa olan hastalara göre yorgunluğa bağlı etkilene düzeylerinin daha yüksek olduğu (F=6.657; p =.015/ F=15.208; p=.000) (Tablo 24)
- Z2 izlem döneminde hastaların **duygulanım** alt boyut puan ortalamalarının hastalık sürelerine göre farklılık göstermediği, Z1 ve Z3 izlem döneminde ise hastalık süresi 4 ay ve daha uzun süre olan hastaların hastalık süresi 3 ay ve daha kısa olan hastalara göre duygusal etkilene düzeylerinin daha yüksek olduğu (F=5.586; p =.024 / F=7.350; p = .001) (Tablo 24)

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 25: Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Hastalık Evreleri İle Karşılaştırılması

Hastalık evre	n	PIPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ																													
		Davranış/Şiddet Alt Boyutu				Duygulanım Alt Boyutu				Duyusal Alt Boyutu				Bilişsel/Ruhsal Alt Boyutu				Total Yorgunluk Puanı													
		Z1	Z2	Z3		Z1	Z2	Z3		Z1	Z2	Z3		Z1	Z2	Z3		Z1	Z2	Z3											
evre II	2	5.0	3.8	1.7	.3	.8	.4	3.5	2.1	1.7	.4	1.5	.1	5.2	4.5	2.0	1.1	.9	.9	3.1	2.8	1.0	.3	1.1	.4	4.2	3.3	1.6	.17	1.1	.21
evre III	10	2.5	1.7	.7	.6	.2	.4	2.3	1.3	.7	.7	.5	.6	2.1	1.2	1.8	1.7	.8	1.0	2.6	1.9	2.4	1.6	1.9	1.8	2.4	.57	1.4	.74	.88	.82
evre IV	23	4.0	2.9	1.7	1.8	1.4	1.7	3.9	3.0	2.0	2.5	1.6	1.3	4.4	2.6	2.0	1.9	2.0	1.5	3.2	2.5	1.9	2.1	1.5	1.5	3.9	2.3	1.9	1.9	1.6	1.2
Toplam	35	3.7	2.7	1.4	1.6	1.1	1.5	3.4	2.7	1.6	2.1	1.3	1.2	3.8	2.6	1.9	1.8	1.5	1.4	3.0	2.3	2.0	1.9	1.6	1.5	3.5	2.1	1.7	1.6	1.4	1.1
		1.396	1.318	2.391	.108	1.308	1.216	3.062	.061	3.488	.047	2.716	.081	.215	.422	.228	.798	2.017	.312	1.748	.190	F = 2.377	p = .109	F = .079	p = .924	F = 1.594	p = .219				

* p < 0.05 T.Ö.T.Y.V.A=Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Hastalık evresi değişkeni açısından; hastaların total yorgunluk ve davranış/şiddet, duygulanım, duyusal ve bilişsel/ruhsal alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde hastalık evrelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0.05) (Tablo 25).

Hastaların üç izlem dönemindeki subjektif yorgunluk algılamaları hastalık evreleri ile karşılaştırıldığında; Z2 ve Z3 izlem döneminde hastaların **duyusal** alt boyut puan ortalamalarının hastalık evrelerine göre farklılık göstermediği, Z1 izlem döneminde ise

hastalık evresi IV. evre olan hastaların hastalık evresi III. evre olan hastalara göre duygusal etkilenme düzeylerinin daha yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=3.488; p =.043) (Tablo 25).

Tablo 26: Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Kemoterapi Protokolleri İle Karşılaştırılması

Kemo terapi prot.	n	PIPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ																																											
		Davranış/Siddet Alt Boyutu						Duygulanım Alt Boyutu						Duyusal Alt Boyutu						Bilişsel/Ruhsal Alt Boyutu						Total Yorgunluk Puanı																			
		Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3																				
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd						
Compt o+5FU +LV	13	3.9	3.2	.8	1.3	1.2	1.9	4.3	3.2	1.3	2.6	1.3	1.6	4.0	3.1	1.5	2.2	2.1	1.7	2.3	2.4	1.4	2.1	2.1	1.6	2.3	2.4	1.4	2.1	2.1	1.6	3.6	2.7	1.2	1.9	3.6	2.6	2.5	2.0						
UFT+E loxatin LV+5FU U	1	1.8	.	1.5	.	1.0	.	2.6	.	2.4	.	1.8	.	4.0	.	3.8	.	3.6	.	2.1	.	2.3	.	1.6	.	2.1	.	2.3	.	1.6	.	2.6	.	2.5	.	2.0
Gemzar	2	6.0	5.4	3.0	2.2	2.2	2.0	6.2	5.3	5.1	4.9	2.8	2.5	7.5	7	4.0	3.3	2.7	2.6	6.2	1.7	5.3	3.5	3.7	2.7	6.2	1.7	5.3	3.5	3.7	2.7	6.4	3.3	4.3	3.5	6.4	3.3	4.3	3.5						
Cisplatin+UFT	6	3.2	1.0	2.8	2.3	1.6	1.3	3.8	1.9	2.3	1.1	1.6	.9	2.7	1.6	1.5	.8	.8	.8	2.5	1.2	1.9	1.2	1.1	.4	2.5	1.2	1.9	1.2	1.1	.4	3.1	1.4	2.1	1.2	3.1	1.4	2.1	1.2						
Toplam	35	3.7	2.7	1.4	1.6	1.1	1.5	3.4	2.7	1.6	2.1	1.3	1.2	3.8	2.6	1.9	1.8	1.5	1.4	3.0	2.3	2.0	1.9	1.6	1.5	3.0	2.3	2.0	1.9	1.6	1.5	3.5	2.1	1.7	1.6	3.5	2.1	1.7	1.6						
F		.547		2.877		1.226		2.022		2.164		1.298		1.391		1.253		2.216		1.508		1.954		1.394		1.508		1.954		1.394		1.230		1.965		1.230		1.965							
p		.702		.040*		.321		.117		.097		.293		.261		.310		.091		.225		.127		.260		.225		.127		.260		.319		.125		.319		.125							
Kemoterapi prot.için T.Ö.T.Y.V.A		F = 1.034 p = .406						F = 2.098 p = .106					F = 1.968 p = .125					F = 2.516 p = .062					F = 2.516 p = .062			F = 1.658 p = .186					F = 1.658 p = .186														

* p < 0.05 T.Ö.T.Y.V.A=Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Kemoterapi protokolü değişkeni açısından; hastaların total yorgunluk ve davranış/siddet, duygulanım, duygusal ve bilişsel/ruhsal alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde kemoterapi protokollerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0.05) (Tablo 26).

Hastaların üç izlem dönemindeki subjektif yorgunluk algılamaları kemoterapi protokolleri ile karşılaştırıldığında; Z3 izlem döneminde hastaların ***davranış/siddet*** alt boyut puan ortalamalarının uygulanan kemoterapi protokollerine göre farklılık göstermediği, Z2 döneminde ise gemzar uygulanan hastaların Compto+5FU+LV uygulanan hastalara göre yorgunluğa bağlı etkilenme düzeylerinin daha yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=2.877; p=.040) (Tablo 26).

Tablo 27: Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Ailede Kanserli Birey Olma Durumu İle Karşılaştırılması

		PIPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ																													
Ailede kanserli bireylerin oranı	n	Davranış/Şiddet Alt Boyutu						Duygulanım Alt Boyutu						Duyusal Alt Boyutu						Bilişsel/Ruhsal Alt Boyutu						Topal Yorgunluk Puanı					
		Z1	X	±sd	Z2	X	±sd	Z3	X	±sd	Z1	X	±sd	Z2	X	±sd	Z3	X	±sd	Z1	X	±sd	Z2	X	±sd	Z3	X	±sd			
10	10	3.4	2.5	1.5	2.0	.7	1.1	4.2	1.9	1.4	1.6	.8	3.9	2.6	2.3	1.8	.9	1.4	2.4	1.5	2.3	1.7	1.3	1.1	3.5	1.8	1.9	1.3	.99	.86	
25	25	3.8	2.8	1.4	1.4	1.2	1.6	3.1	2.9	1.7	2.3	1.4	3.7	2.6	1.8	1.7	1.8	1.4	3.3	2.6	1.9	2.0	1.7	1.7	3.5	2.2	1.7	1.7	1.5	1.2	
Toplam	35	3.7	2.7	1.4	1.6	1.1	1.5	3.4	2.7	1.6	2.1	1.3	3.8	2.6	1.9	1.8	1.5	1.4	3.0	2.3	2.0	1.9	1.6	1.5	3.5	2.1	1.7	1.6	1.4	1.1	
		.106	.020	.887	.445	.596	1.657	.072	.791	.207	.126	2.458	.012	.711	.405	.126	.281	.629	.914	.346	.600	.433	.000	.116	1.853	.992	.736	.183			
Ailede kanserli bireylerin oranı için Ö.T.Y.V.A		F = .146						F = .012					F = .011						F = .255					F = -.060							
		p = .705						p = .915					p = .918						p = .617												

T.Ö.T.Y.V.A=Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Ailede başka kanserli birey olma değişkeni açısından; hastaların total yorgunluk ve davranış/şiddet, duygulanım, duygusal ve bilişsel/ruhsal alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde ailede kanserli birey olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0.05) (Tablo 27).

Hastaların üç izlem dönemindeki subjektif yorgunluk algılamaları ailede başka kanserli birey olma durumu ile karşılaştırıldığında; üç izlem döneminde hastaların total yorgunluk ve dört alt boyut puan ortalamaları ile ailesinde kanserli birey olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 27).

Tablo 28: Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamalarının Kemoterapi Dışında İlaç Kullanma Durumu İle Karşılaştırılması

Kem. Dışı İlaç Kullan	n	PIPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ																																			
		Davranış/Şiddet Alt Boyutu				Duygulanım Alt Boyutu				Duyusal Alt Boyutu				Bilişsel/Ruhsal Alt Boyutu				Total Yorgunluk Puanı																			
		Z1	Z2	Z3	Z3	Z1	Z2	Z3	Z3	Z1	Z2	Z3	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3																		
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd																		
	12	2.8	1.9	1.4	1.4	.8	1.2	1.4	1.4	2.4	2.3	1.7	2.3	1.1	1.4	2.2	1.3	1.9	1.6	1.0	1.4	1.0	1.4	1.4	1.0	1.4	1.0	1.4	1.0	1.4	1.0	1.4	1.0	1.4			
	23	4.1	2.9	1.4	1.7	1.2	1.6	1.4	1.2	4.0	2.7	1.5	2.0	1.4	1.2	4.6	2.7	1.9	1.8	1.9	1.4	1.4	1.9	1.4	1.4	1.9	1.5	1.3	4.0	2.3	1.7	1.6	1.5	1.0			
	35	3.7	2.7	1.4	1.6	1.1	1.5	1.3	1.2	3.4	2.7	1.6	2.1	1.3	1.2	3.8	2.6	1.9	1.8	1.5	1.4	1.4	1.9	1.6	1.5	1.5	1.6	1.5	3.5	2.1	1.7	1.6	1.4	1.1			
		1.694		.016		.672		.297		2.893		.052		.589		7.743		0.08		3.051		1.295		.461		.314		4.576		.082		.570		.456			
		.202		.900		.418		.589		.098		.820		.589		.009*		.930		.090		.263		.502		.579		.040*		.777		.570		.456			
		F = .917								F = .734						F = 4.591						F = .009															
		p = .345								p = .398						p = 0.40*						p = .926															

* $p < 0.05$

T.Ö.T.Y.V.A=Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Kemoterapi tedavisi dışında ilaç kullanma değişkeni açısından; hastaların total yorgunluk ve davranış/şiddet, duygulanım, duygusal ve bilişsel/ruhsal alt boyut puan ortalamaları üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde **duygusal** puan ortalamalarının kemoterapi dışında ilaç kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (F=4.591; p=.040) (Tablo 28).

Hastaların üç izlem dönemindeki subjektif yorgunluk algılamaları kemoterapi dışında ilaç kullanma durumu ile karşılaştırıldığında;

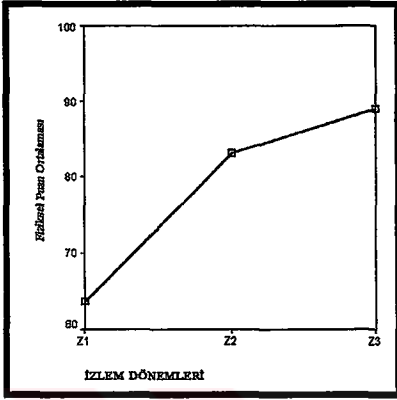
- Z2 ve Z3 izlem döneminde hastaların **total yorgunluk** puan ortalamalarının kemoterapi dışında ilaç kullanma durumuna göre farklılık göstermediği, Z1 döneminde ise kemoterapi dışında ilaç kullanmayan hastaların kemoterapi dışında ilaç kullanan hastalara göre total yorgunluk puanlarının yüksek olduğu (F=4.576; p=.040) (Tablo 28)
 - Z2 ve Z3 izlem döneminde hastaların **duyusal** alt boyut puan ortalamalarının kemoterapi dışında ilaç kullanma durumuna göre farklılık göstermediği, Z1 döneminde ise kemoterapi dışında ilaç kullanmayan hastaların kemoterapi dışında ilaç kullanan hastalara göre duyusal etkilene düzeylerinin daha yüksek olduğu (F=7.743; p=.009) (Tablo 28)
- istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

3.6. HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ

Hastaların Yaşam Kalitesi *Fonksiyonel* Alt Boyutları

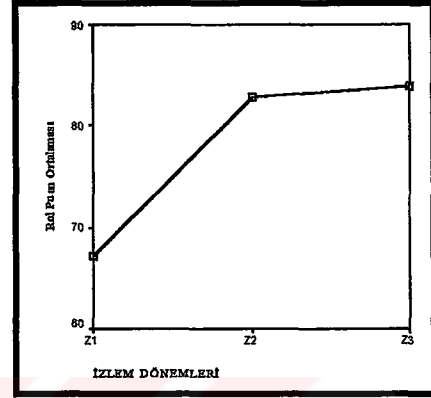
Grafik 8: Fiziksel Alt Boyut

Puan Ortalamaları



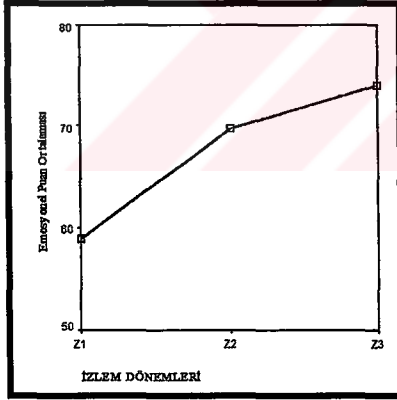
Grafik 9: Rol Alt Boyut

Puan Ortalamaları



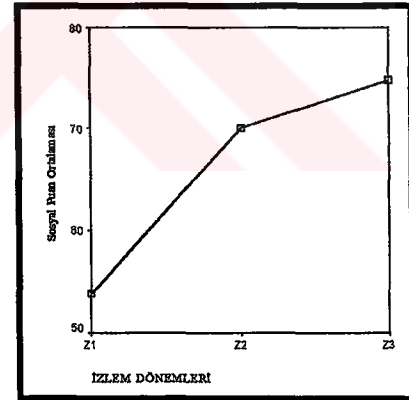
Grafik 10: Emosyonel Alt Boyut

Puan Ortalamaları



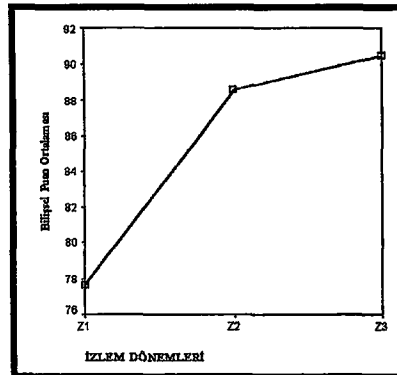
Grafik 11: Sosyal Alt Boyut

Puan Ortalamaları



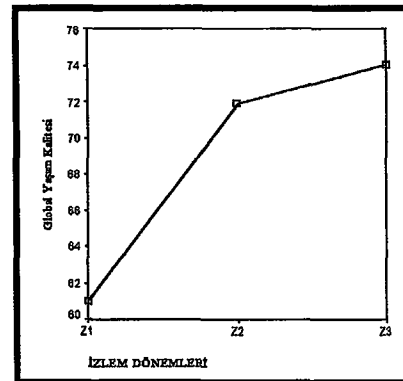
Grafik 12: Bilişsel Alt Boyut

Puan Ortalamaları



Grafik 13: Global Yaşam Kalitesi

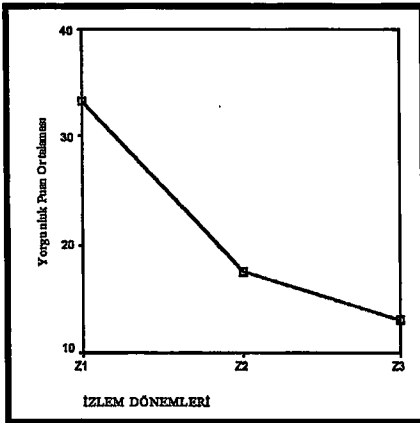
Puan Ortalamaları



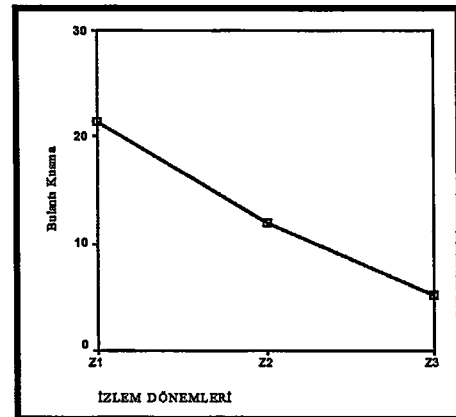
Grafik 8, 9, 10, 11, 12 ve 13'te hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut ortalamaları görülmektedir. Grafiklerde görüldüğü gibi hastaların **fiziksel** puan ortalaması Z1 izlem döneminde 63.6 ± 22.0 , Z2 izlem döneminde 83.0 ± 17.8 , Z3 izlem döneminde ise 88.9 ± 12.8 (Grafik 8), **rol** puan ortalaması Z1 izlem döneminde 67.1 ± 34.6 , Z2 izlem döneminde 82.8 ± 21.5 , Z3 izlem döneminde ise 83.8 ± 23.0 (Grafik 9), **emosyonel** puan ortalaması Z1 izlem döneminde 58.8 ± 26.8 , Z2 izlem döneminde 69.7 ± 28.8 , Z3 izlem döneminde ise 74.0 ± 25.6 , (Grafik 10), **sosyal** puan ortalaması Z1 izlem döneminde 53.8 ± 32.6 , Z2 izlem döneminde 70.0 ± 27.9 , Z3 izlem döneminde ise 74.7 ± 25.6 (Grafik 11), **bilişsel** puan ortalaması Z1 izlem döneminde 77.6 ± 22.4 , Z2 izlem döneminde 88.5 ± 19.2 , Z3 izlem döneminde ise 90.4 ± 17.7 (Grafik 12), **global yaşam kalitesi** puan ortalaması Z1 izlem döneminde 60.9 ± 26.4 , Z2 izlem döneminde 71.9 ± 21.4 , Z3 izlem döneminde ise 74.4 ± 23.3 (Grafik 13) olarak saptanmıştır.

Hastaların Yaşam Kalitesi *Semptom* Alt Boyutları

Grafik 14: Yorgunluk Alt Boyut Puan Ortalamaları

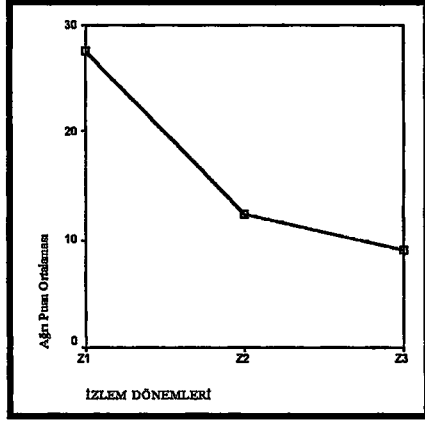


Grafik 15: Bulantı- Kusma Alt Boyut Puan Ortalaması



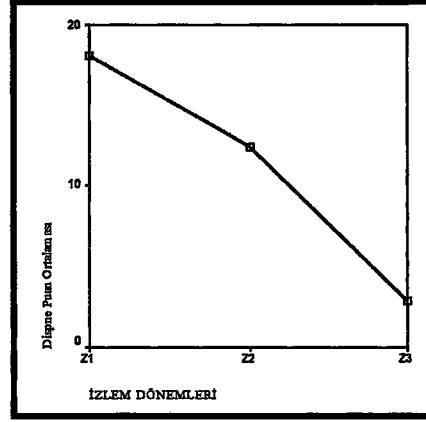
Grafik 16: Ağrı Alt Boyut

Puan Ortalamaları



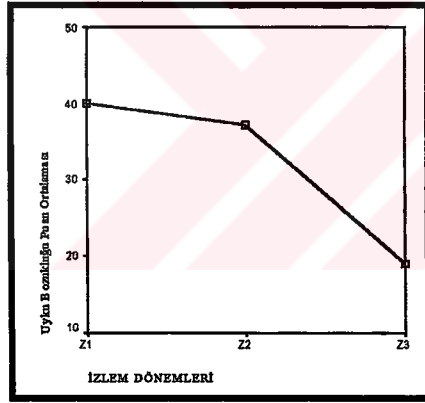
Grafik 17: Dispne Alt Boyut

Puan Ortalamaları



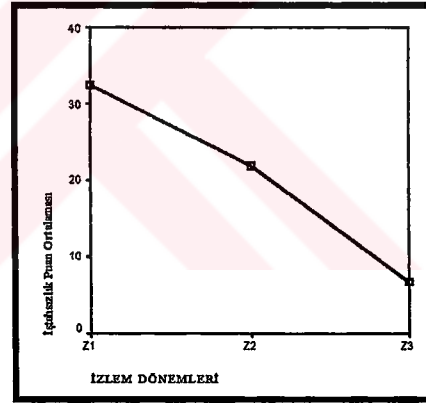
Grafik 18: Uyku Bozukluğu Alt Boyut

Puan Ortalamaları



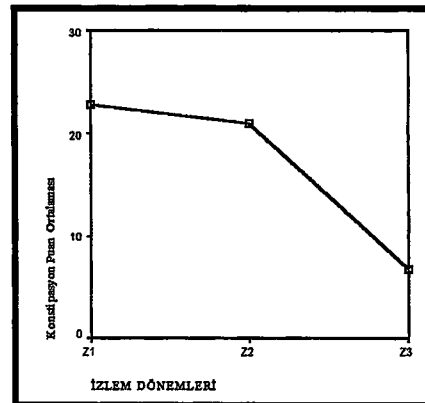
Grafik 19: İştahsızlık Alt Boyut

Puan Ortalamaları



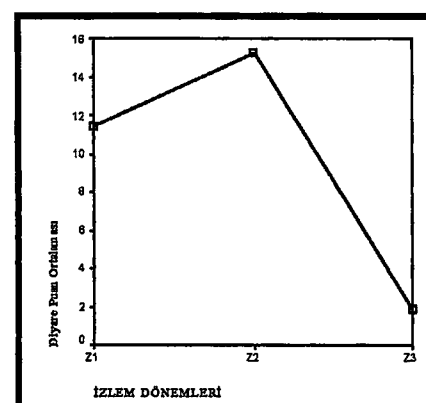
Grafik 20: Konstipasyon Alt Boyut

Puan Ortalamaları

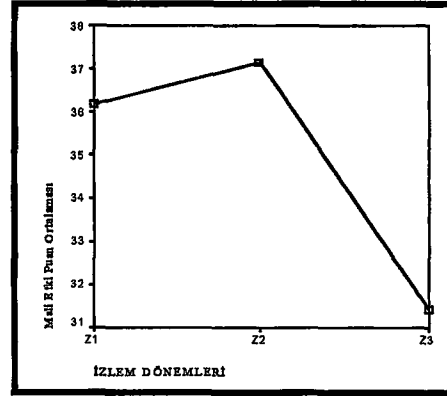


Grafik 21: Diyare Alt Boyut

Puan Ortalamaları



Grafik 22: Mali Etki Alt Boyut
Puan Ortalamaları



Grafik 14,15,16,17,18,19,20,21 ve 22'de hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi semptom alt boyut ortalamaları görülmektedir. Grafiklerde görüldüğü gibi hastaların **yorgunluk** puan ortalaması Z1 izlem döneminde 33.3 ± 26.9 , Z2 izlem döneminde 17.4 ± 20.3 , Z3 izlem döneminde ise 13.0 ± 21.6 (Grafik 14), **bulantı- kusma** puan ortalaması Z1 izlem döneminde 21.4 ± 27.2 , Z2 izlem döneminde 11.9 ± 15.4 , Z3 izlem döneminde ise 5.23 ± 16.0 (Grafik 15), **ağrı** puan ortalaması Z1 izlem döneminde 27.6 ± 36.8 , Z2 izlem döneminde 12.3 ± 21.5 , Z3 izlem döneminde ise 9.06 ± 20.3 (Grafik 16), **dispne** puan ortalaması Z1 izlem döneminde 18.0 ± 27.2 , Z2 izlem döneminde 12.1 ± 21.5 , Z3 izlem döneminde ise 2.85 ± 9.46 (Grafik 17), **uyku bozukluğu** puan ortalaması Z1 izlem döneminde 40.0 ± 34.1 , Z2 izlem döneminde 37.1 ± 37.7 , Z3 izlem döneminde ise 19.0 ± 29.4 (Grafik 18), **iştahsızlık** puan ortalaması Z1 izlem döneminde 32.3 ± 35.6 , Z2 izlem döneminde 21.9 ± 33.2 , Z3 izlem döneminde ise 6.6 ± 17.7 (Grafik 19), **konstipasyon** puan ortalaması Z1

izlem döneminde 22.8 ± 30.0 , Z2 izlem döneminde 20.9 ± 31.4 , Z3 izlem döneminde ise 6.6 ± 19.4 (Grafik 20), **diyare** puan ortalaması Z1 izlem döneminde 11.4 ± 22.7 , Z2 izlem döneminde 15.2 ± 28.4 , Z3 izlem döneminde ise 1.9 ± 7.85 (Grafik 21), **mali etki** puan ortalaması Z1 izlem döneminde 36.1 ± 38.2 , Z2 izlem döneminde 37.1 ± 35.0 , Z3 izlem döneminde ise 31.4 ± 37.8 (Grafik 22) olarak saptanmıştır.

Tablo 29: Hastaların Üç İzlem Dönemindeki Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=35)

EORTC QLQ C-30																		
FONKSİYONEL ALT BOYUTU																		
İZLEM	Fiziksel Alt Boyut		Rol Alt Boyut		Bilişsel Alt Boyut		Emosyonel Alt Boyut		Sosyal Alt Boyut		Global Yaşam Kalitesi							
	\bar{X}	\pm sd	\bar{X}	\pm sd	\bar{X}	\pm sd	\bar{X}	\pm sd	\bar{X}	\pm sd	\bar{X}	\pm sd						
Z1	63.6	22.0	67.1	34.6	77.6	22.4	58.8	26.8	53.8	32.6	60.9	26.4						
Z2	83.0	17.8	82.8	21.5	88.5	19.2	69.7	28.8	70.0	27.9	71.9	21.4						
t	-4.653		-2.971		-3.276		-2.646		-3.022		-2.63							
p	.000*		.005*		.002*		.012*		.005*		.013*							
	X	sd	X	sd	X	sd	X	sd	X	sd	X	sd						
Z1	63.6	22.0	67.1	34.6	77.6	22.4	58.8	26.8	53.8	32.6	60.9	26.4						
Z3	88.95	12.8	83.8	23.0	90.4	17.7	74.0	25.6	74.7	25.6	74.4	23.3						
t	-6.399		-2.156		-3.916		-3.935		-4.365		-2.14							
p	.000*		.038*		.000*		.000*		.000*		.039*							
SEMPTOM ALT BOYUTU																		
İZLEM	Yorgunluk		Bulantı Kusma		Ağrı		Diyare		Uyku Bozukluğu		İştahsızlık		Konstipasyon		Diyare		Mali Etki	
	\bar{X}	\pm sd	\bar{X}	\pm sd	\bar{X}	\pm sd	\bar{X}	\pm sd	\bar{X}	\pm sd	\bar{X}	\pm sd	\bar{X}	\pm sd	\bar{X}	\pm sd	\bar{X}	\pm sd
Z1	33.3	26.9	21.4	27.2	27.6	36.8	18.0	27.2	40.0	34.1	32.3	35.6	22.8	30.0	11.4	22.7	36.1	38.2
Z2	17.4	20.3	11.9	15.4	12.3	21.5	12.1	21.5	37.1	37.7	21.9	33.2	20.9	31.4	15.2	28.4	37.1	35.0
t	4.35		1.95		2.89		1.79		.43		2.23		.27		-.70		-.18	
p	.000*		.060		.007*		.083		.668		.032*		.786		.487		.860	
	X	sd	X	sd	X	sd	X	sd	X	sd	X	sd	X	sd	X	sd	X	sd
Z1	33.3	26.9	21.4	27.2	27.6	36.8	18.0	27.2	40.0	34.1	32.3	35.6	22.8	30.0	11.4	22.7	36.1	38.2
Z3	13.0	21.6	5.23	16.0	9.06	20.3	2.85	9.46	19.0	29.4	6.66	17.7	6.66	19.4	1.90	7.85	31.4	37.8
t	4.22		2.76		3.35		3.65		3.12		4.5		3.24		2.25		.68	
p	.000*		.009*		.002*		.001*		.004*		.000*		.003*		.031*		.500	

*p < 0.05

Araştırmada hastaların üç izlem dönemindeki fiziksel, rol, emosyonel, bilişsel, sosyal fonksiyon ve global yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan

ortalamalarının Z2 ve Z3 izlem döneminde Z1 izlem dönemine göre anlamlı olarak yükseldiği saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 29).

Tablo 29'da görüldüğü gibi üç izlem döneminde yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, dispne, uyku bozukluğu, iştahsızlık, konstipasyon, diyare semptomu ve mali etki puan ortalamalarının Z2 ve Z3 izlem döneminde Z1 dönemine göre anlamlı olarak azaldığı belirlenmiştir($p<0.05$) (Tablo 29).



3.6.1. Hastaların Yaşam Kalitelerinin Sosyo Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılması

Tablo 30: Hastaların Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alt Boyutlarının Cinsiyet İle Karşılaştırılması

EORTC QLQ C-30													
FONKSİYONEL ALT BOYUT													
Cinsiyet	n	Fiziksel Alt Boyutu						Rol Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Kadın	15	64.0	30.0	86.6	13.3	91.5	8.5	67.7	30.5	88.8	12.0	84.4	14.7
Erkek	20	63.3	14.4	80.3	20.4	87.0	15.2	66.6	38.2	78.3	25.9	83.3	28.0
Toplam	35	63.6	22.0	83.0	17.8	88.9	12.8	67.1	34.6	82.8	21.5	83.8	23.0
F		.008		1.087		1.084		.009		2.119		.019	
p		.931		.305		.305		.927		.155		.890	
Cinsiyet için T.Ö.T.Y.V.A		F = .700 p = .409						F = .486 p = .490					
Cinsiyet	n	Emosyonel Alt Boyutu						Sosyal Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Kadın	15	58.3	27.9	77.7	27.3	85.5	19.5	67.7	19.3	76.6	18.6	87.7	21.3
Erkek	20	59.1	26.6	63.7	29.1	65.4	26.6	43.3	36.8	65.0	32.8	65.0	24.7
Toplam	35	58.8	26.8	69.7	28.8	74.0	25.6	53.8	32.6	70.0	27.9	74.7	25.6
F		.008		2.088		6.085		5.446		1.516		8.161	
p		.929		.158		.019		.026*		.227		.007*	
Cinsiyet için T.Ö.T.Y.V.A		F = 1.833 p = .185						F = 6.424 p = .016*					
Cinsiyet	n	Bilişsel Alt Boyutu						Global Yaşam Kalitesi					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Kadın	15	80.0	21.0	95.5	7.6	93.3	17.5	68.3	20.9	88.8	12.4	82.7	14.9
Erkek	20	75.8	23.8	83.3	23.5	88.3	18.0	55.4	29.2	59.1	17.7	67.5	26.6
Toplam	35	77.6	22.4	88.5	19.2	90.4	17.7	60.9	26.4	71.9	21.4	74.0	23.3
F		.288		3.716		.673		2.104		30.719		3.982	
p		.595		.063		.418		.156		.000*		.054	
Cinsiyet için T.Ö.T.Y.V.A		F = 1.531 p = .225						F = 15.098 p = .000*					

* $p < 0.05$ T.Ö.T.Y.V.A = Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Cinsiyet değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde **sosyal fonksiyon** (F=6.424; p=.016) **ve global yaşam kalitesi** (F=15.098; p=.000) puan ortalamalarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 30).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları cinsiyet ile karşılaştırıldığında;

- Z2 izlem döneminde hastaların **sosyal** alt boyut puan ortalamalarının cinsiyete göre farklılık göstermediği, Z1 ve Z3 izlem döneminde ise kadın hastaların erkek hastalara göre sosyal fonksiyonlarının daha yüksek olduğu (F=5.446; p=.026 / F=8.161; p=.007) (Tablo 30)
- Z1 ve Z3 izlem döneminde hastaların **global yaşam kalitesi** alt boyut puan ortalamalarının cinsiyete göre farklılık göstermediği, Z2 izlem döneminde ise kadın hastaların erkek hastalara göre global yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu (F= 30.719; p=.000) (Tablo 30).

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 31: Hastaların Yaşam Kalitesi *Semptom* Alt Boyutlarının Cinsiyet İle Karşılaştırılması

EORTC-QLQ C 30													
SEMPTOM ALT BOYUTU													
Cinsiyet	n	Yorgunluk						Bulantı kusma					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Kadın	15	25.9	13.7	11.1	13.2	8.8	10.4	17.7	27.0	12.2	18.3	1.1	4.3
Erkek	20	38.8	32.9	22.2	23.0	16.1	27.0	24.1	27.8	11.6	13.3	8.3	20.5
Toplam	35	33.3	26.9	17.4	20.0	13.0	21.6	21.4	27.2	11.9	15.4	5.2	16.0
F		2.044		2.773		.953		.462		.011		1.774	
p		.162		.105		.336		.501		.918		.192	
Cinsiyet için T.Ö.T.Y.V.A		F = 2.663 p = .112						F = 1.140 p = .293					
Cinsiyet	n	Ağrı						Dışne					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Kadın	15	4.4	11.7	3.3	9.3	1.1	4.3	11.1	16.2	6.6	13.8	2.2	8.6
Erkek	20	45.0	39.7	19.1	25.5	15.0	25.3	23.3	32.6	16.6	25.3	3.3	10.2
Toplam	35	27.6	36.8	12.3	21.5	9.0	20.3	18.1	27.2	12.3	21.5	2.8	9.4
F		14.547		5.215		4.391		1.766		1.900		.115	
p		.001*		.029*		.044*		.193		.177		.737	
Cinsiyet için T.Ö.T.Y.V.A		F = 14.815 p = .001*						F = 1.986 p = .168					
Cinsiyet	n	Uyku bozukluğu						İştahsızlık					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Kadın	15	31.1	34.4	44.4	39.1	13.3	16.9	24.4	34.4	17.7	30.5	2.2	8.6
Erkek	20	46.6	33.1	31.6	36.6	23.3	36.0	38.3	36.3	25.0	35.6	10.0	21.8
Toplam	35	40.0	34.1	37.1	37.7	19.0	29.4	32.3	35.6	21.9	33.2	6.6	17.7
F		1.826		.983		.987		1.310		.397		1.686	
p		.186		.329		.328		.261		.533		.203	
Cinsiyet için T.Ö.T.Y.V.A		F = .263 p = .612						F = 1.323 p = .258					
Cinsiyet	n	Konstipasyon						Diyare					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Kadın	15	22.2	29.9	33.3	39.8	4.4	17.2	17.7	27.7	8.8	15.2	.0	.0
Erkek	20	23.3	30.7	11.6	19.5	8.3	21.2	6.6	17.4	20.0	34.8	3.3	10.2
Toplam	35	22.8	30.2	20.9	31.4	6.6	19.4	11.4	22.7	15.2	28.4	1.9	7.8
F		.011		4.501		.335		2.105		1.324		1.571	
p		.916		.041*		.567		.156		.258		.219	
Cinsiyet için T.Ö.T.Y.V.A		F = .764 p = .389						F = .059 p = .810					
Cinsiyet	n	Mali etki											
		Z1		Z2		Z3							
		X	±sd	X	±sd	X	±sd						
Kadın	15	20.0	21.0	20.0	30.3	13.3	43.2						
Erkek	20	48.3	43.8	50.0	33.3	45.0	27.0						
Toplam	35	36.1	38.2	37.1	35.0	31.4	37.8						
F		5.301		7.487		7.062							
p		.028*		.010*		.012*							
Cinsiyet için T.Ö.T.Y.V.A		F = 9.381 p = .004*											

* p < 0.05 T.Ö.T.Y.V.A = Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Cinsiyet değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamaları üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde **ağrı semptomu** ($F=14.815$; $p=.001$) **ve mali etki** ($F=9.381$; $p=.004$) puan ortalamalarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 31).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamaları cinsiyet ile karşılaştırıldığında;

- Z1, Z2 ve Z3 izlem döneminde kadın hastaların erkek hastalara göre **ağrı semptomunu** daha az yaşadığı ($F=14.547$; $p=.001$ / $F=5.215$; $p=.029$ / $F=4.391$; $p=.044$) (Tablo 31)
- Z1 ve Z3 izlem döneminde hastaların **konstipasyon semptomu** alt boyut puan ortalamalarının cinsiyete göre farklılık göstermediği, Z2 izlem döneminde ise kadın hastaların erkek hastalara göre konstipasyon semptomunu daha fazla yaşadığı ($F= 4.501$; $p=.041$) (Tablo 31)
- Z1.Z2 ve Z3 izlem döneminde kadın hastaların erkek hastalara göre daha az **ekonomik sorun** yaşadığı ($F=5.301$; $p=.028$ / $F=7.487$; $p=.010$ / $F=7.062$; $p=.012$) (Tablo 31)

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 32: Hastaların Yaşam Kalitesi *Fonksiyonel* Alt Boyutlarının Yaş Grupları İle Karşılaştırılması

EORTC QLQ C-30													
FONKSİYONEL ALT BOYUT													
Yaş grupları	n	Fiziksel Alt Boyutu						Rol Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
29-39 yaş	4	48.3	23.3	83.3	8.6	91.6	6.3	50.0	43.0	79.1	31.5	95.8	8.3
40 yaş ve ↑	31	65.5	21.5	83.0	18.7	88.6	13.4	69.3	33.6	83.3	20.6	82.2	23.9
Toplam	35	63.6	22.0	83.0	17.8	88.9	12.8	67.1	34.6	82.8	21.5	83.8	23.0
F		2.245		.001		.197		1.109		.129		1.239	
p		.144		.973		.660		.300		.722		.274	
Yaş grupları için T.Ö.T.Y.V.A		F = .413 p = .525						F = .120 p = .731					
Yaş grupları	n	Emosyonel Alt Boyutu						Sosyal Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
29-39 yaş	4	50.0	11.7	75.0	21.5	87.5	14.4	54.1	15.9	62.5	8.3	79.1	15.9
40 yaş ve ↑	31	59.9	28.0	69.0	29.9	72.3	26.3	53.7	34.3	70.9	29.4	74.1	26.8
Toplam	35	58.8	26.8	69.7	28.8	74.0	25.6	53.8	32.6	70.0	27.9	74.7	25.6
F		.480		.145		1.254		.001		.319		.319	
p		.493		.706		.271		.982		.576		.576	
Yaş grupları için T.Ö.T.Y.V.A		F = .081 p = .778						F = .006 p = .938					
Yaş grupları	n	Bilişsel Alt Boyutu						Global Yaşam Kalitesi					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
29-39 yaş	4	66.6	.0	91.6	9.6	100.0	.0	58.3	36.6	72.9	20.8	79.1	10.7
40 yaş ve ↑	31	79.0	23.5	88.1	20.2	89.2	18.5	61.2	25.6	71.7	21.9	73.3	24.5
Toplam	35	77.6	22.4	88.5	19.2	90.4	17.7	60.9	26.4	71.9	21.4	74.0	23.3
F		1.074		.113		1.312		.043		.010		.212	
p		.308		.739		.260		.837		.922		.649	
Yaş grupları için T.Ö.T.Y.V.A		F = .005 p = .946						F = .020 p = .888					

T.Ö.T.Y.V.A = Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Yaş grupları değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 32).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları yaş grupları ile karşılaştırıldığında; üç izlem döneminde hastaların yaşam kalitesinin fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 32).



Tablo 33: Hastaların Yaşam Kalitesi *Semptom* Alt Boyutlarının Yaş Grupları İle Karşılaştırılması

EORTC-QLQ C 30													
SEMPTOM ALT BOYUTU													
Yaş grupları	n	Yorgunluk						Bulantı kusma					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	sd
29-39 yaş	4	36.1	33.1	16.6	14.3	8.3	10.6	37.5	34.3	33.3	23.5	8.3	9.6
40 yaş ve ↑	31	32.9	26.6	17.5	20.8	13.6	22.7	19.3	26.2	9.1	12.0	4.8	16.7
Toplam	35	33.3	26.9	17.4	20.0	13.0	21.6	21.4	27.2	11.9	15.4	5.2	16.0
F		.047		.007		.207		1.594		11.365		.164	
p		.830		.934		.652		.216		.002*		.688	
Yaş grup. için T.Ö.T.Y.V.A		F = .010 p = .922						F = 6.762 p = .014*					
Yaş grupları	n	Ağrı						Dispne					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
29-39 yaş	4	29.1	39.3	12.5	25.0	.0	.0	25.0	31.9	25.0	31.9	.0	.0
40 yaş ve ↑	31	27.4	37.1	12.3	21.5	10.2	21.3	17.2	27.0	10.7	19.9	3.2	10.0
Toplam	35	27.6	36.8	12.3	21.5	9.0	20.3	18.1	27.2	12.3	21.5	2.8	9.4
F		.008		.000		.890		.284		1.579		.404	
p		.930		.991		.352		.597		.218		.529	
Yaş grup. için T.Ö.T.Y.V.A		F = .060 p = .809						F = .511 p = .480					
Yaş grupları	n	Uyku bozukluğu						İştahsızlık					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
29-39 yaş	4	50.0	19.2	50.0	43.0	25.0	16.6	50.0	33.3	58.3	16.6	16.6	19.2
40 yaş ve ↑	31	38.7	35.5	35.4	37.4	18.2	30.8	30.1	35.8	17.2	32.0	5.3	17.4
Toplam	35	40.0	34.1	37.1	37.7	19.0	29.4	32.3	35.6	21.9	33.2	6.6	17.7
F		.381		.517		.180		1.104		6.247		1.459	
p		.541		.477		.674		.301		.018*		.236	
Yaş grup. için T.Ö.T.Y.V.A		F = .713 p = .405						F = 3.661 p = .064					
Yaş grupları	n	Konstipasyon						Diyare					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
29-39 yaş	4	8.3	16.6	33.3	27.2	.0	.0	16.6	33.3	16.6	19.2	.0	.0
40 yaş ve ↑	31	24.7	30.9	19.3	31.9	7.5	20.5	10.7	21.7	15.0	29.6	2.1	8.3
Toplam	35	22.8	30.0	20.9	31.4	6.6	19.4	11.4	22.7	15.2	28.4	1.9	7.8
F		1.060		.696		.522		.233		.011		.260	
p		.311		.410		.475		.632		.917		.213	
Yaş grup. için		F = .110						F = .063					

T.Ö.T.Y.V.A		p = .742		p = .803			
Yaş grupları	n	Mali etki					
		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd
29-39 yaş	4	25.0	31.9	25.0	16.6	16.6	19.25
40 yaş ve ↑	31	37.6	39.1	38.7	36.6	33.3	39.41
Toplam	35	36.1	38.2	37.1	35.0	31.4	37.8
F		.380		.380		.680	
p		.542		.542		.416	
Yaş grup. için T.Ö.T.Y.V.A		F = .704 p = .407					

* $p < 0.05$ T.Ö.T.Y.V.A = Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Yaş grupları değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamaları üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde **bulantı kusma** semptom puan ortalamalarının yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (F=6.762; p=.014) (Tablo33).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamaları yaş grupları ile karşılaştırıldığında;

- Z1 ve Z3 izlem döneminde hastaların **bulantı kusma semptomu** alt boyut puan ortalamalarının yaş gruplarına göre farklılık göstermediği, Z2 izlem döneminde ise 29-39 yaş grubundaki hastaların 40 yaş ve üzeri yaş grubundaki hastalara göre bulantı kusma semptomunu daha fazla yaşadığı (F= 11.365; p=.002) (Tablo33)
- Z1 ve Z3 izlem döneminde hastaların **iştahsızlık semptomu** alt boyut puan ortalamalarının yaş gruplarına göre farklılık göstermediği, Z2 izlem döneminde ise 29-39 yaş grubundaki hastaların 40 yaş ve üzeri yaş grubundaki hastalara göre iştahsızlık semptomunu daha fazla yaşadığı (F= 6.247; p=.018) (Tablo 33) anlamlı bulunmuştur.

