



T.C.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANSERLİ HASTALARDA
YORGUNLUK VE YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Ülkü SAYGILI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Serap PARLAR KILIÇ

Gaziantep

2012



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANSERLİ HASTALARDA
YORGUNLUK VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Ülkü SAYGILI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI)

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Serap PARLAR KILIÇ

Gaziantep
2012

T.C.
GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANSERLİ HASTALARDA YORGUNLUK VE
YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ülkü SAYGILI

Tez Savunma Tarihi:

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının bir "Yüksek Lisans" derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Akif ŞİRİKÇİ

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.

Yrd. Doç. Dr. Serap Parlar KILIÇ

Tez Danışmanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

İmzası

Yrd. Doç. Dr. Serap PARLAR KILIÇ

Yrd. Doç. Dr. Murat Taner GÜLŞEN

Yrd. Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

20.07.2012

TEŐEKKÖR

Tezimin tamamlanmasında bilimsel desteği ile her aőamasında yanımda olan tez danışmanım Sağlık Bilimleri Fakóltesi öğretim üyesi Sayın Yrd. Doç. Dr. Serap Parlar KILIÇ'a, çalışmanın istatistiksel analizinde ve yazılmasında yol gösteren Arő. Gör. Büőra ALTINEL ve Arő. Gör. Ayőe ALOęLU'na, tezimin düzenlenmesinde emeğini esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Sevil CENGİZ'e, çalışmanın uygulanması sırasında destek veren hemşire, hastane çalıőanları ve araőtirmaya katılan hastalarım; son olarak her zaman yanımda olduklarını hissettiren değerli aileme sevgi, saygı ve sonsuz őükranlarımı sunarım.

Ölkü SAYGILI

2012

İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ	3
1.1. Problemin Tanımı	3
1.2. Araştırmanın Amacı	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kanser	5
2.1.1. Kanser Hastalığının Tarihçesi	5
2.1.2. Kanser Tanımı	5
2.1.3. Kanserın Fizyopatolojisi	6
2.1.4. Kanserın Epidemiyolojisi	6
2.2. Gastrointestinal Sistem Kanserleri	7
2.2.1. Gastrointestinal Sistem Yapı ve Fonksiyonu	8
2.2.2. Kolorektal Kanserler	10
2.2.2.1. Kolorektal Kanserlerde Epidemiyoloji ve İnsidans	11
2.2.2.2. Kolorektal Kanserlerde Etyoloji ve Risk Faktörleri	11
2.2.2.3. Kolorektal Kanserlerde Klinik Belirti ve Bulgular	12
2.2.2.4. Kolorektal Kanserlerde Fizyopatoloji ve Evrelendirme	13
2.2.2.5. Kolorektal Kanserlerin Tedavisi	14
2.2.2.6. Kolorektal Kanserlerin Prognozu	15
2.2.3. Mide Kanseri	17
2.2.3.1. Mide Kanserinde Epidemiyoloji ve İnsidans	17
2.2.3.2. Mide Kanserinde Etyoloji ve Risk Faktörleri	18
2.2.3.3. Mide Kanserinde Klinik Belirti ve Bulgular	19
2.2.3.4. Mide Kanserinde Fizyopatoloji ve Evrelendirme	20
2.2.3.5. Mide Kanserinin Tedavisi	21
2.2.3.6. Mide Kanserinin Prognozu	21

2.2.4.	Özefagus Kanseri	22
2.2.4.1.	Özefagus Kanserinde Epidemiyoloji ve İnsidans	22
2.2.4.2.	Özefagus Kanserinde Etyoloji ve Risk Faktörleri	23
2.2.4.3.	Özefagus Kanserinde Klinik Belirti ve Bulgular	24
2.2.4.4.	Özefagus Kanserinde Fizyopatoloji ve Evrendirme	24
2.2.4.5.	Özefagus Kanserinin Tedavisi	25
2.2.4.6.	Özefagus Kanserinin Prognozu	26
2.3.	Yorgunluk	26
2.3.1.	Yorgunluk Tanımı	26
2.3.2.	Yorgunluğun Tanımlayıcı Özellikleri	27
2.3.3.	Yorgunluğun Değerlendirilmesi ve Ölçümü	28
2.3.4.	Kansere Bağlı Yorgunluk	30
2.3.4.1.	Kansere Bağlı Yorgunluğun Tanımı	30
2.3.4.2.	Kansere Bağlı Yorgunluğun Nedenleri	30
2.3.4.3.	Kanser Hastalarında Yorgunluk Belirtileri	33
2.3.5.	Yorgunluk Yönetimi ve Hemşirelik Uygulamaları	34
2.3.5.1.	Farmakolojik Yöntemler ve Hemşirelik Uygulamaları	36
2.3.5.2.	Nonfarmakolojik Yöntemler ve Hemşirelik Uygulamaları	37
2.3.5.3.	Yorgunluk Yönetiminde Özel Girişimler	39
2.4.	Yaşam Kalitesi	40
2.4.1.	Yaşam Kalitesi Tarihçesi	40
2.4.2.	Yaşam Kalitesi Tanımı	40
2.4.3.	Sağlıkta Yaşam Kalitesi	41
2.4.4.	Yaşam kalitesini Etkileyen Faktörler	41
2.4.5.	Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi ve Ölçümü	43
2.4.6.	Kanserin Yaşam Kalitesine Etkisi	45
2.4.6.1.	Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik	45
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	47
3.1.	Araştırmanın Tipi	47
3.2.	Araştırmanın Hipotezleri	47
3.3.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	47
3.4.	Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	48
3.4.1.	Araştırmanın Evreni	48

3.4.2.	Araştırmanın Örneklemi	48
3.4.3.	Araştırmanın Sınırlılıkları	49
3.4.4.	Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	48
3.4.5.	Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	49
3.5.	Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	49
3.6.	Verilerin toplanması	49
3.6.1.	Veri Toplama Araçları	50
3.6.1.1.	Anket Formu (EK -1)	50
3.6.1.2.	Karnofsky Performans Skalası (EK- 2)	51
3.6.1.3.	Piper Yorgunluk Ölçeği (EK- 3)	51
3.6.1.4.	EORTC QLQ C-30Yaşam Kalite Ölçeği (EK- 4)	52
3.6.2.	Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	53
3.7.	Verilerin Değerlendirilmesi	54
3.8.	Araştırmanın Etik Boyutu	54
3.8.	Süre ve Olanaklar	55
4.	BULGULAR	57
4.1.	Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguları	57
4.2.	Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulguları	59
4.3.	Hastaların Hastalık Tedavisine Yönelik Özelliklerine İlişkin Bulguları	61
4.4.	Hastaların Beden Kitle İndekslerine İlişkin Bulguları	62
4.5.	Hastalarda Yorgunluk İle İlgili Bulgular	63
4.6.	Hastalarda Yaşam Kalitesi ile İlgili Bulgular	75
4.7.	Hastaların Total Yorgunluk Puanları ve Karnofsky Performans Puanları İle Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	112
4.8.	Hastaların Karnofsky Performans Puanları ile Yorgunluk Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	113
5.	TARTIŞMA	114
5.1.	Gastrointestinal Sistem Kanserli Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi	114

5.2.	Gastrointestinal Sistem Kanserli Hastaların Hastalık Durumlarına İlişkin Özelliklerinin İncelenmesi	115
5.3.	Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Yorgunluğa Etkisinin İncelenmesi	116
5.4.	Hastaların Hastalık Özelliklerinin Yorgunluğa Etkisinin İncelenmesi	119
5.5.	Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi	120
5.6.	Hastaların Hastalık Özelliklerinin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi	123
6.	SONUÇLAR VE ÖNERİLER	127
6.1.	Sonuçlar	127
6.2.	Öneriler	128
7.	KAYNAKLAR	130
8.	EKLER	152
EK 1.	Anket Formu	152
EK 2.	Karnofsky Performans Skalası	155
EK 3.	Piper Yorgunluk Ölçeği	156
EK 4.	EORTC QLQ Yaşam Kalitesi Ölçeği	158
EK 5.	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı	160
EK 6.	Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi Başhekimliği Onayı	162
EK 7.	Ölçek Kullanım İzinleri	163
EK 8.	Bilgilendirilmiş Olur Formu	165
ÖZGEÇMİŞ		166

KISALTMALAR ve SİMGELERLİSTESİ

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
AJCC:	Amerikan Birleşik Kanser Komitesi
BKİ:	Beden Kitle İndeksi
CEA:	Karsinoembriyonik Antijen
EORTC QLQ C-30:	Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalite Ölçeği
GİS:	Gastrointestinal Sistem
GYO:	Günlük Yaşam Aktivitesi
ICC:	Uluslararası Kanser Birliği
KPS:	Karnofsky Performans Skalası
KT:	Kemoterapi
PYÖ:	Piper Yorgunluk Ölçeği
RT:	Radyoterapi
SİYK:	Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi
NANDA:	Amerika Hemşirelik Tamı Birliği
NCCN:	National Comprehensive Cancer Network Birliği
NCCAM:	Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi
YK:	Yaşam Kalitesi
WHO:	Dünya Sağlık Örgütü

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1.	Piper'in "Entegre Yorgunluk" Modeli	29
Şekil 2.	Çalışmanın Akış Şeması	54

TABLolar LİSTESİ

Sayfa
No

Tablo 1.	Kolorektal Kanserler İçin Risk Faktörleri	12
Tablo 2.	TNM Kanser Sınıflaması	14
Tablo 3.	Tümör Evresine göre Beklenen 5 Yıllık Sağkalım Yüzdeleri	17
Tablo 4.	Dünya Sağlık Örgütünün Mide Kanseri İçin Histolojik Tümör Sınıflaması	20
Tablo 5.	Özefagus Kanseri Risk Faktörleri	23
Tablo 6.	Yorgunluğu Belirleyen Özellikleri Majör ve Minör Özellikler	27
Tablo 7.	Yorgunluğun Etiyolojisinde Yer Alan Predispozan Faktörler	28
Tablo 8.	Kanser Hastalarının Beslenme Problemleri ve Nedenleri	31
Tablo 9.	Yorgunluğun Farmakolojik ve Nonfarmakolojik Kontrol Yöntemleri	35
Tablo 10.	Yaşam Kalitesi Alt Gruplar ve Soruları	53
Tablo 11.	Araştırmanın Uygulama Takvimi	56
Tablo 12.	Hastalara İlişkin Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı	58
Tablo 13.	Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı	60
Tablo 14.	Hastaların Hastalık Tedavisine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları	61
Tablo 15.	Hastaların Beden Kitle İndekslerine İlişkin Dağılımları	62
Tablo 16.	Hastalarda Piper Yorgunluk Ölçeğine Göre Yorgunluğa İlişkin Özelliklerin Dağılımı	63
Tablo 17.	Hastaların Yorgunluk Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	64
Tablo18.	Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Yorgunluk Puan Ortalamalarının Dağılımı	66
Tablo 19.	Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Yorgunluk Puan Ortalamalarının Dağılımı	70
Tablo 20.	Hastaların Beden Kitle İndeksleri (BKİ)'ne göre Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	73
Tablo 21.	Hastaların Karnofsky Performans Skala Puanlarına (KPS) göre Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	74
Tablo 22.	Hastaların Yaşam Kalite Puanlarının Ortalamaları	76

Tablo 23.	Hastaların Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi	78
Tablo 24.	Hastaların Yaş Gruplarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi	80
Tablo 25.	Hastaların Medeni Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi	83
Tablo 26.	Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi	84
Tablo 27.	Hastaların Yaşadıkları Yere Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi	86
Tablo 28.	Hastaların Gelir Durumları ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi	89
Tablo 29.	Hastaların Hastalık Süresi ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi	91
Tablo 30.	Hastaların Hastalık Evresi ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi	93
Tablo 31.	Hastaların Tedavisinin Uygulanma Yeri ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi	95
Tablo 32.	Hastaların Tanılarını Bilme Durumu ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi	97
Tablo 33.	Hastaların Tedavi Nedeniyle Hastanede Kalma Süreleri ve Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi	100
Tablo 34.	Hastaların Sosyal Destek Sağlayan Kişi Varlığı ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi	102
Tablo 35.	Hastaların Karnofsky Performans Skala Puanı ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi	104
Tablo 36.	Hastaların Meslek Grupları ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi	106
Tablo 37.	Hastaların Tanıları ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi	108
Tablo 38.	Hastaların Uygulanan Tedavi Şekli ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi	110