Tablo 34: Hastaların Yaşam Kalitesi *Fonksiyonel* Alt Boyutlarının Medeni Durumları İle Karşılaştırılması

EORTC QLQ C-30													
FONKSİYONEL ALT BOYUT													
Medeni durum	n	Fiziksel Alt Boyutu						Rol Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Evli	32	63.9	21.3	83.5	17.7	89.5	13.0	67.1	35.2	81.2	21.8	83.3	23.5
Boş./dul	3	60.0	34.6	77.7	21.4	82.2	10.1	66.6	33.3	100.0	.0	88.8	19.2
Toplam	35	63.6	22.0	83.0	17.8	88.9	12.8	67.1	34.6	82.8	21.5	83.8	23.0
F		.086		.281		.901		.001		2.141		.156	
p		.771		.599		.350		.981		.153		.696	
Medeni dur. için T.Ö.T.Y.V.A		F = .486						F = .540					
		p = .490						p = .468					
Medeni durum	n	Emosyonel Alt Boyutu						Sosyal Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Evli	32	59.37	26.6	69.7	29.7	73.4	26.6	53.6	33.7	70.8	29.0	74.4	26.0
Boş./dul	3	52.78	33.6	69.4	20.9	80.5	9.6	55.5	19.2	61.1	9.6	77.7	25.4
Toplam	35	58.81	26.8	69.7	28.8	74.0	25.6	53.8	32.6	70.0	27.9	74.7	25.6
F		.162		.000		.207		.009		.325		.044	
p		.690		.984		.652		.924		.572		.835	
Medeni dur. için T.Ö.T.Y.V.A		F = .000						F = .010					
		p = .997						p = .921					
Medeni durum	n	Bilişsel Alt Boyutu						Global yaşam kalitesi					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Evli	32	78.6	22.8	88.5	20.0	90.10	18.3	60.1	26.5	70.8	21.7	72.9	24.0
Boş./dul	3	66.6	16.6	88.8	9.6	94.44	9.6	69.4	29.2	83.3	16.6	86.1	9.6
Toplam	35	77.6	22.4	88.5	19.2	90.48	17.7	60.9	26.4	71.9	21.4	74.0	23.3
F		.773		.001		.160		.331		.926		.871	
p		.386		.977		.692		.569		.343		.358	
Medeni dur. için T.Ö.T.Y.V.A		F = .055						F = 1.255					
		p = .817						p = .271					

T.Ö.T.Y.V.A = Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Medeni durum değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 34).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları medeni durum ile karşılaştırıldığında; üç izlem döneminde hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 34).



Tablo 35: Hastaların Yaşam Kalitesi *Semptom* Alt Boyutlarının Medeni Durumları İle Karşılaştırılması

EORTC-QLQ C 30													
SEMPTOM ALT BOYUTU													
Medeni durum	n	Yorgunluk						Bulantı-kusma					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Evli	32	34.0	28.0	18.7	20.4	13.1	22.4	20.8	27.1	11.4	15.5	5.7	16.7
Boş./dul	3	25.9	6.4	3.7	6.4	11.1	11.1	27.7	34.6	16.6	16.6	.0	.0
Toplam	35	33.3	26.9	17.4	20.0	13.0	21.6	21.4	27.2	11.9	15.4	5.2	16.0
F		.242		1.573		.025		.173		.306		.343	
p		.626		.219		.876		.680		.584		.562	
Medeni dur. için T.Ö.T.Y.V.A		F = .521 p = .476						F = .086 p = .772					
Medeni durum	n	Ağrı						Dispne					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Evli	32	30.2	37.4	13.5	22.1	9.90	21.1	18.7	28.0	12.5	21.9	3.1	9.8
Boş./dul	3	.0	.0	.0	.0	.00	.000	11.1	19.2	11.1	19.2	.0	.0
Toplam	35	27.6	36.8	12.3	21.5	9.05	20.3	18.1	27.2	12.3	21.5	2.8	9.4
F		1.895		1.089		.642		.211		.011		.293	
p		.178		.304		.429		.649		.917		.592	
Medeni dur. için T.Ö.T.Y.V.A		F = 2.023 p = .164						F = .163 p = .689					
Medeni durum	n	Uyku bozukluğu						İştahsızlık					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Evli	32	36.4	33.1	34.3	37.3	18.7	30.4	32.2	36.4	21.8	33.4	7.2	18.4
Boş./dul	3	77.7	19.2	66.6	33.3	22.2	19.2	33.3	33.3	22.2	38.4	.0	.0
Toplam	35	40.0	34.1	37.1	37.7	19.0	29.4	32.3	35.6	21.9	33.2	6.6	17.7
F		4.431		2.073		.037		.002		.000		.457	
p		.043*		.159		.849		.962		.987		.504	
Medeni dur. için T.Ö.T.Y.V.A		F = 3.341 p = .077						F = .017 p = .897					
Medeni durum	n	Konstipasyon						Diyare					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Evli	32	21.8	30.0	17.7	28.0	5.2	17.1	10.4	21.4	15.6	29.3	2.0	8.1
Boş./dul	3	33.3	33.3	55.5	50.9	22.2	38.4	22.2	38.4	11.1	19.25	.0	.0
Toplam	35	22.8	30.0	20.9	31.4	6.6	19.4	11.4	22.7	15.2	28.4	1.9	7.8
F		.393		4.381		2.166		.731		.067		.189	
p		.535		.044*		.151		.399		.797		.667	
Medeni dur. için T.Ö.T.Y.V.A		F = 4.271 p = .047*						F = .046 p = .832					
Medeni durum	n	Mali etki											
		Z1		Z2		Z3							
		X	±sd	X	±sd	X	±sd						
Evli	32	35.4	39.6	36.4	36.2	33.3	38.7						
Boş./dul	3	44.4	19.2	44.4	19.2	11.1	19.2						

Toplam	3	36.1	38.2	37.1	35.0	31.4	37.8
F	5	.149			.139		.943
p		.702			.712		.339
Medeni dur. için T.Ö.T.Y.V.A		F = .008 p = .930					

* $p < 0.05$ T.Ö.T.Y.V.A = Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Medeni durum değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 35).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamaları medeni durum ile karşılaştırıldığında;

- Z2 ve Z3 izlem döneminde hastaların **uykusuzluk semptomu** alt boyut puan ortalamalarının medeni durumlarına göre farklılık göstermediği, Z1 izlem döneminde ise evli olan hastaların boşanmış/dul hastalara göre uykusuzluk semptomunu daha az yaşadığı (F= 4.431; p=.043) (Tablo 35)
- Z1 ve Z3 izlem döneminde hastaların **konstipasyon semptomu** alt boyut puan ortalamalarının medeni durumlarına göre farklılık göstermediği, Z2 izlem döneminde ise evli olan hastaların boşanmış/dul hastalara göre konstipasyon semptomunu daha az yaşadığı (F= 4.381; p=.044) (Tablo 35) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 36: Hastaların Yaşam Kalitesi *Fonksiyonel* Alt Boyutlarının Öğrenim Durumları İle Karşılaştırılması

EORTC QLQ C-30													
FONKSİYONEL ALAN													
Öğrenim durumu	n	Fiziksel Alt Boyutu						Rol Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Okur yaz.değil	1	20.0	.	93.3	.	.	.	33.3	.	100.0	.	100.0	.
İlkokul	7	61.9	26.3	86.6	10.1	7.5	2.8	78.5	24.9	85.7	14.9	69.0	37.7
Ortaokul	10	60.6	22.3	90.0	9.5	6.1	1.9	61.6	31.4	93.3	11.6	95.0	11.2
Lise	7	71.4	20.9	80.0	26.9	18.0	6.8	90.4	13.1	83.3	19.2	80.9	17.8
Üniversite	10	66.6	17.4	74.6	19.8	15.0	4.7	51.6	45.4	68.3	28.8	83.3	19.2
Toplam	35	63.6	22.0	83.0	17.8	12.8	2.1	67.1	34.6	82.8	21.5	83.8	23.0
F		1.352		1.163		1.456		1.991		2.176		1.555	
p		.274		.347		.240		.121		.096		.212	
Öğrenim dur. için T.Ö.T.Y.V.A		F = .321 p = .861						F = 1.381 p = .264					
Öğrenim durumu	n	Emosyonel Alt Boyutu						Sosyal Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Okur yaz.değil	1	33.3	.	50.0	.	75.0	.	66.6	.	66.6	.	100.0	.
İlkokul	7	60.7	33.5	73.8	22.7	78.5	26.7	52.3	37.7	78.5	12.5	85.7	14.9
Ortaokul	10	66.6	29.3	64.1	37.4	70.0	32.4	50.0	42.3	66.6	38.4	75.0	30.6
Lise	7	67.8	14.7	82.1	24.7	75.0	24.0	69.0	24.3	66.6	33.3	66.6	33.3
Üniversite	10	45.8	23.6	65.8	27.6	74.1	23.0	46.6	24.5	70.0	23.3	70.0	20.4
Toplam	35	58.8	26.8	69.7	28.8	74.0	25.6	53.8	32.6	70.0	27.9	74.7	25.6
F		1.274		.583		.107		.548		.207		.800	
p		.302		.677		.979		.702		.932		.535	
Öğrenim dur. için T.Ö.T.Y.V.A		F = .396 p = .810						F = .233 p = .918					
Öğrenim durumu	n	Bilgisel Alt Boyutu						Global yaşam kalitesi					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Okur yaz.değil	1	66.6	.	100	.	100	.	100	.	100	.	75.0	.
İlkokul	7	73.8	21.2	76.1	30.2	88.1	15.8	82.1	17.6	73.8	19.5	70.2	31.8
Ortaokul	10	85.0	21.4	96.6	7.0	90.0	21.0	68.3	25.0	79.1	20.1	76.6	23.1
Lise	7	80.9	6.2	83.3	19.2	88.1	20.8	61.9	15.8	67.8	28.2	69.0	20.8
Üniversite	10	71.6	31.4	91.6	16.1	93.3	16.1	34.1	16.4	63.3	17.6	77.5	22.5
Toplam	35	77.6	22.4	88.5	19.2	90.4	17.7	60.9	26.4	71.9	21.4	74.0	23.3
F		.562		1.533		.182		8.109		1.216		.193	
p		.692		.218		.946		.000*		.325		.940	
Öğrenim dur. için T.Ö.T.Y.V.A		F = .439 p = .779						F = 2.212 p = .092					

* p < 0.05

T.Ö.T.Y.V.A = Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Öğrenim durumu değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte

alındığında ve değerlendirildiğinde öğrenim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 36).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları öğrenim durumları ile karşılaştırıldığında; Z2 ve Z3 izlem döneminde hastaların **global yaşam kalitesi** alt boyut puan ortalamalarının öğrenim durumlarına göre farklılık göstermediği, Z1 izlem döneminde ise üniversite mezunu olan hastaların ilkokul ve ortaokul mezunu olan hastalara göre global yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F= 8.109$; $p=.000$) (Tablo 36).



Tablo 37: Hastaların Yaşam Kalitesi *Semptom* Alt Boyutlarının Öğrenim Durumları İle Karşılaştırılması

EORTC-QLQ C 30													
SEMPTOM ALT BOYUTU													
Öğrenim durumu	n	Yorgunluk						Bulantı kusma					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Okur yaz.değil	1	22.2	.	11.1	.	11.1	.	66.6	.	16.6	.	.00	.
İlkokul	7	19.0	13.9	22.2	24.0	26.9	35.6	11.9	24.9	11.9	8.1	21.4	31.4
Ortaokul	10	28.8	24.6	13.3	15.5	4.4	7.7	20.0	21.9	6.6	8.6	1.6	5.2
Lise	7	30.1	27.7	14.2	24.6	11.1	20.2	21.4	31.4	4.7	12.5	.0	.0
Üniversite	10	51.1	30.6	21.1	20.5	13.3	18.7	25.0	30.6	21.6	22.2	1.6	5.2
Toplam	35	33.3	26.9	17.4	20.0	13.0	21.6	21.4	27.2	11.9	15.4	5.2	16.0
F		1.895		.329		1.159		.944		1.858		2.685	
p		.137		.856		.349		.452		.144		.050	
Öğrenim dur. için T.Ö.T.Y.V.A		F = .626						F = 1.053					
		p = .648						p = .397					
Öğrenim durumu	n	Ağrı						Dispne					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Okur yaz.değil	1	.0	.	.0	.	.0	.	33.3	.	33.3	.	.0	.
İlkokul	7	28.5	48.7	.0	.0	19.0	32.5	4.7	12.5	4.7	12.5	.0	.0
Ortaokul	10	26.6	33.5	8.3	16.1	6.6	16.1	10.0	16.1	3.3	10.5	.0	.0
Lise	7	16.6	16.6	14.2	24.3	7.1	18.8	28.5	40.5	14.2	17.8	4.7	12.5
Üniversite	10	38.3	43.7	25.0	27.4	6.6	16.1	26.6	30.6	23.3	31.6	6.6	14.0
Toplam	35	27.6	36.8	12.3	21.5	9.0	20.3	18.1	27.2	12.3	21.5	2.8	9.4
F		.479		1.771		.525		1.264		1.685		.872	
p		.751		.161		.718		.306		.179		.492	
Öğrenim dur. için T.Ö.T.Y.V.A		F = .478						F = 1.805					
		p = .751						p = .154					
Öğrenim durumu	n	Uyku bozukluğu						İştahsızlık					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Okur yaz.değil	1	66.6	.	100.0	.	33.3	.	66.6	.	66.6	.	.0	.
İlkokul	7	38.1	23.0	23.8	37.0	38.1	44.8	47.6	46.5	42.8	46.0	23.8	31.7
Ortaokul	10	33.3	38.4	30.0	42.8	3.3	10.5	30.0	36.6	13.3	23.3	3.3	10.5
Lise	7	38.1	35.6	33.3	38.4	23.8	31.7	19.0	26.2	.0	.0	.0	.0
Üniversite	10	46.6	39.1	50.0	28.3	16.6	23.5	30.0	33.1	26.6	34.4	3.3	10.5
Toplam	35	40.0	34.1	37.1	37.7	19.0	29.4	32.3	35.6	21.9	33.2	6.6	17.7
F		.327		1.367		1.690		.797		2.494		2.460	
p		.858		.269		.178		.537		.064		.067	
Öğrenim dur. için T.Ö.T.Y.V.A		F = 1.093						F = 2.028					
		p = .378						p = .116					
Öğrenim durumu	n	Konstipasyon						Diyare					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Okur yaz.değil	1	.0	.	66.6	.	.0	.	66.6	.	33.3	.	.0	.
İlkokul	7	28.5	23.0	23.8	41.7	19.0	32.5	9.5	25.1	33.3	47.1	.0	.0

Ortaokul	10	30.0	36.6	16.6	28.3	3.3	10.5	6.6	21.0	10.0	16.1	3.3	10.5
Lise	7	19.0	37.7	4.7	12.5	.0	.0	19.0	26.2	9.52	25.1	4.7	12.5
Üniversite	10	16.6	23.5	30.0	33.1	6.6	21.0	6.6	14.0	10.0	22.4	.0	.0
Toplam	35	22.8	30.0	20.9	31.4	6.6	19.4	11.4	22.7	15.2	28.4	1.9	7.8
F		.454		1.310		1.017		2.153		1.060		.549	
p		.769		.289		.414		.099		.393		.701	
Öğrenim dur. için T.Ö.T.Y.V.A		F = .650						F = 1.480					
		p = .631						p = .233					
Öğrenim durumu	n	Mali etki											
		Z1				Z2				Z3			
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Okur yaz.değil	1	33.3	.	33.3	.	.0	.						
İlkokul	7	38.1	44.8	33.3	27.2	23.8	31.7						
Ortaokul	10	43.3	44.5	53.3	44.9	43.3	54.5						
Lise	7	23.8	25.1	28.5	35.6	33.3	33.3						
Üniversite	10	36.6	39.9	30.0	29.1	26.6	26.2						
Toplam	35	36.1	38.2	37.1	35.0	31.4	37.8						
F		.252		.743		.503							
p		.906		.570		.734							
Öğrenim dur. için T.Ö.T.Y.V.A		F = .466						F = .760					
		p = .760						p = .760					

T.Ö.T.Y.V.A=Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Öğrenim durumu değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamaları üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde öğrenim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo37).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamaları öğrenim durumları ile karşılaştırıldığında; üç izlem döneminde hastaların yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamaları ile öğrenim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 37).

Tablo 38: Hastaların Yaşam Kalitesi *Fonksiyonel* Alt Boyutlarının Meslekleri İle Karşılaştırılması

EORTC QLQ C-30													
FONKSİYONEL ALT BOYUT													
Meslek grupları	n	Fiziksel Alt Boyutu						Rol Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Emekli	11	68.4	22.1	80.6	21.5	86.6	13.3	80.3	24.5	92.4	17.2	83.3	18.2
Memur	10	67.3	17.9	80.0	22.6	86.0	17.6	58.3	43.2	73.3	26.2	88.3	17.6
Ev hanımı	7	54.2	32.0	87.6	10.4	92.3	8.9	50.0	28.8	88.1	12.5	88.1	15.8
Serbest	7	60.0	15.8	86.6	8.6	93.3	5.4	76.1	35.8	76.1	23.2	73.8	39.5
Toplam	35	63.6	22.0	83.0	17.8	88.9	12.8	67.1	34.6	82.8	21.5	83.8	23.0
F		.735		.394		.713		1.545		1.863		.629	
p		.539		.758		.552		.222		.156		.602	
Meslek için T.Ö.T.Y.V.A		F = .037 p = .990						F = .957 p = .426					
Meslek grupları	n	Emosyonel Alt Boyutu						Sosyal Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Emekli	11	65.1	30.4	62.8	35.6	73.4	29.5	60.6	37.4	71.2	33.4	80.3	27.7
Memur	10	57.5	23.0	77.5	21.5	75.0	20.7	50.0	27.2	70.0	29.1	66.6	27.2
Ev hanımı	7	66.6	31.5	79.7	21.9	84.5	18.8	76.1	16.2	73.8	13.1	88.1	24.9
Serbest	7	42.8	16.9	59.5	31.7	63.1	31.4	26.1	26.9	64.2	32.5	64.2	14.9
Toplam	35	58.8	26.8	69.7	28.8	74.0	25.6	53.8	32.6	70.0	27.9	74.7	25.6
F		1.269		1.023		.809		3.682		.137		1.599	
p		.302		.396		.499		.022*		.937		.210	
Meslek için T.Ö.T.Y.V.A		F = .991 p = .410						F = 1.858 p = .157					
Meslek grupları	n	Bilişsel Alt Boyutu						Global yaşam kalitesi					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Emekli	11	86.3	16.3	92.4	15.5	92.4	15.5	62.8	22.4	77.2	19.3	83.3	17.0
Memur	10	73.3	28.5	88.3	17.6	91.6	18.0	46.6	25.8	59.1	22.3	68.3	21.4
Ev hanımı	7	78.5	24.9	95.2	8.1	88.1	24.9	73.8	19.5	91.6	12.7	82.1	20.6
Serbest	7	69.0	17.8	76.1	30.2	88.1	15.8	65.4	34.5	61.9	13.4	59.5	30.9
Toplam	35	77.6	22.4	88.5	19.2	90.4	17.7	60.9	26.4	71.9	21.4	74.0	23.3
F		1.021		1.441		.132		1.707		5.373		2.158	
p		.397		.250		.940		.186		.004*		.113	
Meslek için T.Ö.T.Y.V.A		F = .812 p = .497						F = 4.584 p = .009					

* $p < 0.05$ T.Ö.T.Y.V.A = Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Meslek değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 38).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları meslek grupları ile karşılaştırıldığında;

- Z2 ve Z3 izlem döneminde hastaların **sosyal fonksiyon** alt boyut puan ortalamalarının meslek durumlarına göre farklılık göstermediği, Z1 izlem döneminde ise ev hanımı olan hastaların serbest meslek grubunda yer alan hastalara göre sosyal fonksiyonlarının daha yüksek olduğu (F= 3.682; p=.022) (Tablo 38)
- Z1 ve Z3 izlem döneminde hastaların **global yaşam kalitesi** alt boyut puan ortalamalarının meslek gruplarına göre farklılık göstermediği, Z2 izlem döneminde ise ev hanımı olan hastaların memur ve serbest meslek grubunda hastalara göre global yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu (F= 5.373; p=.004) (Tablo 38)

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 39: Hastaların Yaşam Kalitesi *Semptom* Alt Boyutlarının Meslekleri İle Karşılaştırılması

EORTC-QLQ C 30													
SEMPTOM ALT BOYUTU													
Meslek grupları	n	Yorgunluk						Bulantı kusma					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Emekli	11	32.3	24.5	13.1	20.9	13.1	17.7	19.7	29.6	6.0	11.2	1.5	5.0
Memur	10	44.4	33.9	20.0	21.4	8.8	17.2	26.6	26.2	11.6	15.8	.0	.0
Ev hanımı	7	23.8	16.2	12.7	11.8	6.3	8.7	26.1	30.2	9.5	8.9	.0	.0
Serbest	7	28.5	27.8	25.4	23.7	25.4	36.6	11.9	24.9	23.8	21.2	23.8	30.2
Toplam	35	33.3	26.9	17.4	20.0	13.0	21.6	21.4	27.2	11.9	15.4	5.2	16.0
F		.930		.704		1.118		.470		2.176		5.471	
p		.438		.557		.357		.705		.111		.004*	
Meslek T.Ö.T.Y.V.A için		F = .580 p = .633						F = 1.195 p = .328					
Meslek grupları	n	Ağrı						Dispne					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Emekli	11	16.6	32.4	10.6	21.4	10.6	20.1	15.1	31.1	6.0	13.4	6.0	13.4
Memur	10	38.3	37.7	25.0	26.3	6.6	16.1	30.0	29.1	23.3	27.4	3.3	10.5
Ev hanımı	7	4.7	12.5	2.3	6.2	.0	.0	14.2	17.8	9.5	16.2	.0	.0
Serbest	7	52.3	43.4	7.1	18.8	19.0	32.5	9.5	25.1	9.5	25.1	.0	.0
Toplam	35	27.6	36.8	12.3	21.5	9.0	20.3	18.1	27.2	12.3	21.5	2.8	9.4
F		3.018		1.968		1.102		.953		1.295		.841	
p		.045*		.139		.363		.427		.294		.482	
Meslek T.Ö.T.Y.V.A için		F = 2.219 p = .106						F = 1.100 p = .364					
Meslek grupları	n	Uyku bozukluğu						İştahsızlık					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Emekli	11	45.4	37.3	48.4	34.5	15.1	22.9	21.2	30.8	9.0	21.5	3.0	10.0
Memur	10	40.0	40.9	30.0	36.6	16.6	28.3	30.0	29.1	16.6	28.3	.0	.0
Ev hanımı	7	33.3	33.3	52.3	46.5	9.5	16.2	38.1	40.5	19.0	32.5	.0	.0
Serbest	7	38.1	23.0	14.2	26.2	38.1	44.8	47.6	46.5	52.3	42.4	28.5	29.9
Toplam	35	40.0	34.1	37.1	37.7	19.0	29.4	32.3	35.6	21.9	33.2	6.6	17.7
F		.176		1.809		1.344		.848		3.077		6.870	
p		.912		.166		.278		.478		.042*		.001*	
Meslek T.Ö.T.Y.V.A için		F = .176 p = .912						F = 3.074 p = .042*					
Meslek grupları	n	Konstipasyon						Diyare					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Emekli	11	27.2	41.6	33.3	36.5	9.0	21.5	18.1	27.3	15.1	22.9	6.0	13.4
Memur	10	10.0	16.1	6.6	14.0	.0	.0	6.6	14.0	6.6	21.0	.0	.0
Ev hanımı	7	38.1	29.9	33.3	43.0	.0	.0	19.0	32.5	9.5	16.2	.0	.0
Serbest	7	19.0	17.8	9.5	16.2	19.0	32.5	.0	.0	33.3	47.1	.0	.0
Toplam	35	22.8	30.0	20.9	31.4	6.6	19.4	11.4	22.7	15.2	28.4	1.9	7.8
F		1.375		2.123		1.779		1.357		1.392		1.575	
p		.269		.117		.172		.274		.264		.215	
Meslek T.Ö.T.Y.V.A için		F = 2.221 p = .105						F = .781 p = .514					
Meslek grupları	n	Mali etki											
		Z1		Z2		Z3							
		\bar{X}	±sd	\bar{X}	±sd	\bar{X}	±sd						
Emekli	11	27.2	41.6	33.3	42.1	21.2	30.8						

Memur	10	46.6	32.2	36.6	29.1	36.6	29.1
Ev hanımı	7	19.0	17.8	28.5	35.6	23.8	62.9
Serbest	7	52.3	50.3	52.3	32.5	47.6	26.2
Toplam	35	36.1	38.2	37.1	35.0	31.4	37.8
F		1.382		.603		.839	
p		.267		.618		.483	
Meslek için T.Ö.T.Y.V.A		F = 1.164 p = .339					

* $p < 0.05$

T.Ö.T.Y.V.A = Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Meslek değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde **ıştatsızlık semptom** puan ortalamalarının meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (F=3.074; p=.042) (Tablo 39).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesinin semptom alt boyutlarının puan ortalamaları meslek grupları ile karşılaştırıldığında;

- Z1 ve Z2 izlem döneminde hastaların **bulantı-kusma semptomu** alt boyut puan ortalamalarının meslek gruplarına göre farklılık göstermediği, Z3 izlem döneminde ise ev hanımı, memur ve emekli olan hastaların serbest meslek grubunda yer alan hastalara göre bulantı semptomunu daha az yaşadığı (F= 5.471; p=.004) (Tablo 39)
- Z2 ve Z3 izlem döneminde hastaların **ağrı semptomu** alt boyut puan ortalamalarının farklı meslek gruplarına göre farklılık göstermediği, Z1 izlem döneminde ise ev hanımı olan hastaların serbest meslek grubunda yer alan hastalara göre ağrı semptomunu daha az yaşadığı (F= 3.018; p=.045) (Tablo 39)
- Z1 izlem döneminde hastaların **ıştatsızlık semptomu** alt boyut puan ortalamalarının farklı meslek gruplarına göre farklılık göstermediği, Z2 ve Z3 izlem döneminde ise ev hanımı, memur ve emekli olan

hastaların serbest meslek grubunda yer alan hastalara göre iştahsızlık semptomunu daha az yaşadığı (F= 3.077; p=.042 / F= 6.870; p=.001) (Tablo 39)

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 40: Hastaların Yaşam Kalitesi *Fonksiyonel* Alt Boyutlarının Çalışma Durumları İle Karşılaştırılması

EORTC QLQ C-30													
FONKSİYONEL ALAN													
Çalışma durumları	n	Fiziksel Alt Boyutu						Rol Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Çalışan	7	71.4	14.7	90.4	13.8	88.5	10.6	76.1	13.1	92.8	13.1	85.7	17.8
Çalışmayan	28	61.6	23.3	81.1	18.4	89.0	13.4	64.8	38.0	80.3	22.7	83.3	24.4
Toplam	35	63.6	22.0	83.0	17.8	88.9	12.8	67.1	34.6	82.8	21.5	83.8	23.0
F		1.099		1.547		.007		.589		1.931		.058	
p		.302		.222		.932		.448		.174		.811	
Çalışma durumu için T.Ö.T.Y.V.A		F=1.319 p= .282						F=1.370 p= .250					
Çalışma durumları	n	Emosyonel Alt Boyutu						Sosyal Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Çalışan	7	64.2	22.9	70.2	32.9	73.8	30.2	52.3	36.5	66.6	43.0	66.6	33.3
Çalışmayan	28	57.4	27.9	69.6	28.4	74.1	24.9	54.1	32.2	70.8	23.8	76.7	23.7
Toplam	35	58.8	26.8	69.7	28.8	74.0	25.6	53.8	32.6	70.0	27.9	74.7	25.6
F		.358		.002		.001		.016		.121		.866	
p		.554		.962		.979		.899		.730		.359	
Çalışma durumu için T.Ö.T.Y.V.A		F=.092 p= .821						F=.264 p= .611					
Çalışma durumları	n	Bilişsel Alt Boyutu						Global yaşam kalitesi					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Çalışan	7	90.4	13.1	92.8	13.1	92.8	13.1	55.9 5	18.4	65.4	16.9	71.4	23.9
Çalışmayan	28	74.4	23.3	87.5	20.6	89.8	18.8	62.2 0	28.2	73.5	22.4	74.7	23.6
Toplam	35	77.6	22.4	88.5	19.2	90.4	17.7	60.9 5	26.4	71.9	21.4	74.0	23.3
F		3.032		.425		.153		.305		.778		.107	
p		.091		.519		.698		.584		.384		.746	
Çalışma durumu için T.Ö.T.Y.V.A		F=1.293 p= .264						F=.634 p= .432					

T.Ö.T.Y.V.A = Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Çalışma durumu değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde çalışma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 40).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları çalışma durumları ile karşılaştırıldığında; üç izlem döneminde hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları ile çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$)(Tablo 40).



Tablo 41: Hastaların Yaşam Kalitesi *Semptom* Alt Boyutlarının Çalışma Durumları İle Karşılaştırılması

EORTC-QLQ C 30													
SEMPTOM ALT BOYUTU													
Çalış. durumu	n	Yorgunluk						Bulantı kusma					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Çalışan	7	31.7	20.7	11.1	16.9	7.9	5.4	14.2	17.8	2.38	6.2	.0	.0
Çalışmayan	28	33.7	28.6	19.0	20.7	14.2	23.9	23.2	29.1	14.2	16.1	6.5	17.7
Toplam	35	33.3	26.9	17.4	20.0	13.0	21.6	21.4	27.2	11.9	15.4	5.2	16.0
F		.029		.875		.475		.475		3.587		.930	
p		.865		.356		.496		.496		.067		.342	
Çalışma durumu için T.Ö.T.Y.V.A		F = .441 p = .511						F = 3.502 p = .070					
Çalış. durumu	n	Ağrı						Dispne					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Çalışan	7	19.0	20.2	9.5	18.8	2.3	6.2	14.2	26.2	4.7	12.5	.0	.0
Çalışmayan	28	29.7	39.8	13.1	22.3	10.7 1	22.3	19.0	27.8	14.2	23.0	3.5	10.4
Toplam	35	27.6 2	36.8	12.3	21.5 0	9.05	20.3	18.1	27.2	12.3	21.5 20	2.8	9.4
F		.467		.150		.937		.167		1.100		.792	
p		.499		.701		.340		.685		302		.380	
Çalışma durumu için T.Ö.T.Y.V.A		F = .707 p = .407						F = .733 p = .398					
Çalış. durumu	n	Uyku bozukluğu						İstahsızlık					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Çalışan	7	28.5	40.5	14.2	17.8	9.5	25.1	14.2	17.8	4.7	12.5	.0	.0
Çalışmayan	28	42.8	32.5	42.8	39.3	21.4	30.3	36.9	37.7	26.1	35.5	8.3	19.5
Toplam	35	40.0	34.1	37.1	37.7	19.0	29.4	32.3	35.6	21.9	33.2	6.6	17.7
F		.982		3.443		.912		2.338		2.419		1.249	
p		.329		.072		.347		.136		.129		.272	
Çalışma durumu için T.Ö.T.Y.V.A		F = 3.453 p = .072						F = 2.980 p = .094					
Çalış. durumu	n	Konstipasyon						Diyare					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Çalışan	7	9.5	16.2	.0	.0	.0	.0	19.0	17.8	.0	.0	.0	.0
Çalışmayan	28	26.1	31.8	26.1	33.1	8.3	21.5	9.5	23.7	19.0	30.6	2.3	8.7
Toplam	35	22.8	30.0	20.9	31.4	6.6	19.4	11.4	22.7	15.2	28.4	1.9	7.8
F		1.767		4.271		1.027		.978		2.640		.508	
p		.193		.047*		.318		.330		.114		.481	
Çalışma durumu için T.Ö.T.Y.V.A		F = 5.345 p = .217						F = .495 p = .486					
Çalış. durumu	n	Mali etki											
		Z1		Z2		Z3							
		X	±sd	X	±sd	X	±sd						
Çalışan	7	33.3	43.0	47.6	37.7	38.1	35.6						
Çalışmayan	28	36.9	37.7	34.5	34.5	29.7	38.8						
Toplam	35	36.1	38.2	37.1	35.0	31.4	37.8						
F		.047		.778		.265							
p		.829		.384		.610							

Çalışma durumu için T.Ö.T.Y.V.A	F = .189 p = .667
---------------------------------	----------------------

* $p < 0.05$ T.Ö.T.Y.V.A = Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Çalışma durumu değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamaları üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde çalışma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 41).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesinin semptom alt boyutlarının puan ortalamaları çalışma durumları ile karşılaştırıldığında; Z1 ve Z3 izlem döneminde hastaların **konstipasyon semptomu** alt boyut puan ortalamalarının çalışma durumlarına göre farklılık göstermediği, Z2 izlem döneminde ise çalışmayan hastaların çalışan hastalara göre konstipasyon semptomunu daha fazla yaşadığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F = 4.271$; $p = .047$) (Tablo 41).

Tablo 42: Hastaların Yaşam Kalitesi *Fonksiyonel* Alt Boyutlarının Evde Birlikte Yaşadığı Kişiler İle Karşılaştırılması

EORTC QLQ C-30													
FONKSİYONEL ALAN													
Evde birlikte yaşadığı kişiler	n	Fiziksel Alt Boyutu						Rof Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Yalnız	1	80.0	.	53.3	.	73.3	.	100.0	.	100.0	.	100.0	.
Eş	6	71.1	19.6	82.2	16.6	88.8	10.8	80.5	12.5	86.1	12.5	86.1	12.5
Çocuk	1	80.0	.	86.6	.	80.0	.	66.6	.	100.0	.	66.6	.
Eş+çoc.	27	60.7	22.8	84.2	18.0	89.8	13.3	62.9	37.9	80.8	23.4	83.3	25.3
Toplam	35	63.6	22.0	83.0	17.8	88.9	12.8	67.1	34.6	82.8	21.5	83.8	23.0
F		.733		.982		.684		.712		.520		.352	
p		.540		.414		.569		.552		.672		.788	
Evde birlik.yaş.kişi. için T.Ö.T.Y.V.A		F = .238						F = .902					
		p = .869						p = .452					
Evde birlikte yaşadığı kişiler	n	Emosyonel Alt Boyutu						Sosyal Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Yalnız	1	33.3	.	66.6	.	75.0	.	33.3	.	50.0	.	50.0	.
Eş	6	83.3	22.9	91.6	12.9	93.0	13.3	83.3	27.8	77.7	29.1	83.3	27.8
Çocuk	1	91.6	.	91.6	.	91.6	.	66.6	.	66.6	.	83.3	.
Eş+çoc.	27	53.0	24.4	64.2	29.9	69.1	26.5	47.5	31.2	69.1	28.7	73.4	25.8
Toplam	35	58.8	26.8	69.7	28.8	74.0	25.6	53.8	32.6	70.0	27.9	74.7	25.6
F		3.529		1.800		1.685		2.428		.319		.570	
p		.026*		.168		.191		.084		.812		.639	
Evde birlik.yaş.kişi. için T.Ö.T.Y.V.A		F=2.819						F= 1.211					
		p= .055						p= .322					
Evde birlikte yaşadığı kişiler	n	Bilişsel Alt Boyutu						Global yaşam kalitesi					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Yalnız	1	50.0	.	83.3	.	100.0	.	41.6	.	83.3	.	91.6	.
Eş	6	88.8	13.6	91.6	13.9	94.4	13.6	62.5	21.5	76.3	16.1	80.5	18.7
Çocuk	1	83.3	.	83.3	.	83.3	.	66.6	.	66.6	.	91.6	.
Eş+çoc.	27	75.9	23.7	88.2	21.0	89.5	19.1	61.1	28.4	70.6	23.2	71.3	24.6
Toplam	35	77.6	22.4	88.5	19.2	90.4	17.7	60.9	26.4	71.9	21.4	74.0	23.3
F		1.086		.095		.259		.185		.214		.637	
p		.370		.962		.855		.906		.886		.597	
Evde birlik.yaş.kişi. için T.Ö.T.Y.V.A		F=.343						F=.202					
		p= .794						p= .894					

* $p < 0.05$

T.Ö.T.Y.V.A = Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Evde birlikte yaşanan kişiler değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte

alındığında ve değerlendirildiğinde evde birlikte yaşadıkları kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 42).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları evde birlikte yaşadığı kişiler ile karşılaştırıldığında; Z2 ve Z3 izlem döneminde hastaların *emosyonel* alt boyut puan ortalamalarının hastaların evde birlikte yaşadığı kişilere göre farklılık göstermediği, Z1 izlem döneminde ise çocukları ile birlikte yaşayan hastaların eş ve çocukları ile birlikte yaşayan hastalara göre emosyonel fonksiyonlarının daha yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($F= 3.529$; $p=.026$) (Tablo 42).

Tablo 43: Hastaların Yaşam Kalitesi *Semptom* Alt Boyutlarının Evde Birlikte Yaşadığı Kişiler İle Karşılaştırılması

EORTC-QLQ C 30													
SEMPTOM ALT BOYUTU													
Evde birlikte yaşadığı kişiler	n	Yorgunluk						Bulantı kusma					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Yalnız	1	33.3	.	.0	.	.0	.	16.6	.	33.3	.	.0	.
Eş	6	24.0	20.3	16.6	11.6	9.2	10.9	8.3	13.9	16.6	25.8	5.5	8.6
Çocuk	1	22.2	.	.0	.	22.2	.	.0	.	.0	.	.0	.
Eş+çoc.	27	35.8	28.9	18.9	21.7	13.9	23.9	25.3	29.3	10.4	12.3	5.5	17.9
Toplam	35	33.3	26.9	17.4	20.0	13.0	21.6	21.4	27.2	11.9	15.4	5.2	16.0
F		.535		.242		.847		1.119		.069		.994	
p		.662		.866		.479		.357		.976		.409	
Evde birlik.yaş.kişi. için T.Ö.T.Y.V.A		F=.293 p = .830						F=.551 p = .652					
Evde birlikte yaşadığı kişiler	n	Ağrı						Dispne					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Yalnız	1	.0	.	.0	.	.0	.	.0	.	.0	.	.0	.
Eş	6	11.1	17.2	2.7	6.8	8.3	20.4	.0	.0	5.5	13.6	.0	.0
Çocuk	1	.0	.	.0	.	.0	.	.0	.	.0	.	.0	.
Eş+çoc.	27	33.3	39.4	15.4	23.5	9.8	21.3	23.4	28.9	14.8	23.2	3.7	10.6
Toplam	35	27.6	36.8	12.3	21.5	9.0	20.3	18.1	27.2	12.3	21.5	2.8	9.4
F		.994		.785		.138		1.609		.514		.295	
p		.409		.512		.937		.207		.676		.829	
Evde birlik.yaş.kişi. için T.Ö.T.Y.V.A		F = .960 p = .424						F = 1.249 p = .309					
Evde birlikte yaşadığı kişiler	n	Uyku bozukluğu						İstahsızlık					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Yalnız	1	100.0	.	66.6	.	33.3	.	33.3	.	.0	.	.0	.
Eş	6	33.3	36.5	33.3	21.0	5.5	13.6	5.5	13.6	11.1	27.2	11.1	17.2
Çocuk	1	66.6	.	33.3	.	.0	.	.0	.	.0	.	.0	.
Eş+çoc.	27	38.2	32.9	37.0	41.6	22.2	32.0	39.5	37.0	25.9	35.0	6.1	18.5
Toplam	35	40.0	34.1	37.1	37.7	19.0	29.4	32.3	35.6	21.9	33.2	6.6	17.7
F		1.379		.212		.723		1.904		.609		.212	
p		.267		.887		.546		.149		.614		.888	
Evde birlik.yaş.kişi. için T.Ö.T.Y.V.A		F = .906 p = .449						F = .853 p = .476					
Evde birlikte yaşadığı kişiler	n	Konstipasyon						Diyare					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Yalnız	1	66.6	.	100.0	.	66.6	.	.0	.	.0	.	.0	.
Eş	6	16.6	27.8	27.7	38.9	.0	.0	5.5	13.6	11.1	17.2	5.5	13.6
Çocuk	1	33.3	.	.0	.	.0	.	.0	.	.0	.	.0	.
Eş+çoc.	27	22.2	30.6	17.2	26.7	6.1	18.5	13.5	24.9	17.2	31.1	1.2	6.4
Toplam	35	22.8	30.0	20.9	31.4	6.6	19.40	11.4	22.7	15.2	28.4	1.9	7.8
F		.828		2.892		4.513		.359		.263		.514	
p		.489		.051		.010*		.783		.852		.645	
Evde birlik.yaş.kişi.		F = 5.053						F = .444					

İçin T.Ö.T.Y.V.A		p = .006*		p = .723			
Evde birlikte yaşadığı kişiler	n	Mali etki					
		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd
Yalnız	1	66.6	.	66.6	.	33.3	.
Eş	6	.0	.0	11.1	27.2	11.1	27.2
Çocuk	1	33.3	.	33.3	.	.0	.
Eş+çoc.	27	43.2	39.0	41.9	35.3	37.0	39.5
Toplam	35	36.1	38.2	37.1	35.0	31.4	37.8
F		2.643		1.597		1.004	
p		.067		.210		.404	
Çalışma durumu için T.Ö.T.Y.V.A		F = 2.168 p = .112					

* $p < 0.05$

T.Ö.T.Y.V.A = Tekrarlayan ölçümlerde tek yönlü varyans analizi

Evde birlikte yaşanan kişiler değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde; **konstipasyon semptom** puan ortalamalarının evde birlikte yaşadıkları kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($F=5.053$; $p=.006$) (Tablo43).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamaları evde birlikte yaşadığı kişiler ile karşılaştırıldığında; Z1 ve Z2 izlem döneminde hastaların **konstipasyon semptomu** alt boyut puan ortalamalarının hastaların evde birlikte yaşadığı kişilere göre farklılık göstermediği, Z3 izlem döneminde ise yalnız yaşayan hastaların eş, çocuk ve eş ve çocukları ile birlikte yaşayan hastalara göre konstipasyon semptomunu daha fazla yaşadığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F= 4.513$; $p=.010$) (Tablo 43).

Tablo 44: Hastaların Yaşam Kalitesi *Fonksiyonel* Alt Boyutlarının En Uzun Yaşadığı Yer İle Karşılaştırılması

EORTC QLQ C-30													
FONKSİYONEL ALAN													
En uzun yaşadığı yer	n	Fiziksel Alt Boyutu						Rol Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
İl	14	67.6	25.4	87.1	12.9	90.9	9.9	78.5	24.8	95.2	7.8	91.6	12.6
İlçe	20	60.3	19.9	79.3	20.2	87.0	14.5	58.3	39.1	74.1	24.4	77.5	27.1
Köy	1	73.3	.	100.0	.	100.0	.	83.3	.	83.3	.	100.0	.
Toplam	35	63.6	22.0	83.0	17.8	88.9	12.8	67.1	34.6	82.8	21.5	83.8	23.0
F		.533		1.278		.762		1.568		4.808		1.908	
p		.592		.292		.475		.224		.015*		.165	
En uzun yaş. yer için T.Ö.T.Y.V.A		F = 1.406						F = 6.054					
		p = .260						p = .006*					
En uzun yaşadığı yer	n	Emosyonel Alt Boyutu						Sosyal Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
İl	14	60.7	22.7	78.5	28.8	82.7	25.2	59.5	25.9	73.8	29.0	80.9	26.0
İlçe	20	59.1	29.4	63.7	28.7	68.3	25.4	50.8	37.2	65.8	27.2	70.8	25.8
Köy	1	25.0	.	66.6	.	66.6	.	33.3	.	100.0	.	66.6	.
Toplam	35	58.8	26.8	69.7	28.8	74.0	25.6	53.8	32.6	70.0	27.9	74.7	25.6
F		.824		1.097		1.373		.480		.924		.677	
p		.448		.346		.268		.623		.407		.515	
En uzun yaş. yer için T.Ö.T.Y.V.A		F = .918						F = .536					
		p = 1.410						p = .590					
En uzun yaşadığı yer	n	Bilişsel Alt Boyutu						Global yaşam kalitesi					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
İl	14	77.3	20.2	94.0	8.2	94.0	18.0	69.0	23.4	82.1	17.5	77.9	14.0
İlçe	20	76.6	24.4	84.1	23.8	87.5	17.8	56.6	27.7	65.4	22.0	73.3	27.2
Köy	1	100	.	100	.	100	.	33.3	.	58.3	.	33.3	.
Toplam	35	77.6	22.4	88.5	19.2	90.4	17.7	60.9	26.4	71.9	21.4	74.0	23.3
F		.499		1.282		.696		1.502		3.020		1.805	
p		.612		.291		.506		.238		.063		.181	
En uzun yaş. yer için T.Ö.T.Y.V.A		F = .828						F = 3.460					
		p = 1.446						p = .044*					

* $p < 0.05$ T.Ö.T.Y.V.A = Tekrarlayan ölçümlerde tek yönlü varyans analizi

En uzun yaşanan yer değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde *rol fonksiyonu* (F=6.054; p=.006) ve

global yaşam kalitesi ($F=3.460$; $p=.044$) puan ortalamalarının en uzun yaşadıkları yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 44).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları en uzun yaşadıkları yer ile karşılaştırıldığında; Z1 ve Z3 izlem döneminde hastaların **rol fonksiyonu** alt boyut puan ortalamalarının hastaların en uzun yaşadıkları yere göre farklılık göstermediği, Z2 izlem döneminde ise ilde yaşayan hastaların ilçede yaşayan hastalara göre rol fonksiyonlarının daha yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F= 4.808$; $p=.015$) (Tablo 44).