Tablo 39.	Hastaların Kronik Hastalığı ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi	111
Tablo 40.	Hastaların Total Yorgunluk ve Karnofsky Performans Skala Puanları Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki	112
Tablo 41.	Hastaların Karnofsky Performans Skala Puanları İle Yorgunluk Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	113

ÖZET

GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANSERLİ HASTALARDA YORGUNLUK VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ülkü SAYGILI

Yüksek Lisans Tezi, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Serap Parlar KILIÇ
Temmuz 2012, 166

Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma Gastrointestinal sistem kanser hastalarında yorgunluk ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapıldı. Araştırma; Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesinde tedavi gören, araştırmanın sınırlılıklarına uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden 233 GİS kanserli hasta ile yürütüldü. Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo–demografik değişkenler ve hastalık ile ilgili soruları içeren anket formu, Piper Yorgunluk Ölçeği (PYÖ), Karnofsky Performans Skalası (KPS) ve EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile toplandı. Araştırmaya katılan hastaların %56.7’si erkek, %87.6’sı evli, %32.2’si 57-72 yaş grubunda ve yaş ortalamasının 56.4 ± 15.8 yıl olduğu saptandı. Hastaların %59.7’sinin KPS puanı 70 ve PYÖ total puan ortalamasının 6.2 ± 1.9 olduğu ve PYÖ total puan ortalamasının; hastaların yaş, eğitim durumu, ekonomik durum, yaşadığı yer ve KPS puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Hastaların yaşam kalitesi total puan ortalamalarının; hastaların aldıkları tedavinin çeşidi, KPS puanı, sosyal destek sağlayan kişilerin var olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p < 0.05$) ve yaşam kalitesi ile yorgunluk ve KPS arasında çok anlamlı bir korelasyon ilişkisi olduğu saptandı ($p = 0,00$). GİS kanserli hastaların yaşadıkları yorgunluğun ve performans durumunun yaşam kalitelerini etkilediği saptandı. Bu nedenle hemşirelerin, bakım verdikleri GİS kanserli hastalarının yorgunluk ve performans düzeylerini değerlendirmeleri ve yaşam kalitelerini artırmaları yönünde gereksinimlerini karşılamaları ve bakımlarını bu yönde planlayıp uygulayabilmeleri önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Gastrointestinal Sistem Kanserleri, Kanser, Yaşam Kalitesi, Yorgunluk.

ABSTRACT

EVALUATION OF FATIGUE AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL SYSTEM CANCER

Ülkü SAYGILI

Master's Thesis, Internal Medicine Nursing Master's Program

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Serap Parlar KILIÇ

July 2012, 166 Pages

This descriptive research was conducted to evaluate fatigue and quality of life in patients with gastrointestinal system cancer. The research ; with 233 GIS cancer patients who received treatment at Karadeniz Technical University Farabi Hospital and who met the research criteria and accepted to participate in the study. Data were collected using the questionnaire which was prepared by the investigator and which included questions about sociodemographic variables and the disease; Piper Fatigue Scale (PFS); Karnofsky Performance Scale (KPS); and EORTC QLQ C-30 Quality of Life Scale. Of the patients who participated in the research, 56.7% were male, 87.6% were married, 32.2% were in the age group of 57-72 years, and age average was determined as 56.4 ± 15.8 years. It was observed that 59.7% of the patients obtained a mean score of 70 from KPS score and a total mean score of 6.2 ± 1.9 from PFS. There was a statistically significant difference between patients' PFS total mean scores and their age, education, economic status, place of residence and KPS score ($p < 0.05$). There was also a statistically significant difference between patients' total mean scores of quality of life, and the type of treatment they received, KPS scores and the presence of people who provided them with social support ($p < 0.05$). A highly significant correlation was found between quality of life and fatigue scale and KPS ($p = 0,00$). It was concluded that the fatigue and performance experienced by GIS patient affected the life quality of patients. Therefore, It can be suggested that nurses should evaluate the fatigue and performance level of patients with GIS , in addition, they should help them to provide social needs to raise life quality and they should also plan and perform the care of patients according to these requirements.

Keywords: Gastrointestinal System Cancers, Cancer, Quality Of Life, Fatigue.

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Kanser, tüm dünyada ve ülkemizde yüzyıllar öncesinde olduğu gibi günümüzde de varlığını sürdürmekte ve önemli sağlık sorunlarından birisini oluşturmaktadır (1,2,3). Teknolojik gelişmelerle birlikte tanı, değerlendirme ve tedavi olanaklarının gelişmesi, erken yaşta ölümlerin azalmasına, beklenen yaşam süresinin uzamasına ve kronik hastalık sayılarında artışa yol açmaktadır (4). Son yıllarda hem dünyada hem de ülkemizde %22'lik oran ile kardiyovasküler hastalıklardan sonra kanser, ölüme sebep olan nedenler arasında 2. sırada yer almaktadır (1,5,6). Küresel kanser yükü geçtiğimiz otuz yılda iki kattan daha fazla artış göstermiştir. 2008'de 12 milyon yeni kanser vakasının teşhis edildiği, kanserden kaynaklanan 7 milyon ölümün gerçekleştiği ve kanserli 25 milyon kişinin halen hayatta olduğu öngörülmektedir. 2030 yılına gelindiğinde; 27 milyon kanser vakası, kanserden kaynaklanan yıllık 17 milyon ölüm ve son beş yıl içinde kanser tanısı konmuş 75 milyon kişi rakamlarına ulaşılması beklenmektedir (1,7). Bir hastalığın önemini belirleyen en önemli unsur ise o hastalığın görülme, sakat bırakma sıklığı ve neden olduğu ölümlerin çokluğudur. Kanser; türüne, hasta yaşına, cinsiyetine ve coğrafi bölgelere göre farklılıklar göstermekle birlikte insidans hızı toplumda yüz binde 85 ile 350 arasında değişim göstermektedir (8,9,10). Kanser sık görülmesi, ölüme neden olması aynı zamanda yarattığı fiziksel, ruhsal ve sosyo-ekonomik sorunlar ile hayatın her yönünü etkileyen çok değişik faktörlerin karmaşık ilişkiler yumağı oluşturduğu, birden çok hastalığı içeren bir kavramdır ve önemli bir sağlık sorunudur (4,11,12,13).

Gastrointestinal sistem kanserleri ise kanser ölümlerinin ilk üç sırası içerisinde, erkeklerde akciğer, kadınlarda akciğer ve meme kanserlerinden sonra yer almakta ve ülkemizde önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olmakta ve tüm kanser ölümlerinin %20'sini oluşturmaktadır (10,14). Kolorektal kanserler Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) genel popülasyonda %4 gibi bir oranda görülmekte ve 70 yaşa kadar kolorektal kansere yakalanma riski ve tüm GİS malignensleri arasında %60 görülme sıklığı ile birinci sırada yer almaktadır. Tüm GİS malignenslerinin yaklaşık olarak %10'unu oluşturduğu bildirilen mide kanseri 3. sıklıkta bulunmaktadır. Özefagus kanserinin tüm GİS kanserlerinin %4.5'ini oluşturduğu bildirilmektedir (15).Kanser tedavisi çoğunlukla karmaşık birkaç tedavinin birlikte kullanımıyla uzun bir süreçte gerçekleşmektedir (16).

GİS kanserli bireylerde hastalığa ve tedavi yöntemlerine bağlı olarak dispne, öksürük, hemoptizi, ağrı, uykusuzluk, iştahsızlık, bulantı, kusma, diyare, konstipasyon, kilo kaybı, idrar yapma alışkanlığında değişiklik ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca hastalar anksiyete, korku, depresyon, beden imajında değişiklik, aile ve sosyal ilişkilerde bozulma gibi sorunlar yaşayabilmektedir. Tüm bu semptomlar bireylerin fonksiyonel durumunu bozmaktadır (4,17,18). Bu yan etkiler uygun girişimlerle kontrol altına alınmadığında ölümcül olabilmektedir (19). Yorgunluk ise kanser hastalarının yaklaşık %90'ında görülmekte ve hastaların tedavisi tamamlandıktan sonra da yorgunluk şikayeti devam etmektedir (20). Çalışmalarda ise kansere bağlı yorgunluk nedeni anemi, iştah kaybı, kas kaybı ve stres ile ilişkilendirilmektedir (21,22). Hasta bireylerde artan yorgunluk, ağrı, fiziksel yetersizlik ve emosyonel sıkıntıya neden olarak beraberinde yaşam kalitesini düşürmekte ve kötü sağ kalım ile sonuçlanmaktadır (20,23,24,25). Yaşam kalitesi (YK) ise; Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tanımına göre bireyin kendi kültür ve değer sistemi içinde kendi durumunu algılaması olarak tanımlanmaktadır (26). Bu nedenle yorgunluk nedenlerinin belirlenmesi, bu sorunun ortadan kaldırılması ya da azaltılması açısından gereklidir.

Kanser bakımı ise multidisipliner bir yaklaşım gerektirir (13). Hemşirelik; insanı, sağlık ve hastalıkta doğumundan ölümüne kadar geçen sürede anlamaya temellenmiştir. Kavramsal bilgi ve beceriyi içeren uygulamalı bir sağlık disiplini olmakla birlikte karmaşık insan yapısını pek çok yönü ile tanımak durumundadır. Çağdaş hemşirelik anlayışı ve akılcılığa sahip hemşirenin, onkoloji hemşireliği gibi karmaşık bir alanda, hedeflenen amaçlara ulaşabilmesi için, uygulamalarında hemşirelik sürecini kullanarak semptom yönetimini sağlamalıdır (27,28). Onkoloji hemşiresi kanser bakımının önemli ve bütüncül bir elemanıdır (16). Aynı zamanda hastayı merkez alan bakım anlayışını benimsediği için; fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik hali gibi YK ve alt boyutlarını etkileyen faktörleri belirleyerek hemşirelik sürecine katkı sağlamalıdır.

1.2 Çalışmanın Amacı

Bu çalışma; Gastrointestinal sistem (GİS) kanserli hastaların yaşadıkları yorgunluğu ve YK'yı değerlendirmek amacıyla hedeflenmiştir. Ayrıca bu çalışmada hedeflenen bir diğer durum da; elde edilen sonuçlar doğrultusunda uygun öneriler getirilerek ileride yapılacak çalışmalara rehberlik etmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

2.1.1. Kanser Hastalığının Tarihçesi

Kanser teriminin ilk defa Hipokrat tarafından organizmanın şifa bulmayan yeni yapılanmaları için kullanıldığı görülür. Vücut yüzeyinde büyüyen ve genellikle ülsere neden olan, kırmızı, sıcak, ağrılı, diğerlerinden farklı karakterde olup daha yavaş büyüyen şişliklere Hipokrat, “karkinos” ya da “karkinoma”, Galen (M.S. 2. Yüzyıl) ise yengece benzettiği görünümü nedeniyle “kanser” adını vermiştir. Diğer bir yoruma göre bu adlandırma, kanser ağrısının, yengeç ısırması ile oluşan, ortadan çevreye doğru yayılan kemirici tarzdaki ağrıya benzerlik göstermesi nedeniyledir. Türk tıp tarihinde ise kansere “seretan” adı verilmektedir. Tarsuslu Osman Hayri Efendi'nin “Kenzüshhatül Ebdaniye” (1298) adlı eserinde seretan, fındık ya da küçük yumru büyüklüğünde, ağrılı, etrafı damarlı bir oluşum olarak tanımlanmaktadır. Rönesans ile birlikte Avrupa tıbbında kanserin tanımlanması ile ilgili yeni gelişmeler olmuştur. On dokuzuncu yüzyılın başlamasıyla, kanser oluşumunda önemli bilgiler kazandıran araştırmaların yanı sıra kanserin tanı ve tedavisinde de büyük adımlar atıldı(3). Günümüzde kanserin doğası anlaşılmış, tedavide çok önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Bununla birlikte kanserin görülme sıklığı ve kanserden ölüm oranında önemli bir değişme olmamıştır (29).

2.1.2. Kanser Tanımı

Çok sayıda değişik faktörün karmaşık ilişkiler yumağı oluşturduğu birden çok hastalığı içeren, vücudun bir ya da birçok bölümünde etki eden ve değişik biyolojik süreçlerin yaşandığı, birçok semptomun bir arada görüldüğü sağaltımı uzun süreli, bakımı sadece hastanedeki süreçle sınırlı olmayan aynı zamanda düzenli bir bakıma gereksinim duyulan kronik bir hastalıktır (30,31).

Kanser, insanla ilgili birçok farklı disiplini içeren bir alandır. Hastalığa ait fiziksel sorunlar yanında tanı anından başlayarak tedavi sırası ve sonrasında ortaya çıkan, hastalığı kabullenme ve karşılama, hastane ortamına uyum, yeniden topluma girme, yeni yaşam biçimlerine uyum güçlüğü gibi psikolojik sorunlar da gündeme gelir. Hastalığın süreci hem birey hem de ailesi için travmatik bir hastalıktır.

Bu süreçte kurulacak güçlü ilişki ve hastaların fiziksel olarak tanınması, hastaların bu süreci daha rahat atlattıklarının yanında, daha iyi yaşam kalitesi ve hatta daha olumlu tedavi sonuçları elde edilmesi sağlanacaktır (32). Hastalığa uyumda ise birçok faktör rol alır. Bunlar; hastalığın kendisi, tedavi biçimleri, hastanın daha önceki hastalığa uyum düzeyi, tıbbi hastalıklara ilişkin deneyim ve düşünceleri ve sosyal destek sistemleridir (6).

2.1.3. Kanserin Fizyopatolojisi

Yaşamımızı sürdürebilmemiz için hücrelerimizin sürekli yenilenmesi gerekir. Yaşam süresini dolduran hücreler vücuttan atılırken yerlerine yenileri gelir. Bu denge genlerin kontrolü altındadır. Bazı genler hücrelerin bölünüp çoğalmasını sağlarken, bazıları da aşırı hücre çoğalmasını engeller. Bazen hücreler, çevresel faktörlerin çok basamaklı bir süreç içinde, hücre DNA'sında ve kromozomların fonksiyonel birimleri olan genlerde oluşturduğu değişiklikler neticesinde kontrolsüz olarak bölünmeye başlarlar ve normalde olmayan bir oluşum meydana getirirler. Bu kontrolsüz büyüme ve yayılma ile görülen kanser için yalnızca kontrolsüz çoğalma yeterli değildir. Hücrenin invazyon ve metastaz gibi diğer malign özellikleri de kazanması gerekmektedir (18,33,34,35). Tümör olarak adlandırılan bu dokular benign ve malign olarak ikiye ayrılırlar. Bening tümörler; vücudun diğer bölümlerine yayılmaz, cerrahi operasyonla çıkarılırlar, genelde zararsızdırlar. Malign tümörler ise primer odaklarında büyüyerek, vücudun doku ve organlarına zarar verip, işlevlerini bozarlar. Buna metastaz denir ve metastazın tipi kanserin yapısına göre değişir (18). Oluşumunda primer faktör olarak herhangi bir anormal gen sorumlu tutulurken diğer bazılarında çevresel faktörler sorumlu tutulmakta fakat hangi faktör etkili olursa olsun tüm kanser türlerinin somatik hücrelerdeki mutasyonlar sonucu ortaya çıktığı bir gerçektir (36).

2.1.4. Kansere Epidemiyolojisi

Kanser her ülkede, her yaşta insanın yakalanabileceği, coğrafi sınır tanımayan evrensel bir sorundur ve tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de önemli bir sağlık sorunudur (37).

Epidemiyoloji, hastalıkların sıklık ve dağılımına ait bilgileri kullanarak nedenlerini arama bilimi olarak tanımlanmıştır. Kansere epidemiyolojisi ise toplumdaki kanser özelliklerini ve kanser nedenlerini araştırır.

Temel hedefi sadece kanserin insidansı ve mortalite oranlarını belirlemek değil, karsinogenezi açıklamaya yardım edecek bilgilere ulaşmaktır (5,38,39). Bu çalışmaların en güçlü yanı ise bireylerin normal ortamlarında izlenmesidir (5,38). Coğrafya, yaş, cinsiyet, köken, ırk, çevre, iyonize ve ultraviyole radyasyon, kimyasal maddeler, beslenme alışkanlıkları, genetik, ilaçlar, hormonlar, alkol ve tütün kullanımı, parazitler, virüsler alışkanlıklar gibi pek çok faktör kanser epidemiyolojisinin konusu olmuştur (38,40). Yaşa göre kanser insidansı araştırıldığında kanserin her yaş grubunda ve kanser türlerinin çoğunun, yaş ile birlikte insidansında artış görülmektedir. Irka göre bakıldığında ise her grubun kendine özgü hastalıkları izlenmiştir (38). Irk ve etnik gruplar arasındaki kanser ve diğer hastalıklarda görülen farklılıklar, yaşam biçimi ve kültürlerle ilgili olduğu düşünülmektedir (38). Kanser tiplerinin dağılımı gelişmişlik düzeylerine bağlı olarak ülkeden ülkeyefarklılık göstermekte, aynı ülke içinde de farklı şehirlerde kanser tiplerinin dağılımı değişebilmektedir (39). Sosyoekonomik yaşam koşulları, yoksul ülkelerde hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (4,41).

Yaklaşık her yıl altı milyon civarında yeni kanser vakası görülmektedir (42). En sık görülen kanserler ise sırasıyla akciğer (1.2 milyon kişi), meme (1.05 milyon kişi), kolorektal (945.000 kişi), mide (876.000 kişi) ve karaciğer kanserleridir (564.000 kişi). En sık görülen organ kanseri olarak bildirilen akciğer kanseri tüm kanser ölümlerinin 1/3'ünü oluşturur (1,7,42,43).

Günümüzde erken tanı ve tedavideki gelişmeler nedeniyle birçok insan tanı konulduktan sonra uzun yıllar yaşayabilmektedir, kanserle savaş, korunma ve tedavi politikalarına ağırlık verilmesine neden olmuştur. Ancak hala günümüzde, geç dönemde saptanan ve sadece palyatif amaçla tedavi uygulanan önemli miktarda hasta bulunmaktadır (5,43). Bu yüzden bir çok insan için kanser, tedavisi mümkün olmayan bir hastalık olarak görülmektedir. Bu düşünce gerek hastalarda gerekse sağlık çalışanlarında hala genel bir karamsarlık hali yaratmaktadır (44).

2.2. Gastrointestinal Sistem Kanseri

Gastrointestinal sistem kanseri ise kanser ölümlerinin ilk üç sırası içerisinde, erkeklerde akciğer, kadınlarda akciğer ve meme kanserlerinden sonra yer almakta ve ülkemizde önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olmaktadır ve tüm kanser ölümlerinin % 20'sini oluşturmaktadır (10,14,43).

Kolorektal kanserler, ABD'de 70 yaşa kadar yakalanma riski ve tüm GİS malignensileri arasında %60 görülme sıklığı ile birinci sırayı almaktadır. Tüm GİS malignensilerinin yaklaşık olarak %10'unu oluşturduğu bildirilen mide kanseri 3. sıklık da bulunmaktadır. Özefagus kanseri ise tüm dünyada değişik bölgelerde değişik oranlarda görülmektedir, ve tüm kanserlerin %1'ini özefagus kanserleri oluştururken yine kanser nedeni ile ortaya çıkan ölümlerin de %1.8'ini özefagus kanserleri oluşturmaktadır ve Güney Afrika'da, Bantular'da, Çin, Rusya, Japonya, İskoçya ve Hazar Denizi kıyısında İran'da daha sık görülmektedir. Kirby ve arkadaşları özefagus kanserleri içinde adenokarsinomların görülme oranının 1970'li yıllarda %10 iken günümüzde bu oranın %50-70'e kadar yükseldiğini bildirmiştir. Fakat bu artışın insidanstaki gerçek artışa mı yoksa tanı yöntemlerindeki gelişmeye mi bağlı olduğu spekülatiftir. Tüm bu bulgular American Cancer Society tarafından 2007 yılı için öngörülen oranlarla uyum göstermektedir (1,7,15,45).

2.2.1. Gastrointestinal Sistem Yapı Ve Fonksiyonu

Gastrointestinal sistemin esas fonksiyonu sıvı ve gıdaların ağız yolu ile vücuda alımı ve bunun başarılması için besin maddelerinin sindirim ve emilime uğrayabileceği uygun bir hızla gastrointestinal kanalda ilerlemesi gerekir (46,47). Gastrointestinal kanalın farklı bölümleri bu mekanizmaları yerine getirmek için özelleşmiştir (48,49).

Ağız Boşluğu

Ağız boşluğu arkaya doğru açılır ve farinksin ağız parçası ile birleşir. Ağız boşluğunun üst duvarı sert ve yumuşak damak olmak üzere iki kısımdan meydana gelir. Yumuşak damak sert damağın devamıdır, kas ve zardan yapılmış olup mukoza ile örtülüdür, ağız boşluğunu farinksten kısmen ayıran eksik bir perde şeklindedir (48,49,50).

Dil

Dil ağız boşluğunda bulunan çizgili kaslardan yapılmış ve serbest yüzleri mukoza ile örtülü organdır. Kasların çokluğu yapışma yerlerinin ve kas liflerinin yönlerinin çok çeşitli olması lifleri kasılması ve esnemesini kolaylaştıran yağ dokusunun bolluğu dilin çok çeşitli hareketler yapabilmesini sağlamaktadır. Ağız kapalı olduğunda dil bütün ağız boşluğunu doldurur (48,49,50).

Tükrük Bezleri

Ağız boşluğunda mukoza altında bulunan salgılarını bu boşluğa akıtan glandula labiales, buccales, linguales ve palatinae birçok küçük tükrük bezi mevcuttur.

Ayrıca salgılarını ağız boşluğuna akıtan 3 çift büyük tükürük bezi vardır. Bunlar glandula parotis, glandula submandibularis, glandula sublingualistir (48,49,50).

Farinks

Farinks burun, ağız boşlukları ve larinksin arkasında boyun vertebralarının önünde, uzunluğu 12-14 mm kadar olan, aşağı doğru daralan bir organdır (48,50). Dil basıncı ile lokma sert damak üzerinden geriye doğru yer değiştirir. Lokma dil köküne gelince yutma refleksi başlar. Sindirim kanalı dışındaki tüm bağlantılar kapanır. Yumuşak damak ile nazofarenks ve epiglot ile de larenks kapanır. Aynı anda gerçek ve yalancı kordlar da kapanır. Lokma hipofarenkse girince özefagus açılır ve peristaltik hareketlerle lokma mideye doğru yol alır (48,50).