Tablo 45: Hastaların Yaşam Kalitesi *Semptom Alt* Boyutlarının En Uzun Yaşadığı Yer İle Karşılaştırılması

EORTC-QLQ C 30													
SEMPTOM ALT BOYUTU													
En uzun yaşadığı yer	n	Yorgunluk						Bulantı kusma					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
İl	14	28.5	17.2	11.1	15.0	7.1	8.2	17.8	23.9	14.2	19.4	3.5	7.0
İlçe	20	38.3	31.5	22.2	22.5	17.7	27.0	25.0	29.8	10.0	12.5	6.6	20.5
Köy	1	.00	.	11.1	.	.00	.	.00	.	16.6	.	.00	.
Toplam	35	33.3	26.9	17.4	20.0	13.0	21.6	21.4	27.2	11.9	15.4	5.2	16.0
F		1.356		1.345		1.194		.585		.353		.198	
p		.272		.275		.316		.563		.705		.821	
En uzun yaş. yer için T.Ö.T.Y.V.A		F = 1.741 p = .192						F = .293 p = .748					
En uzun yaşadığı yer	n	Ağrı						Dışkı					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
İl	14	13.1	18.6	5.9	14.0	4.7	13.7	11.9	16.5	7.1	14.1	.00	.00
İlçe	20	39.1	43.0	17.5	25.0	12.5	24.1	23.3	32.6	16.6	25.3	5.0	12.2
Köy	1	.00	.	.00	.	.00	.	.00	.	.00	.	.00	.
Toplam	35	27.6	36.8	12.3	21.5	9.0	20.3	18.1	27.2	12.3	21.5	2.8	9.4
F		2.573		1.387		.684		.950		.975		1.210	
p		.092		.264		.512		.397		.388		.311	
En uzun yaş. yer için T.Ö.T.Y.V.A		F = 2.651 p = .086						F = 1.417 p = .257					
En uzun yaşadığı yer	n	Uyku bozukluğu						İştahsızlık					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
İl	14	28.5	34.2	38.1	38.9	14.2	17.1	21.4	28.0	19.0	28.3	7.1	14.1
İlçe	20	50.0	31.5	38.3	37.8	23.3	36.0	41.6	38.8	25.0	37.2	6.6	20.5
Köy	1	.00	.	.00	.	.00	.	.00	.	.00	.	.00	.
Toplam	35	40.0	34.1	37.1	37.7	19.0	29.4	32.3	35.6	21.9	33.2	6.6	17.7
F		2.545		.484		.589		1.834		.341		.07	
p		.094		.621		.561		.176		.714		.931.	
En uzun yaş. yer için T.Ö.T.Y.V.A		F = 1.730 p = .194						F = .841 p = .440					
En uzun yaşadığı yer	n	Konstipasyon						Diyare					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
İl	14	11.9	24.8	19.0	33.8	4.7	17.8	14.2	25.1	9.5	15.6	.00	.00
İlçe	20	31.6	31.4	23.3	30.7	8.3	21.2	10.0	21.8	20.0	34.8	3.3	10.2
Köy	1	.00	.	.00	.	.00	.	.00	.	.00	.	.00	.
Toplam	35	22.8	30.0	20.9	31.4	6.6	19.4	11.4	22.7	15.2	28.4	1.9	7.8
F		2.237		.293		.189		.263		.696		.762	
p		.123		.748		.828		.770		.506		.475	
En uzun yaş. yer için T.Ö.T.Y.V.A		F = 1.479 p = .243						F = .488 p = .618					
En uzun yaşadığı yer	n	Maliyet											
		Z1		Z2		Z3							
		X	±sd	X	±sd	X	±sd						
İl	14	30.9	30.5	28.5	36.6	23.8	46.0						
İlçe	20	41.6	43.0	41.6	33.9	35.0	31.4						

Köy	1	.00	.	66.6	.	66.6	.
Toplam	35	36.1	38.2	37.1	35.0	31.4	37.8
F		.774		.938		.795	
p		.470		.402		.460	
En uzun yaş. yer için T.Ö.T.Y.V.A		F = .578 p = .567					

T.Ö.T.Y.V.A = Tekrarlayan ölçümlerde tek yönlü varyans analizi

En uzun yaşanan yer değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde en uzun yaşadıkları yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 45).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamaları yaşadıkları yer ile karşılaştırıldığında; hastaların üç izlem döneminde yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamaları ile yaşadıkları yer arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 45).

Tablo 46: Hastaların Yaşam Kalitesi *Fonksiyonel* Alt Boyutlarının Sağlık Güvenceleri İle Karşılaştırılması

EORTC QOL C-30													
FONKSİYONEL ALAN													
Sağlık güvencesi	n	Fiziksel Alt Boyutu						Rol Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
SSK	13	56.9	27.5	90.2	6.4	93.3	3.8	70.5	33.4	88.4	15.7	76.9	30.8
Em. Sand.	21	68.8	16.9	78.7	21.4	86.3	15.8	65.0	36.8	79.3	24.6	88.1	16.7
Diğer	1	40.0	.	80.0	.	86.6	.	66.6	.	83.3	.	83.3	.
Toplam	35	63.6	22.0	83.0	17.8	88.9	12.8	67.1	34.6	82.8	21.5	83.8	23.0
F		1.859		1.774		1.222		.094		.701		.941	
p		.172		.186		.308		.911		.503		.401	
Sağlık güvence için T.Ö.T.Y.V.A		F = .358 p = .702						F = .015 p = .985					
Sağlık güvencesi	n	Emosyonel Alt Boyutu						Sosyal Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
SSK	13	45.5	23.7	53.2	34.1	65.3	30.9	47.4	36.5	66.6	32.6	79.4	24.6
Em. Sand.	21	67.4	26.2	78.5	20.3	78.1	20.9	58.7	30.5	73.0	25.5	72.2	27.0
Diğer	1	50.0	.	100.0	.	100.0	.	33.3	.	50.0	.	66.6	.
Toplam	35	58.8	26.8	69.7	28.8	74.0	25.6	53.8	32.6	70.0	27.9	74.7	25.6
F		3.083		4.395		1.580		.671		.456		.358	
p		.060		.021*		.222		.518		.638		.702	
Sağlık güvence için T.Ö.T.Y.V.A		F = 3.349 p = .048*						F = .294 p = .747					
Sağlık güvencesi	n	Bilişsel Alt Boyutu						Global yaşam kalitesi					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
SSK	13	79.4	19.4	88.4	24.8	91.0	12.9	78.2	23.9	80.1	18.1	72.4	26.6
Em. Sand.	21	76.9	24.9	88.8	16.1	89.6	20.7	51.1	23.1	67.0	22.7	75.4	22.2
Diğer	1	66.6	.	83.3	.	100.0	.	41.6	.	66.6	.	66.6	.
Toplam	35	77.6	22.4	88.5	19.2	90.4	17.7	60.9	26.4	71.9	21.4	74.0	23.3
F		.163		.038		.163		5.670		1.564		.110	
p		.850		.963		.851		.008*		.225		.896	
Sağlık güvence için T.Ö.T.Y.V.A		F = .025 p = .975						F = 2.438 p = .103					

* $p < 0.05$ T.Ö.Ç.Y.V.A=Tekrarlayan ölçümlerde çok yönlü varyans analizi

Sağlık güvencesi değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde **emosyonel fonksiyon** (F=3.349; p=.048) puan ortalamalarının sağlık güvencelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 46).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları sağlık güvenceleri ile karşılaştırıldığında;

- Z1 ve Z3 izlem döneminde hastaların **emosyonel** alt boyut puan ortalamalarının hastaların sağlık güvencelerine göre farklılık göstermediği, Z2 izlem döneminde ise sağlık güvencesi emekli sandığı olan hastaların sağlık güvencesi SSK olan hastalara göre emosyonel fonksiyonlarının daha yüksek olduğu (F= 4.395; p=.021) (Tablo 46)
- Z2 ve Z3 izlem döneminde hastaların **global yaşam kalitesi** alt boyut puan ortalamalarının hastaların sağlık güvencelerine göre farklılık göstermediği; Z1 izlem döneminde ise. sağlık güvencesi SSK olan hastaların sağlık güvencesi emekli sandığı olan hastalara göre global yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu (F= 5.670; p=.008) (Tablo 46)

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 47: Hastaların Yaşam Kalitesi *Semptom* Alt Boyutlarının Sağlık Güvenceleri İle Karşılaştırılması

EORTC QLQ C 30													
SEMPTOM ALT BOYUTU													
Sağlık güvencesi	n	Yorgunluk						Bulantı kusma					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
SSK	13	21.3	12.3	14.5	20.4	18.8	27.7	18.8	27.7	10.2	8.4	11.5	24.8
Emekli sand.	21	40.2	31.5	18.5	20.2	8.9	17.0	8.9	17.0	10.3	14.4	.7	3.6
Diğer	1	44.4	.	33.3	.	22.2	.	22.2	.	66.6	.	16.6	.
Toplam	35	33.3	26.9	17.4	20.0	13.0	21.6	13.0	21.6	11.9	15.4	5.2	16.0
F		2.195		.467		.913		.541		9.863		2.205	
p		.128		.631		.411		.587		.000*		.127	
Sağlık güven.için T.Ö.T.Y.V.A		F = .395 p = .677						F = .844 p = .439					
Sağlık güvencesi	n	Ağrı						Dispne					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
SSK	13	23.0	38.8	2.5	9.2	11.5	24.8	10.2	16.0	7.6	14.6	2.5	9.2
Emekli sand.	21	30.1	37.1	19.0	24.8	7.9	17.9	23.8	31.8	15.8	24.9	3.1	10.0
Diğer	1	33.3	.	.0	.	.0	.	.0	.	.0	.	.0	.
Toplam	35	27.6	36.8	12.3	21.5	9.0	20.3	18.1	27.2	12.3	21.5	2.8	9.4
F		.153		2.792		.217		1.239		.739		.060	
p		.859		.076		.806		.303		.486		.942	
Sağlık güven.için T.Ö.T.Y.V.A		F = .415 p = .664						F = 1.070 p = .355					
Sağlık güvencesi	n	Uyku bozukluğu						İstahsızlık					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
SSK	13	35.9	28.7	30.7	41.8	28.2	35.6	43.5	43.8	33.3	40.8	12.8	25.5
Emekli sand.	21	42.8	38.2	41.2	36.3	12.7	24.6	26.9	29.0	12.7	24.6	1.5	7.2
Diğer	1	33.3	.	33.3	.	33.3	.	.0	.	66.6	.	33.3	.
Toplam	35	40.0	34.1	37.1	37.7	19.0	29.4	32.3	35.6	21.9	33.2	6.6	17.7
F		.178		.303		1.251		1.317		2.726		3.130	
p		.838		.740		.300		.282		.081		.057	
Sağlık güven.için T.Ö.T.Y.V.A		F = .004 p = .996						F = 1.981 p = .155					
Sağlık güvencesi	n	Konstipasyon						Diyare					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
SSK	13	15.3	22.0	20.5	32.0	10.2	25.0	20.5	28.9	23.0	36.9	.0	.0
Emekli sand.	21	28.5	33.8	20.6	32.4	4.7	15.9	6.3	17.0	9.5	21.4	3.1	10.0
Diğer	1	.0	.	33.3	.	.0	.	.0	.	33.3	.	.0	.
Toplam	35	22.8	30.0	20.9	31.4	6.6	19.4	11.4	22.7	15.2	28.4	1.9	7.8
F		1.079		.076		.366		1.756		1.132		.674	
p		.352		.927		.696		.189		.335		.517	
Sağlık güven.için T.Ö.T.Y.V.A		F = .121 p = .886						F = 1.594 p = .219					
Sağlık güvencesi	n	Mali etki											
		Z1		Z2		Z3							
		X	±sd	X	±sd	X	±sd						
SSK	13	38.4	44.8	41.0	36.3	28.2	32.9						
Emekli	21	36.5	34.8	36.5	34.8	34.9	41.4						

sand.							
Diğer	1	.0	.	.0	.	.0	.
Toplam	35	36.1	38.2	37.1	35.0	31.4	37.8
F		.456		.632		.466	
p		.638		.538		.632	
Sağlık güven.için T.Ö.T.Y.V.A		F=.598		p= .556			

* $p < 0.05$ T.Ö.Ç.Y.V.A= Tekrarlayan ölçümlerde çok yönlü varyans analizi

Sağlık güvencesi değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamaları üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde sağlık güvencelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 47).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamaları sağlık güvenceleri ile karşılaştırıldığında; Z1 ve Z3 izlem döneminde hastaların **bulantı semptomu** alt boyut puan ortalamalarının hastaların sağlık güvencelerine göre farklılık göstermediği, Z2 izlem döneminde ise sağlık güvencesi emekli sandığı ve SSK olan hastaların sağlık güvencesi özel sigorta olan hastalara göre bulantı semptomunu daha az yaşadığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F = 9.863$; $p = .000$) (Tablo 47).

3.6.2. Hastaların Yaşam Kalitelerinin Hastalığa İlişkin Değişkenlerle Karşılaştırılması

Tablo 48: Hastaların Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alt Boyutlarının Hastalık Tanıları İle Karşılaştırılması

EORTC QLQ C-30													
FONKSİYONEL ALAN													
Hastalık tanısı	n	Fiziksel Alt Boyutu						Rol Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Kolon Ca	18	64.0	26.0	83.7	18.1	92.2	11.9	61.1	39.1	77.7	24.9	85.1	16.0
Kolon ca+KC met	3	57.7	19.2	86.6	.0	88.8	7.6	88.8	19.2	77.7	19.2	33.3	28.8
Rektum Ca	2	70.0	14.1	93.3	9.4	86.6	18.8	83.3	23.5	100.	.0	100.	.0
Mide Ca	6	74.4	6.5	77.7	15.0	82.2	10.8	88.8	8.6	91.6	13.9	91.6	13.9
KC Ca	4	53.3	25.5	96.6	3.8	96.6	3.8	62.5	25.0	91.6	9.6	100.	.0
Pankreas Ca	2	50.0	14.1	50.0	23.5	66.6	18.8	16.6	23.5	75.0	35.3	75.0	35.3
Toplam	35	63.6	22.0	83.0	17.8	88.9	12.8	67.1	34.6	82.8	21.5	83.8	23.0
F		.657		2.615		2.544		2.038		.853		6.855	
p		.659		.045*		.050		.103		.524		.000*	
Hast tanısı için T.Ö.T.Y.V.A		F = 1.411 p = .250						F = 2.567 p = .049*					
Hastalık tanısı	n	Emosyonel Alt Boyutu						Sosyal Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Kolon Ca	18	60.1	25.3	74.5	26.1	81.0	21.3	65.7	20.9	75.0	20.8	81.4	24.1
Kolon ca+KC met	3	47.2	38.4	63.8	24.0	58.3	28.8	22.2	38.4	77.7	9.6	72.2	9.6
Rektum Ca	2	79.1	29.4	91.6	11.7	83.3	23.5	66.6	47.1	66.6	47.1	66.6	47.1
Mide Ca	6	66.6	16.6	58.3	46.8	61.1	37.5	55.5	45.5	44.4	40.3	58.3	29.3
KC Ca	4	45.8	36.3	68.7	17.1	77.0	15.7	41.6	16.6	91.6	16.6	83.3	19.2
Pankreas Ca	2	45.8	41.2	50.0	23.5	58.3	35.3	.0	.0	50.0	23.5	58.3	35.3
Toplam	35	58.8	26.8	69.7	28.8	74.0	25.6	53.8	32.6	70.0	27.9	74.7	25.6
F		.704		.697		1.014		2.985		2.178		1.042	
p		.625		.630		.427		.027*		.084		.412	
Hast tanısı için T.Ö.T.Y.V.A		F = .662 p = .655						F = 1.601 p = .191					
Hastalık tanısı	n	Bilişsel Alt Boyutu						Global yaşam kalitesi					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Kolon Ca	18	77.7	18.9	94.4	12.7	92.5	19.10	54.6	25.1	80.5	21.5	82.8	17.4
Kolon ca+KC met	3	61.1	19.2	50.0	28.8	72.2	9.6	88.8	19.2	55.5	9.6	47.2	38.4

Rektum Ca	2	83.3	23.5	91.6	11.7	100.0	.0	83.3	23.5	62.5	17.6	58.3	11.7
Mide Ca	6	83.3	10.5	88.8	13.6	88.8	13.6	72.2	18.7	70.8	16.4	81.9	16.1
KC Ca	4	91.6	16.6	100.0	.0	100.0	.0	54.1	31.5	66.6	22.5	56.2	26.6
Pankreas Ca	2	50.0	70.7	66.6	23.5	75.0	35.3	33.3	23.5	41.6	11.7	62.5	29.4
Toplam	35	77.6	22.4	88.5	19.2	90.4	17.7	60.9	26.4	71.9	21.4	74.0	23.3
F		1.427		6.298		1.430		2.188		2.166		2.740	
p		.244		.000*		.243		.083		.086		.038*	
Hast tanısı için T.Ö.T.Y.V.A		F = 3.204						F = 1.429					
		p = .020*						p = 2.444					

* $p < 0.05$ T.Ö.Ç.Y.V.A= Tekrarlayan ölçümlerde çok yönlü varyans analizi

Hastalık tanısı değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde. **rol fonksiyonu** ($F=2.567$; $p=.048$) ve **bişsel fonksiyon** ($F=3.204$; $p=.020$) puan ortalamalarının hastalık tanılarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 48).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları hastalık tanıları ile karşılaştırıldığında;

- Z1 ve Z3 izlem döneminde hastaların **fiziksel fonksiyon** alt boyut puan ortalamalarının hastaların hastalık tanılarına göre farklılık göstermediği. Z2 izlem döneminde ise karaciğer ca tanısı konulan hastaların pankreas ca tanısı konulan hastalara göre fiziksel fonksiyonlarının daha yüksek olduğu ($F= 2.615$; $p=.045$) (Tablo 48).
- Z1 ve Z2 izlem döneminde hastaların **rol fonksiyonu** alt boyut puan ortalamalarının hastaların hastalık tanılarına göre farklılık göstermediği. Z3 izlem döneminde ise kolon ca +karaciğer metaztaz tanısı konulan hastaların kolon ca. rektum ca. mide ca ve karaciğer ca tanısı konulan

hastalara göre rol fonksiyonlarının daha düşük olduğu (F=6.855; p=.000) (Tablo 48).

- Z2 ve Z3 izlem döneminde hastaların **sosyal fonksiyon** alt boyut puan ortalamalarının hastaların hastalık tanılarına göre farklılık göstermediği. Z1 izlem döneminde ise kolon ca tanısı konulan hastaların karaciğer ca tanısı konulan hastalara göre sosyal fonksiyonlarının daha yüksek olduğu (F= 2.985; p=.027) (Tablo 48).
- Z1 ve Z3 izlem döneminde hastaların **bişsel fonksiyon** alt boyut puan ortalamalarının hastaların hastalık tanılarına göre farklılık göstermediği. Z3 izlem döneminde ise kolon ca +karaciğer metaztaz tanısı konulan hastaların kolon ca, rektum ca, mide ca ve karaciğer ca tanısı konulan hastalara göre bişsel fonksiyonlarının daha düşük olduğu (F= 6.298; p=.000) (Tablo 48).
- Z1 ve Z2 izlem döneminde hastaların **global yaşam kalitesi** alt boyut puan ortalamalarının hastaların hastalık tanılarına göre farklılık göstermediği. Z3 izlem döneminde ise kolon ca tanısı konulan hastaların kolon ca+karaciğer metaztaz tanısı konulan hastalara göre global yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu (F= 2.740. p=.038) (Tablo 48)

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 49: Hastaların Yaşam Kalitesinin *Semptom Alt Boyutları İle Hastalık Tanıları İle Karşılaştırılması*

EORTC QLQ C 30													
SEMPTOM ALT BOYUTU													
Hastalık tanısı	n	Yorgunluk						Bulantı kusma					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Kolon Ca	18	36.4	26.6	14.8	18.2	8.6	15.0	26.8	32.4	13.8	19.1	.9	3.9
Kolon Ca+KC met	3	29.6	6.4	37.0	32.0	59.2	32.0	.0	.0	11.1	9.6	44.4	38.4
Rektum Ca	2	50.0	7.8	5.5	7.8	16.6	7.8	25.0	11.7	8.3	11.7	8.3	11.7
Mide Ca	6	12.9	12.9	9.2	10.9	1.8	4.5	8.3	13.9	11.1	13.6	2.7	6.8
KC Ca	4	19.4	26.2	19.4	16.6	5.5	6.4	25.0	31.9	12.5	8.3	.0	.0
Pankreas Ca	2	83.3	23.5	44.4	31.4	27.7	39.2	33.3	.0	.0	.0	.0	.0
Toplam	35	33.3	26.9	17.4	20.0	13.0	21.6	21.4	27.2	11.9	15.4	5.2	16.0
F		3.344		1.950		6.147		.868		.291		8.333	
p		.017*		.116		.001*		.514		.914		.000*	
Hastalık tanıları için T.Ö.T.Y.V.A		F = 3.179						F = .384					
		p = .021*						p = .855					
Hastalık tanısı	n	Ağrı						Dispne					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Kolon Ca	18	19.4	31.9	14.8	23.4	3.7	12.2	24.0	31.9	16.6	26.1	3.7	10.7
Kolon Ca+KC met	3	66.6	57.7	.0	.0	44.4	38.4	.0	.0	.0	.0	.0	.0
Rektum Ca	2	8.3	11.7	.0	.0	25.0	35.3	33.3	47.1	.0	.0	.0	.0
Mide Ca	6	27.7	22.7	5.5	8.6	.0	.0	5.5	13.6	11.1	17.2	.0	.0
KC Ca	4	8.3	16.6	12.5	25.0	4.1	8.3	16.6	19.2	8.3	16.6	.0	.0
Pankreas Ca	2	100.0	.0	41.6	35.3	25.0	35.3	16.6	23.5	16.6	23.5	16.6	23.5
Toplam	35	27.6	36.8	12.3	21.5	9.0	20.3	18.1	27.2	12.3	21.5	2.8	9.4
F		3.886		1.292		4.156		.797		.797		1.184	
p		.008*		.295		.006*		.561		.561		.341	
Hastalık tanıları için T.Ö.T.Y.V.A		F = 2.917						F = .630					
		p = .030*						p = .678					
Hastalık tanısı	n	Uyku bozukluğu						İştahsızlık					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Kolon Ca	18	35.1	33.2	53.7	34.5	12.9	20.2	31.4	35.1	22.2	32.3	1.8	7.8
Kolon Ca+KC met	3	44.4	19.2	11.1	19.2	66.6	57.7	66.6	57.7	66.6	57.7	44.4	38.4
Rektum Ca	2	16.6	23.5	16.6	23.5	33.3	47.1	16.6	23.5	.0	.0	16.6	23.5
Mide Ca	6	55.5	27.2	11.1	17.2	11.1	17.2	16.6	27.8	5.5	13.6	5.5	13.6
KC Ca	4	16.6	33.3	25.0	50.0	8.3	16.6	25.0	31.9	25.0	31.9	.0	.0
Pankreas Ca	2	100.0	.0	50.0	70.7	33.3	47.1	66.6	.0	16.6	23.5	.0	.0
Toplam	35	40.0	34.1	37.1	37.7	19.0	29.4	32.3	35.6	21.9	33.2	6.6	17.7
F		2.647		2.085		2.594		1.332		1.735		5.461	
p		.043*		.096		.047*		.279		.158		.001*	
Hastalık tanıları için T.Ö.T.Y.V.A		F = 1.187						F = 2.204					
		p = .340						p = .081					
Hastalık tanısı	n	Konstipasyon						Diyare					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd

Kolon Ca	18	24.0	31.9	33.3	34.3	3.7	15.7	14.8	26.1	9.2	19.1	3.7	10.7
Kolon Ca+KC met	3	33.3	.0	.0	.0	44.4	38.4	.0	.0	66.6	57.7	.0	.0
Rektum Ca	2	16.6	23.5	.0	.0	.0	.0	16.6	23.5	16.6	23.5	.0	.0
Mide Ca	6	22.2	27.2	.0	.0	.0	.0	5.5	13.6	.0	.0	.0	.0
KC Ca	4	.0	.0	16.6	33.3	.0	.0	16.6	33.3	8.3	16.6	.0	.0
Pankreas Ca	2	50.0	70.7	33.3	47.1	16.6	23.5	.0	.000	50.0	23.5 70	.0	.0
Toplam	35	22.8	30.0	20.9	31.4	6.6	19.4	11.4	22.7	15.2	28.4	1.9	7.8
F		.872		1.808		3.888		.435		4.916		.352	
p		.512		.142		.008*		.821		.002*		.877	
Hastalık tanıları için T.Ö.T.Y.V.A		F = 1.430 p = .243						F = 1.101 p = .381					
Hastalık tanısı	n	Mali etki											
		Z1				Z2				Z3			
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Kolon Ca	18	24.0	27.5	22.2	30.2	20.3	41.4						
Kolon Ca+KC met	3	77.7	38.4	55.5	19.2	44.4	38.4						
Rektum Ca	2	33.3	47.1	33.3	47.1	33.3	47.1						
Mide Ca	6	38.8	49.0	50.0	45.9	44.4	27.2						
KC Ca	4	25.0	31.9	50.0	19.2	33.3	38.4						
Pankreas Ca	2	100.0	.0	83.3	23.5	66.6	.0						
Toplam	35	36.1	38.2	37.1	35.0	31.4	37.8						
F		2.891				2.070				.850			
p		.031*				.098				.526			
Hastalık tanıları için T.Ö.T.Y.V.A		F=2.309 p=.070											

* p < 0.05

T.Ö.T.Y.V.A Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Hastalık tanısı değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde; **yorgunluk semptomu** (F=3.179; p=.021) ve **ağrı semptomu** (F=2.917; p=.030) puan ortalamalarının hastalık tanılarına istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 49).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamaları hastalık tanıları ile karşılaştırıldığında;

- Z2 izlem döneminde hastaların **yorgunluk semptomu** alt boyut puan ortalamalarının hastaların hastalık tanılarına göre farklılık göstermediği, Z1 izlem döneminde pankreas ca tanısı konulan hastaların mide ve rektum ca tanısı konulan hastalara göre yorgunluk semptomunu daha

fazla yaşadığı (F= 3.344; p=.017), Z3 döneminde ise kolon ca +karaciğer met tanısı konulan hastaların kolon ca, mide ca ve rektum ca tanısı konulan hastalara göre yorgunluk semptomunu daha fazla yaşadığı (F= 6.147; p=.001) (Tablo 49)

- Z1 ve Z2 izlem döneminde hastaların **bulantı-kusma semptomu** alt boyut ortalamalarının hastaların hastalık tanılarına göre farklılık göstermediği, Z3 izlem döneminde ise kolon ca +karaciğer metaztaz tanısı konulan hastaların kolon ca, rektum ca, mide ca ve karaciğer ca tanısı konulan hastalara göre bulantı semptomunu daha fazla yaşadığı (F= 8.333;p=.000) (Tablo 49)
- Z2 izlem döneminde hastaların **ağrı semptomu** alt boyut puan ortalamalarının hastaların hastalık tanılarına göre farklılık göstermediği, Z1 izlem döneminde pankreas tanısı konulan hastaların kolon ca ve karaciğer ca tanısı konulan hastalara göre daha fazla ağrı yaşadığı (F= 3.886; p=.008), Z3 izlem döneminde ise kolon ca +karaciğer metaztaz tanısı konulan hastaların kolon ca, mide ca ve karaciğer ca tanısı konulan hastalara göre daha fazla ağrı yaşadığı (F= 4.156; p=.006) (Tablo 49)
- Z2 izlem döneminde hastaların **uyku bozukluğu semptomu** alt boyut puan ortalamalarının hastaların hastalık tanılarına göre farklılık göstermediği, Z1 izlem döneminde pankreas ca tanısı konulan hastaların karaciğer ca tanısı konulan hastalara göre daha fazla uyku sorunu yaşadığı (F= 2.647; p=.043), Z3 izlem döneminde ise kolon ca+karaciğer met tanısı konulan hastaların kolon ca tanısı konulan

hastalara göre daha fazla uyku sorunu yaşadığı (F= 2.594;p=.047)
(Tablo 49)

- Z1 ve Z2 izlem döneminde hastaların **ıştatsızlık semptomu** alt boyut puan ortalamalarının hastaların hastalık tanılarına göre farklılık göstermediği, Z3 izlem döneminde ise kolon ca + karaciğer metastas tanısı konulan hastaların kolon ca, mide ca, karaciğer ca ve pankreas ca tanısı konulan hastalara göre daha fazla ıştırızlık sorunu yaşadığı (F= 5.461; p=.001) (Tablo 49)
- Z1 ve Z2 izlem döneminde hastaların **konstipasyon semptomu** alt boyut puan ortalamalarının hastaların hastalık tanılarına göre farklılık göstermediği, Z3 izlem döneminde ise kolon ca + karaciğer metastas tanısı konulan hastaların kolon ca, mide ca ve karaciğer ca tanısı konulan hastalara göre daha fazla konstipasyon sorunu yaşadığı (F= 3.888; p=.008) (Tablo 49)
- Z1 ve Z3 izlem döneminde hastaların **diyare semptomu** alt boyut puan ortalamalarının hastaların hastalık tanılarına göre farklılık göstermediği, Z2 izlem döneminde ise kolon ca + karaciğer metastas tanısı konulan hastaların kolon ca, mide ca ve karaciğer ca tanısı konulan hastalara göre daha fazla diyare sorunu yaşadığı (F= 4.916; p=.002) (Tablo 49)
- Z2 ve Z3 izlem döneminde hastaların **mali etki semptomu** alt boyut puan ortalamalarının hastaların hastalık tanılarına göre farklılık göstermediği, Z1 izlem döneminde ise pankreas ca tanısı konulan

hastaların kolon ca tanısı konulan hastalara göre daha fazla ekonomik sorun yaşadığı (F= 2.891; p=.031) (Tablo 49)

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 50: Hastaların Yaşam Kalitesi *Fonksiyonel* Alt Boyutlarının Hastalık Süreleri İle Karşılaştırılması

EORTC QLQ C-30													
FONKSİYONEL ALAN													
Hastalık süresi	n	Fiziksel Alt Boyutu						Rol Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
3 ay ve altı	20	68.3	21.0	83.6	14.4	91.0	10.2	66.6	36.2	83.3	23.5	89.1	13.5
4 ay ve üstü	15	57.3	22.5	82.2	22.0	86.2	15.6	67.7	33.6	82.2	19.3	76.6	30.7
Toplam	35	63.6	22.0	83.0	17.8	88.9	12.8	67.1	34.6	82.8	21.5	83.8	23.0
F		2.204		.055		1.196		.009		.022		2.645	
p		.147		.816		.282		.927		.883		.113	
Hast süresi için T.Ö.T.Y.V.A		F = 1.596 p = .215						F = .465 p = .500					
Hastalık tanısı	n	Emosyonel Alt Boyutu						Sosyal Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
3 ay ve altı	20	60.0	27.1	77.0	24.0	82.9	16.3	60.0	26.1	80.0	19.1	83.3	17.1
4 ay ve üstü	15	57.2	27.2	60.0	32.6	62.2	31.1	45.5	39.0	56.6	32.6	63.3	30.9
Toplam	35	58.8	26.8	69.7	28.8	74.0	25.6	53.8	32.6	70.0	27.9	74.7	25.6
F		.090		3.194		6.492		1.717		7.036		5.955	
p		.767		.083		.016*		.199		.012*		.020*	
Hast süresi için T.Ö.T.Y.V.A		F = 2.788 p = .104						F = 6.139 p = .019*					
Hastalık tanısı	n	Bilişsel Alt Boyutu						Global yaşam kalitesi					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
3 ay ve altı	20	83.3	16.2	95.8	7.4	98.3	5.1	55.8	27.1	73.7	18.9	79.5	18.8
4 ay ve üstü	15	70.0	27.6	78.8	25.5	80.0	22.8	67.7	24.7	69.4	24.9	66.6	27.2
Toplam	35	77.6	22.4	88.5	19.2	90.4	17.7	60.9	26.4	71.9	21.4	74.0	23.3
F		3.210		7.970		12.137		1.783		.337		2.752	
p		.082		.008*		.001*		.191		.565		.107	
Hast süresi için T.Ö.T.Y.V.A		F = 9.802 p = .004*						F = p =					

* p < 0.05

T.Ö.T.Y.V.A = Tekrarlayan ölçümlerde tek yönlü varyans analizi

Hastalık süresi değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde. **sosyal** (F=6.139;p=.019) ve **bilişsel fonksiyon** (F=9.802; p=.004) puan ortalamalarının hastalık sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Tablo50).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları hastalık süreleri ile karşılaştırıldığında;

- Z1 ve Z2 izlem döneminde hastaların **emosyonel fonksiyon** alt boyut puan ortalamalarının hastaların hastalık sürelerine göre farklılık göstermediği, Z3 izlem döneminde hastalık süresi 3 ay ve daha kısa olan hastaların hastalık süresi 4 ay ve daha uzun süre olan hastalara göre emosyonel fonksiyonlarının daha yüksek olduğu (F= 6.492; p=.016) (Tablo 50)
- Z1 izlem döneminde hastaların **sosyal fonksiyonu** alt boyut puan ortalamalarının hastaların hastalık sürelerine göre farklılık göstermediği, Z2 ve Z3 izlem döneminde ise hastalık süresi 3 ay ve daha kısa olan hastaların hastalık süresi 4 ay ve daha uzun süre olan hastalara göre sosyal fonksiyonlarının daha yüksek olduğu (F= 1.036; p=.012 / F=5.955; p=.020) (Tablo 50)
- Z1 izlem döneminde hastaların **bilişsel fonksiyon** alt boyut puan ortalamalarının hastaların hastalık sürelerine göre farklılık göstermediği, Z2 ve Z3 izlem döneminde ise hastalık süresi 3 ay ve daha kısa olan hastaların hastalık süresi 4 ay ve daha uzun süre olan

hastalara göre bilişsel fonksiyonlarının daha yüksek olduğu (F= 7.970;
p=.008 / F=12.137; p= .001) (Tablo 50)
istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.



Tablo 51: Hastaların Yaşam Kalitesi *Semptom* Alt Boyutlarının Hastalık Süreleri İle Karşılaştırılması

EORTC-QLQ C 30													
SEMPTOM ALT BOYUTU													
Hastalık süre	n	Yorgunluk						Bulanık kusma					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
3 ay ve altı	20	31.6	26.3	12.2	11.3	7.2	10.3	20.0	28.9	16.6	17.9	1.6	5.1
4 ay ve üstü	15	35.5	28.5	24.4	26.6	20.7	29.6	23.3	25.8	5.5	8.1	10.0	23.4
Toplam	35	33.3	26.9	17.4	20.0	13.0	21.6	21.4	27.2	11.9	15.4	5.2	16.0
F		.174		3.416		3.601		.125		4.962		2.405	
p		.679		.074		.067		.726		.033*		.130	
Hastalık süreleri için T.Ö.T.Y.V.A		F = 2.367 p = .133						F = .002 p = .965					
Hastalık süre	n	Ağrı						Dispne					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
3 ay ve altı	20	20.8	35.8	10.8	18.9	3.3	11.5	16.6	25.3	15.0	25.3	1.6	7.4
4 ay ve üstü	15	36.6	37.3	14.4	25.0	16.6	26.7	20.0	30.3	8.8	15.2	4.4	11.7
Toplam	35	27.6	36.8	12.3	21.5	9.0	20.3	18.1	27.2	12.3	21.5	2.8	9.4
F		1.614		.236		4.005		.125		.685		.732	
p		.213		.630		.054		.726		.414		.398	
Hastalık süreleri için T.Ö.T.Y.V.A		F = 2.385 p = .132						F = .000 p = 1.000					
Hastalık süre	n	Uyku bozukluğu						İştahsızlık					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
3 ay ve altı	20	38.3	34.6	38.3	32.9	10.0	15.6	21.6	31.1	21.6	31.1	3.3	10.2
4 ay ve üstü	15	42.2	34.4	35.5	44.4	31.1	38.7	46.6	37.3	22.2	37.0	11.1	24.1
Toplam	35	40.0	34.1	37.1	37.7	19.0	29.4	32.3	35.6	21.9	33.2	6.6	17.7
F		.109		.045		4.904		4.659		.002		1.686	
p		.744		.833		.034*		.038*		.962		.203	
Hastalık süreleri için T.Ö.T.Y.V.A		F = .807 p = .375						F = 1.786 p = .191					
Hastalık süre	n	Konstipasyon						Diyare					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
3 ay ve altı	20	18.3	29.5	26.6	31.7	5.0	16.3	10.0	21.8	8.3	14.8	1.6	7.4
4 ay ve üstü	15	28.8	30.5	13.3	30.3	8.8	23.4	13.3	24.5	24.4	38.7	2.2	8.6
Toplam	35	22.8	30.0	20.9	31.4	6.6	19.4	11.4	22.7	15.2	28.4	1.9	7.8
F		1.063		1.571		.335		.179		2.913		.042	
p		.310		.219		.567		.675		.097		.839	
Hastalık süreleri için T.Ö.T.Y.V.A		F = .003 p = .954						F = 2.253 p = .143					
Hastalık süre	n	Mali etki											
		Z1		Z2		Z3							
		X	±sd	X	±sd	X	±sd						
3 ay ve altı	20	28.3		31.1		25.0		30.3		18.3		25.3	
4 ay ve üstü	15	46.6		45.0		53.3		35.1		48.8		45.1	

üstü							
Toplam	3 5	36.1	38.2	37.1	35.0	31.4	37.8
F		2.030		6.519		6.479	
p		.164		.015*		.016*	
Hastalık süreleri için T.Ö.T.Y.V.A		F = 6.425 p = .016*					

* $p < 0.05$

T.Ö.T.Y.V.A.=Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Hastalık süresi değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde; **mali etki** puan ortalamalarının hastalık sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (F=6.425; p=.016) (Tablo 51).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamaları hastalık süreleri ile karşılaştırıldığında;

- Z1 ve Z3 izlem döneminde hastaların **bulantı kusma semptom** alt boyut puan ortalamalarının hastaların hastalık sürelerine göre farklılık göstermediği, Z2 izlem döneminde hastalık süresi 3 ay ve daha kısa olan hastaların hastalık süresi 4 ay ve daha uzun süre olan hastalara göre bulantı-kusma semptomunu daha fazla yaşadığı (F= 4.962; p=.033) (Tablo 51)
- Z1 ve Z2 izlem döneminde hastaların **uyku bozukluğu semptom** alt boyut puan ortalamalarının hastaların hastalık sürelerine göre farklılık göstermediği, Z3 izlem döneminde ise hastalık süresi 3 ay ve daha kısa olan hastaların hastalık süresi 4 ay ve daha uzun süre olan hastalara göre uyku sorununu daha az yaşadığı (F= 4.904; p=.034) (Tablo 51)

- Z2 ve Z3 izlem döneminde hastaların ***ıştatsızlık semptom*** alt boyut puan ortalamalarının hastaların hastalık sürelerine göre farklılık göstermediği, Z1 izlem döneminde ise hastalık süresi 3 ay ve daha kısa olan hastaların hastalık süresi 4 ay ve daha uzun süre olan hastalara göre daha az ıştatsızlık yaşadığı (F= 4.659; p=.038) (Tablo 51)
- Z1 izlem döneminde hastaların ***mali etki semptom*** alt boyut puan ortalamalarının hastaların hastalık sürelerine göre farklılık göstermediği, Z1 ve Z3 izlem döneminde ise hastalık süresi 3 ay ve daha kısa olan hastaların hastalık süresi 4 ay ve daha uzun süre olan hastalara göre daha az mali sorun yaşadığı (F= 6.519. p=.015 / F=6.479 p=.016) (Tablo 51)

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 52: Hastaların Yaşam Kalitesi *Fonksiyonel* Alt Boyutlarının Hastalık Evreleri İle Karşılaştırılması

EORTC QLQ C-30													
FONKSİYONEL ALAN													
Hastalık evresi	n	Fiziksel Alt Boyutu						Rol Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Evre II	2	50.0	14.1	76.6	4.7	93.3	9.4	33.3	47.1	58.3	35.3	91.6	11.7
Evre III	10	72.0	20.7	88.6	14.7	93.3	7.6	71.6	31.4	90.0	21.0	88.3	13.7
Evre IV	23	61.1	22.6	81.1	19.4	86.6	14.4	68.1	35.1	81.8	20.0	81.1	26.7
Toplam	35	63.6	22.0	83.0	17.8	88.9	12.8	67.1	34.6	82.8	21.5	83.8	23.0
F		1.264		.744		1.069		1.049		1.970		.446	
p		.296		.483		.355		.362		.156		.644	
Hast evresi için T.Ö.T.Y.V.A		F = 1.554 p = .227						F = 1.424 p = .256					
Hastalık evresi	n	Emosyonel Alt Boyutu						Sosyal Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Evre II	2	54.1	5.8	83.3	23.5	87.5	17.6	41.6	11.7	58.3	11.7	66.6	.0
Evre III	10	63.3	25.2	72.5	29.9	77.5	26.6	65.0	30.8	75.0	32.6	78.3	29.4
Evre IV	23	57.2	28.9	67.3	29.5	71.3	26.0	50.0	34.0	68.8	27.2	73.9	25.5
Toplam	35	58.8	26.8	69.7	28.8	74.0	25.6	53.8	32.6	70.0	27.9	74.7	25.6
F		.202		.330		.476		.878		.340		.199	
p		.819		.721		.626		.425		.714		.821	
Hast evresi için T.Ö.T.Y.V.A		F = .284 p = .755						F = .612 p = .549					
Hastalık evresi	n	Bilişsel Alt Boyutu						Global yaşam kalitesi					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Evre II	2	66.6	.0	91.6	11.7	100	.0	29.1	17.6	58.3	11.7	79.1	17.6
Evre III	10	75.0	21.1	96.6	7.0	91.6	21.1	58.3	25.4	86.6	14.8	85.8	17.1
Evre IV	23	79.7	24.0	84.7	22.4	89.1	17.1	64.8	26.3	66.6	21.7	68.4	24.7
Toplam	35	77.6	22.4	88.5	19.2	90.4	17.7	60.9	26.4	71.9	21.4	74.0	23.3
F		.390		1.380		.362		1.822		4.060		2.099	
p		.680		.266		.699		.178		.027*		.139	
Hast evresi için T.Ö.T.Y.V.A		F = .121 p = .887						F = 1.974 p = .155					

T.Ö.T.Y.V.A =Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Hastalık evresi değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde; hastalık evrelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 52).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları hastalık evreleri ile karşılaştırıldığında; Z1 ve Z3 izlem

döneminde hastaların **global yaşam kalitesi** alt boyut puan ortalamalarının hastaların hastalık evrelerine göre farklılık göstermediği, Z2 izlem döneminde hastalığı III. evre olan hastaların hastalığı II. evre olan hastalara göre global yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F= 4.060; p=.027) (Tablo 52).



Tablo 53: Hastaların Yaşam Kalitesi *Semptom Alt Boyutlarının* Hastalık Evreleri İle Karşılaştırılması

EORTC-QLQ C 30													
SEMPTOM ALT BOYUTU													
Hastalık evresi	n	Yorgunluk						Bulantı kusma					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Evre II	2	61.1	23.5	27.7	7.8	11.1	15.7	33.3	47.1	50.0	23.5	8.3	11.7
Evre III	10	27.7	24.7	6.6	11.9	3.3	5.3	18.3	27.7	8.3	14.1	.0	.0
Evre IV	23	33.3	27.6	21.2	21.9	17.3	25.2	21.7	26.7	10.1	10.9	7.2	19.3
Toplam	35	33.3	26.9	17.4	20.0	13.0	21.6	21.4	27.2	11.9	15.4	5.2	16.0
F		1.297		2.290		1.524		.245		9.936		.738	
p		.287		.118		.233		.784		.000*		.486	
Hastalık evresi için T.Ö.T.Y.V.A		F = 1.723 p = .195						F = 3.079 p = .060					
Hastalık evresi	n	Ağrı						Dispne					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Evre II	2	58.3	35.3	25.0	35.3	.0	.0	33.3	47.1	33.3	47.1	.0	.0
Evre III	10	16.6	29.3	6.6	16.1	.0	.0	13.3	23.3	10.0	22.4	.0	.0
Evre IV	23	29.7	39.2	13.7	22.8	13.7	23.9	18.8	28.1	11.5	19.0	4.3	11.4
Toplam	35	27.6	36.8	12.3	21.5	9.0	20.3	18.1	27.2	12.3	21.5	2.86	9.4
F		1.189		.732		1.901		.460		1.026		.823	
p		.318		.489		.166		.636		.370		.448	
Hastalık evresi için T.Ö.T.Y.V.A		F = 1.333 p = .278						F = .663 p = .552					
Hastalık evresi	n	Uyku bozukluğu						İstahsızlık					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Evre II	2	50.0	23.5	50.0	23.5	16.6	23.5	33.3	47.1	66.6	.0	16.6	23.5
Evre III	10	36.6	36.6	53.3	35.8	6.6	14.0	20.0	28.1	13.3	28.1	.0	.0
Evre IV	23	40.5	34.7	28.9	38.0	24.6	33.6	37.6	38.0	21.7	34.2	8.7	20.6
Toplam	35	40.0	34.1	37.1	37.7	19.0	29.4	32.3	35.6	21.9	33.2	6.6	17.7
F		.130		1.634		1.328		.849		2.306		1.191	
p		.879		.211		.279		.437		.116		.317	
Hastalık evresi için T.Ö.T.Y.V.A		F = .085 p = .919						F = 1.409 p = .259					
Hastalık evresi	n	Konstipasyon						Diyare					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Evre II	2	16.6	23.5	33.3	.0	.0	.0	.0	16.6	23.5	.0	.0	
Evre III	10	20.0	28.1	26.6	34.4	6.6	21.0	13.3	23.3	3.3	10.5	6.6	14.0
Evre IV	23	24.6	32.1	17.3	31.5	7.2	19.9	11.5	23.8	20.2	32.9	.0	.0
Toplam	35	22.8	30.0	20.9	31.4	6.6	19.4	11.4	22.7	15.2	28.4	1.9	7.8
F		.122		.454		.121		.275		1.264		2.857	
p		.886		.639		.887		.761		.296		.072	
Hastalık evresi için T.Ö.T.Y.V.A		F = .018 p = .983						F = .245 p = .784					
Hastalık evresi	n	Mali etki											
		Z1		Z2		Z3							
		X	±sd	X	±sd	X	±sd						
Evre II	2	33.3	47.1	16.6	23.5	16.6	23.5						
Evre III	10	33.3	35.1	33.3	41.5	30.0	53.1						
Evre IV	23	37.6	40.5	40.5	33.2	33.3	31.7						
Toplam	35	36.1	38.2	37.1	35.0	31.4	37.8						
F		.048		.496		.179							
p		.953		.613		.837							

Hastalık evresi için T.Ö.T.Y.V.A	F = .240 p = .788
----------------------------------	----------------------

* $p < 0.05$

T.Ö.T.Y.V.A.=Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Hastalık evresi değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde; hastalık evrelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 53).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamaları hastalık evreleri ile karşılaştırıldığında; Z1 ve Z3 izlem döneminde hastaların **bulantı kusma semptomu** alt boyut puan ortalamalarının hastaların hastalık evrelerine göre farklılık göstermediği, Z2 izlem döneminde hastalığı II. evre olan hastaların hastalığı III. ve IV. evre olan hastalara göre bulantı-kusma semptomunu daha fazla yaşadığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F = 9.936$; $p = .000$) (Tablo 53).