Özefagus

Özofagus, farenks ile mideyi birleştiren yoldur. İnsanda farinksten mideye kadar uzanan 23-25 cm uzunluğunda müsküler bir kanaldır (46,48,50). Genişliği boş ve dolu olmasına göre değişir ve her düzeyde aynı değildir. Boşken genişliği 1-1,5 cm iken basınç artışı ile 2,5-3 cm genişliğe ulaşabilir (46,48,50). Yüzeysel salgı bezleri mukoza tabakasında özofagusun iki ucunda, derin salgı bezleri ise submukoza tabakasında dağınık olarak bulunur (49). En önemli fonksiyonu alınan gıdaların mekanik bir pompa olarak farinksten mideye ulaşmasını sağlamaktır (42,45,50). Gastrointestinal sistemin bir parçası olan özofagus genellikle kollabe durumdadır, yutma süreci boyunca açılır (50). Özofagus, boyunla birlikte anatomik bölgede uzanması ve hayati organlara yakın komşuluğu nedeniyle tedavisi oldukça komplikedir (46).

Mide

Mide karnın sol yukarı bölgesinde, sol diyafragmanın üzerinde yer alır. Yukarıda özofagus, aşağıda duodenumun bulbus bölgesi ile birleşir. Özofagus ile birleşim yerinde kardiyak sfinkter, duodenum ile birleşim yerinde pilorik sfinkter yer alır. Boş iken 15-16 cm uzunluğunda ve 1.5 litre hacindedir. Mide kardiya, fundus, korpus, antrum ve pilor bölgesinden oluşmaktadır (49). Depo olarak görev yapmakta aynı zamanda Tonüs, motilite, salgılama, absorpsiyon fonksiyonları da vardır ve hem sinirler hem de hormonlar tarafından kontrolü sağlanır (50).

İnce Bağırsak

Sindirim kanalının mideden sonra gelen ve kalın bağırsağa kadar uzanan kısmına ince bağırsak denir. Uzunluğu canlı insanda 4-5 m kadardır. Genişliği yukarı kısımlarda 4-5 cm, aşağı kısımlarında 2-2.5 cm kadardır. İnce barsak üçe ayrılır:

Duodenum, jejunum, ileum. İnce barsağın duodenumdan sonra gelen kısmının 2/5 yukarı parçası jejunum, 3/5 aşağı parçası ileum olarak kabul edilmektedir. Jejunum ileuma göre daha geniş ve duvarları daha kalındır (50,51). Mideden kimus şeklinde ince bağırsaklara geçen besinler mekanik ve kimyasal olaylar sonucu sindirilir. Kimusun sindirimi bağırsaktaki mukus, safra ve pankreas enzimleri ile, absorpsiyonu bağırsağın perisaltik hareketleri sonucu villuslarla temas etmesi sonucu gerçekleşir. Sodyum, potasyum, klor, bikarbonat, demir ve A, D, E, K, C, B kompleks vitaminlerinin emilimi ince bağırsaklardan olur. Açlık döneminin en az % 80'inde ince bağırsaklarda kas aktivitesi yoktur. GİS yiyecek girmesiyle ince bağırsak perisaltik aktivitesi stimüle olur (49,52). Duodenuma pankreastan ve karaciğerden salgı katılır. Pankreas, endokrin ve ekzokrin salgı yapan bir bezdir. Endokrin fonksiyonu glukagon, insülin ve gastrin salgılamasıdır. Ekzokrin salgısı ise çok sayıda sindirim enzimi ve bikarbonat içerir. Karaciğer ise hepar salgısını sindirim kanalına boşaltan en büyük bezdir (53,54).

Kalın Bağırsak

Kalın bağırsak yaklaşık 150 cm uzunluğundadır. Çekum, kalın bağırsağın ilk parçasıdır. Uzunluğu ortalama 6 cm, genişliği 7.5-8.5 cm olup kolonun en geniş kısmıdır. Geniş bir lümeneye sahip olması ve duvarının ince olması nedeni ile intestinal obstrüksiyonlarda kolonun en sık perforasyon olan kısmıdır. Çıkan kolon, çekumdan karaciğer sağ alt lobunun alt yüzüne kadar uzanır. Ön ve yan yüzleri peritonla örtülü olup yaklaşık 15-20cm uzunluğundadır. Transvers kolon, ortalama 50 cm uzunluğundadır. İnen kolon ortalama 25 cm uzunluğunda olup, kolonun en kalın kas tabakasına sahip bölümüdür. Yan ve ön yüzü peritonla örtülüdür. Sigmoid kolon, ortalama uzunluğu 40 cm olup çapı 2,5 cm ile kolonun en dar yeridir (49,55). Kalın bağırsağın başlıca görevi depolama, emilim, taşıma ve salgılamadır. Kalın bağırsaklar dışkı ve bazı gazları depolarlar. Ancak dışkı ile atılan su miktarı 180 ml düzeyindedir. Su emiliminin hemen tamamı çekum ve çıkan kolonda meydana gelir. Ayrıca kolondan sodyum, klorür, sakkaroz ve laktoz da emilir. Taşıma birden fazla haustranın bir arada kasılması, kütleli itme ve peristaltik hareketlerle olur (51).

2.2.2. Kolorektal Kanserler

Kolorektal kanserler, dünyanın hemen her bölgesinde farklı ancak giderek artma eğilimi değişmeksizin görülen ve tanıdan sonra kür şansı bulunmayan hastalıklar grubudur (56,57).

2.2.2.1. Kolorektal Kanserlerin Epidemiyoloji Ve İnsidansı

Kolorektal tümörler dünyada kanserin en sık rastlanan formları olup güvenilir çalışmalara bakıldığında en sık rastlanan üçüncü kanser türüdür (58,59). İnsidans, yaş ile birlikte artar ilk artış 40 yaş dolaylarında göze çarpar (60). 45 yaş ve altı popülasyonda kolorektal kanser görülme sıklığı, ileri yaş hastalara göre daha azdır. Hasta popülasyonundaki prognoz, tümörün patolojik, genetik ve fizyolojik davranışı araştırmacıların son yıllarda dikkati çekmektedir (61,62). Son yıllarda yapılan çalışmalarda her iki cinsiyette de sağ kolonda (çekum, assenden kolon) ve sigmoid kolonda kanser sıklığı artarken, rektumda azaldığı gösterilmiştir (63,64).

Kolonoskopi ise kontrollü kolorektal kanseri erken teşhisinde önemli bir araç olarak kullanılmaktadır (65). Genel olarak gelişmiş ülkelerde yüksek oranda görülürken, gelişmekte olan ülkelerde düşük sıklıkta, Japonya, Hong Kong, Singapur gibi ülkelerde ise bu iki uç arasında olduğu belirtilmektedir. Bu farklı görülme sıklığının nedenleri içerisinde en çok suçlanan faktörler yağdan zengin, liften fakir beslenme ve hareketsiz bir yaşam tarzıdır (66). Bu epidemiyolojik veriler kolorektal kanserlerin önlenmesi veya sıklığının azaltılmasına yönelik çalışmaların artırılması gerektiğini göstermektedir (63,64). Kolorektal kanserler, kanserle ilgili mortalite ve morbiditenin en önemli sebeplerindendir. Erken evrelerde tanı konduğunda 5 yıllık hayatta kalım süresi %90'lara ulaşır (63,64). Bunun için özellikle risk faktörlerinin iyi tanımlanması ve korunma yollarının ortaya çıkarılması gerekir. Hedefliönleme ve erken teşhisprogramlarıülkelerdeki eğilimintersineyardımcı olabilir (57,67).

2.2.2.2. Kolorektal Kanselerde Etyoloji Ve Risk Faktörleri

Günümüzde kolorektal kanserler için tanımlanan en önemli risk faktörleri obezite, meyve ve sebzelerin bir diyet düşük, fiziksel hareketsizlik ve sigara sayılmaktadır. Yüksek kan şekeri ve yüksek insülin düzeyi ile kolorektal kanserler arasında pozitif ilişki belirlenmiştir (94). Tablo 1'de Kolorektal kanserler için risk faktörleri belirtilmiştir (59,57,60,69,70,68,71).

Tablo 1. Kolorektal Kanserler İçin Risk Faktörleri

Kuvvetli Risk Faktörleri	İleri yaş, Doğduğu ülke, Ailevi polipozis, Uzun süreli ülseratif kolit
Orta Derecede Risk Faktörleri	Aşırı kırmızı et tüketimi, Adenom varlığı, Pelvik Radyasyon
Hafif Risk Faktörleri	Fazla yağlı diyet, Alkol, Sigara kullanımı, Uzun boy, Şişmanlık, Kolosistektomi, Yüksek sukroz tüketimi
Hafif Koruyucu Risk Faktörleri	Sebze, Meyve, Lifli diyet, Kalsiyumdan zengin diyet, Postmenapozal hormon tedavisi
Orta Derecede Koruyucu Risk Faktörleri	Fiziksel egzersiz, Aspirin kullanımı, NSAID alımı

2.2.2.3. Kolorektal Kanserlerde Klinik Belirti Ve Bulgular

Kolorektal kanserler yıllarca asemptomatik kalabilirler. Kişiler rektal kanama, karınağrısı gibi şikayetlerin geçici olduğunu düşünmeleri, bu şikayetlerinin hemoroid, anal fissür gibi bir hastalıktan kaynaklanabileceğini düşünüp kendi başlarına tedavilerini düzenlemeleri, diğer bir neden ise utanma duygusu nedeni ile şikayetlerinin devam etmesine karşın sağlık kuruluşuna başvurmamaktadırlar. Sağ kolon ve çekum kanserleri genellikle halsizlik, yorgunluk ve demir eksikliği ile kendini gösterebilirler (72,73).

- Dışkılama alışkanlığında değişiklik: İshal ve kabızlık olarak gözlenir. En sık rastlanan belirtilerden biridir. Başlıca görülen semptomlar ise konstipasyon ve ishaldir (73,74).
- Kanama: Kanama belirgin ve gizli olabilir Hastaları doktora götüren şikayetler ise ilk sırayı rektal kanama almaktadır (%60.5).
- Rektal müköz akıntı: Akıntı dışkı ve genellikle kan ile birlikte. Tümör distale yaklaştıkça müküs akıntısı görülmeye başlar.
- Sabah diyareleri: Hastalar sabahları bol miktarda pis kokulu ve kan ile karışık materyal çıkarırlar.

- Ağrı: Rektum kanserlerinde ağrı çok geç dönemde ortaya çıkar. Sol kolonda kramp şeklinde sol alt kadran ağrısı şikayetleri görülür (73,72).
- CEA: Karsinoembriyonik antijen düzeyi yüksek olabilir (72).

2.2.2.4. Kolorektal Kanserlerde Fizyopatoloji Ve Evrelendirme

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre kolorektal kanser tipleri; adenokarsinom, müsinöz adenokarsinom, taşlı yüzük hücreli karsinom, adenoskuamöz karsinom, skuamöz hücreli karsinom, andiferansiye karsinomdur (72). Kolorektal kanserlerin %95'i adenokarsinomdur. Adenomatöz poliplerden karsinom gelişimi adenokarsinom serisi olarak adlandırılır. Yapılan çalışmalar kolorektal poliplerin benign neoplaziden malign kansere dönüştüğünü düşündürmektedir (72,73). Karsinomların %10-15'i müsin salgılar. Müsin salgılayan karsinomların prognozları daha kötüdür. Kolorektal karsinomların dağılımına bakıldığında araştırmaların önemli bir kısmı paralellik gösterir. Tümörlerin önemli bir kısmı rektosigmoid bölgede (%50-60), inen kolonda (%10-15), transvers kolonda (%5-10) ve çıkan kolon ve çekumdadır (%15-20)(75).

Evrelendirme değişik yöntemler kullanılarak yapılır Duke's evrelemesi, Astler – Coller evrelemesi ve TNM evrelemesidir (72,74,76). Amerikan Birleşik Kanser Komitesi (AJCC) ve Uluslararası Kanser Birliği (ICC)'nin tümör, lenf düğümü ve metastaz komponentlerini gruplandırmasıyla ortaya koyduğu TNM sınıflaması, daha ayrıntılı bir sınıflama olup kolaylıkla diğer sınıflama sistemlerine çevrilebilir. Günümüzde halen bu sınıflamaya göre tedavi karar verilmektedir. Tablo 2'de TNM sınıflaması verilmiştir (60,72,74,76,77,78).

Primer Tümör (T)

Tx: Primer tümörü bilinmeyen

T0: Primer tümör yok

Tis:Karsinoma insitu

T1: Tümör submukozaya invaze

T2:Tümör muskularis propriye invaze

T3:Tümör subseroza veya nonperitonealize perikolik dokuya invaze

T4:Tümör visseral peritona perfore olmuş veya diğer organ, dokulara

direk yayılır.

Bölgesel Lenf Nodülleri (N)

Nx: Bölgesel lenf nodları değerlendirilememekte

N0: Bölgesel lenf nodu metastazı yok

N1: Perikolik 1-3 lenf nodunda metastaz

N2: Perikolik 4'ten fazla lenf nodunda metastaz

N3: Ana arter kökünde lenf nodu pozitifliği

Uzak Metastaz (M)

Mx: Uzak metastaz varlığı değerlendirilemedi

M0: Uzak metastaz yok

M1: Uzak metastaz mevcut

Tablo 2. TNM Sınıflaması

Evre	Primer Tümör	Bölgesel Lenf Nodu	Uzak Metastaz
0	Tis	N0	M0
1	T1	N0	M0
	T2		
2	T3	N0	M0
	T4		
3	Herhangi bir T	N1 N2 N3	M0
4	Herhangi bir T	Herhangi bir N	M1

2.2.2.5. Kolorektal Kanserlerin Tedavisi

Son yıllarda teknolojiye sağlanan ilerlemeler kolon rektum ve anüs hastalıklarının tanı ve tedavisinde yeni ufuklar açmıştır (55).

Cerrahi: Tek küratif tedavi cerrahidir. Cerrahinin primer amacı primer tümörün bölgesel lenf nodlarını da içerecek biçimde tam olarak çıkarılmasıdır (79). Sağ kolon tümörlerinde sağ hemikoloktami, sol kolon tümörlerinde sol hemikoloktami/sigmoid koloktomi, rektum tümörlerinde anterior rezeksiyon yapılır (73). Kolorektal kanser nedeniyle rezeksiyon uygulanan hastaların çoğunda ameliyatı takip eden ilk beş yıl içinde karaciğer gibi uzak organlarda metastaz ortaya çıkmakta veya ilk ameliyatın yapıldığı bölgede lokal nüks gelişmektedir (80,81). Cerrahi öncesi doğru evrelemenin yapılması gerekmektedir (78).

Radyoterapi: Radyoterapi özellikle ağrı palyasyonu açısından yararlı bir yöntemdir .Rektum kanserli hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası ile birlikte cerrahideki gelişmelerle radyoterapi belirgin lokal kontrol sağlamıştır (73,82).

Kemoterapi: Kolorektal karsinomlar kemoterapiye dirençlidir. İnvaziv tümörlerde ve lenf düğümü yayılımında kemoterapi endikedir (73). Tedaviler sırasında ayakta tedavi kliniklerinde hastaların tam kan, karaciğer ve böbrek fonksiyonları, CEA düzeylerine bakılarak düzenli kontrolleri sağlanmalıdır (83).

2.2.2.6. Kolorektal Kanserlerin Prognozu

Hastalığa bağlı prognoz erken tanı ve tıbbi tedavideki olanaklar sayesinde değişiklik göstermiştir (84). Özellikle son yıllarda tanıda kullanılan yöntemlerin yaygınlaştırılması, endoskopik tetkiklerin daha ulaşılabilir olması, tarama programlarının uygulanmaya başlanması, radyoterapi ve kemoterapide yeni yöntemlerin kullanıma girmesi daha erken dönemde teşhis edilmesine, mortalitesinin azalmasına ve sağ kalımın uzamasına yol açmıştır (85).

Kolon kanserindeprognostik faktörler şunlardır:

Yaş

Kolon kanserinin genç yaşta daha kötü prognoza sahip olduğu düşünülür. Batı ülkelerinde ortalama yaşam süresinin uzadığı, nüfusta yaşlı insanların oranının giderek arttığı bilinmektedir. Genç bir nüfusa sahip olan ülkemizde de ortalama yaşam süresi uzamaktadır (77,86).

Cinsiyet

Birçok çalışmada prognozun kadınlarda erkeklerden daha iyi olduğu görülmüştür. Ancak bunun nedeni kesin olarak belirlenememiştir (77).

Serum CEA Düzeyi

Sigara içmeyen sağlıklı bireylerde 5 ng/ml'nin altındadır. 5 ng/ml'den yüksek serum CEA seviyelerinin, tümörün evresinden bağımsız olarak prognoz üzerine kötü etkisi olduğu gösterilmiştir. Tedavinin başlangıcında ve aktif tedavi süresince 2-3 ayda bir ölçülmektedir (77,83).

Serum CA 19-9 Düzeyi

Nüksde anlamlıdır. Operasyon sonrası dönemde hasta izleminde yararlı olduğu bildirilmektedir (77,83).

Tümör Lokalizasyonu

Sol kolon veya sağ kolon tümörlerinin daha iyi prognoza sahip olabileceğini bildiren çeşitli çalışmalar varsa da; primer tümörün yerleşim yerinin prognoz üzerine etkisi olduğu konusu kesinlik kazanmamıştır (77)

Lokal Yayılım

Polipte insidental olarak yakalanmış fokal mikroskopik karsinomda, tümör genelde mukoza ve submukozaya sınırlı olduğundan prognoz mükemmeldir. Tümör, serozaya yayıldığında ve bölgesel lenf bezlerini tuttuğunda prognoz kötüleşir (77)

Obstrüksiyon

Bazı çalışmalarda obstrüksiyon, bağımsız kötü bir prognostik faktör olarak bulunmuştur. Obstrüksiyon nedeniyle acil koşullarda ameliyata girilen hastalarda 5 yıllık sağ kalım oranlarının daha kötü olduğu belirlenmiştir.

İleus nedeni ile opere edilen kolorektal tümörlü olgularda tümörün yerleşim yerleri incelendiğinde 18 (%60)'i sol kolon, 12 (%40)'si sağ kolonda lokalize olduğunu tespit edildi. Sol kolon yerleşimli kanserler içerisinde ise 10 (%55.55) olgu ile rektosigmoid kanser yerleşimi birinci sırada tespit edilmiştir (66,73,77).

Perforasyon

Barsak duvarında yaygın tümör invazyonu sonucu oluşan perforasyonda prognoz kötüdür. Peritoneal kaviteye serbest perforasyon olduğunda kür yoktur, çünkü barsak lümeninden periton yüzeyine tümör hücreleri implante olur (66,73,77).

Lenf Nodu Tutulumu

Hastanın uzun süre sağkalımını belirleyen en önemli faktör hastalığın tümörün invazyon derinliğini, lenf nodu tutulumudur (55,87).

Tümör lenf düğümlerine yayıldığında beş yıllık sağkalım oranı belirgin bir düşüş gösterir. Tutulan lenf bezi sayısının fazla olması, bunların mezenter damar köklerinde olması kötü prognostik göstergedir (77).

Evre

Kolon karsinomlarında en önemli prognostik faktör tanı anındaki tümör evresidir. Evrelere göre 5 yıllık sağkalım oranlarına bakıldığında evre I için %99, evre II için %85, evre III için %7 ve evre IV için %4'dür. Tablo 3'te tümör evresine göre beklenen 5 yıllık sağkalım oranları verilmiştir (55,77,87).

Tablo 3. Tümör Evresine Göre Beklenen 5 Yıllık Sağkalım Yüzdeleri

Evre	5 yıllık Sağkalım
I	% 99
II	% 85
III	% 67
IV	% 14

2.2.3 Mide Kanseri

Mide kanseri insanoğlunun eski çağlardan bu zamana kadar yakalandığı bir hastalıktır. Ancak midenin geniş lümenli bir organ olması ve bu nedenle semptomlarının çok ileri evrelere kadar gizli kalması, mide kanserinin tanısı ve tedavisi ile ilgili bilimsel gelişmeleri geciktirmiştir.

Yirminci yüzyılın son çeyreğinde tanısal işlemlerdeki ilerlemeler ve yeni teknolojilerdeki gelişmeler mide kanserinin evresine göre değişen pek çok tedavi olanağı sağlamıştır. Hastaların sadece sağ kalımları değil, aynı zamanda hayat kalitesinin artırılması ortak amaç olarak kabul edilmektedir (88,89,90).

2.2.3.1. Mide Kanserinde Epidemiyoloji Ve İnsidans

Mide kanseri dünya çapında önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olup biyolojik olarak agresif tavrılı bir tümördür (91,92). Yirmi birinci yüzyılın büyük bir kısmı için mide kanseri, dünya genelinde önemli kanser yükü oluşturmuştur (93,94). Türkiye’de tüm kanserler içinde erkeklerde ve kadınlarda 2. en sık görülen kanserdir, saptanan kanserlerin erkeklerde %7.4, kadınlarda %6’sı mide kanseridir. Mide kanserine erkeklerde daha çok rastlanır ve erkek kadın oranı 2/1’dir (88). Ülkemizde de bu hastalıktan ölüm oranları 60 yıl içinde belirgin azalma göstermiştir (15,90,91).

Mide kanseri görülme sıklığı; bölgenin coğrafi konumu, diyet ve konağın genetik arka planı dahil birçok faktörle ilişkilidir (91,93,99,95,96). Mide kanseri insidansı Japonya, Güney Amerika, Doğu Avrupa ve Ortadoğu’da oldukça yüksektir. Japonya’ da hastalık endemik boyuttadır (91,97,89,90,98). 2008 yılında, yeni vakaların %60’ı Doğu Asya’da ortaya çıkmıştır. Düşük insidans alanları; Batı Avrupa, Kuzey Amerika, Afrika ve Avustralya, yüksek insidans alanları ise; Doğu Asya, Doğu Avrupa, Orta Asya, Güney ve Orta Amerika’nın Pasifik sahili olarak belirlenmiştir (90,98,99).

2.2.3.2. Mide Kanserinde Etyoloji Ve Risk Faktörleri

Yaş: Mide kanseri insidansı orta yaşta ve erkeklerde daha yüksektir. Mide kanseri 30 yaşından önce nadir görülmektedir (88,97).

Çevresel Faktörler: Japonya, Kore, Kolombiya, İrlanda gibi ülkelerde mide kanseri diğer ülkelere göre daha sık görülmektedir. Yüksek risk bölgelerinden düşük risk bölgelerine göç eden ırkların sonraki jenerasyonlarında mide kanseri insidansının belirgin biçimde azaldığı saptanmıştır. Bu da genç yaşlardan itibaren etiyolojik faktörlere maruz kalmanın kanser oluşma riskini arttırdığını göstermektedir (93,88,97,95,96, 94, 100,101).

Beslenme: Genellikle vaka kontrolü çalışmalarından elde edilen kanıtlar, taze meyve ve nişastasız sebze yönünden zengin bir diyetin daha düşük mide kanseri riskiyle ilişkili olduğunu göstermektedir.

Özellikle süt, hayvansal protein ve vitaminlerden fakir, nişastadan zengin düşük kaliteli diyetler, tütsülenmiş et ve balıklar hastalık oluşumundan sorumlu tutulmuştur. Nitrosaminlerin de gastrik mukoza için karsinogenik olduğu gösterilmiştir. Yüksek miktarda tuz alımının kanser insidansını artırıcı etkisi vardır. C vitamini, reaktif oksijen metabolitlerini süpürücü etki gösterir ve böylece oksitatif DNA hasarını azaltır. Taze meyve ile sağlanandan daha az olmakla birlikte C vitamininin mide gelişme riskini azalttığı gösterilmiştir (96,100,94,102,103,104,105).