Tablo 54: Hastaların Yaşam Kalitesi *Fonksiyonel* Alt Boyutlarının Kemoterapi Protokolleri İle Karşılaştırılması

EORTC QLQ C-30													
FONKSİYONEL ALAN													
Kemo. Protokol.	n	Fiziksel Alt Boyutu						Rol Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Compto+5 FU+LV	13	64.1	27.0	86.6	18.6	88.2	15.1	78.2	31.4	84.6	17.2	74.3	30.1
UFT+Elox atin	1	80.0	.	73.3	.	86.6	.	100.	.	66.6	.	66.6	.
LV+5FU	13	59.4	22.3	85.1	13.6	94.3	7.6	52.5	35.9	79.4	27.3	93.5	12.7
Gemzar	2	50.0	14.1	50.0	23.5	66.6	18.8	16.6	23.5	75.0	35.3	75.0	35.3
Cisplatin+ UFT	2	73.3	5.9	83.3	16.1	86.6	8.4	86.1	6.8	91.6	13.9	88.8	13.6
Toplam	35	63.6	22.0	83.0	17.8	88.9	12.8	67.1	34.6	82.8	21.5	83.8	23.0
F		.709		2.270		2.544		.527		3.382		1.500	
p		.592		.085		.060		.717		.021*		.227	
Kemoterapi prot. için T.Ö.T.Y.V.A		F = 1.699 p = .176						F = 1.550 p = .213					
Kemo. Protokol.	n	Emosyonel Alt Boyutu						Sosyal Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Compto+5 FU+LV	13	66.6	26.5	80.1	24.6	77.5	25.3	60.2	33.0	75.6	23.1	80.7	25.3
UFT+Elox atin	1	8.3	.	8.3	.	41.6	.	50.0	.	66.6	.	83.3	.
LV+5FU	13	50.6	22.9	73.0	16.0	79.4	15.8	52.5	19.0	76.9	19.8	75.6	22.1
Gemzar	2	45.8	41.2	50.0	23.5	58.3	35.3	.0	.0	50.0	23.5	58.3	35.3
Cisplatin+ UFT	2	72.2	21.5	56.9	45.4	65.2	39.5	61.1	49.0	50.0	45.9	63.8	34.0
Toplam	35	58.8	26.8	69.7	28.8	74.0	25.6	53.8	32.6	70.0	27.9	74.7	25.6
F		2.247		2.497		.967		1.701		1.428		.655	
p		.087		.064		.440		.176		.249		.628	
Kemoterapi prot. için T.Ö.T.Y.V.A		F = 1.615 p = .196						F = 1.166 p = .348					
Kemo. Protokol.	n	Bilişsel Alt Boyutu						Global yaşam kalitesi					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Compto+5 FU+LV	13	79.4	16.8	82.0	25.8	89.7	17.3	75.0	20.4	73.7	24.7	69.2	26.4
UFT+Elox atin	1	100.0	.	100.	.	83.3	.	58.3	.	75.0	.	83.3	.
LV+5FU	13	75.6	22.1	96.1	7.30	94.8	18.4	46.1	27.1	71.7	20.5	73.7	23.0
Gemzar	2	50.0	70.7	66.6	23.5	75.0	35.3	33.3	23.5	41.6	11.7	62.5	29.4
Cisplatin+ UFT	2	83.3	10.5	91.6	13.9	88.8	13.6	72.2	18.7	77.7	14.5	87.5	15.5
Toplam	35	77.6	22.4	88.5	19.2	90.4	17.7	60.9	26.4	71.9	21.4	74.0	23.3
F		1.169		1.799		.608		1.150		3.579		.776	
p		.344		.155		.660		.352		.017*		.550	
Kemoterapi prot. için T.Ö.T.Y.V.A		F = 1.082 p = .383						F = 2.088 p = .107					

*p<0.05

T.Ö.T.Y.V.A.=Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Kemoterapi protokolü değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde kemoterapi protokollerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 54).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları kemoterapi protokolleri ile karşılaştırıldığında;

- Z1 ve Z3 izlem döneminde hastaların **rol fonksiyonu** alt boyut puan ortalamalarının hastaların kemoterapi protokollerine göre farklılık göstermediği, Z2 izlem döneminde gemzar tedavisi uygulanan hastaların UFT + eloxatin tedavisi uygulanan hastalara göre rol fonksiyonlarının daha düşük olduğu ($F= 3.382$; $p=.021$) (Tablo 54)
- Z1 ve Z3 izlem döneminde hastaların **global yaşam kalitesi** alt boyut puan ortalamalarının hastaların kemoterapi protokollerine göre farklılık göstermediği, Z2 izlem döneminde Compto + 5FU+ LV tedavisi uygulanan hastaların 5FU+ LV tedavisi uygulanan hastalara göre global yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu ($F= 3.579$; $p=.017$) (Tablo 54)

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 55: Hastaların Yaşam Kalitesi *Semptom* Alt Boyutlarının Kemoterapi Protokolleri İle Karşılaştırılması

EORTC-QLQ C 30													
SEMPTOM ALT BOYUTU													
Kemo. Protokol.	n	Yorgunluk						Bulantı kusma					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Compto+5FU +LV	13	29.0	20.5	17.0	24.6	21.3	29.5	16.6	28.0 4	8.9	11.0	11.5	24.8
UFT+Eloxatin	1	33.3	.	33.3	.	33.3	.	.0	.	.0	.	.0	.
LV+5FU	13	41.0	26.9	17.0	14.0	5.98	7.3	32.0	30.7	20.5	19.4	1.2	4.6
Gemzar	2	83.3	23.5	44.4	31.4	27.7	39.2	33.3	.0	.00	.0	.0	.0
Cisplatin+UFT	2	9.2	12.9	7.4	11.4	1.8	4.5	8.3	13.9	5.56	8.6	2.7	6.8
Toplam	35	33.3	26.9	17.4	20.0	13.0	21.6	21.4	27.2	11.9 0	15.4	5.2	16.0
F		1.847		1.534		4.677		1.216		2.056		.793	
p		.146		.218		.005*		.325		.112		.539	
Kemoterapi için T.Ö.T.Y.V.A	prot.	F = 2.809 p = .043*						F = 1.546 p = .214					
Kemo. Protokol.	n	Ağrı						Dispne					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Compto+5FU +LV	13	21.7	36.8	6.4	18.6	17.9	28.4	17.9	32.2	7.6	14.6	2.5	9.2
UFT+Eloxatin	1	.0	.	33.3	.	16.6	.	33.3	.	.0	.	33.3	.
LV+5FU	13	26.9	35.0	16.6	23.5	1.2	4.6	25.6	27.7	20.5	28.9	.0	.0
Gemzar	2	100. 0	.0	41.6	35.3	25.0	35.3	16.6	23.5	16.6	23.5	16.6	23.5
Cisplatin+UFT	2	22.2	25.0	2.7	6.8	.0	.0	.00	.00	5.5	13.6	.0	.0
Toplam	35	27.6	36.8	12.3	21.5	9.0	20.3	18.1	27.2	12.3	21.5	2.8	9.4
F		2.600		2.073		1.922		.991		.857		6.956	
p		.056		.109		.133		.428		.501		.000*	
Kemoterapi için T.Ö.T.Y.V.A	prot.	F = 2.245 p = .088						F = .896 p = .479					
Kemo. Protokol.	n	Uyku bozukluğu						İştahsızlık					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Compto+5FU +LV	13	28.2	26.6	30.7	37.1	30.7	39.5	35.9	44.0	20.5	39.7	12.8	25.5
UFT+Eloxatin	1	33.3	.	33.3	.	33.3	.	.0	.	.0	.	.0	.
LV+5FU	13	35.9	37.1	51.2	37.5	10.2	16.0	33.3	30.4	33.3	33.3	2.5	9.2
Gemzar	2	100. 0	.0	50.0	70.7	33.3	47.1	66.6	.0	16.6	23.5	.0	.0
Cisplatin+UFT	2	55.5	27.2	16.6	27.8	5.5	13.6	16.6	27.8	5.5	13.6	5.5	13.6
Toplam	35	40.0	34.1	37.1	37.7	19.0	29.4	32.3	35.6	21.9	33.2	6.6	17.7
F		1.347		1.059		2.790		.991		.857		.651	
p		.276		.394		.044*		.428		.501		.631	
Kemoterapi için T.Ö.T.Y.V.A	prot.	F = .837 p = .513						F = .570 p = .686					
Kemo. Protokol.	n	Konstipasyon						Diyare					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Compto+5FU +LV	13	25.6	30.8	15.3	32.2	10.2	25.0	12.8	25.5	25.6	38.8	2.5	9.2
UFT+Eloxatin	1	.0	.	66.6	.	.0	.	.0	.	.0	.	.0	.
LV+5FU	13	17.9	25.8	28.2	32.9	5.1	18.4	15.3	25.8	7.6	14.6	.0	.0
Gemzar	2	50.0	70.7	33.3	47.1	16.6	23.5	.0	.0	50.0	23.5	.0	.0

Cisplatin+UFT	2	22.2	27.2	5.5	13.6	.0	.0	5.5	13.6	.0	.0	5.5	13.6
Toplam	35	22.8	30.0	20.9	31.4	6.6	19.4	11.4	22.7	15.2	28.4	1.9	7.8
F		.642		1.286		.437		.369		2.186		.552	
p		.637		.298		.781		.829		.095		.699	
Kemoterapi prot. için T.Ö.T.Y.V.A		F = .640 p = .638						F = .940 p = .455					
Mali etki													
Kemo. Protokol.	n	Z1		Z2		Z3							
		X	±sd	X	±sd	X	±sd						
Compto+5FU +LV	13	33.3	36.0	25.6	30.8	23.0	31.5						
UFT+Eloxatin	1	.0	.	.0	.	.0	.						
LV+5FU	13	33.3	30.4	38.4	29.9	33.3	47.1						
Gemzar	2	100.0	.0	83.3	23.5	66.6	.0						
Cisplatin+UFT	2	33.3	51.6	50.0	45.9	38.8	32.7						
Toplam	35	36.1	38.2	37.1	35.0	31.4	37.8						
F		1.821		1.886		.811							
p		.151		.139		.528							
Kemoterapi prot. için T.Ö.T.Y.V.A		F= 1.837 p=.148											

* $p < 0.05$ T.Ö.Ç.Y.V.A= Tekrarlayan ölçümlerde çok yönlü varyans analizi

Kemoterapi protokolü değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamaları üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde **yorgunluk semptomu** puan ortalamalarının hastalık sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (F=2.809.p=.043) (Tablo 55).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamaları kemoterapi protokolleri ile karşılaştırıldığında;

- Z2 izlem döneminde hastaların **yorgunluk semptomu** alt boyut puan ortalamalarının hastaların kemoterapi protokollerine göre farklılık göstermediği, Z3 izlem döneminde gemzar tedavisi uygulanan hastaların Compto + 5FU+ LV ve Cisplatin +UFT tedavisi uygulanan hastalara göre daha fazla yorgunluk yaşadığı (F= 4.677; p=.005) (Tablo 55)
- Z1 ve Z2 izlem döneminde hastaların **dispne semptom** alt boyut puan ortalamalarının hastaların kemoterapi protokollerine göre farklılık

göstermediği, Z3 izlem döneminde gemzar tedavisi uygulanan hastaların 5FU+ LV tedavisi uygulanan hastalara göre daha fazla solunum sıkıntısı yaşadığı (F=6.956; p=.000) (Tablo55)

- Z2 izlem döneminde hastaların **uyku bozukluğu semptom** alt boyut puan ortalamalarının hastaların kemoretapi protokollerine göre farklılık göstermediği;Z3 izlem döneminde Cisplatin +UFT tedavisi uygulanan hastaların Compto+5FU+ LV tedavisi uygulanan hastalara göre daha az uyku bozukluğu sorunu yaşadığı (F= 2.790; p=.044) (Tablo 55)

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.



Tablo 56: Hastaların Yaşam Kalitesi *Fonksiyonel* Alt Boyutlarının Ailede Kanserli Birey Olma Durumu İle Karşılaştırılması

EORTC QLQ C-30													
FONKSİYONEL ALAN													
Ailede kanserli birey	n	Fiziksel Alt Boyutu						Rol Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Olan	10	72.6	22.5	86.0	16.7	90.6	10.0	78.3	29.4	88.3	13.7	80.0	13.1
Olmayan	25	60.0	21.2	81.8	18.4	88.2	13.9	62.6	36.0	80.6	23.9	85.3	26.0
Toplam	35	63.6	22.0	83.0	17.8	88.9	12.8	67.1	34.6	82.8	21.5	83.8	23.0
F		2.453		.378		.244		1.481		.899		.376	
p		.127		.543		.624		.232		.350		.544	
Ailede kans. birey için T.Ö.T.Y.V.A		F = 1.656 p = 1.207						F = .812 p = .374					
Ailede kanserli birey	n	Emosyonel Alt Boyutu						Sosyal Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Olan	10	66.6	18.4	80.8	31.1	85.0	26.8	66.6	34.2	70.0	35.8	78.3	29.4
Olmayan	25	55.6	29.2	65.3	27.2	69.6	24.2	48.6	31.1	70.0	25.0	73.3	24.5
Toplam	35	58.8	26.8	69.7	28.8	74.0	25.6	53.8	32.6	70.0	27.9	74.7	25.6
F		1.210		2.127		2.684		2.257		.000		.265	
p		.279		.154		.111		.143		1.000		.610	
Ailede kans. birey için T.Ö.T.Y.V.A		F = 2.449 p = .127						F = .698 p = .409					
Ailede kanserli birey	n	Bilisel Alt Boyutu						Global yaşam kalitesi					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Olan	10	83.3	15.7	93.3	11.6	95.0	11.2	60.8	18.8	84.1	15.9	85.8	13.6
Olmayan	25	75.3	24.5	86.6	21.5	88.6	19.6	61.0	29.3	67.0	21.7	69.3	24.9
Toplam	35	77.6	22.4	88.5	19.2	90.4	17.7	60.9	26.4	71.9	21.4	74.0	23.3
F		.902		.849		.907		.000		5.107		3.858	
p		.349		.363		.348		.987		.031*		.058	
Ailede kans. birey için T.Ö.Ç.Y.V.A		F = 1.219 p = .278						F = 3.165 p = .084					

* $p < 0.05$ T.Ö.T.Y.V.A = Tekrarlayan ölçümlerde tek yönlü varyans analizi

Ailede başka kanserli birey olma değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde ailede kanserli birey olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 56).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları ailede kanserli birey olma durumu ile karşılaştırıldığında; Z1

ve Z3 izlem döneminde hastaların **global yaşam kalitesi** alt boyut puan ortalamalarının hastaların ailelerinde başka kanserli birey olma durumuna göre farklılık göstermediği, Z2 izlem döneminde ailesinde kanserli birey olan hastaların ailesinde kanserli birey olmayan hastalara göre global yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F= 5.107; p=.031) (Tablo 56).



Tablo 57: Hastaların Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyutlarının Ailede Kanserli Birey Olma Durumu İle Karşılaştırılması

EORTC-QLQ C-30													
SEMPTOM ALT BOYUTU													
Ailede kanserli birey	n	Yorgunluk						Bulantı kusma					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Olan	10	23.3	14.2	5.5	12.0	5.5	7.8	6.6	11.6	11.6	22.2	1.6	5.2
Olmayan	25	37.3	29.8	22.2	20.7	16.0	24.6	27.3	29.6	12.0	12.2	6.6	18.6
Toplam	35	33.3	26.9	17.4	20.0	13.0	21.6	21.4	27.2	11.9	15.4	5.2	16.0
F		1.984		5.612		1.698		4.521		.003		.687	
P		.168		.024*		.202		.041*		.955		.413	
Ailede kans. birey için T.Ö.T.Y.V.A.		F = .3.970 p = .055						F = . 4.093 p = .051					
Ailede kanserli birey	n	Ağrı						Dispne					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Olan	10	11.6	19.3	1.6	5.2	.0	.0	.0	.0	3.3	10.5	.0	.0
Olmayan	25	34.0	40.3	16.6	24.0	12.6	23.2	25.3	29.3	16.0	23.8	4.0	11.0
Toplam	35	27.6	36.8	12.3	21.5	9.0	20.3	18.1	27.2	12.3	21.5	2.8	9.4
F		2.765		3.751		2.924		7.336		2.590		1.286	
P		.106		.061		.097		.011*		.117		.265	
Ailede kans. birey için T.Ö.T.Y.V.A.		F = 4.961 p = .033*						F = 5.972 p = .020					
Ailede kanserli birey	n	Uyku bozukluğu						İstahsızlık					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Olan	10	33.3	41.5	33.3	41.5	6.6	14.0	16.6	32.3	6.6	21.0	3.3	10.5
Olmayan	25	42.6	31.2	42.6	31.2	24.0	32.6	38.6	35.5	28.0	35.5	8.0	19.9
Toplam	35	40.0	34.1	40.0	34.1	19.0	29.4	32.3	35.6	21.9	33.2	6.6	17.7
F		.527		1.082		2.587		2.863		3.118		.488	
P		.473		.306		.117		.100		.087		.490	
Ailede kans. birey için T.Ö.T.Y.V.A.		F = 2.440 p = .128						F =3.212 p = .082					
Ailede kanserli birey	n	Konstipasyon						Diyare					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Olan	10	16.6	28.3	16.6	32.3	6.6	21.0	10.0	16.1	3.3	10.5	3.3	10.5
Olmayan	25	25.3	30.8	22.6	31.5	6.6	19.2	12.0	25.2	20.0	31.9	1.3	6.6
Toplam	35	22.8	30.0	20.9	31.4	6.6	19.4	11.4	22.7	15.2	28.4	1.9	7.8
F		.589		.255		.000		.054		2.573		.456	
P		.448		.617		1.000		.819		.118		.504	
Ailede kans. birey için T.Ö.T.Y.V.A.		F = .489 p = .489						F =.1.267 p = .268					

Ailede kanserli birey	n	Mali etki					
		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd
Olan	10	23.3	35.3	23.3	38.6	16.6	28.3
Olmayan	25	41.3	38.8	42.6	32.6	37.3	40.0
Toplam	35	36.1	38.2	37.1	35.0	31.4	37.8
F		1.611		2.257		2.202	
P		.213		.143		.147	
Ailede kans. birey için T.Ö.T.Y.V.A.		F = 2.738 p = .107					

* $p < 0.05$ T.Ö.T.Y.V.A = Tekrarlayan ölçümlerde tek yönlü varyans analizi

Ailede başka kanserli birey değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde **ağrı** ($F=4.961;p=.033$) ve **dispne semptom** ($F=5.972;p=.020$) puan ortalamalarının ailede kanserli birey olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 57).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamaları ailede kanserli birey olma durumu ile karşılaştırıldığında;

- Z1 ve Z3 izlem döneminde hastaların **yorgunluk semptom** alt boyut puan ortalamalarının hastaların ailelerinde başka kanserli birey olma durumuna göre farklılık göstermediği, Z2 izlem döneminde ailesinde kanserli birey olan hastaların ailesinde kanserli birey olmayan hastalara göre daha az yorgunluk yaşadığı ($F= 5.612; p=.024$) (Tablo 57)
- Z2 ve Z3 izlem döneminde hastaların **bulantı kusma semptomu** alt boyut puan ortalamalarının hastaların ailelerinde başka kanserli birey olma durumuna göre farklılık göstermediği, Z1 izlem döneminde

ailesinde kanserli birey olan hastaların ailesinde kanserli birey olmayan hastalara göre daha az bulantı kusma yaşadığı (F= 4.521; p=.041) (Tablo 57)

- Z2 ve Z3 izlem döneminde hastaların **dispne semptomu** alt boyut puan ortalamalarının hastaların ailelerinde başka kanserli birey olma durumuna göre farklılık göstermediği, Z1 izlem döneminde ailesinde kanserli birey olan hastaların ailesinde kanserli birey olmayan hastalara göre daha az dispne yaşadığı (F= 7.336; p=.011) (Tablo 57)

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 58: Hastaların Yaşam Kalitesi *Fonksiyonel* Alt Boyutlarının Kemoterapi Dışında İlaç Kullanım Durumu İle Karşılaştırılması

EORTC QLQ C-30													
FONKSİYONEL ALAN													
Kemoterapi dışı ilaç	n	Fiziksel Alt Boyutu						Rol Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Kullanan	12	67.7	22.5	85.5	18.8	91.6	12.7	65.2	35.1	81.9	27.0	87.5	17.5
Kullanmayan	23	61.4	22.0	81.7	17.5	87.5	12.9	68.1	35.1	83.3	18.8	81.8	25.5
Toplam	35	63.6	22.0	83.0	17.8	88.9	12.8	67.1	34.6	82.8	21.5	83.8	23.0
F		.641		.355		.813		.051		.032		.461	
p		.429		.555		.374		.822		.860		.502	
Kemoterapi dış.ilaç kul.için T.Ö.T.Y.V.A		F = .991 p = .327						F = .005 p = .943					
Kemoterapi dışı ilaç	n	Emosyonel Alt Boyutu						Sosyal Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Kullanan	12	66.6	22.4	69.4	28.9	75.6	28.3	65.2	27.0	70.8	30.2	76.3	28.8
Kullanmayan	23	54.7	28.4	69.9	29.4	73.1	24.7	47.8	34.1	69.5	27.3	73.9	24.5
Toplam	35	58.8	26.8	69.7	28.8	74.0	25.6	53.8	32.6	70.0	27.9	74.7	25.6
F		1.596		.002		.073		2.348		.016		.071	
p		.215		.963		.788		.135		.901		.791	
Kemoterapi dış.ilaç kul.için T.Ö.T.Y.V.A		F = .283 p = .598						F = .654 p = .425					
Kemoterapi dışı ilaç	n	Fiziksel Alt Boyutu						Sosyal Alt Boyutu					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd	X	± sd
Kullanan	12	77.7	19.2	93.0	15.0	88.8	22.8	54.8	24.9	77.7	21.7	82.6	20.2
Kullanmayan	23	77.5	24.4	86.2	21.1	91.3	14.9	64.1	27.2	68.8	21.2	69.5	24.0
Toplam	35	77.6	22.4	88.5	19.2	90.4	17.7	60.9	26.4	71.9	21.4	74.0	23.3
F		.001		.986		.142		.965		1.379		2.581	
p		.976		.328		.708		.333		.249		.118	
Kemoterapi dış.ilaç kul.için T.Ö.T.Y.V.A		F = .064 p = .802						F = .468 p = .499					

T.Ö.T.Y.V.A = Tekrarlayan ölçümlerde tok yönlü varyans analizi

Kemoterapi tedavisi dışında ilaç kullanma değişkeni açısından hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde kemoterapi dışında ilaç

kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 58).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları kemoterapi dışında ilaç kullanma durumu ile karşılaştırıldığında; üç izlem döneminde hastaların yaşam kalitesinin fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları ile kemoterapi dışında ilaç kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 58).



Tablo 59: Hastaların Yaşam Kalitesi *Semptom* Alt Boyutlarının Kemoterapi Dışında İlaç Kullanım Durumu İle Karşılaştırılması

EORTC QLQ C 30													
SEMPTOM ALT BOYUTU													
Kemoterapi dışında ilaç	n	Yorgunluk						Bulantı kusma					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Kullanan	7	31.7	20.7	11.1	16.9	7.9	5.4	14.2	17.8	14.2	17.8	.0	.0
Kullanmayan	28	33.7	28.6	19.0	20.7	14.2	23.9	23.2	29.1	23.2	29.1	6.5	17.7
Toplam	35	33.3	26.9	17.4	20.0	13.0	21.6	21.4	27.2	21.4	27.2	5.2	16.0
F		.029		.875		.475		.475		3.587		.930	
p		.865		.356		.496		.496		.067		.342	
Kemoterapi dış.ilaç kul.için T.Ö.T.Y.V.A		F = .369 p = .548						F = .016 p = .901					
Kemoterapi dışında ilaç	n	Ağrı						Dispne					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Kullanan	7	19.0	20.2	9.5	18.8	2.3	6.2	14.2	26.2	4.7	12.5	.0	.0
Kullanmayan	28	29.7	39.8	13.1	22.3	10.7	22.3	19.0	27.8	14.2	23.0	3.5	10.4
Toplam	35	27.6	36.8	12.3	21.5	9.05	20.3	18.1	27.2	12.3	21.5	2.8	9.4
F		.467		.150		.937		.167		1.100		.792	
p		.499		.701		.340		.685		.302		.380	
Kemoterapi dış.ilaç kul.için T.Ö.T.Y.V.A		F = .159 p = .693						F = .930 p = .342					
Kemoterapi dışında ilaç	n	Uyku bozukluğu						İştahsızlık					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Kullanan	7	28.5	40.5	14.2	17.8	9.5	25.1	14.2	17.8	4.7	12.5	.0	.0
Kullanmayan	28	42.8	32.5	42.8	39.3	21.4	30.3	36.9	37.7	26.1	35.5	8.3	19.5
Toplam	35	40.0	34.1	37.1	37.7	19.0	29.4	32.3	35.6	21.9	33.2	6.6	17.7
F		.982		3.443		.912		2.338		2.419		1.249	
p		.329		.072		.347		.136		.129		.272	
Kemoterapi dış.ilaç kul.için T.Ö.T.Y.V.A		F = .148 p = .703						F = .218 p = .643					
Kemoterapi dışında ilaç	n	Konstipasyon						Diyare					
		Z1		Z2		Z3		Z1		Z2		Z3	
		X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd	X	±sd
Kullanan	7	9.5	16.2	.0	.0	.0	.0	19.0	17.8	.0	.0	.0	.0
Kullanmayan	28	26.1	31.8	26.1	33.1	8.3	21.5	9.5	23.7	19.0	30.6	2.3	8.7
Toplam	35	22.8	30.0	20.9	31.4	6.6	19.4	11.4	22.7	15.2	28.4	1.9	7.8
F		1.767		4.271		1.027		.978		2.640		.508	
p		.193		.047*		.318		.330		.114		.481	
Kemoterapi dış.ilaç kul.için T.Ö.T.Y.V.A		F = .001 p = .971						F = .044 p = .835					
Kemoterapi dışında ilaç	n	Mali etki											
		Z1		Z2		Z3							
		X	±sd	X	±sd	X	±sd						
Kullanan	7	33.3	43.0	47.6	37.7	38.1	35.6						

Kullanmayan	28	36.9	37.7	34.5	34.5	29.7	38.8
Toplam	35	36.1	38.2	37.1	35.0	31.4	37.8
F		.047		.778		.265	
p		.829		.384		.610	
Kemoterapi dış. ilaç kul. için T.Ö.T.Y.V.A		F=.333 p=.568					

* $p < 0.05$

T.Ö.T.Y.V.A = Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi

Kemoterapi tedavisi dışında ilaç kullanma değişkeni açısından; hastaların yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamalarının üç izlem dönemi birlikte alındığında ve değerlendirildiğinde kemoterapi dışında ilaç kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 59).

Hastaların üç izlem dönemindeki yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamaları kemoterapi dışında ilaç kullanma durumu ile karşılaştırıldığında; Z1 ve Z3 izlem döneminde hastaların **konstipasyon semptomu** alt boyut puan ortalamalarının hastaların kemoterapi dışında ilaç kullanma durumuna göre farklılık göstermediği, Z2 izlem döneminde ise kemoterapi dışında ilaç kullanan hastaların ilaç kullanmayan hastalara göre daha az konstipasyon sorunu yaşadığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F= 4.271. p=.047) (Tablo 59).

3.7.Hastaların Yorgunluk Ve Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki

Tablo 60: Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamaları İle Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki

		EORTC QLQ C-30														
		FONKSİYONEL ALT BOYUT					SEMPATOM ALT BOYUT									
İZLEM DÖNEMLERİ	PİPER YORGUNLUK KÖLÇEĞİ	Fiziksel	Röl	Emosyonel	Sosyal	Bilişsel	Global Yaşam Kalitesi	Yorgunluk	Bulantı Kusma	Ağrı	Dispne	Uyku Bozukluğu	İstahsızlık	Konstüpyon	Diyare	Mali Etki
1	Davranış/şiddet	-.818(**)	-.277	-.355(*)	-.278	-.477(**)	.220	.256	.294	.319	.132	.323	.657(**)	-.011	.388(*)	.247
	Duygulanım	-.279	.103	-.231	-.283	-.373(*)	.059	.248	-.034	.381(*)	.003	.246	.420(*)	.231	-.013	.223
	Duyusal	-.289	-.001	-.418(*)	-.516(**)	-.243	-.026	.186	-.173	.421(*)	-.199	.000	.389(*)	.213	-.228	.233
	Bilişsel /ruhsal	-.302	.022	-.693(**)	-.514(**)	-.481(**)	-.060	.084	-.046	.346(*)	-.155	.146	.285	.076	.011	.236
	Total yorgunluk	-.522(**)	-.049	.479(**)	-.509(**)	-.480(**)	.064	.241	.017	.449(**)	-.062	.222	.542(**)	.157	.052	.287
2	Davranış/şiddet	-.605(**)	-.382(*)	-.176	-.408(*)	-.270	-.475(**)	.357(*)	-.135	.547(**)	.317	.077	-.124	-.269	.003	.176
	Duygulanım	-.715(**)	-.495(**)	-.258	-.399(*)	-.346(*)	-.456(**)	.459(**)	-.144	.609(**)	.252	.191	-.243	-.272	.182	.148
	Duyusal	-.632(**)	-.174	-.163	-.264	-.190	-.168	.255	-.033	.373(*)	.030	.295	-.273	.090	.066	.036
	Bilişsel /ruhsal	-.729(**)	-.175	-.325	-.369(*)	-.434(**)	-.214	.468(**)	-.224	.472(**)	.126	.535(**)	-.199	.057	.276	.351(*)
	Total yorgunluk	-.780(**)	-.358(*)	-.272	-.417(*)	-.364(*)	-.378(*)	.451(**)	-.157	.581(**)	.207	.326	-.247	-.113	.163	.208
3	Davranış/şiddet	-.368(*)	-.754(**)	-.417(*)	-.366(*)	-.651(**)	-.514(**)	.768(**)	.680(**)	.733(**)	.348(*)	.641(**)	.632(**)	.464(**)	-.182	.368(*)
	Duygulanım	-.451(**)	-.623(**)	-.501(**)	-.439(**)	-.644(**)	-.386(*)	.663(**)	.368(*)	.583(**)	.573(**)	.515(**)	.339(*)	.182	-.258	.322
	Duyusal	-.522(**)	-.406(*)	-.272	-.261	-.478(**)	-.369(*)	.557(**)	.185	.472(**)	.555(**)	.576(**)	.186	.176	-.266	.169
	Bilişsel /ruhsal	-.463(**)	-.221	-.451(**)	-.456(**)	-.727(**)	-.294	.343(*)	-.062	.292	.529(**)	.323	-.114	.179	-.156	.474(**)
	Total yorgunluk	-.559(**)	-.611(**)	-.505(**)	-.775(**)	-.470(**)	-.483(**)	.714(**)	.354(*)	.637(**)	.618(**)	.633(**)	.314	.312	-.264	.416(*)

** p < 0.001 * p < 0.05

Araştırmada hastaların yorgunluk puanları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; Z1 izlem döneminde hastaların total yorgunluk puanları ile fiziksel fonksiyon ($r=-.52$; $p<0.001$) negatif orta düzeyde ve iştahsızlık ($r=.54$; $p<0.001$) arasında pozitif orta düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 60).

Z2 izlem döneminde total yorgunluk puanı ile fiziksel fonksiyon ($r=-.78$; $p<0.001$) ile negatif yüksek düzeyde, ağrı semptomu ($r=.58$; $p<0.001$) ile ise pozitif orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 60).

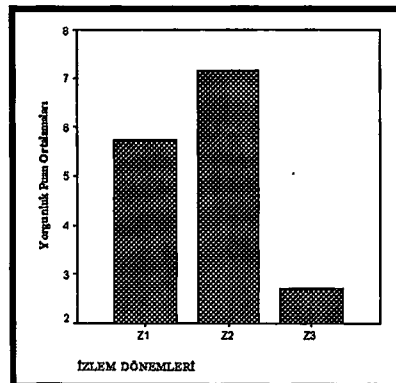
Z3 izlem döneminde ise total yorgunluk puanı ile sosyal fonksiyon ($r=-.77$; $p<0.001$) arasında negatif yüksek düzeyde, ağrı semptomu ($r=.63$; $p<0.001$) ile orta düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 60).

3.8. Yorgunluk Puanı 4 Puan Ve Üzerinde Olan Hastalar

Araştırmada 35 hastadan 5 hastanın Z1 izlem döneminde BYE'ne göre yorgunluk puanı 4 puan ve üzerinde belirlenmiştir. Yorgunluk puanı 4 ve üzerinde olan hastalarda NCCN'in yorgunluk tanılama algoritmindeki primer değerlendirme fazına göre hastalarda yorgunluğa neden olan ağrı, beslenme durumu, uyku sorunları, ruhsal sorunlar , aktivite düzeyi, anemi ve kanser dışındaki kronik hastalıklar değerlendirilmiştir.

3.8.1. Hastaların Yorgunluk Puanları

Grafik 23: Hastaların BYE'ne Yorgunluk Puan Ortalamaları(n=5)



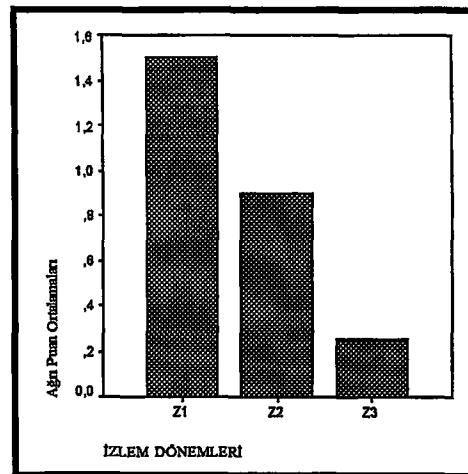
Araştırmada hastaların üç izlem dönemindeki yorgunluk puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($\chi^2(2)=9.579$; $p=.008$). Hastaların Z1 izlem döneminde yorgunluk puanı 5.7 ± 1.2 , Z2 izlem döneminde $7.1 \pm .29$, Z3 izlem döneminde ise $2.7 \pm .75$ olarak belirlenmiştir. Hastaların Z2 izlem döneminde Z1 izlem dönemine göre yorgunluk puan ortalamalarında yükselme olduğu ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($Z=-1.826$; $p=.068$), Z3 izlem döneminde ise Z1 izlem dönemine göre anlamlı olarak azalma olduğu belirlenmiştir ($Z=-2.023$; $p=.043$)(Grafik 23)

3.8.2.Yorgunluğa Neden Olan Faktörler

3.8.2.1.Ağrı

Araştırmada hastaların ağrı durumu brief ağrı envanteri ile değerlendirilmiştir. Hastaların üç izlem dönemindeki ağrı puan ortalamalarındaki değişim grafik 24'te görölmektedir.

Grafik 24: Hastaların Ağrı Puan Ortalamaları (n=5)

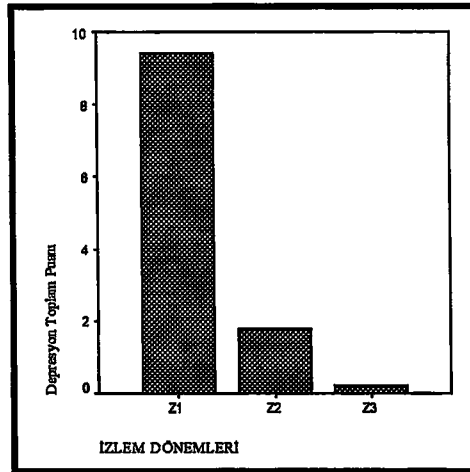


Hastaların üç izlem dönemi birlikte ele alınarak değerlendirildiğinde ağrı puan ortalamalarının azalma yönünde olduğu ancak bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($\chi^2(2)=4.000$; $p=.135$). Hastaların Z2 izlem döneminde ağrı puanlarının ($\bar{X}=1.09\pm 1.2$, mean rank=2.0) Z1 izlem dönemine göre ($\bar{X}=1.5\pm 2.0$, mean rank=2.4) düştüğü ancak bu farklılığın anlamlı olmadığı ($z=-1.342$; $p=.180$), Z3 izlem döneminde ($\bar{X}=1.25\pm 1.55$, mean rank=1.6) de Z1 izlem dönemine ($\bar{X}=1.5\pm 2.0$, mean rank=2.4) ağrı puanlarının azaldığı belirlenmiştir. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($z=-1.342$; $p=.180$) (Grafik 24).

3.8.2.2. Ruhsal Sorunlar

Araştırmada hastaların üç izlem dönemindeki depresyon toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($\chi^2(2)= 7.000$; $p=.030$).

Grafik 25: Hastaların Depresyon Puanları(n=5)



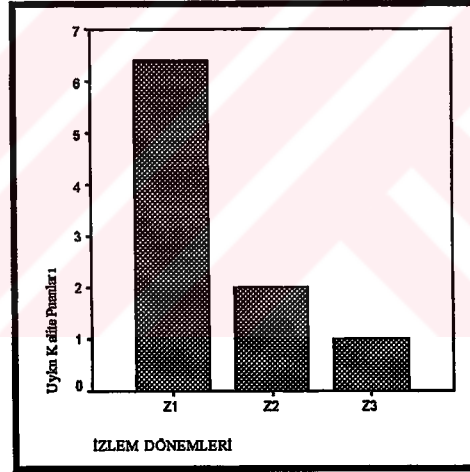
Hastaların Z2 ($\bar{X}=1.8\pm 2.4$, mean rank=2.0) izlem döneminde depresyon puanlarının Z1 izlem dönemine göre ($\bar{X}=9.4\pm 10.3$, mean

rank=2.7) azalma eğiliminde olduğu ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($z=-1.604$; $p=.109$), Z3 izlem döneminde ($\bar{X}=2.20\pm.44$, mean rank=1.3) ise Z1 ($\bar{X}=9.4\pm10.3$, mean rank=2.7) izlem dönemine göre depresyon puanlarının azaldığı belirlenmiştir ($z=11.826$; $p=.047$) (Grafik 25).

3.8.2.3.Uyku Kalitesi

Araştırmada hastaların üç izlem dönemindeki uyku toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($\chi^2(2)= 4.667$; $p=.097$).

Grafik 26: Hastaların Uyku Kalite Puanları (n=5)



Hastaların Z2 izlem döneminde toplam uyku kalite puanlarının ($\bar{X}=2.0\pm2.0$, mean rank=1.8) Z1 izlem dönemine göre ($\bar{X}= 6.4\pm5.9$, mean rank=2.6) düştüğü ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($z=-1.604$, $p=.109$) belirlenmiştir. Hastaların ikinci kürden sonraki 10. günde (Z3) uyku kalite puanlarının ($\bar{X}=1.0\pm1.2$, mean rank=1.6) Z1 izlem dönemine ($\bar{X}=6.4\pm5.9$, mean rank=2.6) göre azaldığı belirlenmiş olup bu farklılık anlamlı bulunmamıştır ($z=-1.633$; $p=.102$)(Grafik 26).

3.8.2.4. Beslenme Durumu

Araştırmada hastaların beslenme durumları PG-SGA ile değerlendirilmiştir.

Tablo 61: Hastaların Beslenme Durumları (n=5)

Beslenme durumu	Z1		Z2		Z3	
	n	%	n	%	n	%
0-1 puan	2	40	3	60	5	100
2-3 puan	3	60	3	40	-	-
4-8 puan	-	-	-	-	-	-
≥ 9 puan	-	-	-	-	-	-
Toplam	5	100	5	100	5	100

PG-SGA'dan 0-1 puan alan hastaların tedavi süresince rutin olarak değerlendirilmesi, 2-3 puan alan hastaların ise hemşire diyetisyen tarafından eğitim yapılması gerektiği önerilmektedir. Buna göre araştırmada hastaların Z1 izlem döneminde % 60' nın 2-3 puan aldığı, Z2 ve Z3 izlem döneminde ise çoğunluğunun 0-1 puan aldığı belirlenmiştir (Tablo 61).

3.8.2.5. Aktivite Düzeyi

Araştırmada hastaların aktivite durumları ECOG kullanılarak değerlendirilmiştir.

Tablo 62: Hastaların Aktivite Düzeyi (n=5)

Aktivite düzeyi ECOG	Z1		Z2		Z3	
	n	%	n	%	n	%
0	-	-	-	-	-	-
1	3	60	3	60	4	80
2	1	20	2	40	1	20
3	1	20	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-	-
Toplam	5	100	5	100	5	100

ECOG değerlendirmesine göre hastaların Z1 izlem döneminde % 20'nin sınırlı olarak öz bakım gereksinimlerini karşılayabildiği ve zamanın yarısından az bir süre yatağa bağımlı oldukları, Z2 (% 60) ve Z3 (%80) izlem döneminde ise çoğunluğunun fiziksel güç gerektiren aktiviteleri yapmakta sınırlı olduğu ancak hafif hareket gerektirmeyen işleri yapabildiği belirlenmiştir (Tablo 62).

3.8.2.6. Anemi durumu

Araştırmada hastaların anemi durumları hemoglobin değerlerine göre değerlendirilmiştir ve NCI'nin kriterlerine göre sınıflandırılmıştır. NCI kriterlerine göre kadın hastalar için normal değer aralığı 12-16 g/dl, erkek

hastalar için ise 14-18g/dl'dir. NCI anemi değerlendirmesinde grade 0 aneminin olmadığını, grade 1 hafif , grade 2 orta, grade 3 şiddetli düzeyde , grade 4 yaşamı tehdit edici düzeyde anemi olduğunu göstermektedir.

Tablo 63: Kadın Hastaların Anemi Durumlarına Göre Dağılımı(n=2)

ANEMİ DURUMU	Z1		Z2		Z3	
	n	%	n	%	n	%
Grade 0	2	100	1	50	2	100
Grade 1	-	-	1	50	-	-
Grade 2	-	-	-	-	-	-
Grade 3	-	-	-	-	-	-
Toplam	2	100	2	100	2	100

Tablo 63'te görüldüğü gibi kadın hastaların Z1 ve Z3 izlem döneminde anemik olmadıkları belirlenmiştir.

Tablo 64: Erkek Hastaların Anemi Durumlarına Göre Dağılımı(n=3)

ANEMİ DURUMU	Z1		Z2		Z3	
	n	%	n	%	n	%
Grade 0	1	33.4	3	100	-	-
Grade 1	2	66.6	-	-	3	100
Grade 2	-	-	-	-	-	-
Grade 3	-	-	-	-	-	-
Toplam	3	100-	3	100	3	100

Erkek hastaların NCI kriterlerine göre anemi durumları değerlendirildiğinde; Z1 ve Z3 izlem döneminde hafif düzeyde Z2 izlem döneminde ise anemik olmadıkları belirlenmiştir (Tablo 64).

3.8.2.7.Kanser Dışında Kronik Hastalık

Araştırmada hastaların kanser dışında herhangi bir kronik hastalıklarının olmadığı belirlenmiştir.



BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Araştırma örneklemine 15 Mart 2004 -15 Mayıs 2005 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tülay Aktaş Onkoloji Ve Kemik İliği Transplantasyon hastanesinin ayaktan kemoterapi ünitesinde gastrointestinal sistem (kolon, mide, karaciğer, rektum,pankreas) kanser tanısı nedeni ile ayaktan kemoterapi tedavisine yeni başlayan ve araştırmanın belirtilen sınırlılıklarına uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 35 hasta alınmıştır.

4.1.Sosyo Demografik ve Hastalığa İlişkin Değişkenler

Araştırma örneklemini % 57.1'i erkek, % 88.6'ı 40 yaş ve üzeri grupta, % 31.4'ü emekli, % 80'i çalışmayan , % 77.1'i eş+çocukları ile yaşayan, % 57.1'i ilçede yaşayan hastalar oluşturmuştur (**Tablo 7**).

Hastaların hastalığa ilişkin özellikleri değerlendirildiğinde; hastaların çoğunun kolon kanseri (% 51.4) tanısı konan, 3 ay ve daha kısa süredir (% 57.1) kanser tanısı ile izlenen, % 65.7'nin hastalık evresi dördüncü evre olan, %37.1'nin Compto+5FU+LV kemoterapi protokolü uygulanan, % 71.4'nün ailesinde kanser öyküsü olmayan hastalardan oluştuğu belirlenmiştir (**Tablo 8**).

Araştırma kapsamındaki hastalara "kendinizi yorgun hissediyor musunuz?" sorusu sorulmuş ve büyük bir çoğunluğu kendilerini yorgun hissettiklerini bildirmişlerdir (**Tablo 9**).

Kanserli hastaların % 60-90'nun yorgunluk yakınması olduğu bildirilmektedir (45,73,131).

Kendini yorgun hissettiğini bildiren hastaların yorgunluk nedenleri incelendiğinde; % 48.2'si hastalıklarının yorgunluğa neden olduğunu bildirmişlerdir (**Tablo 9**). Richardson ve arkadaşlarının (1997) çalışmasında, hastalarda yorgunluğa ilk sırada hastalığın, daha sonra ise sırası ile uygulanan tedavi ve iştahsızlığın neden olduğu saptanmıştır (138).