Sigara- Alkol Kullanımı: Sürekli yoğun sigara içicilerde risk iki kat geçmediği halde, bu yinede mide kanseri tütün tüketimi ile ilişkili olduğunu göstermektedir (10,107). Mide ve alkolkanseriarasındaki ilişkinin düşük olduğu bildirilmektedir (106).

Sosyo-ekonomik Durum: Düşük sosyoekonomik düzeyde çalışan ve yaşayanlarda, kötü hijyenik koşullar, çevre kirliliği artmış mide kanseri oranıyla ilişkilendirilmiştir (101).

Genetik Faktörler: Genetik faktörlerin de mide kanserindeki rolü araştırılmıştır. Mide kanserinin kan grubu A olanlarda sık olduğu gözlenmiştir. Mide kanseri etyolojisinde %10 oranında genetik faktörler sorumlu tutulmuştur. Ailesinde mide kanseri olanlarda 2-3 misli daha sık görülmesi ve ikizlerde de kanserin gözlenmesi genetik bir geçiş olabileceğini düşündürmektedir. Hastalığın ailevi olduğuna dair deliller vardır, ancak hastaların yalnızca %4'ünde aile öyküsü vardır. 1953'te Aird, A kan grubu ile mide kanseri arasındaki ilişkiyi tanımlamıştır. A grubunda, 0 grubu hastalara göre relatif risk 1-2 kat daha fazladır(10,88,108,109). Mide kanserli hastalarda kromozal ve genetik anomaliler saptanmıştır (100,110).

Mide Hastalıkları: Mide ülseri ise daha sonra gelişecek mide kanserinin birhabercisidir ve 1.8'lik bir risk artışına sebep olduğu tespit edilmiştir (91). Ülser mide asidi ve sindirici enzimlerin aşırı salgılanması veya mide on iki parmak bağırsağı mukoza bariyerinin, asit pepsin birleşiminin zararlı etkilerine karşı mukozayı koruyan etkilerinin azalması şeklinde oluşur (101,111).

Helikobakter Pylori: Kıvrımlı, hafifçe spiral, gram negatif bir basildir. Bu bakteri mukoza bariyerini eriten enzimler salgılar ve sindirim enzimlerinin epitel hücrelerinin sindirilmesine yol açar. H.pylori enfeksiyonlarının gastrit ve peptik ülser hastalığında kronik bir etken olduğu ortaya konmuştur. Epidemiyolojik özellikleri mide kanserine benzer, her iki durumda da prevalansı yaşlılarda, siyahlarda, düşük sosyoekonomik düzeyde, çocuklukta kötü yaşam koşullarında yaşayanlarda yüksektir. AraştırmalarH. pylori varlığının mide kanseri sıklığının 6 kat artırdığı gösterilmiştir. H. pylori ile infekte hastalarda gastrik vitamin C seviyelerinin düştüğü görülmüştür. H.pylori enfeksiyonunun karsinogenik etkisi diyet ve çevresel faktörlerle değiştirilebilmektedir (93,96,100,111,112,113,114,115).

Diğer Faktörler: Etiyolojide rol oynayan diğer faktörlere bakıldığında geçirilmiş parsiyel gastrektomi (15 yıl sonra), radyasyona maruz kalma, aflatoksinler, pernisyöz anemi, Epstein Barr virusu enfeksiyonudur. Epstein Barr virusu genellikle proksimalde yer almaktadır ve çoğunlukla erkeklerde görülmektedir. H 2 reseptör antagonistleri ve proton pompa inhibitörlerinin kullanıma girmesi ile parsiyel parsiyel gastrektomilerin sayısı düşmüştür (91,116).

2.2.3.3. Mide Kanserinde Klinik Belirti Ve Bulgular

Erken mide kanseri tedavi edilebilir bir kanserdir, fakat ne yazık ki hastaların önemli bir kısmında bu aşamada semptomlar çok belirgin değildir. Klinik ve laboratuvar bulgular tipik olmadığı için özellikle alarm semptomları olan olgularda erken endoskopi yapmak önemlidir. Burada tarama testlerinin ne kadar önemli olduğu ortaya çıkmaktadır. Erken mide kanseri dispeptik yakınmalarla ortaya çıkabilir. Bu hastalarda endoskopi öncesi antiülser tedaviler geçici iyileşmelere ve sonuçta yanlış ve gecikmiş tanılarına yol açabilir. Kesin semptomlar, tümör lümeni tıkayacak kadar büyüdüğünde, gastrik fonksiyonları bozacak kadar büyük bir segmenti tutan duvar invazyonu yaptığında ya da kanamaya yol açtığında ortaya çıkarlar. Hastaların %70'inde daha başlangıçta üst abdominal-epigastrik ağrı veya rahatsızlık hissi gibi yakınmalar vardır, daha sonra kilo kaybı, bulantı, kusma, hematemez, melena, ve şişkinlik yakınmaları

ortaya çıkar. Kardia tümörlerinde disfaji yakınmaları olabilir. Erken gastrik kanser, dispeptik yakınmalarla ortaya çıkar (74,103,117,118,119). Hastaların 3/2'sinde demir eksikliği anemisi görülür. Hem hastalık nedeniyle hem de buna bağlı olarak kilo halsizlik, çarpıntı,iştahsızlık, baş dönmesi görülür (72,119,120).

2.2.3.4. Mide Kanserinde Fizyopatoloji Ve Evrelendirme

Mide oldukça zengin arteriyel, venöz ve lenfatik yapıya sahiptir. Bu zengin yapı nedeniyle kolaylıkla uzak metastaz yapabilmektedir (121). Mide kanserleri histoloji olarak çok farklı morfolojik yapılarda ortaya çıkar ve bu özellik sindirim kanalının diğer kanserleri ile karşılaştırıldığında en karakteristik özellikleridir (122). Klinisyenler için patoloji ve biyoloji sadece tanıyı doğrulama için değil aynı zamanda hastaya özel tedavi planını yapmak için önemlidir (91). Midenin ana kanser tipi olan %95 gibi bir yüzde ile adenokanserdir bu kanser midenin herhangi bir bölümünden gelişebilir.

Mide adenokanserlerinin %30' u üst, %39'u orta, %26' ısı alt 1/3 lük kısımda ve %5'i tüm midede izlenir. Mide adenokanserleri 1; Erken evre mide kanseri, 2; İleri evre mide kanserleri olarak ikiye ayrılır. Lenf tutulumuna bakılmaksızın mukoza ve submukozaya sınırlı mide kanserleri erken evre mide kanserleri olarak bilinir (72,100,123). Erken mide kanserleri tümör boyutu ve işgalin ön değerlendirmesi derinliği konvansiyonel endoskopi tarafından belirlenir. Evreleme de ise genellikle TNM sınıflaması kullanılmaktadır (110,123,124,125). Mide kanserleri için çeşitli histolojik sınıflandırmalar yapılmaktadır. Tablo 4'te Dünya Sağlık Örgütü'nün mide kanseri için histolojik tümör sınıflaması verilmiştir.

Tablo 4.Dünya Sağlık Örgütü'nün Mide Kanseri İçin Histolojik Tümör Sınıflaması

Sık Tümörler	Nadir Tümörler
Tubuler Adenokarsinom	Sküamöz Hücreli Kanser
Papiller Adenokarsinom	Küçük Hücreli Kanser
Müsinöz Adenokarsinom	İndifferansiye Kanser
Taşlı Yüzük Hücreli Adenokarsinom	Koryokarsinom
Adenosüamöz Karsinom Embriyonal	Embriyonal Karsinom
	Hepatoid Adenokarsinom
	Paryetal Bez Karsinom

2.2.3.5. Mide Kanserinin Tedavisi

Günümüzde mide kanserinin standart tedavisi tümörün evresine göre değişmektedir çünkü erken evre mide kanserlerinin daha kolay tanınmaktadır (126).

Cerrahi; erken evre mide kanserlerinde kabul edilen cerrahi tedavi modeli; mide rezeksiyonudur (126). Erken mide kanserlerinde prognoz cerrahi sonrasında yüz güldürücüdür (127,128). Tümörün cerrahi olarak tam rezeksiyonu günümüzde mevcut küratif tedavi şeklidir. Tam olarak rezekte edilmiş mide kanserinde gastrik duvar invazyon derinliği ve lenf nodu metastaz durumu en önemli prognostik faktörler olarak kabul edilmiştir (129). Cerrahi teknikler ve tedavi seçeneklerine rağmen, ileri evre mide kanseri sonrası hasta sağkalımı hala kötüdür (130). Mide tümör perforasyonlarının preoperatif tanısı ise güçtür ve ameliyat sonrası morbitite ve mortalite oranları yüksektir (131).

Bir kanser hastası için agresif müdahalelerden kaçınmak ve yaşatmak için optimum çabanın sarf edilmesi gerekir. Kür şansı olan hastalarda olabildiğince hızlı davranmak esastır (44). Lokal ileri evre ve metastatik hastalıkta kür sağlamak mümkün değildir. Bu evrede hastalar palyatif cerrahi rezeksiyon radyoterapi ve kemoterapi ile tedavi edilirler (146). Palyatif kemoterapisı sağkalımı uzatmak ve ilerlemiş hastalıkta hastalarının yaşam kalitesini korumak için önemlidir (132).

2.2.3.6. Mide Kanserinin Prognozu

Mide kanserinin kötü prognozunun nedeni ve gastriktümör gelişiminin başlamasından sorumlu erken dönem moleküler mekanizmalar konusunda bilgi yetersizliğinin olmasıdır (133). Gastrik kanserli hastaların 5 yıllık ortalama yaşam oranlarının %15'den az olduğu bilinmektedir (134). Gelişmekte olan ülkelerdeki hastalara, semptomları bile olsa endoskopi yapılma oranı düşüktür. Bu hastalar sağlık kuruluşuna, hastalığın ileri evrelerinde başvurumaktadırlar (135).

Mide kanserindeki prognostik faktörler şunlardır;

- Cinsiyet: Mide kanseri erkeklerde kadınlara oranla 2 kat fazla görülür. Mide kanseri için insidansın erkeklerde daha yüksek olduğu bilinmektedir. Mide kanseri sağ kalım çalışmalarının bir kısmının incelenmesinde; bazılarında sağ kalımda cinsiyet ile oluşan bir farklılık saptanmamışken, bazılarında ise kadınlarda daha iyi bir prognoz olduğu gösterilmiştir (136,137).
- Yaş: İleri yaşlardaki hastalarda mide kanserinin uzun dönemdeki prognozunun iyi olmadığı bildirilmiştir.

Prognozun kötü olmasında, geç dönemde tanı konması, yaşlılarda organizmanın savunma mekanizmalarının güçsüzlüğü, bu yaşlarda agresif rezeksiyonlar ve kemoreterapi yapılamamasından kaynaklanmaktadır (138,139).

- Şişmanlık: Obezite ile de ilişkisi sıklıkla çalışmalarda görülmektedir. Fakat obez kişilerdeki karsinojenik etkinin mekanizması açık değildir (94,97,140).
- Kan grubu: A kan grubu bireylerde O grubuna göre mide kanserinin daha sık görüldüğü bilinmektedir (88,95,108,109). Bazı çalışmalarda ise anlamlı bir farklılık belirtilmemektedir (141).
- Tümörün yeri: Proksimal bölgeye yerleşen tümörlerin çoğu ileri evre tümörleri olup, distal bölge tümörlerine göre prognozu daha kötüdür (142). Mide adenokanserlerinin % 30' u üst, % 39'u orta, % 26' ı alt 1/3 lük kısımda, % 5'i tüm midede izlenir (100).
- Tümörün evresi: Mide kanserinin erken tanısı prognoza etkisinin iyi olması açısından son derece önemlidir.
- Malign mide kanserli hastaların tedavi için sağlık kuruluşuna başvurduklarında,ve tanı sırasında büyük çoğunluğunun ileri evrede oldukları tespit edilmiştir (143).
- Diğer faktörlerMide kanserli hastalarda fibrinojen ve platelet seviyelerine bakılarak tümör seviyesi veya prognoz hakkında fikir ileri sürülebilir (124).

2.2.4. Özafagus Kanseri

Özefagus kanseri geç belirti veren, özefagus boyunca hızla yayılan, hastaların hekime geç başvurduğu, çoğunluğu inkürabl dönemde teşhis edilen, agresif seyreden, kötü prognozlu ve giderek daha yaygın hale gelen bir hastalıktır (144,145).

2.2.4.1. Özafagus Kanserinde Epidemiyoloji Ve İnsidans

Özefagus kanserleri tüm kanserlerin %1.5-2'sini, gastrointestinal sistem kanserlerinin ise %5-7'sini oluşturur (146). Dünya çapındaki malignitelerin %4'ünü, kanserden ölümlerin %3'ünü teşkil etmektedir (147). Özofagus kanseri insidansı ülkeler arasında arasında değişiklik gösterir. Hastalığın insidansındaki bölgesel farklılıklarda lokal çevresel ve gıdasal karsinojenler rol oynar (148,149). Sıcaklık, yükseklik, toprakçesitler, bazı mikroorganizmalar bunlardan bazılarıdır (150,151). Gelişmiş ülkelerde insidansı düşük iken; gelişmekte olan ülkelerde oldukça yüksektir (146).

Yüksek riskli bölgeler Çin'den Kuzey İran'a uzanan ve batı ucunu bölgemizin oluşturduğu bir coğrafi kuşaktır (145). Özofagus kanseri sıklığı anlamlı coğrafi farklılıklar gösterir ve ülkemiz içinde de sıklık açısından bölgesel farklılıklar görülebilir. Ülkemizde Doğu Anadolu bölgesinde insidansı daha yüksektir (145,152). Sık görüldüğü bölgelerde Skuamöz hücreli karsinom insidansı sabit kalmıştır oysa, özofagus adenokarsinomu insidansı son yıllarda giderek yükselmiştir (153).

2.2.4.2. Özofagus Kanserinde Etyoloji Ve Risk Faktörleri

Özofagus kanseri nedenleri çok açık değildir, bununla birlikte görülme sıklığı giderek artmaktadır (162). Topraktaki düşük molibdenyum düzeyleri, topraktaki tuz oranı, termal hasarlanma, hava kirliliği, su kirliliği bunlar arasındadır. Diyetel etkenler arasında diyetteki vitamin A, E ve C, niasin, riboflavin, çinko eksiklikleri, alkol ve sigara kullanımı, kronik özofagus irritasyonu da etiyolojide önemlidir. 1 yıl sonunda 100 barrett özofaguslu hastalardan 1 tanesinde kanser gelişir. Tablo 5'te özofagus kanseri risk faktörleri verilmiştir (148,149,154,155,156,157,158,159).

Tablo 5. Özofagus Kanseri Risk Faktörleri

Skuamöz Hücreli Karsinom İçin Risk Faktörleri	Adenokarsinom İçin Risk Faktörleri
60-70 Yaş Arasında Olmak	50 İle 60 Yaş Arasında Olmak
Akalazya	Barrett Özofagusu
Alkol Kötüye Kullanımı	Gastroözofageal Reflü
Siyah	Hastalığı
Erkek	Hiatal Herni
Plummer-Vinson Sendromu	Erkek
Önceden Skuamöz Hücreli Baş ve	Beyaz
Boyun Kanseri Olmak	Genetik
Radyasyon Tedavisi	
Sigara İçme	
NSAII	

2.2.4.3. Özefagus Kanserinde Klinik Belirti Ve Bulgular

Hastaların %90'ında hafif ve aralıklı disfaji vardır. Özefagusun serozası olmadığı için kolayca genişleyebilir. Disfaji özefagusun çevresinin %60'ından fazlası tutulduğunda veya lümen açıklığının 13mm'nin altına indiğinde ortaya çıkar. Bu yüzden disfaji ileri evre belirtisidir. Disfaji yapan diğer durumlar özefajit, kostik madde alımı, akalazyadır (160,161,162,163). Disfaji katı gıdalar için genellikle mekanik obstiriksyon, sıvı gıdalar için genellikle nörolojik veya psikolojik olarak görülür (164).

Hastanın yarısına yakınında odinofaji bulunur. Lokal ilerlemiş hastalıklı olgularda belirgin kilo kaybı, siyolora, melena, hematemez, regürrijasyon, retrrosternal ağrı, ses kısıklığı, aortaya erezyon oluşabilir. Ses kısıklığı rekürrent laringeal sinirlere bası nedeniyle görülür. Ağrının devamlı olması tümörün somatik sinir invazyonu nedeniyledir (149,160,161,162,163). İleri evrede hastalığın yayılmasına bağlı hepatomegalide görülmektedir (149).

2.2.4.4. Özefagus Kanserinde Fizyopatoloji Ve Evrelendirilme

Tümör sıklıkla bir nodül olarak başlar, daha sonra ülser, papilleferos kitle veya anuler darlık olarak gelişir. Özofagus ve kardia kanserleri servikal özofagusta %8, üst torasik özofagusta %3, orta torasik özofagusta %32, alt torasik özofagusta %25 ve kardiada %32 oranında görülürler (148,165). Çoğu özefagus kanserleri ülserasyon veya infiltrasyon gösterebilir (166). Skuamöz hücreli karsinom ve adenokarsinom özofagus karsinomunun en çok görülen iki tipidir. En sık görülen özofagus kanseri tipi skuamöz hücreli kanserdir. Adenokarsinomlar ise tanı konulduğunda invaziftirler (148,165). İlerlemiş skuamöz hücreli kanserler çoğunlukla direkt, hemotejen veya lenfatik yolla yayılır. Tanı anında hastaların %25-30'unda karaciğer, kemik ve akciğer metastazları vardır (167). Histolojik olarak tanısı doğrulanmış vakalarda tedavinin seçiminden önce; thorax ve üst batın tomografisi, tüm vücut kemik sintigrafisi, bronkoskopi, endoskopik ultarsonografi evrelemede yararlıdır. Abdominal ve torakal bilgisayarlı tomografi, klinik evrelendirme için kullanılabilir (160,168).

Doğru evreleme, özofagus kanseri yönetimi için hayati önem taşımaktadır (169). Özofagus kanserinin evrelendirilmesinde TNM sistemi kullanılmaktadır. Bu sistemde klinik, cerrahi ve patolojik evreler aynı anatomik kriterlerine göre değerlendirilir. (149,159,168).

2.2.4.5. Özefagus Kanserinin Tedavisi

Histopatolojik tanı konulduktan sonra multidisipliner yaklaşımla kanser tedavisi başlar (167). Özefagus kanserinin tedavisi tümörün evresine, büyüklüğüne, metastaza ve hastanın genel durumuna göre değişir. Kanser eğer erken evrede yakalandıysa doğrudan tedavi edilir. Geç dönemde rastlandıysa palyatif tedavi edilir. Palyatifte de amaç beslenmenin sürdürülmesidir (170). Tedavi seçilirken hastanın yaşı, genel durumu, tümörün evresi, göz önüne alınmalıdır.

Cerrahi: Primer tedavisi, medikal kontrendikasyon veya metastatik hastalık olmadığı sürece cerrahidir. Bireyselleştirilmiş bir yaklaşım ile, yemek borusu kanserinde cerrahi rezeksiyon uygun tedavi olarak sunulmaktadır. Böylece Cerrahi rezeksiyon, özofagus kanserinin başarılı tedavisinin en önemli ayağı olarak kalır. Cerrahi tedavinin yapılabilirliğini belirleyen en önemli faktörler tümörün yayılımı ve kişiye ait performans durumudur. (149,152,160,171,172).Cerrahi mortalitesi tümörün yerine göre değişir. 1 /3 üst bölüm kanserlerinde prognoz kötü iken 1 /3 alt bölümde ise prognoz iyidir. Ortalama survi ise 11 aydan azdır. Erken evre kanserler rezeke edilmeli, evre IV tümörler için palyatif tedavi uygulanmalıdır.Yaygın görülen evre III tümörler için strateji net değildir. Evre III' teki olgulara uygulanan cerrahi sonrası 5 yıllık yaşam %10-15'tir (166,167).

Tek başına ileri özofagus kanseri için cerrahi sonrası hayatta kalma datatmin edici değildir (173). Proksimal yerleşimli tümörlerde ve tümör boyutunun 5cm'den az olduğu durumlar RT için uygun durumlardır (174). Ameliyat olmadan radyokemoterapi ise kurumlarda uygulanan diğer tedavi şekilleridir (171). Özefagus kanserinde prognoz ve yaşam kalitesi son derece kötü olduğu için kemoradyoterapi dayanak tedavi olarak kalır. Kemoterapi, cerrahi ve radyoterapinin aksine, çoğu hastada, hastalığın yayılmış olması nedeniyle skuamöz hücreli karsinomada teorik olarak daha uygun tedavi seçeneği gibi durmaktadır (174). Tedavi yöntemleri, lokal tümör kontrolünün yanı sıra ileri özofagus kanserli hastalarda lenf nodu metastazı ve uzak metastazı azaltmak için geliştirilmiştir (175). Disfajiyi gidermek ve palyasyon sağlamak amacı ile endoskopik laser tedavisi şeklinde çeşitli teknikler kullanılır (174). Hasta erken evrede az miktarda yumuşak gıda alabilirken hastalık ilerlediğinde enterel beslenmeye ihtiyaç duyar. Genellikle gastrostomi ve jejenostomi ile beslenir, ilerleyen dönemde gelişebilecek aspirasyon ve fistül riski için bypass uygulanır (176).

2.2.4.6. Özefagus Kanserinin Prognuzu

Özefagus bulunduğu yer ve yapısı nedeni ile özefagus kanseri palyasyon ve tedavisi zor bir hastalıktır (166,176,178). Tanı ve evreleme yöntemleri geliştirilmiş olmasına rağmen, hastalığın ileri evresinde olan büyük bir hasta grubu vardır. Tanıdan sonraki 1 yılda hayatta kalan hastaların %50'den azında özefagus karsinomu için prognoz kötüdür. Özefagus Karsinomu geleneksel ve cerrahi ile tedavi edilmiş, ancak, 5 yıllık genel sağ kalım oranları sadece %5 ile %10 olmuştur (179).

Prognozu etkileyen en önemli kriterler; tümörün evresi, boyutları, lokalizasyonu, lenf nodu ve uzak metastazın olup olmamasıdır (160). Kanser lümen içine hem çevrelemesine hem de uzunlamasına yayılır. Hastalık çok ilerleyicidir. Kan damarları içerisine infiltrasyon nedeniyle birey kanamaya yatkındır (170).

2.3. Yorgunluk

2.3.1. Yorgunluk Tanımı

Dinlenme ile geçmeyerek, sürekli ve bunaltıcı bir bitkin olma hissi yaşayan ve fiziksel ve mental olarak çalışma kapasitesinde azalma şeklinde bireyin kendi kendini tanımlama durumudur. Yorgunluk yorulma durumundan farklıdır. Fiziksel ve mental hemen hemen tüm kronik hastalıklarda ortaya çıkan genel bir yakınmadır (180,181). Aynı zamanda hem akut hem de kronik koşullarda hastaları önemli derecede etkileyen en sık belirtidir. Yalnızca akut ya da kronik hastalıklarda değil, günlük hayatta her zaman karşılaşılabilen evrensel bir semptomdur (182). Kas zayıflığı atık ürünlerin birikme süreci gibi durumlarda ortaya çıkan ve engellenemeyen bir tükenme duygusu ile karakterizedir (183).