Araştırma kapsamında yer alan hastaların yorgunluğu giderme yöntemleri genel olarak değerlendirildiğinde; % 47.4'nün yatarak + televizyon izleme şeklinde günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayarak, % 23.8'nin dengeli beslenmeye çalışarak ve % 9.6 gibi düşük bir oranda egzersiz yaparak yaşadıkları yorgunluk şikayetini azaltmaya çalıştıkları belirlenmiştir (**Tablo 9**).

Araştırmada hastaların yorgunluğu azaltmak için dinlendikleri ve aktivitelerini kısıtlamaya yönelik stratejileri kullandıkları belirlenmiştir. Bu kullanılan stratejiler yorgunluğa yönelik normal yanıttır. Bu yanıtlar yorgunluğa bağlı günlük yaşam aktiviteleri etkilenmeye başladığında hastaların semptomları iyileştirecek öz bakım becerisine sahip olduğunu göstermektedir.

Konu ile benzer bir çalışmada hastaların bahçe işleri ile ilgilenerek ve televizyon izleyerek, başka bir çalışmada ise uzanma, oturma, şekerleme yapma, uyuma ve aktivitelerini kısıtlama gibi aktivitelerle yorgunluklarını azaltmaya çalıştıkları belirlenmiştir (104,156).

4.2.Hastaların Yorgunluk Düzeyleri

Araştırma kapsamındaki hastaların tedaviye başlamadan önce NCCN algoritminde önerildiği gibi hastaların yorgunluk düzeyleri brief yorgunluk envanteri ile değerlendirilmiştir. Tedavi öncesi dönemde 30 hastanın yorgunluk puanı 0 (yorgunluk yok) veya 1-3 puan (hafif), 5 hastanın ise yorgunluk puanının 4-10 puan (orta ve şiddetli) ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. NCCN'in yorgunluk tanılama algoritminde; yorgunluk düzeyi 0 puan ve 1-3 puan olan hastalara sadece yorgunluk yönetimi konusunda eğitim yapılması, 4 ve üzerinde puan alan hastalarda da yorgunluğa neden olan faktörler değerlendirilip, yorgunluk yönetimi yanında neden olan faktöre (ağrı, depresyon, uyku sorunları, aktivite sınırlılıkları, anemi, eşlik eden hastalıklar) yönelik eğitim yapılması gerektiği önerilmektedir (**Şekil 4**).

Araştırmada brief yorgunluk envanterine (BYE) göre; hastaların yorgunluk puanları değerlendirildiğinde; Z1 izlem döneminde büyük çoğunluğunun (% 82.9) hafif düzeyde, % 14.5'nin ise orta düzeyde, Z2 izlem döneminde ise % 62.9'nun hafif düzeyde, Z3 izlem döneminde ise % 54.3'nün yorgunluk yaşamadığı belirlenmiştir (**Tablo 10**). Hastaların BYE'ne göre yorgunluk puan ortalamaları değerlendirildiğinde ise; Z2 ve Z3 izlem döneminde Z1 dönemine göre yorgunluk puanları anlamlı olarak azalsa da yine hafif düzeyde yorgunluk yaşadıkları belirlenmiştir (**Grafik2**).

Yapılan çalışmalarda ise kemoterapi tedavisi sonrasında hastaların yorgunluk düzeylerinin 7-10 puan arasında pik yaptığı ve tedaviden sonraki dönemde tedaviden önceki düzeyine düştüğü belirlenmiştir (127,182). Brockel ve arkadaşları (1998) ve Jacobsen tarafından (1999) yapılan

çalışmalarda ise kemoterapi tedavisine başlayan hastaların tedavi sonrasındaki dönemde daha fazla yorgunluk yaşadıkları belirlenmiştir (19,81).

Araştırmada hastaların yorgunluk düzeylerinin kemoterapi sonrasında kemoterapi öncesi döneme göre giderek anlamlı olarak azaldığı saptanmış olup, yukarıda belirtilen araştırma bulgularının aksi yönündedir.

Eğitim ve danışmanlık yorgunluğa yönelik tüm girişimlerde temeldir. Eğer hasta tedavi döneminden önce ve tedavi süreci boyunca yorgunluk hakkında bilgilendirilirse, yorgunluktan daha az etkilenir ve daha kolay baş edebilir(35,86,107). Yapılan çalışmalarda sağlık bakım ekibi hastalara yorgunluk yönetimine ilişkin önerilerde bulunduğunda hastaların yorgunluk şiddetlerinde iyileşme görüldüğü saptanmıştır (113,175).

Araştırmada hasta ve ailelerine tedavi öncesi ve tedavi süreci sırasında yapılan yorgunluk eğitimi sonucunda hastaların yorgunluklarının tedavi öncesi döneme göre azaldığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar; sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşirenin kanserli hastaların yaşam kaliteleri üzerinde önemli bir etkiye sahip olan yorgunluk semptomunun objektif ve subjektif bulgularını, yorgunluğu etkileyen faktörleri sürekli olarak değerlendirmesi ve yorgunluğun yönetiminde uygun hemşirelik girişimlerini planlayarak hasta ve ailesine bu konuda eğitim yapmasının önemli olduğunu göstermektedir.

4.3. Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamaları

Kanser tedavisinin en yaygın ve yıkıcı yan etkilerinden biri olan yorgunluk semptomunun çeşitli tanımları yapılmıştır. Aistairs kansere bağlı yorgunluğu "Hastalık süresince direkt veya indirekt meydana gelen uzun

sürekli stres nedeniyle genel halsizlik, bitkinlik ve enerji eksikliği gibi **subjektif** duygularla karakterize” bir durum olarak tanımlamıştır. Bruera ve McDonald yorgunluğu “Fiziksel ve mental yorgunluk kadar genel güçsüzlük ile karakterize klinik bir sendrom” olarak tanımlamışlardır. Bir başka tanımda yorgunluk “Güçsüzlük, halsizlik, enerji eksikliği, bitkinlik, uyku hali, depresyon, konsantre olamama, malasi, can sıkıntısı, uykusuzluk, motivasyon eksikliği ve zihinsel durumda azalma ile karakterize **subjektif**” bir durum olarak tanımlanmaktadır (71,162). NCCN tarafından ise kansere bağlı yorgunluk “Her zaman yapılan işlevleri engelleyen, kanser veya kanser tedavisi ile ilişkili olan yaygın, sürekli ve subjektif yorgunluk hissidir” şeklinde tanımlanmaktadır (108,158). Bu tanımlara göre yorgunluk; bireylerin fiziksel, bilişsel ve emosyonel fonksiyonlarını etkileyebilen çok boyutlu, **subjektif** bir olaydır ve bu nedenle yorgunluk tanısı tamamen hastanın semptomu tanımlamasına veya yorgunluk hakkında neler yaşadığını söylemesine dayanmaktadır (11,31,71,158).

Araştırmada Piper’ın entegre yorgunluk modeli temel alınmış ve hastaların subjektif yorgunluk algılamaları Piper Yorgunluk Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Piper yorgunluk ölçeği hastaların yorgunluğa bağlı davranış/şiddet, duygusal, duygulanım ve bilişsel/ruhsal etkilenme düzeylerini değerlendiren bir ölçektir. Ölçekten alınan puan arttıkça hastaların algıladıkları yorgunluk düzeyi artmaktadır.

Araştırma grubundaki hastaların ilk kemoterapi öncesi (Z1) ve diğer izlem dönemlerindeki (Z2, Z3) algılanan yorgunluk puan ortalamaları genel olarak değerlendirildiğinde, total yorgunluk ve diğer dört alt boyut puan

ortalamalarının ilk kemoterapi tedavisinden önce (Z1) hafif düzeyde olduğu (Tablo 12) ve Z2 ve Z3 izlem dönemlerinde ise Z1 dönemine göre anlamlı olarak azaldığı (**Grafik 4-7**) belirlenmiştir. Elde edilen bu sonuç doğrultusunda araştırmanın birinci hipotezi "Hemşirelik eğitimi gastrointestinal sistem kanserli hastaların yorgunluk düzeyini, subjektif yorgunluk algısını azaltacaktır" kabul edilmektedir.

Her üç izlem döneminde total yorgunluk puanı hafif düzeyde olan araştırma grubunda yorgunluğun sırası ile; Z1 izlem döneminde en çok duygusal ($\bar{X}=3.8 \pm 2.6$) ve davranış/şiddet fonksiyonlarını ($\bar{X}=3.7 \pm 2.7$), Z2 ve Z3 izlem döneminde ise en çok bilişsel/ruhsal fonksiyonlarını (Z2=($\bar{X}=2.0 \pm 1.9$) // Z3=($\bar{X}=1.6 \pm 1.5$)) en az ise davranış/şiddet fonksiyonlarını (Z2=($\bar{X}=1.4 \pm 1.6$)// Z3=($\bar{X}=1.1 \pm 1.5$)) etkilediği belirlenmiştir (**Tablo 12**).

Can'ın çalışmasında (2001) meme kanserli hastalardaki yorgunluğun hastaların en fazla duygusal ve duygulanım fonksiyonlarını etkilediği belirlenmiştir(23). Berger çalışmasında (1998) yorgunluğun en fazla oranda hastaların bilişsel/ruhsal fonksiyonlarını etkilediğini saptamıştır. Broeckel ve arkadaşları (1998), ve Glaus (1993) ise yorgunluğa bağlı olarak hastaların en fazla bilişsel/ruhsal fonksiyonlarının etkilendiğini belirlemişlerdir (15,19,60).

Araştırmada hastaların tedavi sonrasındaki dönemde yorgunluğa bağlı bilişsel fonksiyonlarının etkilenmesi Berger, Broeckel ve Glaus' un çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir (15,19,60).

Kemoterapi tedavisi bilişsel ve sosyal fonksiyonlar üzerinde negatif etki yaratmaktadır. Bilişsel fonksiyonlardaki bozulma kemoterapi, antiemetik

ilaçlar, ve kortikosteroidlerin etkisini yansıtabilir (114). Literatür bilgisi doğrultusunda araştırmadaki hastaların bilişsel fonksiyonlarındaki bu olumsuz yöndeki değişimin kemoterapi tedavi öncesindeki uygulanan ilaçlara ve kemoterapi tedavisine bağlı olabileceği söylenebilir.

Araştırmada yorgunluğu etkileyen faktörler sosyo-demografik özellikler ve hastalığa ilişkin değişkenler olmak üzere iki grupta incelenmiştir

4.3.1. Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamaları Ve Sosyo - Demografik Özellikler

Araştırmada hastaların **yaş, öğrenim durumu, meslek, çalışma durumu ve sağlık güvencesi** gibi bireysel özelliklerinin algılanan yorgunluğu etkilemeyen faktörler olarak belirlenmiştir ($p>0.05$) (**Tablo 15,17,18,19,22**).

Araştırmada hastaların yaş ile algılanan yorgunluk puan ortalamaları değerlendirildiğinde; hastaların her bir izlem dönemindeki total yorgunluk ve dört alt boyut puan ortalamaları ile yaş grupları arasında anlamlı farklılıklar olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (**Tablo 15**). Jacobsen ve arkadaşları (1999), broeckel ve arkadaşları (1998), Yeşilbalkan ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmalarda araştırma sonucuna benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmalarda da yaşın algılanan yorgunluğu etkileyen faktör olmadığı saptanmıştır (19,81,187).

Kanserli hastalarda yaş ve yorgunluğa yönelik yapılan diğer çalışmalarda ise farklı sonuçlar elde edilmiştir.

Ahlberg ve arkadaşları (2003) yaşın yorgunluğu etkileyen faktör olduğunu, Akechi (1999) kadın hastaların, So ve arkadaşları (2005), ise yaşlı

bireylerin daha fazla yorgunluk yaşadığını, Ruffer ve arkadaşları da (2003) algılanan yorgunluk boyutları ile yaş arasında farklılıklar olduğunu belirlemişlerdir (2,5,141,156)

Curt ve arkadaşları (2000) 55-64 yaş grubundaki hastaların genç hastalara göre daha fazla yorgunluk yaşadığını, Mast (1998) ve Glaus (1993) genç yaşta algılanan yorgunluk düzeyinin daha yüksek olduğunu, Can (2001) ve Holey (1991) ise yaşın yorgunluğu etkileyen faktör olmadığını saptamışlardır (23,35,60,73,96).

Araştırma grubundaki hastaların üç izlem dönemindeki total yorgunluk ve dört alt boyut puan ortalamaları öğrenim durumlarına göre değerlendirildiğinde; ilk kemoterapi tedavisine başlamadan önceki dönemde (Z1) ilkokul mezunu olan hastaların, 1. kürden sonraki 10. günde (Z2) ise üniversite mezunu olan hastaların total yorgunluk puanlarının daha yüksek olma eğiliminde olduğu ancak bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (**Tablo 17**).

Eğitim düzeyi yüksek olan hastalarda yorgunluğun neden yüksek olduğu bilinmemektedir. Bu durumda yorgunluğun araya giren iş ve sosyal durum diğer gibi faktörlerle ilişkili olabileceği söylenebilir.

Yapılan çalışmalarda yorgunluğun eğitim durumu ile ilişkili olmadığı belirlenirken, (18,36,141,150,187), Akechi ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan çalışmada ise eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha fazla yorgunluk yaşadığı belirtilmektedir (5). Mast'ın (1998) çalışmasında meme kanseri tanısı nedeni ile tedavi gören hastalarda eğitim düzeyinin düşmesi ile algılanan yorgunluk düzeyinin arttığı belirlenmiştir (96).

Araştırmaya alınan hastaların çoğunluğu memur veya emekli olan hastalardan oluşmaktadır. Tablo 18’de farklı meslek grubunda yer alan hastaların her bir izlem boyunca algılanan yorgunluk puanlarının azalma yönünde olduğu görülmektedir. Hastaların meslek grupları ile yorgunluk puanları değerlendirildiğinde ise; serbest çalışan hastaların total yorgunluk puanlarının emekli, memur ve ev hanımlarına göre yüksek olduğu ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) **(Tablo 18)**.

Yeşilbalkan ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmada da araştırma sonuçlarına benzer yönde, yani meslek değişkeninin hastaların yorgunluğunu etkilemeyen faktör olduğu belirlenmiştir (187)

Araştırmada hastaların çoğunluğunun (% 80) çalışmadığı ve çalışmayan hastaların ilk kemoterapi tedavisinden önce (Z1) ve ikinci kürden sonraki 10. günde (Z3) total yorgunluk puanlarının daha yüksek olduğu, ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) **(Tablo 19)**.

Bower ve arkadaşları (2000), De Jong ve arkadaşları(2002), Broeckel ve arkadaşları (1998) çalışma durumunun yorgunluğu etkileyen faktör olmadığını belirlemişlerdir (18,19,36).

Knobel ve arkadaşları (2000) yarım veya tam gün çalışan hastaların çalışmayan hastalara göre daha fazla yorgunluk, Akechi ve arkadaşları (1999) ev hanımı olan hastaların çalışan hastalara göre daha az yorgunluk yaşadığını saptamışlardır (5,88). Yapılan başka bir çalışmada ise çalışmayan hastaların daha fazla yorgunluk yaşadıkları belirlenmiştir (156).

Yeşilbalkan ve arkadaşları (2005) çalışma durumu ile yorgunluk arasında ilişki olduğunu ve çalışmayan hastaların çalışan hastalara göre daha az yorgunluk yaşadıklarını belirlemişlerdir (187).

Araştırmada hastaların *cinsiyet, medeni durum, evde birlikte yaşadığı kişiler ve en uzun süre yaşadıkları yer gibi* özelliklerinin algılanan yorgunluğu etkilediği belirlenmiştir ($p < 0.05$) **(Tablo 14,16,20,21)**.

Araştırma kapsamındaki hastaların cinsiyet ile algılanan yorgunluk puanları değerlendirildiğinde; erkek hastaların üç izlem döneminde de total yorgunluk puanlarının kadın hastalara göre yüksek olma eğiliminde olduğu ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) **(Tablo 14)**, Z3 izlem döneminde ise erkek hastaların yorgunluğa bağlı olarak davranış/şiddet fonksiyonlarının daha fazla etkilendiği belirlenmiştir ($F=4.361$; $p=.045$) **(Tablo 14)**.

Can'ın (2001) çalışmasında cinsiyetin yorgunluğu etkileyen faktör olmadığı belirlenmiştir (23). Yapılan başka çalışmalarda ise kadın hastaların erkek hastalara göre daha fazla yorgunluk yaşadığı belirlenmiştir. (35,40,88,92,123). Yeşilbalkan ve arkadaşları (2005) cinsiyet ile yaşanan yorgunluk arasında farklılıklar olduğunu ve erkek hastaların kadın hastalara göre daha az yorgunluk yaşadıklarını belirlemişlerdir (187).

Hastaların medeni durumları ile algılanan yorgunluk puanları değerlendirildiğinde; evli olan hastaların ilk kemoterapi tedavi öncesinde (Z1) total yorgunluk puanlarının yüksek, tedaviden sonraki diğer izlem dönemlerinde (Z2,Z3) ise total yorgunluk puanlarının düşük olduğu ancak bu

farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) **(Tablo 16)**.

Araştırma kapsamındaki boşanmış olan hastaların tedaviden sonraki dönemlerde özellikle Z2 izlem döneminde yorgunluğa bağlı duysal fonksiyonlarının anlamlı olarak daha fazla etkilendiği belirlenmiştir ($F=4.935$; $p=.033$) **(Tablo 16)**.

Sun ve arkadaşları (2005) evli olmayan hastaların evli olan hastalara göre daha az yorgunluk yaşadıklarını saptamışlardır (164). Bu noktada hasta bakımında sosyal destek ve bakım vericilerinin rollerinin önemli olduğu söylenebilir.

Broeckel ve arkadaşları (1998), Yeşilbalkan ve arkadaşları (2005) tarafından medeni durumun yorgunluğu etkilemeyen faktör olduğu belirlenirken, Ahlberg ve arkadaşları (2003) evlilik durumunun yorgunluğu etkileyen bir faktör olduğunu saptamışlardır (2,19,187).

Araştırmada hastaların birlikte yaşadığı kişiler ile algılanan yorgunluk puanları değerlendirildiğinde; yalnız yaşayan hastaların ailesi ile birlikte yaşayan hastalara göre total yorgunluk puanlarının daha yüksek olduğu ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) **(Tablo20)**.

Araştırmada yalnız yaşayan hasta sayısının az olmasının böyle bir sonuca neden olabileceği ve bu konuda daha objektif sonuçlar elde etmek için daha geniş popülasyonlu hasta grupları ile çalışmaların yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Konu ile benzer yapılan bir çalışmada hastaların birlikte yaşadığı kişinin yorgunluk yaşamalarını etkilemediği (187), Walsh'ın (2005) çalışmasında ailesinden ve arkadaşlarından destek alan hastaların daha az semptom yaşadığı (176), Akechi ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında ise ailesi ile birlikte yaşayan hastaların yalnız yaşayan hastalara göre daha az yorgunluk yaşadığı saptanmıştır (5).

Ailesi ile birlikte yaşayan hastaların yalnız yaşayan hastalara göre daha az yorgunluk yaşamaları ailelerinin sağladığı desteğe bağlı olabilir.

4.3.2.Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamaları ve Hastalığa İlişkin Özellikler

Araştırmada hastaların ***hastalık tanısı, hastalık süresi, hastalık evresi, uygulanan kemoterapi protokolleri ve kemoterapi dışında ilaç kullanma durumu*** gibi hastalığa ilişkin özelliklerinin algılanan yorgunluğu etkileyen faktörler olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) **(Tablo 23, 24,25,26,28)**.

Araştırmada hastaların hastalık tanıları ile algılanan yorgunluk puanları değerlendirildiğinde; Z2 ve Z3 izlem döneminde hastaların total yorgunluk puan ortalamalarının hastalık tanılarına göre farklılık göstermediği, Z1 izlem döneminde ise kolon ca+karaciğer metastas tanısı konulan hastaların rektum ca tanısı konulan hastalara göre total yorgunluk puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($F=3.554$; $p=.013$) **(Tablo 23)**.

Steven ve arkadaşları (2001) primer organ dışında metastazı olan hastaların meme ca'lı hastalara göre daha fazla yorgunluk yaşadığını

belirlemişlerdir (159). Primer organ kanseri dışında birçok metaztazi olan hastaların daha fazla semptom ve yorgunluk yaşaması normal olarak değerlendirilen bir sonuçtur.

Literatürde kanserli hastalarda hastalık tanısı ile yorgunluk arasındaki ilişkinin incelendiği diğer çalışmalarda hastalık tanısı ile yaşanan yorgunluğa yönelik değişik sonuçlar elde edilmiştir.

Meme ve rektal ca'lı kadın hastaların rektal ca'lı erkek hastalara göre (40) başka bir çalışmada ise akciğer kanserli hastaların meme ve over kanserli hastalara göre daha fazla yorgunluk yaşadıkları belirlenmiştir (124). Brunelli ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan çalışmada ösefagus kanserli hastaların yorgunluk yaşadığı belirlenmiştir (21).

Richardson ve arkadaşları (1997) tarafından yapılan çalışmada kemoterapi tedavisi gören pankreas, meme kanseri ve lenfomalı hastaların akciğer kanserli hastalara göre yorgunluk puanlarının daha yüksek, (138), Yeşilbalkan ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında ise hastalık tanısı ile yorgunluk arasında ilişki olmadığı bildirilmektedir(187).

Araştırmada hastaların hastalık süresi ile algılanan yorgunluk puanları değerlendirildiğinde; hastaların Z2 ve Z3 izlem döneminde total yorgunluk puan ortalamalarının hastalık sürelerine göre farklılık göstermediği, Z1 izlem döneminde ise hastalık süresi 4 ay ve daha uzun süre olan hastaların hastalık süresi 3 ay ve daha kısa olan hastalara göre total yorgunluk puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (F = 6.087; p = .019) **(Tablo 24)**.

Araştırmada hastalık süresi 4 ay ve daha uzun olan hastaların üç izlem döneminde yorgunluk puanlarının düşme yönünde bir eğilim gösterdiği,

ancak Z1 izlem döneminde total yorgunluk puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (F= 6.087; p= .019) **(Tablo 24)**.

Hastalık süresi 4 ay ve daha uzun olan hastaların 2. kürden sonraki 10. günde (Z3) yorgunluğa bağlı olarak davranış/şiddet (F=7.350; p=.001) ve duygusal (F=15.208; p=.000) etkilenme düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir **(Tablo 24)**.

Broeckel ve arkadaşları (1998) hastalık süresi ile yorgunluk arasında ilişki olmadığını(19), Yeşilbalkan ve arkadaşları (2005) ise hastalık süresi 3-6 ay olan hastaların 7-12 ay olan hastalara göre daha az yorgunluk yaşadığını belirlemişlerdir (187).

Hastaların kanser tanısı konması, bu aşamada uygulanan tetkikler ve hastalığı kabullenmeme gibi süreçlerin daha uzun sürmesinin bu sonuca yol açabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada hastalığı IV. evre olan hasta oranının daha yüksek olduğu, hastaların hastalık evresi ile algılanan yorgunluk puanları değerlendirildiğinde ise; hastalık evresinin hastaların total yorgunluk ve davranış/şiddet, duygulanım, bilişsel/ruhsal fonksiyonlarını etkilemediği belirlenmiştir (p > 0.05) (Tablo 25). Hastalık evresi II. evre olan hastaların ilk kemoterapi tedavisi başlamadan önce (Z1) yorgunluğa bağlı duygusal etkilenme düzeyinin daha yüksek olduğu (F=3.488; p=.043), tedaviden sonraki dönemlerde ise hastalık evresi IV. olan hastaların duygusal etkilenme düzeylerinin daha yüksek olma eğiliminde olduğu belirlenmiştir. Ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p > 0.05) **(Tablo 25)**.

Ahlberg ve arkadaşları (2003) hastalık evresinin yorgunluğu belirleyici faktör olduğunu (2), Glaus (1998) ileri evre kanserli hastaların yüksek düzeyde yorgunluk yaşadığını bildirmektedirler (61) . Başka çalışmalarda ise, hastalık evresinin yorgunluk ile ilişkili olmadığı belirtilmektedir (19,49,81,88).

Araştırmadaki hastaların uygulanan kemoterapi protokolleri ile algılanan yorgunluk puanları değerlendirildiğinde; kemoterapi protokollerinin hastaların total yorgunluk ve duygusal, duyuşsal ve bilişsel/ruhsal fonksiyonlarını etkilemediği belirlenmesine karşın, hastaların Z2 izlem döneminde davranış/şiddet puan ortalamalarının kemoterapi protokollerine göre farklılık gösterdiği ve gemzar tedavisi uygulanan hastaların compto+ 5FU+LV uygulanan hastalara göre yorgunluktan etkilenme düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (F=2.877; p=.040) **(Tablo 26)**.

Bu farklılığın gemzar tedavisi uygulanan hasta sayısının az olmasından kaynaklanabileceği, ve bu nedenle daha geniş popülasyonlu hasta grupları ile kemoterapi protokolleri ve yorgunluk arasındaki ilişkinin daha objektif olarak değerlendirilebileceği düşünülmektedir.

Tchen ve arkadaşları (2003) meme kanserli hastalarda kemoterapi tipinin yorgunluğu etkilemeyen faktör olduğunu saptamışlardır (168).

Punt ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında 5FU+ LV alan kolorektal kanserli hastaların % 7'sinin şiddetli düzeyde yorgunluk yaşadığı belirlenmiştir (132).

Araştırma kapsamındaki hastaların % 34.3'ü kemoterapi dışında ilaç kullandığını bildirmişlerdir. Hastaların kemoterapi dışında ilaç kullanma durumunun davranış/şiddet, duygulanım ve bilişsel ruhsal fonksiyonlarını

etkilemediği belirlenirken ($p > 0.05$) , kemoterapi dışında ilaç kullanmayan hastaların tedavi öncesi dönemde (Z1) total yorgunluk puanlarının ($F=4.576$; $p=.040$) ve duysal etkilenme düzeylerinin ($F=4.576$; $p=.040$) yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 28).

Kemoterapi tedavisi başlamadan önceki dönemde (Z1) ilaç kullanmayan hastaların yaşadıkları yorgunluğun kanser tanı ve tedavisine bağlı olarak gösterilen fiziksel bir yanıt veya hastalık tanısı konuğu dönemdeki emosyonel duruma bağlı olarak ortaya kmış olabileceği düşünülmektedir.



4.4.Hastaların Yaşam Kalitesi

Kanser bakımında primer amaç hastanın yaşam kalitesini geliştirmek veya devam ettirmektir. Kanserli hastalar tedavi sürecinde yaşam kalitesini azaltan ağrı, anoreksiya ve yorgunluk gibi bazı semptomlar yaşarlar (126).

Kanserli hastalarda yorgunluk sık olarak bildirilen bir semptomdur (19,88,134). Kanserli hastaların hastalık ve tedavi süresince yaşadığı yorgunluk hastanın tedaviyi geciktirme, aksatma ve sona erdirmeye kararını etkileyebilmektedir. Sürekli olarak var olan yorgunluk semptomları hastanın öz bakım becerileri ve yaşam kalitesi üzerinde negatif etki yaratmaktadır. (64).

Araştırmada yorgunluk yönetimine bağlı olarak yapılan eğitim öncesi ve sonrasında hastaların yaşam kaliteleri de değerlendirilmiştir. Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları sonucunda güvenilir bir araç ve de kanserli hastalarda yaşam kalitesini değerlendirmede sık kullanılan bir ölçek olması nedeni ile araştırmada üç izlem döneminde hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için EORTC QLQ-C-30 yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. EORTC QLQ-C-30 ölçeği fonksiyonel ve semptom olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan fonksiyonel durumun yüksek olduğunu ve semptomların daha fazla yaşandığını göstermektedir.

4.4.1.Hastaların Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alan Alt Boyutları

Araştırmada hastaların fonksiyonel alanları genel olarak değerlendirildiğinde, Z2 ve Z3 izlem dönemlerinde Z1 dönemine göre anlamlı olarak artış gösterdiği belirlenmiştir. Hastaların üç izlem dönemindeki fonksiyonel alt boyutları değerlendirildiğinde ise; Z1 izlem döneminde yani ilk

kemoterapi tedavisi başlanmadan önce emosyonel ($\bar{X}=58.8 \pm 26.8$) ve sosyal fonksiyonlarının ($\bar{X}=53.8\pm 32.6$) düşük, bilişsel fonksiyonlarının yüksek ($\bar{X}=77.6\pm 22.4$), Z2 döneminde emosyonel fonksiyonlarının ($\bar{X}=69.7 \pm 28.8$) düşük, bilişsel fonksiyonlarının en yüksek ($\bar{X}=88.5\pm 19.2$), Z3 izlem döneminde ise emosyonel ($\bar{X}=74.0 \pm 25.6$), sosyal fonksiyonlarının ($\bar{X}=74.7 \pm 25.6$) ve global yaşam kalitelerinin düşük ($\bar{X}=74.4 \pm 23.3$) , bilişsel fonksiyonlarının yüksek olduğu belirlenmiştir(**Tablo 29**). Bu sonuçlar doğrultusunda hastaların Z2 ve Z3 izlem dönemlerinde fonksiyonel alt boyutlarının yükseldiği ve her üç izlem döneminde bilişsel fonksiyonlarının iyi olduğu söylenebilir.

Nowak ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan çalışmada ise, kemoterapi öncesinde hastaların ilk sırada rol, sosyal, emosyonel fonksiyonlarının, daha sonrada fiziksel, bilişsel fonksiyonlarının en kötü fonksiyonlar olduğu belirlenmiştir (114). Aynı çalışmada kemoterapi tedavisi süresince ise hastaların fonksiyonel puanlarının değişmediği, ancak emosyonel, fiziksel ve rol fonksiyonları ve yaşam kalitesi bozulma eğiliminde olsa bile bu değişikliklerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Bilişsel ve sosyal fonksiyonların ise ılımlı derece azaldığı belirlenmiştir(114).

Yapılan başka bir çalışmada kemoterapi tedavisi alan hastaların fonksiyonel alanların tümünün kötüleştiği yani araştırma bulgularının aksi yönünde sonuç elde edildiği belirlenmiştir (82).

Araştırmada yukarıda belirtilen çalışma sonuçlarına aksi yönde sonuçlar elde edilmiştir. Yani hastaların tedavi sonrası dönemlerde tedavi öncesine göre yaşam kalitesi fonksiyonel alanlarında iyileşme görülmüştür.

Ream ve arkadaşlarının (2003) çalışmasındaki hastalar tedavi öncesinde ve tedavi sürecinde kendilerine yaşayabilecekleri sorunlar ve bu sorunlara yönelik girişimler hakkında bilgi verilirse, tedavi süresince yaşayacakları semptomlarla kolaylıkla başa çıkabileceklerini belirtmişlerdir(134). Araştırmadaki hastaların yorgunluğa yönelik verilen eğitim sonrasında yaşadıkları semptomlarla daha kolay baş edebildikleri ve dolayısıyla yaşam kalitelerinin daha da yükseldiği bulgusunu yukarıdaki araştırma sonucu destekler niteliktedir.

Park ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmada ise kemoterapi tedavisinden sonra hastaların global yaşam kalitelerinin, emosyonel ve bilişsel fonksiyonlarının arttığı belirlenmiştir (121).

Saegrov çalışmasında (2005) kanserli hastaların fiziksel ve emosyonel fonksiyonlarının kanserli olmayan hastalara göre daha düşük (143), Efficace ve arkadaşları (2004) ise meme kanserli hastalarda tedavi öncesi dönemde bilişsel fonksiyonların yüksek, global yaşam kalitesinin düşük olduğunu belirlemişlerdir (39). Knobel ve arkadaşları (2000) kanserli hastaların normal popülasyona göre rol ve sosyal fonksiyonlarının azaldığını belirlemişlerdir (88).

Yukarıdaki çalışmalarda görüldüğü gibi kemoterapi tedavisine başlanan hastaların bazı yaşam kalitesi alanlarının olumsuz yönde etkilendiği, araştırmada ise böyle bir sonuç olmadığı tam aksine hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel alanlarının tümünde bir iyileşme olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel alanlarını etkileyen faktörler sosyo-demografik özellikler ve hastalığa ilişkin özellikler olmak üzere iki grupta incelenmiştir.

4.4.1.1.Hastaların Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alan Alt Boyutları ve Sosyo-Demografik Özellikler

Araştırmada hastaların **yaş, medeni durum, ve çalışma durumu** gibi bireysel özelliklerin fonksiyonel durumlarını belirleyici kriter olmadığı belirlenmiştir($p>0.05$) (Tablo 32,34,40).

Araştırmada; 29-39 yaş ve 40 yaş grubundaki bireylerin kemoterapi sonrasındaki dönemlerde (Z2,Z3) fonksiyonel alanlarının tümünde bir artış olduğu tablo 32'de görölmektedir. Hastaların yaş grupları ile yaşam kalitesi fonksiyonel puan ortalamaları genel olarak değerlendirildiğinde; Z1 döneminde 40 yaş ve üzerindeki hastaların sosyal fonksiyon hariç diğer fonksiyonel alan puanlarının 29 - 39 yaş grubundaki hastalara göre yüksek, Z3 izlem döneminde ise tüm fonksiyonel alan puanlarının düşme eğiliminde olduğu görölse de bu değişiklikler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) **(Tablo 32)** .

Bordeleau ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan çalışmada yaşlı bireylerin global yaşam kaliteleri yüksek bulunurken (17), Pınar ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan çalışmada yaş ile yaşam kalitesi arasında negatif ilişki olduğu (126), Yeşilbalkan ve arkadaşları (2004) , Holzner ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan çalışmalarda ise yaşam kalitesi puanlarının yaşa göre farklılık göstermediği belirlenmiştir (76,186).

Cimprick ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında ise, yaşlı bireylerin orta yaş grubundaki bireylere göre fiziksel alan puanlarının düşük, genç bireylerin ise yaşlı bireylere oranla sosyal fonksiyonlarının düşük olduğu saptanmıştır (29).

Jordhoy ve arkadaşları (2001) çalışmalarında yaşlı bireylerin emosyonel, rol ve sosyal fonksiyonlarının daha iyi olduğunu belirlemişlerdir (82)

Bu sonuçlar doğrultusunda hastaların yaşları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin değişiklik gösterdiği ve yaş ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin daha objektif değerlendirilmesi için daha geniş popülasyonlu gruplarla çalışma yapılması gerektiği söylenebilir.

Araştırmada evli ve boşanmış hastaların fonksiyonel alanlarının tümünün Z2 ve Z3 izlem döneminde Z1 dönemine göre yükselme eğiliminde olduğu belirlenmiştir (**Tablo 34**). Hastaların medeni durumları ile yaşam kalitesi fonksiyonel alan puanları değerlendirildiğinde; evli olan hastaların boşanmış/dul olan hastalara göre Z1 izlem döneminde sosyal fonksiyon ve global yaşam kalitesi hariç, diğer fonksiyonel alanlarının yüksek, Z3 döneminde ise fiziksel fonksiyon hariç diğer fonksiyonel alan ve global yaşam kalitelerinin düşük olduğu ancak bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (**Tablo 34**).

Holzner ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan çalışmada ise araştırma bulgularına benzer yani medeni durumun yaşam kalitesini etkileyen faktör olmadığı saptanmıştır (76).

Cimprick ve arkadaşları (2002) çalışmalarında hastaların medeni durumları ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı ilişki olduğunu ve evli olanların fiziksel iyilik hallerinin daha iyi olduğunu belirlemişlerdir(29). Yeşilbalkan ve arkadaşları (2004), Schultz ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan çalışmalarda ise evli olan hastaların fiziksel iyilik hallerinin yüksek olduğu saptanmıştır (146). Saegrov (2005) evli olan hastaların emosyonel, sosyal, mental ve genel sağlıklarının daha iyi olduğunu bildirmektedir (143).

Araştırmada çalışan ve çalışmayan hastaların Z2 ve Z3 izlem dönemlerinde fonksiyonel alanlarının tümünde bir iyileşme olduğu söylenebilir **(Tablo 40)**. Araştırmada hastaların çalışma durumları ile yaşam kalitesi fonksiyonel alanları değerlendirildiği, çalışan hastaların Z1 ve Z2 izlem dönemlerinde fiziksel, rol, emosyonel ve bilişsel fonksiyonlarının çalışmayan hastalara göre yüksek, Z3 izlem döneminde ise fiziksel ve emosyonel fonksiyonlarının çalışmayan hastalara göre düşük olduğu ancak bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) **(Tablo 40)**. Araştırmada çalışmayan hastaların üç izlem döneminde sosyal global yaşam kalitelerinin çalışan hastalara göre daha yüksek olma eğiliminde olduğu görülse de bu farklılıkların anlamlı olmadığı saptanmıştır($p>0.05$) **(Tablo 40)**.

Araştırmada *cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, evde birlikte yaşadığı kişiler, yaşadığı yer, sağlık güvencesi* gibi bireysel özelliklerin hastaların fonksiyonel alanlarını etkilediği belirlenmiştir ($p<0.05$) **(Tablo 30,36,38,42,44,46)**.

Araştırmada; kadın ve erkek hastaların Z2 ve Z3 izlem dönemlerindeki tüm fonksiyonel alanlarında Z1 dönemine göre bir iyileşme olduğu belirlenmiştir. Araştırmada hastaların cinsiyeti ile yaşam kalitesi fonksiyonel alan puanları değerlendirildiğinde ise; kadın hastaların üç izlem döneminde fiziksel, rol, emosyonel ve bilişsel fonksiyonlarının erkek hastalara göre daha iyi olduğu ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) **(Tablo 30)**. Kadın hastaların özellikle Z1 ve Z3 izlem döneminde sosyal fonksiyonlarının, Z2 izlem döneminde global yaşam kalitelerinin erkek hastalara göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ($F=5.446$; $p=.026$ / $F=8.161$; $p=.007$) **(Tablo 30)**.

Schultz ve arkadaşları (2001) çalışmalarında kadın hastaların erkek hastalara göre yaşam kalitelerinin yüksek, Knobel ve arkadaşları (2000) ise kadın hastaların fiziksel fonksiyonlarının erkek hastalardan daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (88,146). Yapılan başka bir çalışmada ise erkek hastaların kadın hastalara göre fiziksel fonksiyonlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (40). Yeşilbalkan ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan çalışmada ise cinsiyetin yaşam kalitesini etkileyen faktör olmadığı saptanmıştır (186)

Hastaların cinsiyet ve yaşam kaliteleri arasındaki bu sonuçlara ilişkin farklılıkların nedeni bilinmemektedir. Teorik olarak bu durum hem biyolojik hem de psiko-sosyal faktörlerle ilişkili olabilir.

Araştırmada farklı öğrenim düzeyindeki hastaların üç izlem dönemindeki fonksiyonel alanlarının yükselme eğiliminde olduğu belirlenmiştir. Hastaların öğrenim durumları ile yaşam kalitesi fonksiyonel

alanları değerlendirildiğinde; hastaların fonksiyonel durumları ile öğrenim düzeyleri arasında negatif bir ilişki olduğu özellikle Z1 izlem döneminde üniversitesi mezunu olan hastaların global yaşam kalitelerinin ilkökul ve ortaokul mezunu hastalara göre anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir (F= 8.109; p=.000) **(Tablo 36)**.

Moody ve McMillan (2003) eğitim durumunun yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olduğu belirtirken, Cimprich ve arkadaşları (2002) araştırma bulgularına benzer sonuçlar elde etmişlerdir (29,105). Başka çalışmalarda ise öğrenim durumunun yaşam kalitesini etkileyen faktör olmadığı saptanmıştır(76,186).

Pınar ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan çalışmada ise okuma yazması olmayan hastaların yaşam kalitelerinin düşük, üniversite mezunu olan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (126). Jordhoy ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında ise eğitim düzeyi yüksek olan hastaların emosyonel fonksiyonlarının ve genel sağlıklarının daha iyi olduğu saptanmıştır (82).

Araştırmadaki farklı meslek gruplarındaki hastaların üç izlem döneminde fonksiyonel alanlarında iyileşme olduğu belirlenmiştir. Araştırmada hastaların meslekleri ile yaşam kalitesi fonksiyonel alanları değerlendirildiğinde; ev hanımı olan hastaların Z1 izlem döneminde sosyal fonksiyonlarının Z2 izlem döneminde de global yaşam kalitelerinin serbest meslek grubundaki hastalara göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (F= 3.682; p=.022 / (F= 5.373; p=.004) **(Tablo 38)**.

Araştırmada serbest meslek grubundaki hastaların tedavi saatleri dışında çalışmaya devam etmeleri sonucunda araştırmadan elde edilen bu sonucun normal olduğu düşünülmektedir. Ev hanımı olan hastaların tedaviye bağlı olarak sosyal fonksiyonlarının etkilenmemesi de iyi bir sonuçtur.

Schultz ve arkadaşları (2001) araştırma bulgularına benzer olmayan sonuç elde etmişlerdir. Bu çalışmada çalışan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (146).

Araştırmada hastaların evde birlikte yaşadığı kişiler ile yaşam kalitesi fonksiyonel alanları değerlendirildiğinde; Z1 izlem döneminde çocukları ile yaşayan hastaların eş+çocukları ile yaşayan hastalara göre emosyonel fonksiyonlarının anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (F= 3.529; p=.026) **(Tablo 42)**.

Araştırmada çocukları ile yaşayan hasta sayısı az olduğu için bu durumun farklılığa neden olabileceği, bundan dolayı bu sonucun genellenemeyeceği düşünülmektedir. Bu konuya ilişkin daha objektif sonuçlar elde edebilmek için hasta sayısının daha fazla ve homojen dağılım gösterdiği gruplar ile çalışmaların yapılması gerektiği söylenebilir.

Jordhoy ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan çalışmada eşi ile yaşayan hastaların sosyal fonksiyonlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (82).

Araştırmada hastaların yaşadıkları yer ile fonksiyonel alanları değerlendirildiğinde, Z2 ve Z3 izlem döneminde ilde, ilçede ve köyde yaşayan hastaların rol fonksiyonlarında iyileşme olduğu saptanmıştır. İlde yaşayan hastaların Z1 izlem döneminde rol fonksiyonlarının ilçede yaşayan hastalara

göre daha iyi olduğu ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (**Tablo44**). Z2 izlem döneminde ise ilde yaşayan hastaların ilçede yaşayan hastalara göre rol fonksiyonlarının daha iyi ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir($F= 4.808$; $p=.015$) (**Tablo 44**).

Araştırmada hastaların sağlık güvenceleri ile fonksiyonel alanları değerlendirildiğinde; SSK, emekli sandığı ve diğer sağlık güvencesi olan hastaların üç izlem döneminde de fonksiyonel alanlarındaki değişimin iyileşme yönünde olduğu saptanmıştır (Tablo 46).

4.4.1.2.Hastaların Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alan Alt Boyutları Ve Hastalığa İlişkin Özellikler

Araştırmada hastaların ***kemoterapi dışında ilaç kullanma durumunun*** hastaların fonksiyonel alanlarını etkilemeyen faktör olduğu belirlenmiştir. Kemoterapi dışında ilaç kullanan hastaların tüm fonksiyonel alanlarının kemoterapi dışında ilaç kullanmayan hastalara göre daha iyi olduğu ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p >0.05$) (**Tablo 58**).

Araştırmada ***hastalık tanısı, hastalık süresi, hastalık evresi, kemoterapi protokolleri, ailede kanserli birey olma durumu*** gibi hastalığa ilişkin özelliklerin hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel alanlarını etkilediği belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 48,50,52,54,56).

Araştırmada kolon ca, kolon ca+karaciğer metastası, rektum ca, pankreas ca, ve karaciğer ca'lı hastaların bilişsel fonksiyonlarının ve global yaşam kalitesi puanlarının Z3 izlem döneminde Z2 izlem dönemine göre

düşme, Z1 dönemine göre ise yükselme eğilimi gösterdiği, diğer alt boyutların ise iyileşme yönünde olduğu görülmektedir (**Tablo 48**).

Araştırmada hastaların hastalık tanıları ile yaşam kalitesi fonksiyonel alanları değerlendirildiğinde; karaciğer ca'lı hastaların pankreas ca'lı hastalara göre Z2 izlem döneminde fiziksel fonksiyonlarının daha iyi ($F= 2.615$; $p=.045$), Z1 izlem döneminde kolon ca'lı hastaların pankreas ca 'lı hastalara göre sosyal fonksiyonlarının yüksek ($F= 2.985$; $p=.027$), Z3 izlem döneminde kolon ca'lı hastaların kolon ca+karaciğer met.'lı hastalara göre global yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir ($F= 2.740$. $p=.038$) (**Tablo 48**) .

Araştırmada kolon ca+karaciğer met.'lı hastaların diğer hastalık tanısı konulan hastalara göre Z3 izlem döneminde rol ve bilişsel fonksiyonlarının düşük olduğu saptanmıştır($F=6.855$; $p=.000$ / ($F= 6.298$; $p=.000$) (**Tablo 48**).

Primer tanıya ek olarak metastazı olan hastaların fonksiyonel durumlarının daha fazla etkilenmesi normal bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Jordhoy ve arkadaşları (2001) gastrointestinal sistem kanserli hastaların fiziksel fonksiyonlarının meme ve kadın genital kanseri olan hastalara göre daha iyi olduğu bildirirken (82), Ravasco ve arkadaşları (2004) mide kanserli hastaların özefagus kanserli hastalara göre yaşam kalitelerinin daha kötü olduğunu fakat bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını, kolorektal kanserli hastaların ise baş boyun kanserli hastalara göre yaşam kalitelerinin daha iyi olduğunu belirlemişlerdir (133). Aynı çalışmada hastaların hastalık tanıları ile fonksiyonel alan arasında ilişki olduğu ve baş,

boyun, özefagus ve mide ca'lı hastaların fonksiyonel alanlarının düşük olduğu saptanmıştır (133).

Engel ve arkadaşları (2003) çalışmalarında meme kanserli hastaların rektal kanserli hastalara göre yaşam kalitelerinin daha kötü olduğunu (40), Park ve arkadaşları (2005) mide kanserli hastaların tedavi öncesi dönemde fonksiyonel alanlarının yüksek, global yaşam kalitelerinin ise fonksiyonel alana göre düşük olduğunu belirlemişlerdir (121).

Ravasco ve arkadaşları tarafından (2004) yapılan çalışmada ise hastaların global yaşam kalitelerinin hastalık tanıları ile ilişkili olmadığı saptanmıştır (133).

Brunelli ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan çalışmada özefagus kanserli hastaların emosyonel, fiziksel fonksiyon ve global yaşam kalitelerinin etkilendiği belirlenmiştir (21).

Araştırmada hastaların hastalık süresi ile fonksiyonel durumları değerlendirildiğinde; Z1, Z2 ve Z3 dönemlerinde hastalık süresi 3 ay ve daha kısa olan hastaların fiziksel, rol fonksiyonlarının hastalık süresi 4 ay ve daha uzun olan hastalara göre daha iyi olduğu ancak bu farklılığın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (**Tablo 50**). Hastalık süresi 3 ay ve daha kısa olan hastaların Z3 izlem döneminde emosyonel, sosyal ve bilişsel fonksiyonlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($F= 6.492$; $p=.016$ / $F=5.955$; $p=.020$) (**Tablo 50**).

Meme kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada hastalık süresi ilerledikçe hastaların fonksiyonel alanlarının düşme eğilimi gösterdiği saptanmıştır (17).

Ferrell ve arkadaşları (1995) kanser tanısı aldıktan sonra 5 yıl ve daha uzun süre geçen hastaların yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (48).

Holzner ve arkadaşları (2003) ise hastalık süresinin yaşam kalitesini etkilemeyen bir faktör olduğunu bildirmektedirler (76).

Araştırmada hastaların hastalık evresi ise yaşam kalitesi fonksiyonel alanları değerlendirildiğinde; hastalık evresi II. evre olan hastaların her üç izlem döneminde fiziksel ve sosyal fonksiyonlarının hastalık evresi III. ve IV. evre olan hastalara göre kötü yönde olduğu ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) **(Tablo 52)**. Hastalık evresi üçüncü evre olan hastaların hastalık evresi ikinci evre olan hastalara göre Z2 izlem döneminde global yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir ($F=4.060$; $p=.027$) **(Tablo 52)**.

Ravasco ve arkadaşları (2004) hastaların global yaşam kalitelerinin hastalık evreleri ile ilişkili olduğunu (133), Cella ve arkadaşları(1993) ise hastalık evresi ne olursa olsun hastaların emosyonel fonksiyonlarının düşük olduğunu belirlemişlerdir (28).

Kemoterapi tedavisi başlanan hastaların tedavi sırasında tedavi öncesine göre tüm fonksiyonel alanlarında iyileşme olduğu saptanmıştır **(Tablo 54)**. Bu sonuç hem uygulanan tedavilerin etkili, hem de eğitim sonrasında hastaların tedavi sürecinde meydana gelebilecek semptomlarla başa çıkabildiklerinin göstergesi olabilir. Hastaların kemoterapi protokolleri ile yaşam kalitesi fonksiyonel alanları değerlendirildiğinde ise; Z2 izlem döneminde, gemzar tedavisi alan hastaların UFT + eloxatin tedavisi alan

hastalara göre rol fonksiyonlarının daha yüksek ($F= 3.382$; $p=.021$), Compto+5FU+LV tedavisi uygulanan hastaların ise 5FU+LV tedavisi uygulanan hastalara göre global yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu saptanmıştır($F= 3.579$; $p=.017$) **(Tablo 54)**.

Jordhoy ve arkadaşları (2001) kemoterapi tedavisi alan hastaların kemoterapi tedavisi almayan hastalara göre fonksiyonel durumlarının daha kötü olduğunu belirlemişlerdir (82). Yapılan başka bir çalışmada kemoterapi tedavisine bağlı olarak meydana gelen semptomların bireylerin yaşam kalitesini negatif yönde etkilediği özellikle global yaşam kalitesini azalttığı belirlenmiştir (117).

Araştırmada ailesinde kanserli birey olan hastaların her üç izlem döneminde fiziksel, rol, emosyonel, sosyal ve bilişsel fonksiyonlarının ailesinde kanserli birey olmayanlara göre daha iyi yönde olduğu ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) **(Tablo 56)**. Araştırmada hastaların ailesinde kanser öyküsü olma durumu ile yaşam kalitesi fonksiyonel alanları değerlendirildiğinde; Z2 izlem döneminde ailesinde kanser öyküsü olan hastaların olmayan hastalara göre global yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($F= 5.107$; $p=.031$) **(Tablo 56)**.

4.4.2.Hastaların Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyutları

Araştırmada hastaların üç izlem dönemindeki semptomlar değerlendirildiğinde Z1 izlem döneminde uyku sorunu daha sonra yorgunluk, Z2 izlem döneminde en fazla uyku sorunu ve mali sorun daha sonra

iştahsızlık, Z3 izlem döneminde yine uyku sorunu yaşadıkları belirlenmiştir **(Tablo 29)**.

Tablo 29'da görüldüğü gibi hastaların Z2 ve Z3 izlem dönemindeki yaşadıkları semptom puanlarının Z1 izlem dönemine göre anlamlı olarak azaldığı belirlenmiştir.

4.4.2.1.Hastaların Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyutları Ve Sosyo-Demografik Özellikler

Araştırmada ***öğrenim durumu, en uzun süre yaşadığı yer*** gibi değişkenlerin hastaların tedavi öncesi ve tedavi sonrasında yaşadıkları semptomları etkilemeyen faktörler olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$)**(Tablo 37 ,45)**.

Araştırmada farklı öğrenim düzeyindeki her bir hastanın üç izlem döneminde yaşadıkları semptom sıklığı genel olarak değerlendirildiğinde; 2 ve Z3 izlem döneminde tüm semptomların iyileşme yönünde olduğu belirlenmiştir **(Tablo 37)**. Bu sonuç doğrultusunda araştırmada tedavi öncesinde yorgunluğa yönelik verilen eğitimden farklı öğrenim düzeyinde olan hastaların aynı şekilde yararlandığı söylenebilir.

Steven ve arkadaşları (2001) kemoterapi uygulanan hastaların eğitim düzeyleri ile yaşadıkları semptomlar arasında ilişki olmadığını belirlemişlerdir (159).

Araştırmada ***cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, çalışma durumu, evde birlikte yaşadığı kişiler, sağlık güvencesi*** gibi değişkenlerin hastaların yaşadıkları semptomları etkileyen faktörler olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) **(Tablo 31,33,35,39,41,43,47)**.

Araştırmada hastaların ilk kemoterapi tedavisi öncesinde (Z1) yaşadıkları semptomlar değerlendirildiğinde kadın hastaların en az ağrı, erkek hastaların ise en az diyare semptomunu yaşadıkları belirlenmiştir.

Araştırmada hastaların cinsiyetleri ile yaşadıkları semptomlar değerlendirildiğinde;  izlem döneminde erkek hastaların kadın hastalara göre daha fazla ağrı yaşadığı belirlenirken (**Ağrı**. $F=14.547$; $p=.001$ / $F=5.215$; $p=.029$ / $F=4.391$; $p= .044$) (**Tablo 31**), yapılan çalışmalarda cinsiyetin ağrıyı etkileyen faktör olmadığı belirlenmiştir (142,178).

Araştırmada erkek hastaların  izlem döneminde kadın hastalara göre yorgunluk, bulantı-kusma, dispne, uyku bozukluğu, iştahsızlık semptomlarını daha fazla yaşama eğiliminde olduğu belirlenmiştir. Ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (**Tablo 31**).

Osoba ve arkadaşları (1997) tarafından yapılan çalışmada tedavi öncesi ve tedavi sonrası dönemde yaşanan bulantı – kusma semptomunun cinsiyet ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (117).

Simeit ve arkadaşları (2004) cinsiyetin uyku kalitesini etkileyen faktör olmadığını belirlemişlerdir (152).

Yapılan çalışmalarda ise kadın hastaların erkek hastalara göre daha fazla yorgunluk yaşadığı belirlenirken (35,40,88,92,123), Yeşilbalkan ve arkadaşlarının (2005) alışmalarında cinsiyet ile yaşanan yorgunluk arasında farklılıklar olduğu ve erkek hastaların kadın hastalara göre daha az yorgun oldukları belirlenmiştir (187).

Grond ve arkadaşları (1994) tarafından yapılan çalışmada semptom sıklığı ile cinsiyet arasında çok zayıf ilişki olduğu belirlenmiştir (66).

Yeşilbalkan ve arkadaşları (2004), Steven ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan çalışmalarda kemoterapi uygulanan hastalarda cinsiyet ile yaşanan semptomlar arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir (159,186). Yapılan başka bir çalışmada ise hastaların total semptom puan ortalamaları ile cinsiyet arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir (115).

Araştırmada hastaların yaş grupları ile yaşadıkları semptomlar değerlendirildiğinde; ilk kemoterapi tedavisinden sonraki 10. günde (Z2) 29-39 yaş grubundaki hastaların 40 yaş ve üzerindeki hastalara göre bulantı-kusma semptomunu daha fazla yaşadıkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F= 11.365; p=.002) **(Tablo33)**.

Araştırmada 29-39 yaş grubundaki hastaların daha fazla iştahsızlık yaşadığı ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Bulantı ve kusma yaşayan bireylerde iştahsızlık sorunun meydana gelmesi beklenen bu durumdur. Z2 izlem döneminde bulantı-kusma yaşayan 29-39 yaş grubundaki bireylerin iştahsızlık sorunu daha fazla yaşaması beklenen bir sonuçtur. Ayrıca bu sonucun genç hastalara uygulanan kemoterapi dozuna bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Pater ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise kemoterapi sonrasında yaşanan bulantı-kusmanın yaş ile ilişkili olmadığını belirlemişlerdir (123).

Araştırmada 29-39 yaş grubundaki hastaların 40 yaş ve üzerindeki yaş grubundaki hastalara göre tedavi öncesi dönemde (Z1) en fazla yaşadığı semptomlar, yorgunluk, ağrı, dispne, uyku bozukluğu, ve diyare olduğu

belirlense de bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (**Tablo 33**).

Steven ve arkadaşları (2001), Geum tarafından (2004) yapılan çalışmalarda kemoterapi tedavisi uygulanan hastaların yaşları ile yaşadıkları semptomlar arasında ilişki olmadığı, yapılan başka bir çalışmada ise semptom prevalansı ile yaş arasında zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir (66,115,156) Zabora ve arkadaşları (2001) ise genç hastaların yaşlı bireylere göre daha fazla semptom yaşadıklarını saptamışlardır (189).

Ahlberg ve arkadaşları tarafından (2003) yaş değişkeninin yorgunluğu etkileyen faktör olduğu belirlenmiştir (2). Başka çalışmalarda ise yaşın algılanan yorgunluğu etkileyen faktör olmadığı saptanmıştır (19,81,187).

Rustoen ve arkadaşları (2003), Wells ve arkadaşları (2003) çalışmalarında yaşın ağrıyı etkileyen faktör olmadığını bildirmektedirler (142,178) .

Simeit ve arkadaşları (2004) hastaların uyku kalitesi ile yaşları arasında ilişki olmadığını belirlemişlerdir (152).

Jordhey ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında yaşlı bireylerde iştah kaybı olmasına karşın genç bireylerde ağrının daha fazla olduğunu ancak bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (82).

Yan ve Sellick (2004) 70 yaş ve üzerindeki bireylerin daha fazla semptom yaşadıklarını (185), Yeşilbalkan ve arkadaşları (2004) ise yaşlı bireylerin genç hastalara göre daha fazla psikolojik semptom yaşadıklarını saptamışlardır (186).

Araştırmada evli ve boşanmış hastaların Z2 ve Z3 izlem doneminde Z1 izlem donemine gore yaşanan semptom puanlarının duşme eğiliminde belirlenmiştir (**Tablo 35**).

Araştırmada hastaların medeni durumları ile yaşadıkları semptomlar değerlendirildiğinde; eşinden ayrı olan hastaların kemoterapi tedavisine başlamadan once evli hastalara gore uykusuzluk sorununu ($F= 4.431$; $p=.043$), Z2 izlem doneminde ise konstipasyon semptomunu daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir($F= 4.381$; $p=.044$) (**Tablo 35**).

Sun ve arkadaşları (2005) alışmalarında evli olmayan hastaların evli olan hastalara gore konstipasyon semptomunu daha fazla yaşadıklarını belirlemişlerdir (164).

Simeit ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan çalışmada hastaların medeni durumlarının uyku kalitelerini etkileyen faktor olmadığı belirlenmiştir (152).

Araştırma kapsamına alınan evli hastaların u izlem doneminde yorgunluk puanlarının daha yuksek olduğu ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Araştırmada hastaların u izlem doneminde yaşadıkları bulantı kusma, ağrı, iştahsızlık, diyare semptomları ve ekonomik sorunları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (**Tablo 35**).

Ahlberg ve arkadaşları (2003) evlilik durumunun yorgunluğu belirleyici faktor olduğunu, Sun ve arkadaşları (2005) evli olmayan hastaların evli olan hastalara gore daha az yorgunluk yaşadıklarını belirlemişlerdir(3,164). Bu

noktada hasta bakımında sosyal destek ve bakım vericilerinin rollerinin önemli olduğu görülmektedir (2,164).

Zabora ve arkadaşları (2001) evli olan kanserli hastaların daha az semptom yaşadıklarını belirlemişlerdir (189). Bu sonuç ve araştırma bulguları kanser tanısı ve tedaviye bağlı meydana gelen sıkıntılara karşı koymada sosyal desteğin gücünü göstermektedir.

Sun ve arkadaşları (2005) over kanserli evli olan kadın hastaların evli olmayan hastalara göre bulantı kusma semptomunu daha fazla yaşadıklarını, araştırmada ise evli olan hastaların bulantı ve kusma semptomunu daha fazla yaşama eğiliminde oldukları ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 35) (164).

Araştırmada evli hastaların üç izlem döneminde ağrı semptomunu daha fazla yaşadığı ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 35). Wells ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan çalışmada ise medeni durumun ağrıyı etkileyen faktör olmadığı belirlenmiştir (178).

Sun ve arkadaşlarının (2005) çalışmalarında evli olan hastaların daha az iştahsızlık yaşadığı saptanmıştır (164).

Yeşilbalkan ve arkadaşları (2004) çalışmalarında da hastaların yaşadıkları semptomlar ile medeni durumları arasında bir ilişki olmadığını belirlemişlerdir (186).

Araştırmada hastaların meslekleri ile yaşadıkları semptomlar değerlendirildiğinde; Z3 izlem döneminde serbest çalışan hastaların ev hanımı, memur ve emekli olan hastalara göre bulantı-kusma ve iştahsızlık

yaşadığı belirlenmiştir (**Bulanti-kusma:** $F=5.471$; $p=.004$, **İştahsızlık:** $F=6.870$; $p=.001$). Bulantı yaşayan hastaların iştahsızlık yaşamaları normal bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Araştırmada hastaların tedavi öncesi ve sonrasında yaşadıkları yorgunluk, dispne, uyku bozukluğu, konstipasyon, diyare semptom puanlarının ise mesleklerine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 39).

Yeşilbalkan ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan çalışmada ise hastaların semptom puanları ile meslekleri arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (186).

Araştırmada hastaların çalışma durumları ile yaşadıkları semptomlar değerlendirildiğinde; ilk tedaviden sonraki 10. günde (Z2) çalışmayan hastaların çalışan hastalara göre daha fazla konstipasyon yaşadığı belirlenmiştir ($F= 4.271$; $p=.047$) (**Tablo 41**).

Kemoterapi tedavisi alan kanserli hastalar konstipasyon gelişimi açısından risk altındadırlar. Tedavi sırasında bulantı-kusmayı kontrol altına almak için kullanılan antiemetik ilaçlara bağlı olarak da hastalar bu sorunu yaşayabilirler. Tedaviye bağlı meydana gelen, bulantı, uyku hali gibi semptomlar sıvı besin alımını azaltabilir, buna bağlı meydana gelen kilo kaybı ve halsizlik aktivitenin kısıtlanmasına neden olur. Bunun dışında aşırı kusma ve sıvı elektrolit dengesizlikleri de barsak eliminasyonunu direkt olarak etkileyebilir (154).

Çalışmayan hastalarda yukarıda belirtilen nedenlerin yanında aktivitelerinin çalışan hastalara göre daha az olmasının da bu sonuca yol açabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamındaki çalışmayan hastaların üç izlem döneminde yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, dispne, uyku bozukluğu, iştahsızlık, diyare gibi semptomları çalışan hastalara göre daha fazla yaşama eğiliminde oldukları ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (**Tablo 41**). Çalışan hastaların günlük yaşamlarında daha aktif olmalarına bağlı olarak dikkatlerinin başka yöne çekilmesi nedeni ile bu sonucun normal olacağı söylenebilir.

Rustoen ve arkadaşları (2003) çalışmalarında hastaların çalışma durumlarının yaşadıkları ağrı semptomunu etkilediğini bildirmektedirler (142).

Bower ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan çalışmada ise meme kanserli hastalarda yorgunluğun çalışma durumunu etkileyen faktör olmadığı bildirilmektedir (18).

Yeşilbalkan ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında ise hastaların çalışma durumlarının tedavi sürecinde yaşadıkları semptomları etkilemediği saptanmıştır (186).

Araştırmada hastaların evde birlikte yaşadığı kişiler ile yaşadıkları semptomlar değerlendirildiğinde; Z3 izlem döneminde yalnız yaşayan hastaların eş ve çocukları ile yaşayan hastalara göre daha fazla konstipasyon şikayeti yaşadıkları belirlenmiştir ($F=4.513$; $p=.010$) (**Tablo 43**).

Evde yalnız yaşayan hasta sayısının az olması nedeni ile bu sonucun genellenemeyeceği daha objektif sonuçların elde edilmesi için daha geniş popülasyonlu gruplarla çalışılması gerektiği düşünülmektedir.

Ayrıca bu sonuç tedavi öncesinde hasta ile birlikte eğitime katılan hasta yakınlarının tedaviye bağlı ortaya çıkan semptomlarla hastalarının daha kolay baş etmelerinde destek olmalarının ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Araştırmada evde birlikte yaşanan kişilerin hastaların yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, dispne, uyku bozukluğu, iştahsızlık, diyare semptomlarını etkilemediği belirlenmiştir.

4.4.2.2.Hastaların Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyutları Ve Hastalığa İlişkin Özellikler

Araştırmada ***hastalık tanısı, hastalık süresi, hastalık evresi, uygulanan kemoterapi protokolleri, ailede kanserli birey olma ve kemoterapi dışında ilaç kullanma durumu*** gibi hastalığa ilişkin özelliklerin hastaların yaşadıkları semptomları etkilediği belirlenmiştir ($p<0.05$) **(Tablo 49,51,53,55,57,59)**.

Araştırma grubunu kolon ca, kolon ca+karaciğer met., rektum ca, mide ca, karaciğer ca, ve pankreas ca tanısı konulan hastalar oluşturmaktadır. Değişik kanser tanısı konulan hastaların her birinin üç izlem döneminde yaşadıkları semptomlar genel olarak değerlendirildiğinde; Z2 ve Z3 izlem döneminde azalma gösterme eğiliminde olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada hastaların hastalık tanıları ile yaşadıkları semptomlar değerlendirildiğinde; kolon ca+karaciğer ca tanısı konulan hastaların 2.

kürden sonraki 10.günde (Z3) yorgunluk, bulantı – kusma, ağrı, uyku bozukluğu, iştahsızlık ve diyare semptomlarını diğer hastalara göre anlamlı düzeyde daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir ($p < 0.05$) **(Tablo 49)**.

Literatürde araştırma grubuna benzer gruplarla yapılan çalışmalara ulaşamamıştır. Ancak başka hastalık grupları ile yapılan çalışmalarda hastalık tanısı ve yaşanan semptomlara yönelik şu sonuçlar elde edilmiştir. Birden fazla organ kanseri olan hastaların, meme, kolon, rektal prostat ca'lı hastalara göre daha fazla semptom yaşadığı belirlenmiştir (159). Bu çalışma sonuçları doğrultusunda araştırmadan elde edilen sonuçlara göre metastazı olan hastaların daha fazla semptom yaşaması normal bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Zabora ve arkadaşları (2001) akciğer kanserli hastaların diğer kanser tanısı konan hastalara göre daha fazla semptom yaşadıklarını (189), Jordhey ve arkadaşları (2001) ise gastrointestinal sistem kanserli hastaların aşırı diyare ve daha az konstipasyon semptomunu yaşadıklarını saptamışlardır (82).

Yan ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan çalışmada karaciğer kanserli hastaların daha fazla semptom yaşadığı (185), başka bir çalışmada ise semptom prevalansı ile tümörün yeri arasında ilişki olduğu belirlenmiştir(66).

Simeit ve arkadaşları (2004) uyku kalitesi ile kanser tipi arasında ilişki olduğunu ve özellikle akciğer ve meme kanserli hastaların gastrointestinal, genitoüriner deri kanserli hastalara göre daha fazla uyku sorunu yaşadıkları belirlenmiştir (152).

Rustoen ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan çalışmada deri kanserli hastaların kulak, burun, boyun, akciğer, gastrointestinal ve serviks kanserli hastalardan daha az ağrı, aynı çalışmada meme kanserli kadın hastaların prostat kanserli hastalara göre daha fazla ağrı yaşadıkları belirlenmiştir(142).

Ravasco ve arkadaşlarının (2004) çalışmalarında kolorektal kanserli hastaların diyare semptomunu yaşadıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada baş boyun kanserli hastalarda ise mali sorunların daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada hastaların yaşadıkları ağrı ile hastalık tanıları arasında ilişki olmadığı kolorektal kanserli hastalarda ise bulantı-kusmanın daha fazla olduğu saptanmıştır (133).

Yeşilbalkan ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan çalışmada ise hastalık tanılarının hastaların yaşadıkları semptomlar için belirleyici kriter olmadığı belirlenmiştir (186).

Bu bilgiler doğrultusunda hastalık tanılarına göre hastaların yaşadıkları semptomların değişebildiği, değişik organ metastazı olan hastaların ise primer organ kanseri olan hastalara göre daha fazla semptom yaşadıkları söylenebilir.

Araştırmada hastaların hastalık süresi ile yaşadıkları semptomlar değerlendirildiğinde; Z1 izlem döneminde hastalık süresi 3 ay ve daha kısa olan hastaların daha az iştahsızlık ($F=4.659$; $p=.038$) , Z2 izlem döneminde daha az bulantı kusma ($F=4.962$; $p=.033$), Z3 izlem döneminde ise daha az uyku sorunu ($F=4.904$; $P=.034$) ve mali sorun ($F=6.479$; $P=.016$) yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 51).

Hastaların tedavi öncesi ve tedavi süreci boyunca yaşadıkları yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, dispne, konstipasyon semptom puanlarının hastalık sürelerine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (**Tablo 51**).

Wells ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan çalışmada hastalık süresinin ağrıyı etkileyen faktör olmadığı (178), başka bir çalışmada ise hastalık süresi kısa olan hastaların daha fazla ağrı yaşadıkları saptanmıştır (142).

Araştırmada hastaların hastalık evresi ile yaşadıkları semptomlar değerlendirildiğinde; Z2 izlem döneminde hastalık evresi II. evre olan hastaların hastalık evresi III. ve IV. evre olan hastalara göre daha fazla bulantı - kusma yaşadıkları belirlenmiştir ($F=9.936$; $p=.000$) (**Tablo 53**).

Hastaların tedavi öncesi ve tedavi sürecince yaşadıkları yorgunluk, ağrı, dispne, uyku bozukluğu, iştahsızlık, konstipasyon, diyare semptomlarının hastaların hastalık evrelerine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir($p>0.05$) (**Tablo 53**).

Ravasco ve arkadaşlarının (2004) çalışmalarında hastalık evresi III/IV olan hastaların dispne, uykusuzluk, ve iştahsızlık semptomlarını hastalık evresi I/II olan hastalara göre daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir (133).

Oh'un çalışmasında (2004) ise hastalık evresi ileri evre olan hastaların yaşadıkları semptom sıklığının hastalık evresi daha erken olan hastalara göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (115)

Glaus çalışmasında (1998) hastalık evresi ileri evre olan hastaların yorgunluk düzeylerinin daha yüksek olduğunu, Ahlberg ve arkadaşları (2003)

ise hastalık evresinin yorgunluğu belirleyici faktör olduğunu belirlemiştir (2,61).

Başka bir çalışmada ise hastalık evresi ile hastaların yaşadıkları semptomlar arasında çok zayıf ilişki olduğu belirlenmiştir (66).

Araştırmada hastaların ailesinde kanser öyküsü bulunma durumu ile yaşadıkları semptomlar değerlendirildiğinde; ailesinde kanser öykü bulunan hastaların bulunmayan hastalara göre Z1 izlem döneminde daha az bulantı-kusma ve dispne (**Bulantı kusma:** F= 4.521; p=.041 / **Dispne:** (F= 7.336; p=.011), Z2 izlem döneminde ise daha az yorgunluk yaşadıkları belirlenmiştir(F= 5.612; p=.024) (**Tablo 57**) .

Araştırmada hastaların kemoterapi dışında ilaç kullanma durumları ile yaşadıkları semptomlar değerlendirildiğinde; kemoterapi dışında ilaç kullanmayan hastaların Z2 izlem döneminde daha fazla konstipasyon yaşadıkları belirlenmiştir(F= 4.271. p=.047) (**Tablo 59**).

Araştırmada sadece kemoterapi tedavisi gören hastaların Z2 ve Z3 izlem döneminde yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, dispne, uyku bozukluğu, iştahsızlık, diyare gibi semptomları daha fazla yaşadıkları ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir(p>0.05)

4.5.Hastaların Yorgunluk Ve Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki

Araştırmada hastaların yaşadıkları yorgunluk ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; Z1 izlem döneminde total yorgunluk puanları ile tüm fonksiyonel alanlar arasında negatif yönde ilişki olduğu ve özellikle de total yorgunluk ile fiziksel fonksiyonlar arasında (r=-.52; p<0.001) negatif ve orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 60).

Monga ve arkadaşları (1999) yorgunluk puanı ile fiziksel iyilik arasında negatif ilişki, Bower ve arkadaşları (2000) ise yorgunluk ile fiziksel fonksiyon ($r=.44$) ve emosyonel iyilik ($r=.59$) arasında ilişki olduğunu belirlemişlerdir (18,104).

Hastaların Z3 izlem döneminde ise total yorgunluk puanı ile sosyal fonksiyonları ($r=-.77$; $p<0.001$) arasında negatif yönde ve yüksek düzeyde, ağrı semptomu ($r=.63$; $p<0.001$) ile orta düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 60).

Monga ve arkadaşları (1999) tarafından hastalık yorgunluk puanları ile yaşam kaliteleri arasında negatif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir (104).

Ahlberg (2003) ve arkadaşları yorgunluk ve yaşam kalitesi arasında ilişki olduğunu (2), Magnusson ve arkadaşları (1999) ise yorgunluğun hastaların yaşamlarını negatif yönde sınırladığını ve yaşam kalitelerini bozduğunu belirlemişlerdir (95). Yapılan başka çalışmalarda ise yorgunluğun yaşam kalitesi üzerinde negatif etki yarattığı saptanmıştır (47,155,160,174).

Ferrell ve arkadaşları (1996) yorgunluğun yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu ve hastaların fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal boyutlarını etkilediğini(47), başka bir çalışmada ise yorgunluk yaşayan hastaların sosyal aktivitelerinin azaldığı belirlenmiştir (95).

Meme kanserli hastalarda yorgunluğun ağrı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (18).

Sonuç olarak yorgunluğun hastaların tüm fonksiyonel alanlarını ve yaşadıkları semptomları etkilediği söylenebilir.

4.6.Yorgunluk Puanı Ve Üzerinde Olan Hastalara Yönelik Bulgular

Araştırmada 35 hastadan 5 hastanın yorgunluk puanları 4 puan ve üzerinde belirlenmiş olup bu hastalarda NCCI'in yorgunluk tanılama algoritminde belirtildiği gibi yorgunluğa neden olan faktörler değerlendirilmiştir. Hastaların Z2 izlem döneminde yorgunluk puanlarının Z1 izlem dönemine göre yüksek olduğu ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, Z3 izlem döneminde ise Z1 izlem dönemine göre anlamlı olarak azaldığı belirlenmiştir (Grafik 23).

Hastalarda yorgunluğa neden olan faktörlerde ağrı üç izlem süresince değerlendirilmiş ve ağrı puanlarının azalma eğiliminde olduğu belirlenmiştir. Ancak bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonucun hasta sayısının çok az olmasından ve sonucun genellenemeyeceği düşünülmüştür. Hasta sayısının 5 olması nedeni ile yorgunluk ile ağrı puanları arasında korelasyon bakılamamıştır.

Arathuzik (1991) meme kanserli hastaların %74'ünün yaşadıkları ağrıya bağlı olarak yorgunluk hissettiklerini, Irvine ve arkadaşları (1994) ise ağrı ile yorgunluk arasında ilişki olduğunu belirlemişlerdir (8,78).

Kanserli hastalarda depresyon, inançlar, tutumlar kansere bağlı yorgunluğun meydana gelmesinde önemli rol oynayabilmektedir (37,80,107). Hastaların kanser tanısı ile ilgili korku ve emosyonel stres yorgunluğu tetikleyebilmektedir (107). Depresyon sorunu olan hastalar (ilgide azalma, konsantre olmada zorlanma, mental ve fiziksel güçsüzlük, umutsuzluk duyguları) fiziksel nedenlerden kaynaklanan yorgunluğu daha kötü yaşayabilmektedirler (107).

Araştırmada yorgunluk puanı 4 puanın üzerinde olan hastalarda üç izlem boyunca depresyon durumları değerlendirilmiştir. Hastaların eğitim sonrasındaki dönemlerde özellikle Z3 izlem döneminde depresyon puanlarının anlamlı olarak azaldığı belirlenmiştir. Hasta sayısının az olması nedeni ile depresyon ve yorgunluk arasında ilişki bakılamamıştır.

Knoff, Mc Corkle ve Young, Piper ve arkadaşları yorgunluk ve deprese ruh hali arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Weisman psiko-sosyal hassasiyet ve yorgunluk gibi sistematik problemler arasında ilişki olduğunu saptamıştır (79). Holey çalışmasında (1991) yorgunluk ve depresyon arasında ilişki olmadığını belirlemiştir (73).

Araştırmada hastaların depresyon ve yorgunluk arasındaki ilişki değerlendirilememesine karşın yapılan çalışmalar depresyon gibi psiko-sosyal rahatsızlıkların kanserli hastalardaki yorgunluk çalışmalarında göz önünde bulundurulması gereken önemli bir değişken olduğunu göstermektedir (79).

Yorgunluk puanı yüksek olan hastalarda uyku kalitesi değerlendirilmiştir. Hastaların eğitim sonrasında Z2 ve Z3 izlem dönemlerinde uyku kalitelerinin Z1 izlem dönemine göre azaldığı ancak bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Broeckel ve arkadaşları (1998) , Irvine ve arkadaşları (1994) meme kanserli hastalardaki uyku sorunlarının yüksek düzeydeki yorgunluk ile ilişkili olduğunu bildirmektedirler (19,78). Berger ve arkadaşları (2003) tedavinin 1.küründe uygulanan uyku geliştirme programının daha sonraki kürlerde hastaların yorgunluk puanını azalttığını belirlemişlerdir (14).

Araştırmada yorgunluk puanı 4 puandan daha yüksek olan hastalarda yorgunluğa neden olan diğer faktörlerden beslenme, aktivite durumları da değerlendirilmiş ve Z2 ve Z3 izlem dönemlerinde beslenme ve aktivite durumlarının iyileşme yönünde olduğu ancak hasta sayısı az olduğu için genellemeyeceği düşünülmektedir. Ayrıca hasta sayısı yetersiz olduğu için yorgunluk ile beslenme, aktivite durumları ve anemi arasındaki ilişki değerlendirilememiştir.

Yorgunluk ve anemiye ilişkin birçok çalışmada yorgunluk ve anemi ilişki olmadığı belirlenmiştir (27,147,157)

Araştırmada yorgunluk puanı yüksek olan (≥ 4) hastaların kanser dışında herhangi bir kronik hastalığının olmadığı belirlenmiştir.

BÖLÜM V

SONUÇLAR

Gastrointestinal sistem kanseri tanısı nedeni ile ilk kez kemoterapi tedavisi uygulanan hastalarda etkin hemşirelik eğitiminin hastaların yorgunluk ve yaşam kaliteleri üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

5.1.Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri

- Araştırmada hastaların yaşadıkları yorgunluk ve ağrı semptomlarını değerlendirmek için kullanılan BAE ve BAE'nin geçerli ve güvenilir araçlar olduğu belirlenmiştir.

5.2.Sosyo Demografik Özellikler

- Araştırma örneklemini oluşturan hastaların % 57.1'nin erkek, %88.6'nın 40 yaş ve üzeri grupta , %31.4'nün emekli, %80'nin çalışmadığı, % 77'nin eş ve çocukları ile yaşadığı belirlenmiştir.

5.3.Hastalığa İlişkin Özellikler

- Araştırma örnekleminin çoğunluğunun kolon kanseri (% 51.4) tanısı konan, 3 ay ve daha kısa süredir (% 57.1) kanser tanısı ile izlenen, % 65.7'nin hastalık evresi dördüncü evre olan, %37.1'nin Compto+5FU+LV kemoterapi protokolü uygulanan, % 71.4'nün ailesinde kanser öyküsü olmayan hastalardan oluştuğu belirlenmiştir.
- Hastaların büyük bir çoğunluğunun (% 60) kendilerini yorgun hissettikleri belirlenmiştir (**Tablo 9**).

- Araştırmaya katılan hastaların % 47.4' ünün yatarak + televizyon izleme şeklinde günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayarak, % 23.8'nin dengeli beslenmeye çalışarak ve % 9.6 gibi düşük bir oranda egzersiz yaparak yaşadıkları yorgunluk şikayetini azaltmaya çalıştıkları belirlenmiştir (**Tablo 9**).

5.4.Hastaların Yorgunluk Düzeyleri

- Araştırmada hastaların Z1 izlem dönemindeki yaşadıkları yorgunluğun Z2 (t=9.10, p< 0.05) ve Z3 izlem döneminde (t=11.08, p< 0.05) azaldığı belirlenmiştir (Tablo 11).

5.5.Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamaları

- Araştırma kapsamına alınan hastaların ilk kemoterapi öncesi (Z1) ve diğer izlem dönemlerindeki (Z2, Z3), total yorgunluk ve diğer dört alt boyut (davranış/şiddet, duygusal, duygulanım ve bilişsel/ruhsal) puan ortalamalarının Z2 ve Z3 izlem dönemlerinde Z1 dönemine göre anlamlı olarak azaldığı belirlenmiştir (Grafik 4-7) (Tablo 12).
- Araştırma kapsamındaki hastaların yorgunluğa bağlı olarak Z1 izlem döneminde en çok duygusal ve davranış/şiddet fonksiyonlarının, Z2 ve Z3 izlem döneminde ise en çok bilişsel/ruhsal fonksiyonlarının en az ise davranış/şiddet fonksiyonlarının etkilendiği belirlenmiştir (Tablo 12).

5.5.1.Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamaları Ve Sosyo-Demografik Özellikleri

- Araştırmada hastaların **yaş, öğrenim durumu, meslek, çalışma durumu ve sağlık güvencesi** gibi bireysel özelliklerinin algılanan

yorgunluğu etkilemeyen faktörler olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$) **(Tablo 15,17,18,19,22)**.

- Araştırmada hastaların *cinsiyet, medeni durum, evde birlikte yaşadığı kişiler ve en uzun yaşadıkları yer gibi* özelliklerinin algılanan yorgunluğu etkilediği belirlenmiştir ($p<0.05$) **(Tablo 14,16,20,21)**.
- İkinci kürden sonraki 10.günde erkek hastaların yorgunluğa bağlı olarak davranış/şiddet fonksiyonlarının daha fazla etkilendiği belirlenmiştir ($F=4.361$; $p=.045$) **(Tablo 14)**.
- Boşanmış olan hastaların tedaviden sonraki dönemlerde özellikle Z2 izlem döneminde yorgunluğa bağlı duysal fonksiyonlarının anlamlı olarak daha fazla etkilendiği belirlenmiştir ($F=4.935$; $p=.033$) **(Tablo 16)**.

5.5.2.Hastaların Subjektif Yorgunluk Algılamaları Ve Hastalığa İlişkin Özellikleri

- Araştırmada hastaların *hastalık tanısı, hastalık süresi, hastalık evresi, uygulanan kemoterapi protokolleri ve kemoterapi dışında ilaç kullanma durumu* gibi hastalığa ilişkin özelliklerinin algılanan yorgunluğu etkilediği belirlenmiştir ($p<0.05$) **(Tablo 23, 24,25,26,28)**.
- İlk kemoterapi tedavisinden önce (Z1) kolon ca+karaciğer met. tanısı konulan hastaların rektum ca tanısı konulan hastalara göre total yorgunluk puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($F=3.554$; $p=.013$) **(Tablo 23)**.

- Kemoterapi tedavisinden önceki dönemde (Z1) hastalık süresi 4 ay ve daha uzun olan hastaların hastalık süresi 3 ay ve daha kısa olan hastalara göre total yorgunluk puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (F = 6.087; p = .019) (**Tablo 24**).
- Araştırmada hastalık süresi 4 ay ve daha uzun olan hastaların 2. kürden sonraki 10. günde (Z3) yorgunluğa bağlı olarak davranış/şiddet (F=7.350; p=.001) ve duygusal (F=15.208; p=.000) etkilenme düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 24).
- Hastalık evresi II. evre olan hastaların ilk kemoterapi tedavisi başlamadan önce (Z1) yorgunluğa bağlı duygusal etkilenme düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (F=3.488; p=.043) (Tablo 25)
- Araştırmada Gemzar tedavisi uygulanan hastaların Compto+ 5FU+LV uygulanan hastalara göre yorgunluktan etkilenme düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (F=2.877; p=.040) (Tablo 26).
- Araştırmada kemoterapi dışında ilaç kullanmayan hastaların tedavi öncesi dönemde (Z1) total yorgunluk puanlarının (F=4.576; p=.040) ve duygusal etkilenme düzeylerinin (F=4.576; p=.040) yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 28).

5.6.Hastaların Yaşam Kaliteleri

5.6.1.Hastaların Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alanları

- Araştırmada Z2 ve Z3 izlem dönemlerinde Z1 dönemine göre hastaların fonksiyonel alanlarının yükseldiği belirlenmiştir.

5.6.1.1.Hastaların Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alan Alt Boyutları ve Sosyo-Demografik Özellikler

- Araştırmada hastaların *yaş, medeni durum, ve çalışma durumu* gibi bireysel özelliklerin fonksiyonel durumlarını belirleyici kriter olmadığı belirlenmiştir($p>0.05$) (Tablo 32,34,40).
- Araştırmada *cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, evde birlikte yaşadığı kişiler, yaşadığı yer, sağlık güvencesi* gibi bireysel özelliklerin hastaların fonksiyonel alanlarını etkilediği belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 30,36,38,42,44,46).
- Araştırmada kadın hastaların özellikle Z1 ve Z3 izlem döneminde sosyal fonksiyonlarının, Z2 izlem döneminde global yaşam kalitelerinin erkek hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($F=5.446$; $p=.026$ / $F=8.161$; $p=.007$) (**Tablo 30**).
- Araştırma kapsamına alınan hastaların fonksiyonel durumları ile öğrenim düzeyleri arasında negatif bir ilişki olduğu özellikle Z1 izlem döneminde üniversitesi mezunu olan hastaların ilkokul ve ortaokul mezunu hastalara göre global yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirlenmiştir ($F= 8.109$; $p=.000$) (**Tablo 36**).
- Araştırma örneğine alınan ev hanımı olan hastaların Z1 izlem döneminde sosyal fonksiyonlarının Z2 izlem döneminde de global yaşam kalitelerinin serbest meslek grubundaki hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($F= 3.682$; $p=.022$ / ($F= 5.373$; $p=.004$) (**Tablo 38**).

- İlk kemoterapi tedavisinden önce (Z1) çocukları ile yaşayan hastaların eş+çocukları ile yaşayan hastalara göre emosyonel fonksiyonlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (F= 3.529; p=.026) **(Tablo 42)**.
- Araştırmada Z2 izlem döneminde ilde yaşayan hastaların ilçede yaşayan hastalara göre rol fonksiyonlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir(F= 4.808; p=.015) **(Tablo 44)**.

5.6.1.2.Hastaların Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alan Alt Boyutları ve Hastalığa İlişkin Özellikler

- Araştırmada hastaların **kemoterapi dışında ilaç kullanma durumunun** hastaların fonksiyonel alanlarını etkilemeyen faktör olduğu belirlenmiştir(p >0.05) **(Tablo 58)**..
- Araştırmada **hastalık tanısı, hastalık süresi, hastalık evresi, kemoterapi protokolleri, ailede kanserli birey olma durumu** gibi hastalığa ilişkin özelliklerin hastaların yaşam kalitesinin fonksiyonel alanlarını etkilediği belirlenmiştir(p<0.05) (Tablo 48,50,52,54,56).
- Araştırmada karaciğer ca'lı hastaların pankreas ca'lı hastalara göre Z2 izlem döneminde fiziksel fonksiyonlarının daha iyi (F= 2.615; p=.045), Z1 izlem döneminde kolon ca'lı hastaların pankreas ca 'lı hastalara göre sosyal fonksiyonlarının yüksek (F= 2.985; p=.027), Z3 izlem döneminde kolon ca'lı hastaların kolon ca+karaciğer metastaslı hastalara göre global yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir (F= 2.740. p=.038) **(Tablo 48)** .

- Araştırmada kolon ca+karaciğer metastaslı hastaların diğer hastalık tanısı konulan hastalara göre Z3 izlem döneminde rol ve bilişsel fonksiyonlarının düşük olduğu belirlenmiştir (F=6.855; p=.000 / (F= 6.298; p=.000) **(Tablo 48)**.
- Hastalık süresi 3 ay ve daha kısa olan hastaların Z3 izlem döneminde emosyonel, sosyal ve bilişsel fonksiyonlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (F= 6.492; p=.016/ F=5.955; p=.020) **(Tablo 50)**.
- Hastalık evresi III: evre olan hastaların hastalık evresi II. evre olan hastalara göre Z2 izlem döneminde global yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir (F= 4.060; p=.027) **(Tablo 52)**.
- Araştırmada Z2 izlem döneminde, gemzar tedavisi alan hastaların UFT + eloxatin tedavisi alan hastalara göre rol fonksiyonlarının daha yüksek (F= 3.382; p=.021), Compto+5FU+LV tedavisi uygulanan hastaların ise 5FU+LV tedavisi uygulanan hastalara göre global yaşam kalitelerinin daha iyi yüksek olduğu belirlenmiştir (F= 3.579; p=.017) **(Tablo 54)**.
- Araştırmada Z2 izlem döneminde ailesinde kanser öyküsü olan hastaların olmayan hastalara göre global yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (F= 5.107; p=.031) **(Tablo 56)**.

5.6.2.Hastaların Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyutları

- Hastaların Z2 ve Z3 izlem dönemindeki yaşadıkları semptom puanlarının Z1 izlem döneminde göre anlamlı olarak azaldığı belirlenmiştir.

5.6.2.1.Hastaların Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyutları Ve Sosyo-Demografik Özellikler

- Araştırmada **öğrenim durumu, en uzun süre yaşadığı yer** gibi değişkenlerin hastaların tedavi öncesi ve tedavi sonrasında yaşadıkları semptomları etkilemeyen faktörler olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$)(**Tablo 37 ,45**).
- Araştırmada **cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, çalışma durumu, evde birlikte yaşadığı kişiler, sağlık güvencesi** gibi değişkenlerin hastaların yaşadıkları semptomları etkileyen faktörler olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (**Tablo 31,33,35,39,41,43,47**).
- Araştırmada üç izlem döneminde erkek hastaların kadın hastalara göre daha fazla ağrı yaşadığı belirlenmiştir (**Ağrı**: $F=14.547$; $p=.001$ / $F=5.215$; $p=.029$ / $F=4.391$; $p=.044$) (**Tablo 31**).
- Araştırmada ilk kemoterapi tedavisinden sonraki 10. günde (Z2) 29-39 yaş grubundaki hastaların 40 yaş ve üzerindeki hastalara göre bulantı-kusma semptomunu daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir ($F= 11.365$; $p=.002$) (**Tablo33**).
- Araştırmada eşinden ayrı olan hastaların kemoterapi tedavisine başlamadan önce evli hastalara göre uykusuzluk sorununu ($F= 4.431$; $p=.043$), Z2 izlem döneminde ise konstipasyon semptomunu daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir($F= 4.381$; $p=.044$) (**Tablo 35**).
- Araştırmada Z3 izlem döneminde, serbest çalışan hastaların ev hanımı, memur ve emekli olan hastalara göre daha fazla bulantı-kusma ve

iştahsızlık yaşadığı belirlenmiştir (**Bulantı-kusma**: $F=5.471$; $p=.004$, **İştahsızlık**: $F=6.870$; $p=.001$).

- Araştırmada Z2 izlem döneminde; çalışmayan hastaların çalışan hastalara göre daha fazla konstipasyon yaşadığı belirlenmiştir ($F=4.271$; $p=.047$) (**Tablo 41**).
- Araştırmada 2.kürden sonraki 10. günde (Z3) yalnız yaşayan hastaların eş ve çocukları ile yaşayan hastalara göre daha fazla konstipasyon yaşadığı belirlenmiştir ($F=4.513$; $p=.010$) (**Tablo 43**).

5.6.2.2.Hastaların Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyutları Ve Hastalığa İlişkin Özellikler

Araştırmada ***hastalık tanısı, hastalık süresi, hastalık evresi, uygulanan kemoterapi protokolleri, ailede kanserli birey olma durumu ve kemoterapi dışında ilaç kullanma durumu*** gibi hastalığa ilişkin özelliklerin hastaların yaşadıkları semptomları etkilediği belirlenmiştir($p<0.05$) (Tablo 49,51,53,55,57,59).

- Araştırmada farklı kanser tanısı konulan hastaların her birinin üç izlem döneminde yaşadıkları semptomların Z2 ve Z3 izlem döneminde azalma gösterme eğiliminde olduğu belirlenmiştir.
- Araştırma grubundaki kolon ca+karaciğer tanısı konulan hastaların 2. kürden sonraki 10.günde (Z3) yorgunluk, bulantı – kusma, ağrı, uyku bozukluğu, iştahsızlık ve diyare semptomlarını diğer hastalara göre daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir ($p< 0.05$) (**Tablo 49**).
- Araştırmada Z1 izlem döneminde hastalık süresi 3 ay ve daha kısa olan hastaların daha az iştahsızlık ($F=4.659$; $p=.038$) , Z2 izlem döneminde

daha az bulantı kusma ($F=4.962$; $p=.033$), Z3 izlem döneminde ise daha az uyku sorunu ($F=4.904$; $P=.034$) ve mali sorun ($F=6.479$; $p=.016$) yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 51).

- Araştırmada Z2 izlem döneminde, hastalık evresi II. evre olan hastaların hastalık evresi III. ve IV. evre olan hastalara göre daha fazla bulantı - kusma yaşadıkları belirlenmiştir ($F=9.936$; $p=.000$) **(Tablo 53)**.
- Ailesinde kanser öykü bulunan hastaların bulunmayan hastalara göre Z1 izlem döneminde daha az bulantı-kusma ve dispne (***Bulantı kusma:*** $F= 4.521$; $p=.041$ / ***Dispne:*** ($F= 7.336$; $p=.011$), Z2 izlem döneminde ise daha az yorgunluk yaşadıkları belirlenmiştir ($F= 5.612$; $p=.024$) **(Tablo 57)** .
- Kemoterapi dışında ilaç kullanmayan hastaların Z2 izlem döneminde daha fazla konstipasyon yaşadıkları belirlenmiştir ($F= 4.271$. $p=.047$) **(Tablo 59)**.

5.7.Hastaların Yorgunluk Ve Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki

- Araştırmada Z1 izlem döneminde, hastaların total yorgunluk puanları ile tüm fonksiyonel alanları arasında negatif yönde ilişki olduğu ve özellikle de total yorgunluk ile fiziksel fonksiyonlar arasında ($r=-.52$; $p<0.001$) negatif ve orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 60).
- Hastaların Z3 izlem döneminde ise total yorgunluk puanı ile sosyal fonksiyonları ($r=-.77$; $p<0.001$) arasında negatif ve yüksek düzeyde,

ağrı semptomu ($r=.63$; $p<0.001$) ile orta düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 60).

5.8.Yorgunluk Puanı 4-10 Puan Olan Hastalara Yönelik Bulgular

(n=5)

- Araştırmada 35 hastadan 5 hastanın yorgunluk puanları 4 puan ve üzerinde bulunmuştur
- Yorgunluk ve neden olan faktöre yönelik yapılan eğitimler sonrasında hastaların yorgunluk puanlarının anlamlı olarak azaldığı belirlenmiştir
- Hastaların Z2 ve Z3 izlem dönemlerinde ağrı puanlarında azalma olduğu ancak bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.
- Hastaların Z3 izlem döneminde Z1 izlem dönemine göre depresyon puanlarının anlamlı olarak azaldığı belirlenmiştir ($z=11.826$; $p=.047$).
- Hastaların Z2 ve Z3 izlem dönemlerinde uyku kalite (düşük puan iyi uyku kalitesi) puanlarında azalma olduğu ancak bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.
- Hastaların Z2 ve Z3 izlem döneminde beslenme ve aktivite durumlarındaki değişmenin iyileşme yönünde olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların kanser dışında başka kronik hastalığı olmadığı belirlenmiştir.
- Hasta sayısının yetersiz olması ($n=5$) olması nedeni ile hastaların yorgunluk ile ağrı, ruhsal sorunlar, uyku sorunları, beslenme, aktivite, anemi durumları arasındaki ilişki değerlendirilememiştir.

ÖNERİLER

Gastrointestinal sistem kanseri tanısı nedeni ile ilk kez kemoterapi tedavisi uygulanan hastalarda etkin hemşirelik eğitiminin hastaların yorgunluk ve yaşam kaliteleri üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Gastrointestinal sistem kanser tanısı konmuş hastaların kemoterapi tedavisinden önce, tedavi süresince ve tedavi sonrasında yorgunluk düzeylerinin ve yorgunluğu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi
- Gastrointestinal sistem kanserli hasta ve ailelerinin hastalık ve tedavi sürecine bağlı olarak meydana gelebilecek yorgunluk semptomu ve yorgunluğa neden olduğu düşünülen faktörlerle baş etmesi, gerekirse davranış değişikliği yapması için bireyselleştirilmiş eğitim programlarının hazırlanması ve hasta ve ailesinin bu konuda cesaretlendirilmesi
- Gastrointestinal sistem kanseri tanısı konmuş hastaların tedavilerinin her aşamasında Türkçe'ye uyarlanmış, geçerli ve güvenilir araçlar ile yorgunluklarının değerlendirilmesi
- Farklı kanser gruplarında yorgunluk ve yorgunlukla ilişkili çalışmaların yapılması
- Daha geniş popülasyonlu hasta gruplarında yorgunluğa neden olan faktörlerle yorgunluk arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaların yapılması önerilebilir.

BÖLÜM VI

KEMOTERAPİ UYGULANAN HASTALARDA EĞİTİMİN YORGUNLUK DÜZEYİNE VE YAŞAM KALİTESİNE OLAN ETKİSİNİN İNCELENMESİ

ÖZET

Tanımlayıcı ve yarı deneysel olarak planlanan araştırma 15 Mart 2004 - 15 Mayıs 2005 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tülay Aktaş Onkoloji Ve Kemik İliği Transplantasyon hastanesinin ayaktan kemoterapi ünitesinde gastrointestinal sistem (kolon, mide, karaciğer, rektum, pankreas) kanser tanısı nedeni ile ayaktan kemoterapi tedavisine yeni başlayan,araştırmanın sınırlılıklarına uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarda hemşirelik eğitiminin yorgunluk ve yaşam kalitesine olan etkisini incelemek amacı ile yapılmıştır. Araştırmada NCCN'in yorgunluk tanılama algoritmine göre yorgunluk tanılması ve gerekli girişimler uygulanmıştır. Araştırma örneklemini toplam 35 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın yürütülebilmesi için kurumdan yazılı araştırmaya katılan hastalardan da yazılı izinleri alınmıştır.

Araştırmanın verileri, hasta tanıtım formu, Brief Yorgunluk Envanteri, Piper Yorgunluk ve EORTC-QLQ C-30 yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak kemoterapi öncesinde (Z1), 1.kürden sonraki 10.gün (Z2) ve 2.kürden sonraki 10.gün (Z3) olmak üzere toplam üç kez toplanmıştır. Yorgunluk puanı 4 ve üzerinde olan hastalarda yorgunluğa neden olan faktörleri belirlemek için BAE; BDÖ, PUKİ, PG-SGA, ECOG PDÖ, anemi değerlendirme formu

kullanılmıştır. Araştırmada yorgunluk puanı 0 veya 1-3 puan olan hasta ve ailelerine yorgunluk yönetimine ilişkin hazırlanan eğitim kitapçığı ile, yorgunluk puanı 4 puan üzerinde olan hastalarda ise neden olan faktöre yönelik hazırlanan eğitim kitapçıkları ile eğitim yapılmıştır. Araştırmanın verilerinin değerlendirilmesinde; tekrarlayan ölçümlerde tek yönlü varyans analizi, t testi, varyans analizi, friedman , wilcoxon , tuckey post hoc testi kullanılmıştır.

Araştırma kapsamındaki hastaların eğitim sonrasındaki (Z2 ve Z3) dönemlerde Z1 izlem dönemine göre hastaların total yorgunluk puanlarının azaldığı, yaşam kalitesi fonksiyonel alanlarının yükseldiği, Z1 izlem döneminde yaşadıkları semptomların azaldığı belirlenmiştir. Hastaların yaş, öğrenim durumu, meslek, çalışma durumu ve sağlık güvencesi gibi bireysel özelliklerinin ve hastalık tanısı, hastalık süresi, hastalık evresi, uygulanan kemoterapi protokolleri ve kemoterapi dışında ilaç kullanma durumunun algılanan yorgunluğu etkilemediği saptanmıştır.

Hastaların yaş, medeni durum, ve çalışma durumu, kemoterapi dışında ilaç kullanma durumunun hastaların fonksiyonel alanlarını etkilemediği belirlenmiştir. Hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, çalışma durumu, evde birlikte yaşadığı kişiler, sağlık güvencesi, hastalık tanısı, hastalık süresi, hastalık evresi, uygulanan kemoterapi protokolleri, ailede kanserli birey olma ve kemoterapi dışında ilaç kullanma durumunun hastaların yaşadıkları semptomları etkileyen faktörler olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada 35 hastadan 5 hastanın yorgunluk puanlarının 4 puan ve üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Gastrointestinal sistem kanseri konmuş hastaların kemoterapi tedavisinden önce, tedavi süresince ve tedavi sonrasında yorgunluk düzeylerinin ve yorgunluğu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, hasta ve ailelerine yönelik bireyselleştirilmiş eğitim programlarının hazırlanması ve uygulanması önerilmiştir.



ABSTRACT

STUDYING THE AFFECT OF TRAINING PROVIDED FOR CHEMOTHERAPY PATIENTS ON THE LEVEL OF FATIGUE AND QUALITY OF LIFE

This descriptive and semi-experimental research was carried out in order to determine the affect of nursing training on fatigue and quality of life on patients who met the limits of the research and accepted to participate in the study and whose outpatient chemotherapy associated with diagnose of gastrointestinal system (colon, stomach, lever, rectum, and pancreas) has just started at outpatient chemotherapy unit of Tülay Aktaş Oncology and Bone Marrow Transplantation Hospital Of Ege University Medical Faculty between the dates of 15 March 2004 and 15 May 2005. In the research assessment of fatigue according to NCCN's fatigue assesment algorithm and necessary interventions were used. Total 35 patients comprised the sampling of the research. For conducting the research written consents from both institute and the patients participating in study were obtained.

Research data were collected three times; prior to chemotherapy (T1), 10 days after the first cure (T2) and 10 days after the second cure (T3) by using a Patient Identification Form, Brief Fatigue Inventory, Piper Fatigue Scale, EORTC- QLQ C-30 quality of life scale. In order to determine the factors causing fatigue in patients whose fatigue scores are 4 and over, Brief Pain Inventory, Beck Depression Scale, Pittsburg Sleep Quality Index, Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA), ECOG , anemia

assessment form was used. In the research for the patients and families that received 0 and 1-3 fatigue scores training was given with a training booklet which was developed related to fatigue management and for the patients whose fatigue scores are 4 and over, it was provided with a booklet which was developed related to the factors causing fatigue. In the assessment of research findings, one-way variance analysis, t test, variance analysis, Friedman, Wilcoxon , tuckey post hoc tests were used in the repeated measurements.

It was detected that of the patients included in the scope of research, total fatigue scores decreased during post-training periods (T2 and T3) compared to T1 period, quality of life functional domains increased and the symptoms they experienced during T1 observation period reduced. It was determined that patients' personal characteristics such as age, education level, occupation, employment status and social security and diagnose, duration of disease, chemotherapy protocols applied and use of medicine out of chemotherapy did not affect perceived fatigue.

It was identified that patients' age , marital status, and employment status, using medicine out of chemotherapy did not have any influence on their functional domains .Whereas, patients' gender, age, marital status, occupation, employment status, individuals that they reside with at home, social security, diagnose of disease, duration of the disease, stage of disease, chemotherapy protocols applied, whether there is another person with cancer at home, using medicine, out of chemotherapy were the factors affecting symptoms experienced by patients.

In the research fatigue scores of 5 out of 35 patients were 4 and above.

Assessing the prior to chemotherapy treatment, during treatment and after treatment fatigue levels of patients who received diagnose of gastrointestinal system cancer and the factor affecting fatigue, preparing and applying individualized training programs toward patients and their families is recommended.



BÖLÜM VII

YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Ağargün M.Y.,Kara H., Anlar Ö.(1996) Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliliği ve Güvenirliği, Türk Psikiyatri Dergisi , 7(2), pp: 107-115.
2. Ahlberg K, Ekman T, Gaston-Johansson F. (2005) Fatigue, Psychological Distress, Coping Resources, And Functional Status During Radiotherapy For Uterine Cancer.**Oncol Nurs Forum**, May 10;32(3):633-40.
3. Ahlberg K., Ekman T., Gaston J., Mock V. (2003) Assessment And Management Of Cancer-Related Fatigue In Adults; Published On Line May 7,[http:// image.thelancet. com / extras / 02art6023web.pdf](http://image.thelancet.com/extras/02art6023web.pdf) .
4. Akdemir N. (2003) Kanser Tedavileri Ve Hemşirelik Bakımı, **İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı**, 1. Baskı, İstanbul, pp:265.
5. Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Yamawaki S, Uchitomi Y.(1999) Fatigue And Its Associated Factors In Ambulatory Cancer Patients: A Preliminary Study.**J Pain Symptom Manage.**,Jan;17(1):42-8.
6. Anderson K.O ve ark. (2003) Fatigue and Sleep Disturbance in Patient with Cancer, Patients with Clinical Depression, and Community-Dwelling Adults, **Journal of Pain And Symptom Management** ,25(4), pp: 307-318.
7. Andrykowski MA, Curran SL, Lightner R. (1998) Off-Treatment Fatigue In Breast Cancer Survivors: AControlled Comparison.**J Behav Med.** Feb;21(1):1-18.

8. Arathuzik D.(1991) Pain Experience For Metastatic Breast Cancer Patients. Unraveling The Mystery.**Cancer Nurs.** Feb;14(1):41-8.
9. Baykul Y.(2000) **Eğitimde Ve Psikolojide Ölçme**, Klasik Test Teorisi Ve Uygulaması, ÖSYM Yayınları, Ankara,141-199/201-223.
10. Beach P., Siebeneck B., Buderer N.F., Ferner T. (2001) Relationship Between Fatigue And Nutritional Status In Patients Receiving Radiation Therapy To Treat Lung Cancer, **Onc.Nurs. Forum** , 28 (6),pp:1027-31.
11. Beck S.I., Falkson G.(2001)Prevalence and Management of Cancer Pain In South Africa, **Pain**, pp:75-84.
12. Beger A. (2003) Treating Fatigue In Cancer Patients , **The Oncologist**; 8 (1), pp:10-4.
13. Berger AM, Vonessen S, Khun BR, Piper BF, Farr L, Agrawal S, Lynch JC, Higginbotham P. (2002) Feasibility Of A Sleep Intervention During Adjuvant Breast Cancer Chemotherapy.**Oncol Nurs Forum.**, Nov-Dec;29(10):1431-41.
14. Berger AM, Vonessen S, Kuhn BR, Piper BF, Agrawal S, Lynch JC, Higginbotham P. (2003) Adherence, Sleep, And Fatigue Outcomes After Adjuvant Breast Cancer Chemotherapy: Results Of A Feasibility Intervention Study., **Oncol Nurs Forum.** May-Jun;30(3):513-22.
15. Berger AM. (1998) Patterns Of Fatigue And Activity And Rest During Adjuvant Breast Cancer Chemotherapy, **Oncol Nurs Forum.** Jan-Feb;25(1):51-62.

16. Bolyai SS, Grey M. (2002) Data- Collection Methods In Wood GB, Haber J, Nursing Research Methods, Appraisal And Utilization. Mosby St Luis;293-310.
17. Bordeleau L, Szalai JP, Ennis M, Leszcz M, Specca M, Sela R, Doll R, Chochinov HM, Navarro M, Arnold A, Pritchard KI, Bezjak A, Llewellyn-Thomas HA, Sawka CA, Goodwin PJ. (2003) Quality Of Life In A Randomized Trial Of Group Psychosocial Support In Metastatic Breast Cancer: Overall Effects Of The Intervention And An Exploration Of Missing Data. **J Clin Oncol.** May 15;21(10):1944-51.
18. Bower JE, Ganz PA, Desmond KA, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR (2000) Fatigue In Breast Cancer Survivors: Occurrence, Correlates, And Impact On Quality Of Life. **J Clin Oncol.** Feb;18(4):743-53.
19. Broeckel JA, Jacobsen PB, Horton J, Balducci L, Lyman GH. (1998) Characteristics And Correlates Of Fatigue After Adjuvant Chemotherapy For Breast Cancer. **J Clin Oncol.** May;16(5):1689-96.
20. Bruera E, Brenneis C, Michaud M, Rafter J, Magnan A, Tennant A, Hanson J, Macdonald RN. (1989) Association Between Asthenia And Nutritional Status, Lean Body Mass, Anemia, Psychological Status, And Tumor Mass In Patients With Advanced Breast Cancer. **J Pain Symptom Manage,** Jun;4(2):59-63.
21. Brunelli C, Mosconi P, Boeri P, Gangeri L, Pizzetti P, Cerrai F, Schicchi A, Apolone G, Tamburini M. (2000) Evaluation Of Quality Of Life In Patients With Malignant Dysphagia. **Tumori.** Mar-Apr;86(2):134-8.

22. Bush N (2005) Biobehavioral And Sociocultural Dimensions Of Cancer Related Fatigue, *Oncology Nursing Forum*32(2) :237-240.
23. Can G. (2001) Meme Kanserli Hastalarda Yorgunluğun Ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
24. Cancer Facts&Figures 2005, [http // www .cancer.org / downloads / STT/ CAFF2005f4PWsecured](http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2005f4PWsecured) .(Erişim tarihi:13 ağustos 2005).
25. Carelle N, Piotto E, Bellanger A, Germanaud J, Thuillier A, Khayat D.(2002) Changing Patient Perceptions Of The Side Effects Of Cancer Chemotherapy. **Cancer**. Jul 1;95(1):155-63.
26. Cella D, Davis K, Breitbart W, Curt G. (2001) Fatigue Coalition. Cancer-Related Fatigue: Prevalence Of Proposed Diagnostic Criteria In A United States Sample Of Cancer Survivors. *J Clin Oncol*. Jul 15;19(14):3385-91.
27. Cella D. (1997) The Functional Assessment Of Cancer Therapy-Anemia (FACT-An) Scale: A New Tool For The Assessment Of Outcomes In Cancer Anemia And Fatigue., **Semin Hematol**. Jul;34(3 Suppl 2):13-9.
28. Cella D., Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, Silberman M, Yellen SB, Winicour P, Brannon J, Et Al. (1993) The Functional Assessment Of Cancer Therapy Scale: Development And Validation Of The General Measure. **J Clin Oncol.**, Mar;11(3):570-9.

29. Cimprich B, Ronis DL, Martinez-Ramos G. (2002) Age At Diagnosis And Quality Of Life In Breast Cancer Survivors. **Cancer Pract.**, Mar-Apr;10(2):85-93.
30. Claman D., The Sleep Disorders And Management Module, http://www.cancersupportivecare.com/sleep_disorders.html. (Erişim Tarihi:5 Mayıs 2004)
31. Clark P.M. (2001) Exercise In Cancer – Related Fatigue Management, 26th. Congress of the Oncology Nursing Society, <http://www.medscape.com/viewarticle/418576>. (Erişim Tarihi:5 Mayıs 2004)
32. Cleeland C.S. (2001) Cancer Related Fatigue: New Directions For Research, **Cancer Supplement**, Sept.5, 92 (6), pp: 1657-1661.
33. Coyle N., Foley K. M.(1991), Alteration In Comfort : Pain , **Cancer Nursing A Comprehensive Textbook**, WB Saunders Company, Pp: 782-802.
34. Cunningham R.S.(2003) Anemia In the Oncology Patient, **Cancer Nursing**, 26(65) , pp: 38-425.
35. Curt GA, Breitbart W, Cella D, Groopman JE, Horning SJ, Itri LM, Johnson DH, Miaskowski C, Scherr SL, Portenoy RK, Vogelzang NJ. (2000) Impact Of Cancer-Related Fatigue On The Lives Of Patients: New Findings From The Fatigue Coalition.,**Oncologist.**;5(5):353-60.
36. De Jong N, Courtens AM, Abu-Saad HH, Schouten HC. (2002) Fatigue In Patients With Breast Cancer Receiving Adjuvant Chemotherapy: A Review Of The Literature.**Cancer Nurs.** Aug;25(4):283-97.

37. Dimeo F.C (2001) Effects of Exercise On Cancer Related Fatigue, **Cancer Supplement**, September 15, 91 (6), pp: 1689-1693.
38. Dimeo F.C., Stieglitz R.D., Fischer U.N., Fetscher S., Keul J.(1999) Effects Of Physical Activity On The Fatigue and Psychologic Status of Cancer Patients During Chemotherapy, **Cancer**, 85 (10), pp: 2273 – 2277.
39. Efficace F, Biganzoli L, Piccart M, Coens C, Van Steen K, Cufer T, Coleman RE, Calvert HA, Gamucci T, Twelves C, Fargeot P, Bottomley A. (2004) EORTC-BCG-IDBBC-NDDG. Baseline Health-Related Quality-Of-Life Data As Prognostic Factors In A Phase III Multicentre Study Of Women With Metastatic Breast Cancer. **Eur J Cancer**. May;40(7):1021-30.
40. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Eckel R, Sauer H, Holzel D. (2003) Comparison Of Breast And Rectal Cancer Patients' Quality Of Life: Results Of A Four Year Prospective Field Study. **Eur J Cancer Care (Engl)**. Sep;12(3):215-23.
41. EORTC-C-30 Türkçe Versiyonu, [http // www / home / go / downloads / files / QLQ-C-30Turkish.pdf](http://www.home/go/downloads/files/QLQ-C-30Turkish.pdf).(Erişim tarihi:10 Temmuz 2004)
42. Erefe İ.(2002) Veri Toplama Araçlarının Niteliği, Erefe İ(Ed) **Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç Ve Yöntemleri**, Odak Ofset, İstanbul, 169-188.
43. Erkeklerde En Çok Görülen On Kanser Türü (1999) http://www.saglik.gov.tr./sb/extras/istatistikler/apk_2002/S_098.htm. (Erişim tarihi:13 Ağustos 2005).
44. Erkuş A. (2001) **Psikometri Üzerine Yazılar**, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.

45. Escalante C.P. ve ark. (2001) A Fatigue In A Comprehensive Cancer Center, Design And Experiences, **Cancer**, 92, pp: 1708.-13.
46. Fadiloğlu Ç. (2003) Kanser ve Bakımı, **Kronik Hastalıklarda Bakım II**, Ege Dahili Tıp Günleri, 26-29 Mart 2003, Mete Basım Matbaacılık, Bornova, İzmir, pp: 83-127.
47. Ferrell BR et al (1996) The Experience Of Fatigue And Its Impact On Quality Of Life, **Oncology Nursing Forum**, 23:1539-1547.
48. Ferrell BR, Dow KH, Leigh S, Ly J, Gulasekaram P. (1995) Quality Of Life In Long-Term Cancer Survivors., **Oncol Nurs Forum.**, Jul; 22(6):915-22.
49. Ferrell BR, Grant M, Funk B, Otis-Green S, Garcia N. (1997) Quality Of Life In Breast Cancer. Part I: Physical And Social Well-Being. **Cancer Nurs.**, Dec; 20(6):398-408.
50. Fillion L., Gelinas C., Simard S., Savard J., Gagnon P. (2003) Validation Evidence For The French Canadian Adaptation Of The Multidimensional Fatigue Inventory As A Measure Of Cancer- Related Fatigue, **Cancer Nursing**, 26 (2), pp:143-154.
51. Fisk JD, Doble SE. (2002) Construction And Validation Of A Fatigue Impact Scale For Daily Administration (D-FIS)., **Qual Life Res.** May; 11(3):263-72.
52. Gaston-Johansson F, Lachica EM, Fall-Dickson JM, Kennedy MJ. (2004) Psychological Distress, Fatigue, Burden Of Care, And Quality Of Life In Primary Caregivers Of Patients With Breast Cancer Undergoing Autologous Bone Marrow Transplantation. **Oncol Nurs Forum.**, Nov 16; 31(6):1161-9.
53. Genre D, Protiere C, Macquart-Moulin G, Gravis G, Camerlo J, Alzieu C, Maraninchi D, Moatti JP, Viens P. (2002) Quality Of Life Of Breast Cancer

- Patients Receiving High-Dose-Intensity Chemotherapy: Impact Of Length Of Cycles., **Support Care Cancer**. Apr;10(3):222-30. Epub 2001 Nov 24.
54. Gillespie T.W. (2003) Anemia In Cancer, Therapeutic Implications And Interventions, **Cancer Nursing**, 26(2),pp:119-128.
55. Given CN, Given BA, Stommel M., (1994) The Impact Of Age, Treatment And Symptom On The Physical And Mental Health Of Cancer Patients, **Cancer**, 74(7),2128-38.
56. **Glant M.**, Ropka M.E.(1991), Alteration In Nutrition , **Cancer Nursing Comprehensive Textbook**, Second edition, WB Saunders Company, pp:913-933.
57. Glaspy J. (2001) Anemia and Fatigue In Cancer Patients, **Cancer Supplement**, Sep 15, 92 (6), pp: 1719-1724.
58. Glaspy J. ve ark. (1997) Impact Of Therapy With Epoetin Alfa On Clinical Outcomes In Patient, With Nonmyeloid Malignancies During Cancer Chemotherapy In Community Oncology Practice,**Clinical Oncology**,pp: 1218-1234.
59. Glaus A, Knipping C, Morant R, Bohme C, Lebert B, Beldermann F, Glawogger B, Ortega PF, Husler A, Deuson R. (2004) Chemotherapy-Induced Nausea And Vomiting In Routine Practice: A European Perspective., **Support Care Cancer**. Oct;12(10):708-15.
60. Glaus A. (1993) Assessment Of Fatigue In Cancer And Non-Cancer Patients And In Healthy Individuals. **Support Care Cancer**., Nov;1(6):305-15.
61. Glaus A. (1998) Fatigue In Patients With Cancer. Analysis And Assessment. Recent Results,**Cancer Res.**;145:I-XI, 1-172.

62. Golant M, Altman T, Martin C. (2003) Managing Cancer Side Effects To Improve Quality Of Life: A Cancer Psychoeducation Program. **Cancer Nurs.** Feb;26(1):37-44.
63. Gözüm S, Aksayan S. (2002) Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II, Psikometrik Özellikler Ve Kültürlerarası Karşılaştırma, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 4(2), 9-20.
64. Graydon J.E., Bubela N., Irvine D., Vincent L. (1995) Fatigue - Reducing. Strategies Used By Patients Receiving Treatment For Cancer, **Cancer Nursing** , 18(1), pp: 23-28
65. Greenberg D.B., Sawicka J., Eisenthal S., Ross D. (1992) Fatigue Syndrome Due To Localized Radiation, **Journal of Pain and Symptom Management**, 7, pp: 38-45.
66. Grond S, Zech D, Diefenbach C, Bischoff A. (1994) Prevalence And Pattern Of Symptoms In Patients With Cancer Pain: A Prospective Evaluation Of 1635 Cancer Patients Referred To A Pain Clinic. **J Pain Symptom Manage.** Aug;9(6):372-82.
67. Groopman J.E., Itri L.M. (1999) Chemotherapy – Induced Anemia In Adults: Incidence and Treatment, **Journal of the National Cancer Institute**, 91 (19), October 6, pp: 1616-1634.
68. Gross J., Johnson B.L. (1994) Comfort : Pain, **Handbook Of Oncology Nursing** , Second Edition, Jones and Barlett Publishers International, England, pp: 285-310.
69. Güzelant A. Ve ark(2004), The European Organization For Research And Treatment Of Cancer EORTC-QLQ C-30 : An Examination Into The Culturel

Validity And Reliability Of Turkish Version Of QLQ –C-30., **European Journal Of Cancer Care**,13(2),135-44.

70. Hahn K.A, Supportive Care And Rehabilitation, [http://www.gsdhelpline.com / cancer feed. htm](http://www.gsdhelpline.com/cancerfeed.htm).(Erişim Tarihi: 18 Haziran 2004)
71. Hann D.M. ve ark. (1999), Fatigue and Quality of Life In Breast Cancer Patients Undergoing Autologous Stem Cell Transplantation: A Longitudinal Comparative Study, **J Pain and Symptom Management**, 17 (5), pp:311-319.
72. Harrison L.B. , Shasha D.,White C., Ramdeen .B. (2000) Radiotherapy – Associated Anemia: The Scope Of The Problem, **Ongologist**, Supp 2, pp: 17.
73. Holey S.P.(1991) Fatigue In Cancer Patients, A Descriptive Study, **Cancer Nursing**, 14 (1), pp:13-19.
74. Holmes S, Dickerson J. (2003) The Quality Of Life: Design And Evaluation Of A Self-Assessment Instrument For Use With Cancer Patients., **Int J Nurs Stud**. Jul;40(5):515-20.
75. Holzner B, Kemmler G, Greil R, Kopp M, Zeimet A, Raderer M, Hejna M, Zochbauer S, Krajnik G, Huber H, Fleischhacker WW, Sperner-Unterweger B. (2002) The Impact Of Hemoglobin Levels On Fatigue And Quality Of Life In Cancer Patients.,**Ann Oncol**. Jun;13(6):965-73.
76. Holzner ve ark (2003); Fatigue In Ovarian Carcinoma Patients, **Cancer** 97, pp: 1564-72.

- 77.Hwang SS, Chang VT, Rue M, Kasimis B. (2003) Multidimensional Independent Predictors Of Cancer-Related Fatigue. **J Pain Symptom Manage.** Jul;26(1):604-14.
- 78.Irvine D, Vincent L, Graydon JE, Bubela N, Thompson L. (1994) The Prevalence And Correlates Of Fatigue In Patients Receiving Treatment With Chemotherapy And Radiotherapy. A Comparison With The Fatigue Experienced By Healthy Individuals., **Cancer Nurs.** Oct;17(5):367-78.
- 79.Irvine D.M.,Vincent L., Natalie B., Thompson L., Graydon J.(1991) A Critical Appraisal Of The Research Literature Investigating Fatigue In The Individual With Cancer, **Cancer Nursing**, 14 (4), pp: 188-199.
- 80.Jacobs L.A., Piper B.F. (1996) The Phenomenon of Fatigue and Cancer Patient, **Cancer Nursing, A Comprehensive Textbook**, Second Edition, WB Saunders Company, pp:1193 – 1207.
- 81.Jacobsen PB, Hann DM, Azzarello LM, Horton J, Balducci L, Lyman GH (1999) Fatigue In Women Receiving Adjuvant Chemotherapy For Breast Cancer: Characteristics, Course, And Correlates. **J Pain Symptom Manage.** Oct;18(4):233-42.
- 82.Jordhoy MS, Fayers P, Loge JH, Saltnes T, Ahlner-Elmqvist M, Kaasa S. (2001) Quality Of Life In Advanced Cancer Patients: The Impact Of Sociodemographic And Medical Characteristics. **Br J Cancer.** Nov 16;85(10):1478-85.
- 83.Kadınlarda En Çok Görülen On Kanser Türü (1999), http://www.sağlik.gov.tr./sb/extras/istatistikler/apk_2002/S_097.htm. (Erişim tarihi:13 Ağustos 2005).

84. Karasar N. (1995) **Bilimsel Araştırma Yöntemi**, 7. Basım, Ankara,:147-151.
85. Kızıl S. (1999) Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar Ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, **CÜHYO Dergisi**, 3:18-26.
86. Klee M, Machin D. (2001) Health-Related Quality Of Life Of Patients With Endometrial Cancer Who Are Disease-Free Following External Irradiation., **Acta Oncol.**;40(7):816-24.
87. Knobel H, Loge JH, Brenne E, Fayers P, Hjermland MJ, Kaasa S. (2003) The Validity Of EORTC QLQ-C30 Fatigue Scale In Advanced Cancer Patients And Cancer Survivors. **Palliat Med.** Dec;17(8):664-72.
88. Knobel H, Loge JH, Nordoy T, Kolstad AL, Espevik T, Kvaloy S, Kaasa S. (2000) High Level Of Fatigue In Lymphoma Patients Treated With High Dose Therapy. **J Pain Symptom Manage.** Jun;19(6):446-56.
89. Kobashi-Schoot, J., Hanewald G., Ven Dom F., Burninig P. (1979). Assessment Of Malaise In Cancer Patients Treated With Radiotherapy, **Cancer Nursing**, 8, pp: 306-313.
90. Koopman C., ve ark (2002) Sleep Disturbances In Women With Metastatic Breast Cancer, **The Breast Journal**, 8(6), pp: 362-370.
91. Kramer JA, Curran D, Piccart M, De Haes JC, Bruning P, Klijn J, Van Hoorebeeck I, Paridaens R. (2000) Identification And Interpretation Of Clinical And Quality Of Life Prognostic Factors For Survival And Response To Treatment In First-Line Chemotherapy In Advanced Breast Cancer. **Eur J Cancer.** Aug;36(12):1498-506.

92. Kroenke K, Wood DR, Mangelsdorff AD, Meier NJ, Powell JB. (1988) Chronic Fatigue In Primary Care. Prevalence, Patient Characteristics, And Outcome. **JAMA**. Aug 19;260(7):929-34.
93. Kurzrock R, (2001) the Role Of Cytokines In Cancer Related Fatigue, **Cancer Supp**, September 15, pp: 92-6.1684-1683.
94. Lovejoy N.C., Matteis M.(1996) Cognitive Behavioral Interventions To Manage Depression In Patients With Cancer : Research And Theoretical Initiatives, **Cancer Nursing**, 20 (3), pp: 155-167.
95. Magnusson K, Moller A, Ekman T, Wallgren A. (1999) A Qualitative Study To Explore The Experience Of Fatigue In Cancer Patients. **Eur J Cancer Care** (Engl). Dec;8(4):224-32.
96. Mast ME. (1998) Correlates Of Fatigue In Survivors Of Breast Cancer. **Cancer Nurs**. Apr;21(2):136-42.
97. McMillan S.C., Tittle M., Hagan S., Laughlin J. (2000) Management of Pain and Pain Related Symptoms In Hospitalized Veterans With Cancer, **Cancer Nursing**, 23(5), pp: 327-335.
98. Mendoza T.R ve arkadaşları (1999); The Rapid Assessment of Fatigue Severity In Cancer Patients, Use Of Brief Fatigue Inventory, **Cancer** ,85, pp: 1186-96.
99. Miaskowski C., Lee K. A.(1999) Pain, Fatigue and Sleep Disturbances In Oncology Outpatients Receiving Radiation Therapy For Bone Metastasis: A Pilot Study, **J Pain and Symptom Management**, 17 (5),pp: 320-332.

100. Miller M, Kearney N. (2002) Institutional Management Of Cancer-Related Fatigue: A Comparison Of Clinical Specialties. **Eur J Oncol Nurs.** Mar;6(1):45-53.
101. Mishel M. (1998) Methodological Studies:Instrument Development In Brink Pj,Wood Mj, **Advanced Design In Nursing Research**, Second Edition, Sage Publication,235-286.
102. Mock V. (2004) Evidence-Based Treatment For Cancer-Related Fatigue. **J Natl Cancer Inst Monogr**;(32):112-8.
103. Mock V.(2001) Fatigue Management, Evidence and Guidelines for Practice, **Cancer**, 92, pp: 1699-1707.
104. Monga U, Kerrigan AJ, Thornby J, Monga TN. (1999) Prospective Study Of Fatigue In Localized Prostate Cancer Patients Undergoing Radiotherapy.**Radiat Oncol Investig.**;7(3):178-85.
105. Moody LE, Mcmillan S. (2003) Dyspnea And Quality Of Life Indicators In Hospice Patients And Their Caregivers. **Health Qual Life Outcomes.** Apr 17;1(1):9.
106. Muscari E.(1991) Nutrition Support Making The Diffucult Decisions, **Cancer Nursing**,14 (5), pp: 261-269.
107. National Cancer Institue , **Fatigue**, [http: // www. cancer. gov / templates / page_ print . aspx?viewid = 3ed94029-47a4-4db1-9c21-0868a506fe35f](http://www.cancer.gov/templates/page_print.aspx?viewid=3ed94029-47a4-4db1-9c21-0868a506fe35f) version = patient. Erişim tarihi= 29-12-03.
108. National Comprehensive Cancer Network (2003),**Cancer-Related Fatigue Version I**, http://www.nccn.org/physician_gls/f_guidelines.html. Erişim Tarihi:13.12.03.

109. National Comprehensive Cancer Network (2004) Cancer and Treatment – Related Anemia, Version I., http://www.nccn.org/physician_gls/f_guidelines.html. Erişim Tarihi:13.12.03.
110. National Comprehensive Cancer Network (2004), **Cancer Pain Version I**, http://www.nccn.org/physician_gls/f_guidelines.html. Erişim tarihi:9-11-2003.
111. National Comprehensive Cancer Network, American Cancer Society, National Comprehensive Cancer Network (2003) **Cancer-Related Fatigue and Anemia, Treatment Guidelines for Patients, Version II**, April, [http : // www. nccn. org / patient_gls / _english / _fatigue / index. htm](http://www.nccn.org/patient_gls/_english/_fatigue/index.htm)
112. Neel, R. G. (1981) **Sosyal Davranışta Araştırma Yöntemleri**, Çev. A. Baysal, (Ed): E. Tekarslan, İstanbul, 1981, pp: 17-27.
113. Newell S, Sanson-Fisher RW, Girgis A, Bonaventura A. (1998) How Well Do Medical Oncologists' Perceptions Reflect Their Patients' Reported Physical And Psychosocial Problems? Data From A Survey Of Five Oncologists., **Cancer**. Oct 15;83(8):1640-51.
114. Nowak AK, Stockler MR, Byrne MJ. (2004) Assessing Quality Of Life During Chemotherapy For Pleural Mesothelioma: Feasibility, Validity, And Results Of Using The European Organization For Research And Treatment Of Cancer Core Quality Of Life Questionnaire And Lung Cancer Module. **J Clin Oncol**. Aug 1;22(15):3172-80.
115. Oh EG. (2004) Symptom Experience In Korean Adults With Lung Cancer.**J Pain Symptom Manage**. Aug;28(2):133-9.

116. Okuyama T, Tanaka K, Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Nishiwaki Y, Hosaka T, Uchitomi Y.(2001) Fatigue In Ambulatory Patients With Advanced Lung Cancer: Prevalence, Correlated Factors, And Screening.**J Pain Symptom Manage.** Jul;22(1):554-64.
117. Osoba D, Zee B, Pater J, Warr D, Latreille J, Kaizer L. (1997) Determinants Of Postchemotherapy Nausea And Vomiting In Patients With Cancer. Quality Of Life And Symptom Control Committees Of The National Cancer Institute Of Canada Clinical Trials Group. **J Clin Oncol.** Jan;15(1):116-23.
118. Osoba D, Zee B, Warr D, Latreille J, Kaizer L, Pater J. (1997) Effect Of Postchemotherapy Nausea And Vomiting On Health-Related Quality Of Life. The Quality Of Life And Symptom Control Committees Of The National Cancer Institute Of Canada Clinical Trials Group. **Support Care Cancer.** Jul;5(4):307-13.
119. Öner N. (1997) Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 3. Basım, İstanbul, 10-39.
120. Özgüven İ. E. (1998) **Psikolojik Testler**, 2. Baskı, Ankara, PD Rem Yayınları:83-120.
121. Park SH et al (2005) Quality Of Life İn Patients With Advanced Gastric Cancer Treated With Second –Line Chemotehrapy, **Cancer Chemother Pharmacol**:12; pp 1-6.
122. Passik S.D.,Whitcomb L.A., Kirsh K.L., Theobald D.E.(2003) An Unsuccessful Attempt to Develop a Single – Item Screen For Insomnia In Cancer Patients, **J. Pain Symptom Management**, 25(3), pp: 284-287.

123. Pater J, Slamet L, Zee B, Osoba D, Warr D, Rusthoven J. (1994) Inconsistency Of Prognostic Factors For Post-Chemotherapy Nausea And Vomiting.,**Support Care Cancer**. May;2(3):161-6.
124. Pater JL, Zee B, Palmer M, Johnston D, Osoba D. (1997) Fatigue In Patients With Cancer: Results With National Cancer Institute Of Canada Clinical Trials Group Studies Employing The EORTC QLQ-C30. **Support Care Cancer**. Sep;5(5):410-3.
125. Petty J. (1997) Basic Concepts Of Neoplastic Disorders, **Medical Surgical Nursing** ,Clinical Management For Continuity Of Care,Fifth Edition, pp:553-557.
126. Pınar R., Salepci T., Afşar F. (2003) Assessment Of Quality Of Life In Turkish Patients With Cancer, **Turkish Journal Of Cancer**,33(2), 96-101.
127. Pickard-Holley S. (1991) Fatigue In Cancer Patients. A Descriptive Study.**Cancer Nurs**. Feb;14(1):13-9.
128. Piper B.F. (1991) Alteration In Energy: The Sensation Of Fatigue, **Cancer Nursing A Comprehensive Textbook**, WB, Saunders Company,pp: 894.
129. Piper BF., Dibble SL.,Dodd MJ., Weiss MC., Slaughter RE, Paul SM. (1998), The Revised Piper Fatigue Scale: Psycho Metric Evaluation In Women With Breast Cancer. **Oncol. Nursing, Forum**,May,25 (4):pp:677-84.
130. Portenoy RK, Itri LM. (1999) Cancer-Related Fatigue: Guidelines For Evaluation And Management., **Oncologist**.;4(1):1-10.

131. Portenoy RK. (2000) Cancer-Related Fatigue: An Immense Problem. **Oncologist**;**5(5):350-2.**
132. Punt CJ, Keizer HJ, Douma J, Skovsgaard T, Schuller J, Muller EW, Ten Napel CH, Croles JJ, Lochs H, Zhang J, Hammershaimb L. (2002) Trimetrexate As Biochemical Modulator Of 5-Fluorouracil/Leucovorin In Advanced Colorectal Cancer: Final Results Of A Randomised European Study. **Ann Oncol.**, Jan;**13(1):81-6.**
133. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. (2004) Cancer: Disease And Nutrition Are Key Determinants Of Patients' Quality Of Life. **Support Care Cancer.** Apr;**12(4):246-52.**
134. Ream E, Browne N, Glaus A, Knipping C, Frei IA.(2003) Quality And Efficacy Of Educational Materials On Cancer-Related Fatigue: Views Of Patients From Two European Countries., **Eur J Oncol Nurs.** Jun;**7(2):99-109.**
135. Ream E., Richardson A. (1999) From the Theory to Practice: Designing Interventions to Reduce Fatigue In Patients With Cancer, **Onc. Nurs. Forum**, 26 (8), pp: 1295-1305.
136. Redeker NS, Lev EL, Ruggiero J.(2000) Insomnia, Fatigue, Anxiety, Depression, And Quality Of Life Of Cancer Patients Undergoing Chemotherapy.**Sch Inq Nurs Pract.** Winter;**14(4):275-90.**
137. Richardson A. (1995) Fatigue In Cancer Patients: A Review Of The Literature.**Eur J Cancer Care (Engl).** Mar;**4(1):20-32.**

138. Richardson A., Ream E., Barnett J.W. (1997) Fatigue In Patients Receiving Chemotherapy: Patterns of Change, **Cancer Nursing**, 21(1), pp: 17.30.
139. Rivadeneira D.E., Evoy D., Rohey T.J., Lieberman M.D., Daly J.M.(1998) Nutritional Support Of the Cancer Patient, **CA Cancer Journal Clinicians**, March / April, 48(2),pp:69-80.
140. Robbins W., Allen R.W. , The Pain Control Module, <http://www.cancer-supportivecare.com/pain.html>. (erişim tarihi:13 Temmuz 2004)
141. Ruffer JU, Flechtner H, Tralls P, Josting A, Sieber M, Lathan B, Diehl V; German Hodgkin Lymphoma Study Group. (2003), Fatigue In Long-Term Survivors Of Hodgkin's Lymphoma; A Report From The German Hodgkin Lymphoma Study Group (GHSJ).**Eur J Cancer**. Oct;39(15):2179-86.
142. Rustoen T, Fossa SD, Skarstein J, Moum T. (2003) The Impact Of Demographic And Disease-Specific Variables On Pain In Cancer Patients. **J Pain Symptom Manage**. Aug;26(2):696-704.
143. Saegrov S. (2005) Health, Quality Of Life And Cancer. **Int Nurs Rev**. Sep;52(3):233-40.
144. Sanson-Fisher R, Girgis A, Boyes A, Bonevski B, Burton L, Cook P. (2000) The Unmet Supportive Care Needs Of Patients With Cancer. Supportive Care Review Group., **Cancer**. , Jan 1;88(1):226-37.
145. Savaşır I., Şahin N.(1997) Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirmede Sık Kullanılan Ölçekler, Özyurt Matbacılık, Türk Psikoloji Derneği, 23-35.

146. Schultz AA, Winstead-Fry P. (2001) Predictors Of Quality Of Life In Rural Patients With Cancer. **Cancer Nurs.** Feb;24(1):12-9.
147. Schumacher A, Wewers D, Heinecke A, Sauerland C, Koch OM, Van De Loo J, Buchner T, Berdel WE. (2002) Fatigue As An Important Aspect Of Quality Of Life In Patients With Acute Myeloid Leukemia. **Leuk Res.** Apr;26(4):355-62.
148. Scored Patient –Generated Subjective Global Assessment, <http://www.NR/Rdonlynes/Eidrtqhne7gnw2dgezsulmoicpdwxkpcukbrziozh3tv3pjbvdjdgogp2a3yodyfg4x72hm5rvldlg/PGSGA.orm.pdf>.(Erişim tarihi:10 Temmuz 2004)
149. Serlin RC.Mendoza TR, Nakamura Y., Edwards KR., Cleeland CS (1995) When Is Cancer Pain Mild, Moderate Or Severe? Grading Pain Severity By Its Inference With Function; **Pain**, 61, 277-84.
150. Servaes P, Verhagen S, Schreuder HW, Veth RP, Bleijenberg G. (2003) Fatigue After Treatment For Malignant And Benign Bone And Soft Tissue Tumors.**J Pain Symptom Manage.** Dec;26(6):1113-22.
151. Servaes P., Bleijenberg G., Verhangen C.A., (2002), Relations Between Fatigue, Neuropsychological Functioning, and Physical Activity After Treatment For Breast Carsinoma, **Cancer** , 95(9), pp: 2017-2026.
152. Simeit R, Deck R, Conta-Marx B. (2004) Sleep Management Training For Cancer Patients With Insomnia. **Support Care Cancer.** Mar;12(3):176-83. Epub 2004 Feb 4.
153. Smets EM, Visser MR, Willems-Groot AF, Garssen B, Oldenburger F, Van Tienhoven G, De Haes JC. (1998) Fatigue And Radiotherapy: (A)

- Experience In Patients Undergoing Treatment. **Br J Cancer** Oct;78(7):899-906.
154. Smith S. (2001) Evidence-Based Management Of Constipation In The Oncology Patient. **Eur J Oncol Nurs**. Mar;5(1):18-25.
155. So WK, Dodgson J, Tai JW. (2003) Fatigue And Quality Of Life Among Chinese Patients With Hematologic Malignancy After Bone Marrow Transplantation. **Cancer Nurs**. Jun;26(3):211-9; Quiz 220-1.
156. So WK, Tai JW. (2005) Fatigue And Fatigue-Relieving Strategies Used By Hong Kong Chinese Patients After Hemopoietic Stem Cell Transplantation. **Nurs Res**. Jan-Feb;54(1):48-55.
157. Sobrero A, Puglisi F, Guglielmi A, Belvedere O, Aprile G, Ramello M, Grossi F. (2001) Fatigue: A Main Component Of Anemia Symptomatology. **Semin Oncol**. Apr;28(2 Suppl 8):15-8.
158. Stasi R., Abriani A. Beccaglia P., Terzoli E., Amadori S., (2003) Cancer – Related Fatigue, Evolving Concepts In Evaluation and Treatment, **Cancer**, November, 98, pp: 1786-1801
159. Steven D et al (2001) The Changeable Nature Of Patients' Fears Regarding Chemotherapy : Implications for palliative care , **J Pain Symptom Manage** 21(2), 113-120.
160. Stone P, Hardy J, Broadley K, Tookman AJ, Kurowska A, A'Hern R. (1999) Fatigue In Advanced Cancer: A Prospective Controlled Cross-Sectional Study. **Br J Cancer**. Mar;79(9-10):1479-86.
161. Stone P, Richards M, A'Hern R, Hardy J. (2000) A Study To Investigate The Prevalence, Severity And Correlates Of Fatigue Among Patients With

Cancer In Comparison With A Control Group Of Volunteers Without Cancer.
Ann Oncol. May;11(5):561-7.

162. Stone P. ve ark (2003) Cancer – Related Fatigue – A Difference Of Opinion : Results Of A Multicentre Survey Of Healthcare Professionals, Patients And Caregivers **European Journal of Cancer Care** 12, pp: 20 - 27.
163. Stone P., Richards M., Hardy J. (1998) Fatigue In Patients With Cancer, **European Journal Of Cancer**, 34(11), pp: 1670 – 1676
164. Sun CC, Bodurka DC, Weaver CB, Rasu R, Wolf JK, Bevers MW, Smith JA, Wharton JT, Rubenstein EB. (2005) Rankings And Symptom Assessments Of Side Effects From Chemotherapy: Insights From Experienced Patients With Ovarian Cancer. **Support Care Cancer.** Apr;13(4):219-27. Epub 2004 Nov 9.
165. Symptom Assessment Tools Brief Pain Inventory ,
www.mdanderson.org/departments/prg/display.cfm?rd=0EE7830A-6646-1105 (Erişim Tarihi:13 Mayıs 2004)
166. Taviö M., Milan I., Tirelli V. (2002) Cancer – Related Fatigue, **International Journal of Oncology**, 21, pp: 1093-1099.
167. Tavşancıl E (2002) Tutumların Ölçülmesi Ve SPSS İle Veri Analizi, Nobel Yayın, Ankara.
168. Tchen N, Juffs HG, Downie FP, Yi QL, Hu H, Chemerynsky I, Clemons M, Crump M, Goss PE, Warr D, Tweedale ME, Tannock IF. (2003) Cognitive Function, Fatigue, And Menopausal Symptoms In Women Receiving

- Adjuvant Chemotherapy For Breast Cancer. **J Clin Oncol.** Nov 15;21(22):4175-83.
169. Tezbaşaran A. (1997) **Likert Tipi Ölçek Geliştirme Klavuzu**, 2. Baskı, Ankara,Türk Psikologlar Derneği Yayını,:21-51.
170. Turkey Health Report (2004),**The Ministry Of Health Of Turkey**, Refik Saydam Center ,School Of Public.
171. Valente S. M., Saunders J.M. (1997) Diagnosis And Treatment Of Majör Depression Among People With Cancer, **Cancer Nursing**, 20(3), pp: 168 – 177.
172. Vinokur AD, Threatt BA, Caplan RD, Zimmerman BL. Physical And Psychosocial Functioning And Adjustment To Breast Cancer. Long-Term Follow-Up Of A Screening Population. **Cancer**. 1989 Jan 15;63(2):394-405.
173. Visovsky C., Schneider S.M. (2003) Cancer – Related Fatigue, **Journal of Issues In Nursing**, September 23, <http://www.nursingworldorg/ojin/hirsh/topic3/1.htm>.(Erişim tarihi:16 temmuz 2004)
174. Visser MR, Smets EM. (1998) Fatigue, Depression And Quality Of Life In Cancer Patients: How Are They Related? **Support Care Cancer**. Mar;6(2):101-8.
175. Vogelzang NJ, Breitbart W, Cella D, Curt GA, Groopman JE, Horning SJ, Itri LM, Johnson DH, Scherr SL, Portenoy RK. (1997) Patient, Caregiver, And Oncologist Perceptions Of Cancer-Related Fatigue: Results Of A Tripart Assessment Survey. The Fatigue Coalition. **Semin Hematol**. Jul;34(3 Suppl 2):4-12.

176. Walsh MJ. (2005) Social Support As A Mediator Between Symptom Distress And Quality Of Life In Women With Breast Cancer, **J.Obstet.Gynecol Neonatal Nurs**, 34(4),482-483.
177. Ward WL, Hahn EA, Mo F, Hernandez L, Tulsy DS, Cella D. (1999) Reliability And Validity Of The Functional Assessment Of Cancer Therapy-Colorectal (FACT-C) Quality Of Life Instrument. **Qual Life Res.** May;8(3):181-95.
178. Wells N, Murphy B, Wujcik D, Johnson R. (2003) Pain-Related Distress And Interference With Daily Life Of Ambulatory Patients With Cancer With Pain.**Oncol Nurs Forum.** Nov-Dec;30(6):977-86.
179. Whalen GF, Ferrans CE. (2001) Quality Of Life As An Outcome In Clinical Trials And CancerCare: A Primer For Surgeons. **J Surg Oncol.** Aug;77(4):270-6.
180. Wilmoth MC, Coleman EA, Smith SC, Davis C. (2004) Fatigue, Weight Gain, And Altered Sexuality In Patients With Breast Cancer: Exploration Of A Symptom Cluster.**Oncol Nurs Forum.** Nov 16;31(6):1069-75.
181. Winningham M.L. (2001) Strategies For Managing Cancer- Related Fatigue Syndrome, **Cancer**, 92, pp: 988-97.
182. Winningham ML, Nail LM, Burke MB, Brophy L, Cimprich B, Jones LS, Pickard-Holley S, Rhodes V, St Pierre B, Beck S, et al. (1994) Fatigue And The CancerExperience:The State Of The Knowledge. **Oncol Nurs Forum.** Jan-Feb;21(1):23-36.

183. Wolfe. G., FATIGUE, Assessment of Fatigue,
http://www.jcaremanagement.com/html/assessment_of_fatigue.html.
Erişim tarihi:12-12-03.
184. Woo B., Dibble S.L., Piper B.F., Keating S.B., Weiss M.C. (1998)
Differences In Fatigue By Treatment Methods In Women With Breast
Cancer, **Onc. Nurs. Forum**, 25, pp: 915-920.
185. Yan H, Sellick K. (2004) Quality Of Life Of Chinese Patients Newly
Diagnosed With Gastrointestinal Cancer: A Longitudinal Study.
Int J Nurs Stud. Mar;41(3):309-19.
186. Yeşilbalkan Ö, Akyol A., Çetinkaya Y, Altun ., Ünlü D (2004) Kemoterapi
Tedavisi Alan Hastaların Hastalık Semptomları Ve Yaşam Kalitesine Olan
Etkisinin İncelenmesi, I. Sağlık Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 8-10 Nisan
, İzmir, 73.
187. Yeşilbalkan Ö, Fadiloğlu Ç, Okçin F.(2005), Kanserli Hastalarda
Yorgunluk Ve Anemi Durumunun İncelenmesi, XVI: Ulusal Kanser Kongresi,
20-24 Nisan , 207.
188. Yıldız S. (1998), Meme Kanserli Hastalarda Evde Bakım Eğitiminin
Yaşam Kalitesine Olan Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi,
İzmir.
189. Zabora J, Brintzenhofesoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. (2001)
The Prevalence Of Psychological Distress By Cancer Site.
Psychooncology. Jan-Feb;10(1):19-28.

EK –1

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu çalışmanın amacı; kemoterapi tedavisine bağlı ortaya çıkabilecek yorgunluk şikayetinizin olup olmadığını belirlemek, var ise eğer yorgunluk durumunuza göre size ve ailenize bireysel eğitim programı yaparak bu şikayetinizin hafiflemesini sağlamak ve yaşam kalitenizi arttırmaktır.

Araştırma sırasında yorgunluk durumunuzu ve yorgunluğa neden olan faktörleri belirlemek için size bir takım anketler uygulanacak, ve gerekli ise kan testleri ve kas ölçümleri yapılacaktır.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru , anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır.Araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz.katılmama yönündeki kararınız burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz yönde etkilemeyecektir. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilecek bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Ben..... Yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Sorularıma kanımca yeterli yanıtlar aldım.

Bana verilen hizmeti etkilemeksizin, ve araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih

Hasta adı soyadı:

İmza :

Araştırmacının adı soyadı:

İmza:

EK-2

Hasta tanıtım formu

1. Yaşınız.....
2. Yaş grubunuz
 1. 18-28
 2. 29-39
 3. 40 ve üzeri
3. Medeni durumunuz
 1. Evli
 2. Bekar
 - 3.Boşanmış/dul
4. Eğitim durumunuz
 1. Okur yazar değil
 2. Okur yazar
 3. İlkokul
 4. Ortaokul
 5. Lise
 6. Üniversite
 7. Diğer
5. Mesleğiniz
 1. Emekli
 2. Memur
 - 3.Ev hanımı
 4. İşçi
 5. Diğer.....
6. Sağlık güvenceniz
 - 1.SSK
 - 2.Emekli sandığı
 - 3.Diğer.....
7. Nerede oturuyorsunuz?
 - 1.İl
 - 2.İlçe
 - 3.Köy
8. Kiminle yaşıyorsunuz?
 - 1.Yalnız
 - 2.Eş
 - 3.Çocuklar
 - 4.Bakıcı
 - 5.Diğer.....
9. Şu anada çalışıyor usunuz?
 - 1.Evet
 2. Hayır
10. Hastalık tanısı nedir? **Belirtiniz**.....
11. Hastalığınızın süresi nedir? **Belirtiniz**.....
12. Hastalığın evresi
 1. Evre I
 2. Evre II
 3. Evre III
 4. Evre IV
13. Ailenizde kanser tanısı alan her hangi biri var mı?
 1. Evet
 2. Hayır
14. Cevabınız evet ise yakınlık derecesini belirtiniz?
 - 1.I.derece yakın
 2. II.derece yakın
15. Tedavide hangi kemoterapik rejim kullanılıyor ?
.....
16. Kemoterapi dışında kullandığınız ilaçlar
.....

17. Kendinizi yorgun hissediyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

18. Evet ise yorgunluğunuzun

Süresi:.....

Başlangıcı:

19. Sizce yorgunluğunuza neden olan faktörler neler **belirtiniz?**

.....
.....

20. Yorgunluğunuzu gidermek için bir şey yapıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

21. Evet ise ne yapıyorsunuz **belirtiniz**.....



EK-3

BRIEF YORGUNLUK ENVANTERİ

Yaşamımız boyunca, çoğumuz zaman zaman yorgunluk veya güçsüzlük (hafif baş ağrısı, burkulma, diş ağrısı) yaşarız. Siz geçen hafta her zamankinden farklı tipte güçsüzlük veya yorgunluk yaşadınız mı?

1. Evet 2. Hayır

1. **ŞU ANDA** ne kadar yorgunluk yaşadığınızı açıklayan sayıyı daire içine alarak yorgunluğunuzu değerlendiriniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Son 24 saat boyunca **HER ZAMANKİ** yorgunluk düzeyinizi en iyi tanımlayan sayıyı daire içine alarak yorgunluğunuzu değerlendiriniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Son 24 saat boyunca **EN KÖTÜ** yorgunluk düzeyinizi en iyi tanımlayan sayıyı daire içine alarak yorgunluğunuzu değerlendiriniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Geçen 24 saat süresince yorgunluğunuzun aşağıdaki aktivitelerinizi ne kadar **SINIRLADIĞINI** açıklayan sayıyı daire içine alınız.

a. Genel aktivitelerinizi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

b. Ruhsal durumunuzu

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

c. Yürüyebilmenizi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

d. Normal işlerinizi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

e. Diğer bireylerle ilişkilerinizi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

f. Yaşam zevkinizi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EK —4

PİPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ

1. Ne kadar zamandır yorgunluk hissediyorsunuz? Aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyiniz. 1. dakikalar,

2. saatler,

3. günler,

4. haftalar,

5. aylar,

6. diğerleri)

2. Şu an hissettiğiniz yorgunluk sizde ne derecede sıkıntıya sebep oluyor ?

sıkıntıya neden olmuyor

pek çok sıkıntıya neden oluyor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Şu an hissettiğiniz yorgunluk okul veya iş faaliyetlerinizi sürdürmenizi ne derece etkiliyor?

Engellemez

Çok engeller

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Şu an hissettiğiniz yorgunluk arkadaşlarınızı görmeyi veya iletişim kurmanızı ne derece engelliyor?

Engellemez

Çok engeller

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Şu an hissettiğiniz yorgunluk cinsel yaşamınızı sürdürmeyi ne derece engelliyor?

Engellemez

Çok engeller

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Şu an hissettiğiniz yorgunluk yapmayı sevdiğiniz faaliyetlere katılmanızı ne derece engelliyor?

Engellemez

Çok engeller

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Şu an hissettiğiniz yorgunluğun şiddetini ve derecesini nasıl tanımlarsınız?

Hafif

Şiddetli

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız?

Hoş

Hoş değil

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız?

Kabul edilebilir

Kabul edilemez

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız?

Koruyucu

Yıpratıcı

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız?

Olumlu

Olumsuz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız?

Normal

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Anormal**

13. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Güçlü

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Zayıf**

14. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Uyanık

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Uykulu**

15. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Canlı

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Cansız**

16. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Dinlenmiş

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Yorgun**

17. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Kuvvetli

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Kuvvetsiz**

18. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Tahammül edilebilir

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Tahammül edilemez**

19. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Rahat

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Gergin**

20. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Mutlu

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Mutsuz**

21. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Konsantre olabiliyorum

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Konsantre olamıyorum**

22. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Hatırlayabiliyorum

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Hatırlayamıyorum**

23. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

İyi düşünebiliyorum

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **İyi düşünemiyorum**

24. Yorgunluğunuza doğrudan katkıda bulunan veya sebep olduğuna inandığınız en önemli neden nedir?

.....

25. Yorgunluğunuzu azaltmak için bulduğunuz en iyi şey.....

26. Yorgunluğunuzu bize daha iyi açıklayacak başka bir şey eklemek ister misiniz?.....

.....

27. Şu an başka herhangi bir şikayetiniz var mı?

Hayır

Evet . Lütfen açıklayınız.....

Peki siz yorgunluğunuzu nasıl tanımlarsınız.

.....

EK – 5

EORTC QLQ C-30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1. Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi güç hareketlerde bulunurken zorluk çekiyor musunuz ?	1	2	3	4
2. Uzun bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çekiyor musunuz?	1	2	3	4
3. Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız ?	1	2	3	4
4. Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tualeti kullanırken yardıma ihtiyacınız olur mu?	1	2	3	4

GEÇEN HAFTA BOYUNCA

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
6. İşinizi ya da günlük faaliyetlerinizi yaparken sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7. Boş zaman faaliyetlerinize veya hobilerinize devam etmekten 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. Dinlenmeye ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12. Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13. İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14. Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15. Kustunuz mu?	1	2	3	4
16. Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
17. İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18. Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19. Ağrılarınız günlük faaliyetlerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20. T.V. seyretmek veya gazete okumak gibi eylemleri yaparken dikkatinizi toplamada zorluk çekiyor musunuz?	1	2	3	4
21. Gerginlik hissediyor musunuz?	1	2	3	4
22. Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24. Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
25. Bazı eylemleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>aile</u> hayatınıza engel oldu mu?	1	2	3	4
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>sosyal</u> hayatınıza engel oldu mu?	1	2	3	4
28. Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluklara neden oldu mu?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular içerisinden 1 ile 7 arasındaki size en uygun numarayı daire içine alın.

29. Geçen haftaki genel sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok kötü 1 2 3 4 5 6 7 Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

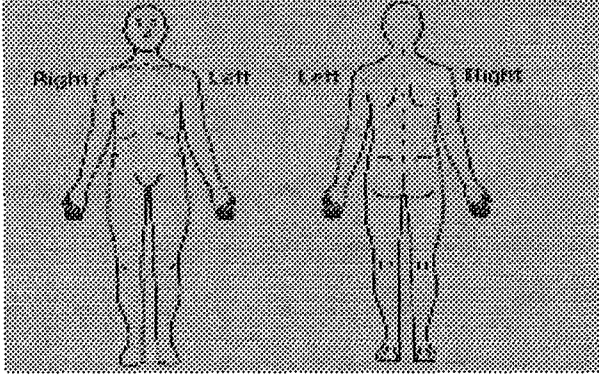
Çok kötü 1 2 3 4 5 6 7 Mükemmel

EK-6 BRIEF AĞRI ENVANTERİ

1. Yaşamımız boyunca, çoğumuz zaman zaman ağrıya (hafif baş ağrısı, burkulma, diş ağrısı) yaşarsınız. Siz bugün her zamankinden farklı tipte ağrı yaşadınız mı?

1. Evet 2. Hayır

2.Şekil üzerinde , ağrıyı hissettiğiniz bölgeyi daire içine alınız. En fazla olan bölgeye "X" işareti koyunuz.



3. Lütfen, son 24 saat içindeki **EN KÖTÜ** ağrı şiddetinizi en iyi tanımlayan sayıyı daire içine alarak değerlendiriniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Lütfen, son 24 saat içindeki **EN AZ** ağrı şiddetinizi en iyi tanımlayan sayıyı daire içine alarak değerlendiriniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Lütfen ağrınızı **ORTALAMA** olarak en iyi tanımlayan sayıyı daire içine alarak değerlendiriniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. **ŞU ANDA** ne kadar ağrınız olduğunu açıklayan sayıyı daire içine alarak değerlendiriniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Ağrınız için hangi tedavileri veya ilaçları alıyorsunuz?

8. Son 24 saat içinde verilen tedaviler veya ilaçlar ağrınızı ne kadar **İYİLEŞTİRDİ**? Lütfen ne kadar iyileştirdiğini gösteren yüzdeyi daire içine alınız.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

9. Geçen 24 saat süresince ağrınızın aşağıdaki aktivitelerinizi ne kadar **SINIRLADIĞINI** açıklayan sayıyı daire içine alınız.

a. Genel aktivitelerinizi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

b. Ruhsal durumunuzu

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

c. Yürüebilmenizi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

d. Normal işlerinizi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

e. Diğer insanlarla ilişkilerinizi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

f. Uykunuzu

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

g. Yaşam tarzınızı

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EK-7**BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ**

1.	0	Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum
	1	Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum
	2	Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım
	3	O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum
2.	0	Gelecek hakkında umutsuz ve kararsız değilim
	1	Gelecek hakkında karamsarım
	2	Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok
	3	Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor
3.	0	Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum
	1	Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum
	2	Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum
	3	Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum
4.	0	Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum
	1	Eskiden olduğu gibi herşeyden hoşlanıyorum
	2	Artık hiçbirşey bana tam anlamıyla zevk vermiyor
	3	Herşeyden sıkılıyorum
5.	0	Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum
	1	Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum
	2	Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum
	3	Kendimi her zaman suçlu hissediyorum
6.	0	Kendimden memnunum
	1	Kendi kendimden pek memnun değilim
	2	Kendime çok kızıyorum
	3	Kendimden nefret ediyorum
7.	0	Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum
	1	Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendimi eleştiririm
	2	Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum
	3	Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum
8.	0	Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
	1	Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum
	2	Kendimi öldürmek isterdim
	3	Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm
9.	0	Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor
	1	Zaman zaman içimden ağlamak geliyor
	2	Çoğu zaman ağlıyorum
	3	Eskiden ağlardım şimdi istesem de ağlayamıyorum
10.	0	Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim
	1	Eskisine kıyasla kolay kızıyor yada sinirleniyorum
	2	Şimdi hep sinirliyim
	3	Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor
11.	0	Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim
	1	Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum
	2	Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim
	3	Hiç kimseyle görüşüp konuşmak istemiyorum
12.	0	Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum
	1	Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum
	2	Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum
	3	Artık hiç karar veremiyorum
13.	0	Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum
	1	Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor
	2	Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum
	3	Kendimi çok çirkin buluyorum
	0	Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum

14.	1	Birşeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor
	2	Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor
	3	Hiç bir şey yapamıyorum
15.	0	Her zamanki gibi uyuyabiliyorum
	1	Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum
	2	Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum
16.	3	Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum
	0	Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum
	1	Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum
17.	2	Yaptığım hemen her şey beni yoruyor
	3	Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum
	0	İştahım her zamanki gibi
18.	1	İştahım eskisi kadar iyi değil
	2	İştahım çok azaldı
	3	Artık hiç iştahım yok
19.	0	Son zamanlarda kilo vermedim
	1	İki kilodan fazla kilo verdim
	2	Dört kilodan fazla kilo verdim
20.	3	Altı kilodan fazla kilo verdim
	0	Daha az yiyerek kilo vermeye çalışıyorum 1. Evet 2. Hayır
	1	Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor
21.	2	Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor
	3	Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor
	0	Sağlığım hakkında o kadar endişeleyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum
22.	0	Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim
	1	Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim
	2	Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim
23.	3	Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim
	0	Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
	1	Cezalandırılabilceğimi seziyorum
24.	2	Cezalandırılmayı bekliyorum
	3	Cezalandırıldığımı hissediyorum
	0	

EK-8

PITTSBURG UYKU KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Açıklamalar: aşağıdaki sorular geçen ay boyunca olan uyku alışkanlığınız ile ilgilidir. Cevaplarınız geçen aydaki gündüz ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

Geçen ay boyunca;

1. Genellikle ne zaman yatmaya gittiniz?
2. Her gece uykuya dalmanız ne kadar (kaç dakika) sürdü?
.....
3. Sabahları genellikle ne zaman uyandınız?
.....
4. Geceleri gerçekten kaç saat uyudunuz? (bu yatakta kaldığınız süreden farklı **olabilir**)
.....

	Hiç(0)	Haftada birden az (1)	Haftada 1-2 (2)	Haftada 3 veya daha fazla (3)
5. Geçen ay boyunca aşağıda belirtilen uyku sorunlarını ne sıklıkta yaşadınız				
a. 30 dakika içinde uykuya dalamadınız				
b.Gece yarısı veya sabah uyandınız				
c.Tuvalet gereksiniminizi karşılamak zorunda kaldınız				
d.Rahat şekilde nefes alamadınız				
e.Öksürdünüz veya gürültülü şekilde horladınız				
f.Aşırı şekilde üşüdünüz				
g.Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz				
h.Kötü rüyalar gördünüz				
i.Ağrınız oldu				
j.Diğer nedenler, lütfen belirtiniz:.....				
6. Geçen ay boyunca uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkta uyku ilacı (reçeteli –reçetesiz kullandınız?				
7. Geçen ay boyunca araba kullanırken, yemek yerken veya sosyal aktivite esnasında ne kadar sıklıkta uyanık kalmak için zorlandınız?				
8. Geçen ay boyunca bu durum işlerinizi istekle yapmanızda ne derece sorun oluşturdu?				
	Çok iyi (0)	Oldukça iyi(1)	Oldukça kötü(2)	Çok kötü (3)
9.Geçen ay boyunca ; genel uyku kaliteniz nasıldı?				

EK-9-BESLENME DURUMUNU TANILAMA FORMU

<p>1. Kilo</p> <p><u>Şimdiki Ve Son Günlerdeki Kilomun (Vücut Ağırlığının) Özeti</u></p> <p>Ben Şimdi YaklaşıkKiloyum Ben Yaklaşık.....Metre.....Santimetreyim Bir ay önce yaklaşıkkiloydum Ben altı ay önce yaklaşık.....kiloydum Geçen iki hafta boyunca kilom</p> <p><input type="checkbox"/> Azaldı (1) <input type="checkbox"/> Değişmedi (0) <input type="checkbox"/> Arttı (0)</p> <p>Kutu 1</p>	<p>2. Yiyecek Alımı : normal beslenmem ile karşılaştırdığımda; geçen ay boyunca yiyecek alım oranı</p> <p><input type="checkbox"/> Değişmedi (0) <input type="checkbox"/> Her zamankinden daha çok (0) <input type="checkbox"/> Her zamankinden daha az (1)</p> <p>Şu anda alıyor olduğum yiyecekler</p> <p><input type="checkbox"/> Normal besin fakat normal miktardan az (1) <input type="checkbox"/> Az katı yiyecek (2) <input type="checkbox"/> Sadece sıvılar (3) <input type="checkbox"/> Sadece destek (ek) besinler (3) <input type="checkbox"/> Her şeyden çok az (4) <input type="checkbox"/> Sadece tüple beslenme veya sadece damardan beslenme (0)</p> <p>Kutu 2</p>
<p>3. Semptom : Geçen iki hafta boyunca beslenmememi engelleyen aşağıdaki sorunları yaşadım.</p> <p><input type="checkbox"/> Yemek yeme ile ilgili sorunum olmadı (0) <input type="checkbox"/> İştahım yoktu, bir şey yemek istemiyordum (3) <input type="checkbox"/> Bulantı (1) <input type="checkbox"/> Kabızlık (1) <input type="checkbox"/> Kusma (3) <input type="checkbox"/> İshal (3) <input type="checkbox"/> Ağız kuruluğu (1) <input type="checkbox"/> Ağız yaraları (2) <input type="checkbox"/> Kokudan iğrenme (1) <input type="checkbox"/> Çabuk doyumluk hissetme (1) <input type="checkbox"/> Tat duyusunda değişiklik, tat alamama (1) <input type="checkbox"/> Yutma güçlüğü (2) <input type="checkbox"/> Ağrı (3) Nerede..... <input type="checkbox"/> Diğer ** (1).....</p> <p>** Örneğin: depresyon, mali veya diş ile ilgili sorunlar</p> <p>Kutu 3</p>	<p>4. Aktiviteler ve işlevler: Geçen ay boyunca olan aktivitelerimi aşağıdaki gibiydi</p> <p><input type="checkbox"/> Sınırlamasız normal (0) <input type="checkbox"/> Kendim normal değildim , fakat ayağa kalkabiliyor ve zor olmayan aktiviteleri yapabiliyordum (1) <input type="checkbox"/> Çoğu şeyi yapmaya gücüm yoktu, fakat günün yarısından azını sandalyede oturarak veya yatarak geçiriyordum (2) <input type="checkbox"/> Çok az aktivite yapıyor ve günün çoğunu sandalye veya yatakta geçiriyordum (3) <input type="checkbox"/> Yatağa bağımlıydım, nadiren yaktan çıkıyordum (3)</p> <p>Kutu 4</p>

EK-10**ECOG PERFORMANS DURUM ÖLÇEĞİ**

0	Tam olarak aktif, hastalık öncesi dönemdeki aktivitelerin tümünü yapabilmekte
1	Fiziksel güç gerektiren aktiviteleri yapmakta sınırlı fakat , dolaşabilir ve hafif hareket gerektirmeyen işleri yapabilir, örneğin, hafif ev işi, ofiste çalışma
2	Dolaşabilir ve öz bakım gereksinimlerini karşılayabilir fakat iş aktivitelerini yapamaz
3	Sınırlı olarak öz bakım gereksinimlerini karşılayabilir, zamanın yarısından az bir süre yatağa bağımlıdır
4	Tamamen bağımlı . öz bakım gereksinimlerini karşılayamaz zamanın yarısından fazla sandalye veya yatağa bağımlıdır
5	Ölüm

EK-11**ANEMİ DEĞERLENDİRME FORMU**

HEMOGRAM		Z1	Z2	Z3
Hem				
Hb				
WBC				
RBC				
Sonuç	Grade			
	Şiddet			
Öneriler				

Z1: Kemoterapi öncesi**Z2: 1.kürden sonra 10.gün****Z3:2.kürden sonra 10.gün****SONUÇ DEĞERLENDİRMESİ****Anemi toksite ölçeği (hemogloblin düzeyleri g/dl)**

GRADE	ŞİDDETİ	NCI
0	Yok	Normal sınırlarda
1	Hafif	10
2	Orta	8-9.9
3	Şiddetli	6.5-7.9
4	Yaşamı Tehdit Edici	> 6. 5

NCI'e göre

Kadınlarda: 12-16 g/dl

Erkeklerde 14-18 g/dl

*NCI: National Cancer
Institute*

EK-12**Kronik Hastalık Kayıt Formu**

	Z1		Z2		Z3	
İnfeksiyon	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
Kardiyak Rahatsızlık						
Pulmoner Rahatsızlık						
Renal Rahatsızlık						
Hepatik Rahatsızlık						
Nörolojik Rahatsızlık						
Endokrin Rahatsızlık						
Hipotroidizm						
ÖNERİLER						

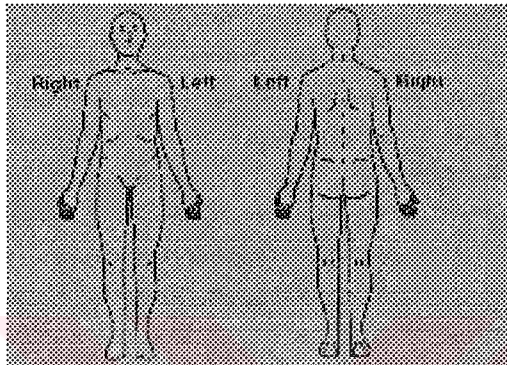
EK-13

Brief Pain Inventory (Short Form)

1) Throughout our lives, most of us have had pain from time to time (such as minor headaches, sprains, and toothaches). Have you had pain other than these everyday kinds of pain today?

1. yes 2. no

2) On the diagram, shade in the areas where you feel pain. Put an X on the area that hurts the most.



3) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its **WORST** in the past 24 hours.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No										Pain as bad as
pain										you can imagine

4) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its **LEAST** in the past 24 hours.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No										Pain as bad as
pain										you can imagine

5) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain on the **AVERAGE**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No										Pain as bad as
pain										you can imagine

6) Please rate your pain by circling the one number that tells how much pain you have **RIGHT NOW**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No										Pain as bad as
pain										you can imagine

7) What treatments or medications are you receiving for your pain?

8) In the past 24 hours, how much **RELIEF** have pain treatments or medications provided? Please circle the one percentage that most shows how much.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
No relief Complete relief

9) Circle the one number that describes how, during the past 24 hours, **PAIN HAS INTERFERED** with your:

A. General Activity:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

B. Mood

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

C. Walking ability

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

D. Normal work (includes both work outside the home and housework)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

E. Relations with other people

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

F. Sleep

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

G. Enjoyment of life

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

Source: Pain Research Group, Department of Neurology,
University of Wisconsin-Madison.

Used with permission. May be duplicated and used in
clinical practice.

EK-14

Brief Fatigue Inventory

Throughout our lives, most of us have times when we feel very tired or fatigued. Have you felt unusually tired or fatigued in last week?

Yes **No**.....

1. Please rate your fatigue (weariness, tiredness) by circling the one number that best describes your fatigue **RIGHT NOW**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No as bad as you can imagine

Fatigue

2. Please rate your fatigue (weariness, tiredness) by circling the one number that best describes your **USUAL** level of fatigue during past 24 hours

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No as bad as you can imagine

Fatigue

3. Please rate your fatigue (weariness, tiredness) by circling the one number that best describes **WORST** level of fatigue during past 24 hours

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No as bad as you can imagine

Fatigue

9) Circle the one number that describes how, during the past 24 hours, **FATIGUE HAS INTERFERED** with your:

A. General Activity:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Does not interfere Completely interferes

B. Mood

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Does not interfere Completely interferes

C. Walking ability

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Does not interfere Completely interferes

D. Normal work (includes both work outside the home and housework)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Does not interfere Completely interferes

E. Relations with other people

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Does not interfere Completely

interfere

interferes

F. Enjoyment of life

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Does not interfere								Completely interferes		



THE UNIVERSITY OF TEXAS
MD ANDERSON
CANCER CENTER

Department of Symptom Research
Unit 221

March 4, 2004

Ozmir Usta Yesilbalkan
Ege University School of Nursing
Medical Nursing Department
Bornova
Izmir, Turkey 35100

Dear Ms. Usta Yesilbalkan:


I am pleased that you have considered using the Brief Fatigue Inventory[®] in your research project. The study description you provided seems to be congruent with the intended use of the BFI[®]. You may reproduce the BFI[®] but your copyright use is limited only to this specific study. In addition, the following should appear in your reproduced copy.

Copyright 1991 Charles S. Cleeland, Ph.D.
Pain Research Group
Used by permission.

Additional information can be found on our website at:
www.mdanderson.org/departments/prg

I look forward to having a summary of your results.

Sincerely,



Charles S. Cleeland, Ph.D.
McCullough Professor of Cancer Research
Director, Pain Research Group
Division of Anesthesiology & Critical Care

CSC:mcs

Cc: Tito R. Mendoza, Ph.D.

CARING • INTEGRITY • DISCOVERY

1515 HOLCOMBE BOULEVARD • HOUSTON, TEXAS 77030-4009 • 713-792-3131 • www.mdanderson.org

A Comprehensive Cancer Center designated by the National Cancer Institute
located in the Texas Medical Center

EK-16

THE UNIVERSITY OF TEXAS
MD ANDERSON
CANCER CENTER

Department of Symptom Research
Unit 221

March 4, 2004

Oznur Usta Yesilbalkan
Ege University School of Nursing
Medical Nursing Department
Bornova
Izmir, Turkey 35100

Dear Ms. Usta Yesilbalkan:

I am pleased that you have considered using the Brief Pain Inventory[®] (BPI) in your upcoming study. The study description you provided seems to be congruent with the intended use of the BPI. You may reproduce the BPI but your copyright use is limited only to this specific study. In addition, the following should appear in your reproduced copy.

Copyright 1991 Charles S. Cleeland, Ph.D.
Pain Research Group
Used by permission.

Additional information can be obtained by visiting our website:
www.mdanderson.org/departments/prg.

I look forward to having a summary of your results.

Sincerely,



Charles S. Cleeland, Ph.D.
McCullough Professor of Cancer Research
Director, Pain Research Group
Division of Anesthesiology & Critical Care

CSC:mes

Cc: Tito R. Mendoza, Ph.D.

CARING • INTEGRITY • DISCOVERY

1515 HOLCOMBE BOULEVARD • HOUSTON, TEXAS 77030-4009 • 713-792-2121 • www.mdanderson.org

*A Comprehensive Cancer Center designated by the National Cancer Institute
located in the Texas Medical Center*

Alışveriş · Arama · Arkadaşım · E-Kart · Email · E-Poster · Erişim · Faj · Finansa · Grup · Haber · Hava · İlan · Kadıncı
 Mesaj
 Mobil · Mysite · Otomobil · Oyun · Pano · Proservis · Sağlık · Sinema · Sohbet · Spor · Teknoloji · Tüketici Kışesi
 Anasayfa



Çarşı pazar girmeden

Posta Kutusu

Klasörler [Ekle]

Posta Kutusu

Sizineç [Soğuk]

Çöp [Soğuk]

Gönderilen

Taslık

Adres Defteri

Dosya Deposu

SMS Email

MYNET EMAIL PLUS
ALMAK İSTİYORUM

VİDEO ENGELLEME
SİSTEMİ

Kimden : "QLQC30 Download requests" <qlqc30@corb.be> [Göndereni Engelle] [Adres Defteri]
 Kime : oznurusta@mynet.com
 Konu : RE: QLQ-C30 download request from oznur usta yesilbalkan
 Tarih : 5/07/2005 11:24

Dear Ms Yesilbalkan,

Please find below the links where you can download the documents you

Best regards,

Ken Cornelissen

Ken Cornelissen

Secretary

Quality of life Unit

ECORC

European Organisation for Research and Treatment of Cancer

AISBL-IVZW

Avenue E. Mounierlaan, 83/11

Brussel 1200 Bruxelles

België - Belgique

Tel: +32 (0)2 774 16 78

Fax: +32 (0)2 778 45 68

E-mail: http://webmail19.mynet.com/webmail/src/compose.php?send_to=ken.cornelissen

Website ECORC: <http://www.eorc.be/>

Website Quality of Life: <http://www.eorc.be/home/en/>

-----Original Message-----

From: ms oznur usta yesi [mailto:ms_oznur_usta_yesi]

Sent: 05 July 2005 02:00

To: QLQC30 Download requests

Subject: QLQ-C30 download request from oznur usta yesilbalkan

Title: ms

Firstname: oznur

Lastname: usta yesilbalkan

Hospital/Institution: ege university school of nursing

Address: ege university school of nursing,

County/State: IZMIR/BORNova

Postalcode: 35100

Country: Turkey

Phone: 02323881183

Fax: 02323886374

Email: http://webmail19.mynet.com/webmail/src/compose.php?send_to=oznurusta%40m

Protocol: doctoral thesis

Documents requested:

**QEQ-C30 Core Questionnaire in Turkish
Scoring Manual**

URLs:

http://www.eortc.be/home/gol/downloads/files/QEQ-C30_Turkish.pdf

<http://www.eortc.be/home/gol/downloads/files/SCmanual.pdf>

. Alışveriş . Arama . Arkadaşım . E-Kart . Email . E-Poster . Eğitim . Fal Finans . Grup . Haber . Hava . İlan . Madenc
Mesaj
. Mobil . Nispete . Otomobil . Oyun . Pano . Proservis . Seyahat . Sinema . Sohbet . Spor . Teknoloji . Tüketici Kışesi
Anasayfa
İletişim . Reklam
Copyright © 2003 MYNET A.Ş. Tüm Hakları MYNET A.Ş.'ye Aittir.

EK-18

29.03.2004

Merhaba Öznür,

Tez çalışmada başarılar dileyerek sana ek'te Piper Yorgunluk Ölçeğini ve değerlendirilmesini gönderiyorum.

Ölçekle ilgili soruların olursa e-mail'le iletişim kurabilirsin.

Saygı ve sevgilerimle

Dr. Gülbeyaz Can

*İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
İç Hastalıkları Hemşireliği*

EK-19

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI :2004-24
KONU :Araştırma hk.

Bornova /İZMİR
15.04.2004

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Doktora öğrencisi Öznur Usta Yeşilbalkan'ın 15 Mart 2004 – 30 Ekim 2004 tarihleri arasında yapılmayı planladığı "Kemoterapi uygulanan Hastalarda Eğitimin Yorgunluk Düzeyine ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi" konulu araştırması 15.04.2004 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve "Araştırmanın Yürütülmesi Uygun" bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Öğretmen
19/4

Doç.Dr. İsmet EŞER
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

E.Ü. HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU	
Yaz. İşleri	
Kayıt Tarihi:	15.04.04
Kayıt No:	1061
İşlem Tarihi:	

İsmet Eşer

EK- 20

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : B.30.2.EGE.0.A1.00.90/90
KONU :

Bornova/İZMİR
06 /08/2004

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitümüz iç hastalıkları hemşireliği anabilim dalı doktora öğrencisi Özner Usta YEŞİLBALKAN'ın tez konusunun "Kemoterapi uygulanan hastalarda eğitimin yorgunluk düzeyine ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi" olarak belirlenmesi yönetim kurulumuzun 01.04.2004 tarih ve 8/11 sayılı kararı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ve rica ederim.


Prof. Dr. Cernat ERONAT
MÜDÜR

Özner Usta
8/14
24

E.Ü. HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU	
Yazı İşleri	
Kayıt Tarihi:	07-08-04
Kayıt No:	697
İlgili Birim:	

EK-21

T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastane Başhekimliği

Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi
SAYI :B.30.2.EGE.0.1H.00.04/H- 1736
KONU :

19/11/2004

EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

İLGİ: 2836 sayı ve 13.10.2004 tarihli yazımız.

Yüksekokulunuz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Prof.Dr. Ayfer KARADAKOVAN sorumluluğunda Araştırma Görevlilerinden Öznur USTA YEŞİLBALKAN tarafından yapılması planlanan "Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Eğitimin Yorgunluk Düzeyine ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi" konulu doktora tez çalışmasını İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tülay Aktaş Onkoloji ve Kemik İliği Transplantasyon Hastanesinde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

E.Ü. HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU	
Yazı İşleri	
Kayıt Tarihi	19/11/04
Kayıt No	5167
Kayıt Yeri	
Kayıt Durum	

Prof.Dr. Geylani ÖZOK
Başhekim

13.10.2004

TUTANAK

İç Hastahları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi Öznur Usta Yeşilbalkan'ın "Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Eğitimin Yorgunluk Düzeyine ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi" konulu doktora tezi ile ilgili tez izleme komitesi 13.10.2004 tarihinde saat 13.30 da Hemşirelik Yüksek Okulunda toplanmış ve öğrencinin tez çalışması ile ilgili gelişmeleri değerlendirmiştir. Toplantıda 31 Ağustos-13 Ekim 2004 tarihleri arasında 5 hastaya ulaşıldığı ve tez veri toplama süresinin 28 Şubat 2005 tarihine kadar uzatılmasının uygun olacağına karar verilmiştir.

Tez İzleme Komitesi

Prof.Dr.Ayfer KARADAKOVAN (Danışman)

Prof.Dr.Çiçek FADİLOĞLU

Prof.Dr.Erdem GÖKER

TUTANAK

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi Öznur Usta Yeşilbalkan'ın " Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Eğitimin Yorgunluk Düzeyine Ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi" konulu doktora tezi ile ilgili tez izleme komitesi 05-05-2005 tarihinde saat 13.00'te Hemşirelik Yüksek Okulu'nda toplanmış ve öğrencinin tez çalışması ile ilgili gelişmeleri değerlendirmiştir. Toplantıda 15 Mart 2004 - 5 Mayıs 2005 tarihleri arasında 34 hastadan veri toplandığı ve örnekleme I hastanın daha alınarak 15 Mayıs 2005 tarihine kadar 35 hasta verisi ile veri toplamının sonlandırılması ve bundan sonra verilerin değerlendirilmesi ve tez raporu yazılmasına karar verilmiştir.

Tez İzleme Komitesi

Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN (Danışman)

Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU

Prof. Dr. Erdem GÖKER

EK-24

**ÇALIŞMA SIRASINDA YARDIMINI VE DESTEĞİNİ SÜREKLİ ALDIĞIM EGE
ÜNİVERSİTESİ TÜLAY AKTAŞ ONKOLOJİ VE KEMİK İLİĞİ
TRANSPLANTASYON HASTANESİ ÇALIŞANLARI**

Doç.Dr.Rüçhan USLU

Uzm.Dr. Can Feza SEZGİN

Uzm.Dr. Bülent KARABULUT

Hemşire Ayşe CANİTEZ

Hemşire Adalet ÇİFTÇİVAR

Hemşire Cemile Sarma PEKÇAN

Hemşire Elif DUMAN

Sekreter Erdem DEĞER

Memur Hilmi BAŞTÜRK

Personel Zafer AYAYDIN

Personel Arzu GEDİK

TEŞEKKÜRLER

ÖZ GEÇMİŞ

Öznur USTA YEŞİLBALKAN 05-10-1975 yılında Bornova'da doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini İzmir'de tamamladı. 1993 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'da lisans eğitimine başladı ve 1997 yılında dönem üçüncüsü olarak mezun oldu. Aynı yıl İzmir Özel Ege Sağlık Hastanesinin Koroner yoğun bakımında hemşire olarak göreve başladı. 9 ay sonra aynı hastanede supervizor hemşire olarak göreve başladı. Buradaki görevini 1999 yılı Aralık ayına kadar sürdürdü. 1997 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünün açmış olduğu İç Hastalıkları Hemşireliği A.D'da yüksek lisans eğitimine başladı ve 2001 yılında eğitimini tamamladı. 1999 yılı Aralık ayında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları hemşireliği AD'da Araştırma görevlisi olarak göreve başladı ve halen bu kadroda görevine devam etmektedir.

2001 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünün açmış olduğu İç Hastalıkları Hemşireliği A.D'da doktora eğitimine başladı ve 3 Eylül 2003 tarihinde doktora yeterlilik sınavına girdi.

Türk Hemşireler Derneği, Onkoloji Hemşireliği, Diyabet Hemşireliği, Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği ve İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Mezunlar Derneği üye olduğu mesleki kuruluşlardır. Yabancı Dili İngilizcedir. Evlidir.