Hemşire araştırmacıların yaptıkları yorgunluk tanımlarında, kavramın bütüncül bir yaklaşım içinde irdelendiğini ve subjektif yanının daha fazla vurgulandığını görmekteyiz. Tack (1990), romatoid artrit (RA) olan hastalarla yaptığı çalışmasının sonucunda yorgunluğu; “genel olarak tükenmişlik duygusunu içine alan subjektif bir kavramdır” şeklinde tanımlanmıştır. Hubsy ve Sears (1992) multipl sklerozu (MS) olan hastalarla yaptıkları çalışmanın sonunda aynı tanımları desteklemiştir. Appels ve Mulder (1988) ise yorgunluğu; “güçsüzlük hissinin eslik ettiği, enerjinin azalması ile ortaya çıkan tükenmişlik sendromu” şeklinde tanımlamıştır. Bu tanımlar Piper (1986)'ın tanımını da içermektedir. Piper'a göre yorgunluk, “somatik ve psikolojik faktörlerin rol oynadığı kompleks bir algıdır (184).

2.3.2. Yorgunluğun Tanımlayıcı Özellikleri

Yorgunluk oldukça kişisel çok boyutlu bir deneyimdir. Bireyler bitkinliği fiziksel yorgunluk ya da halsizlik, aktiviteleri azalma ihtiyacı, motivasyonun azalması ya da zihinsel yetersizlik şeklinde hissedebilirler. Buna ek olarak bitkinlik zihinsel ve motivasyon eksikliği gibi psikolojik boyutları da içerir. Zihinsel bitkinlik kısa zamanlı hafıza bozuklukları da dahil olmak üzere dikkat, konsantrasyon ve öğrenme yetersizliği ile kendini gösterir (185). Mc Farland ve Mc Farlane (1989) ile Carpenito'nun (1989) ele aldığı, yorgunluğu belirleyen özellikleri majör ve minör özellikleri Tablo 6'da belirtilmiştir (182).

Tablo 6. Yorgunluğu Belirleyen Özellikleri Majör ve Minör Özellikler

Majör Özellikler	Minör Özellikler
<ul style="list-style-type: none">• Enerji Azlığının Sürekli Olarak Sözel İfadesi,• Alışılmış Rutinlerin Devam Ettirilmesinde Yetersizlik,	<ul style="list-style-type: none">• Rutin Görevleri Yapmak İçin Ek Enerjiye Gereksinimi Olduğunu Hissetme,• Fiziksel Yakınmalarda Artış,• Emosyonel Olarak Değişken Ya Da Duyarlı Olmak,• Konsantrasyon Yeteneğinde Bozulma,• Performansta Azalma,• Letarjik Durum Ya Da İsteksizlik,• Libidoda Azalma,• Çevreye İlgisizlik,• Sosyal Aktiviteleri Yerine Getirememe,• Uyumaya Karşın Enerji Toplayamamadır.

Yorgunluk; alışılmış ve yapılması istenen aktivitelere katılımda subjektif olarak hissedilen fiziksel ya da mental enerjide azalma olarak tanımlanmaktadır. Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Birliği (NANDA) yorgunluğu karmaşık ve çok boyutlu olarak ifade etmiştir (186). Yorgunluğun etiolojisinde yer alan predispozan faktörler Tablo 7'de belirtilmiştir (180,187,188,189,190).

Tablo 7. Yorgunluğun Etiyolojisinde Yer Alan Predispozan Faktörler

Fiziksel	Psikosoyal
<ul style="list-style-type: none">• Hastalığın Tedavisi Radyoterapi Kemoterapi Cerrahi Biyolojik Yanıt Değişiriciler	<ul style="list-style-type: none">• Anksiyete Bozuklukları• Depresif Bozukluklar
<ul style="list-style-type: none">• Araya Giren Sistemik Hastalıklar Anemi Enfeksiyon Akçığır Hastalığı Karaçığır Hastalığı Karaçığır Yetmezliğı Kalp Ve Böbrek Yetmezliğı Yetersiz Beslenme Nöromüsküler Bozukluklar Elektrolit Dengesizlikleri Uyku Bozuklukları Hareketsizlik ve Egzersiz Eksikliğı Kronik Ağrı Santral Etkili İlaçlar	

2.3.3. Yorgunluğun Değerlendirilmesi Ve Ölçümü

Yorgunluğun değerlendirilmesinde altın standart bir yöntem yoktur. İdeal olanı bu değerlendirmeyi hastanın kendisinin yapıyor olmasıdır. Hemşirenin yorgunluk tanılmasını yaparken belirli değerlendirmeleri yapması gerekmektedir.

Öykü: Yorgunluğun şiddeti, zamansal özellikleri (başlangıcı, süresi, günlük ritmi vb), yorgunluğu rahatlatan faktörler ve yorgunluğun günlük yaşama olan etkilerinin değerlendirilmesi gerekmektedir (5,211).

Fizik Muayene: Yorgunluğa yönelik belirti ve durumlar gözlenmelidir. Baş, Gözler, ağız, batın, ekstremiteler, sırt bölgeleri gözlenmelidir(5).

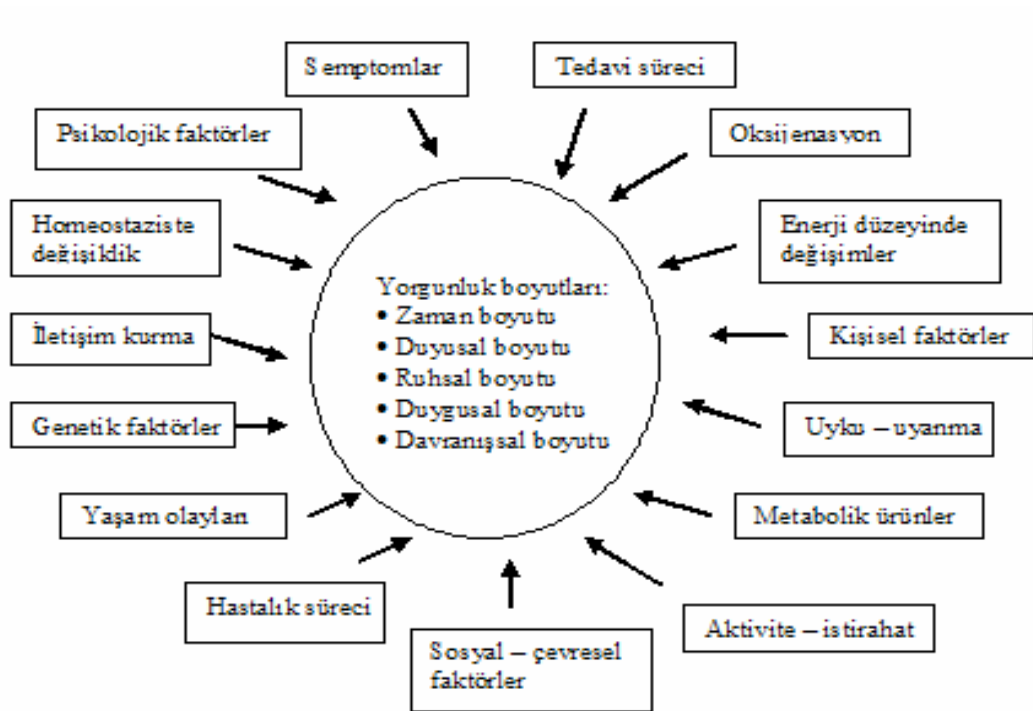
Laboratuvar Çalışmaları: Hemogloblin, lökosit, kan glikozu, serum üre, karaciğer enzimleri değerlendirilmelidir (5,187).

Kansere bağlı yorgunluk değerlendirme yapılırken aşağıdaki belirtiler kriterler gözlemlenir. Bu belirtiler neredeyse her gün ve geçirdiği ay içerisinde 2 haftalık bir süreçte gözlenecektir (187).

- Azalmış konsantrasyon veya dikkat
- Aktivitelere katılmama ve ilgi azlığı
- Uykusuzluk veya aşırı gerginlik
- Kısa süreli bellek sorunları
- Aktivite sonrası halsizlik
- Duygusal patlamalar

Ölçek-Test kullanımı: Bu amaçla kullanılan skala veya testin, kısa, spesifik ve kolay anlaşılır olması gerekmektedir. Bu ölçeklere örnek olarak, “Yorgunluk için Görsel Benzerlik Skalası”, “Profile Mood Scale”, “Symptom Distress Scale”, “Yoshitake’s Fatigue Scale”, “Rhoten Fatigue Scale” ve “Pearson and Byar’s Fatigue Scale”, “Piper Fatigue Scale”, “BriefFatigueScala ”verilebilir (192,193,194). Şekil 1’de Piper ‘in “Entegre Yorgunluk” modeli verilmiştir (193).

Şekil 1. Piper’in “Entegre Yorgunluk” Modeli



2.3.4. Kansere Bağlı Yorgunluk

Kanser; biyolojik çarpıcı gelişmeleri ve bir dizi tedavi seçenekleri olmasına rağmen yüz binlerce yıldır yıkıcı ızdırap vermeye devam etmekte ve tedavi edilebilir bir hastalık olması nedeniyle yoğun bakım gerekmektedir. Onkoloji hastalarında yorgunluk fiziksel, psikolojik ve durumsal etmenlerin bileşiminden ve tedavisiyle bilişsel bozulmayı kapsayan kronik bir sorundur (38,195). Kanser hastalarında algılanan yorgunluk kronik yorgunluktur (189). Kanser, prognozu ve uzun tedavi süreci ile kuşkusuz günümüzde biyopsiko-sosyal açıdan bireyde en derin etki bırakan hastalıklardan birisidir. Kanserin karmaşık ve saldırgan doğası hasta birey için pek çok sıkıntı verici semptomu beraberinde getirebilmektedir (196). Kanser hastalarında yorgunluk, yaygın ve hayatları üzerinde büyük etkiye sahiptir (197).

2.3.4.1. Kansere Bağlı Yorgunluğun Tanımı

Kanserli bireyler tarafından yorgunluk; performans gücünde azalma, enerji eksikliği, uyku hali, depresyon, konsantre olmada zorlanma, motivasyon eksikliği ve uykusuzluk şeklinde tanımlanmaktadır. National Comprehensive Cancer Network (NCCN)'un kansere bağlı yorgunluk yönetimi panelinde, kansere bağlı gelişen yorgunluğun tanımı ise en son şu şekilde yapılmıştır. Kansere bağlı yorgunluk; her zaman yapılan işlevleri engelleyen kanser ve kanser tedavisi ile ilişkili olan yaygın, sürekli ve subjektif yorgunluk hissidir.

Kansere bağlı yorgunluk sağlıklı bireylerde yeterli dinlenme ve uyku ile geçen yorgunluktan farklıdır ve bireylere daha şiddetli, daha fazla rahatsızlık vermekte ve dinlenmekle geçmemektedir. NCCN'nin 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 (189,198,199).

2.3.4.2. Kansere Bağlı Yorgunluğun Nedenleri

Çeşitli çalışmalar yorgunluğun nedenlerini objektif ve subjektif belirtiler üzerine odaklanmıştır. Etiyolojisi, fizyolojik, psikolojik veya patolojik olabilir. Kansere bağlı oluşan yorgunluğun gelişiminde birçok faktör rol oynamıştır ve patogenezi iyi değildir. Oluşan yanıtta Kanser ve tedavinin etkilediği merkezi sinir sistem, kas enerji metabolizması, hormonlar, bağışıklık sistemi yanıt oluşturmaktadır.

Belirtilerin sıklığı ve şiddeti yorgunluk nedenine bağlıdır (188,200).Kanser ve tedavisine bağlı olarak hastaların semptomlarının sıklığı ve şiddeti ile artmaktadır.

Kanser Yorgunluğunda rol oynayan etmenler;

Anemi: Kanser hastalarında hastalık sürecinden ve kanser tedavisinden meydana gelmektedir (201). Anemi problemine en uygun yaklaşım, problemi uygun tanılamak ile sağlanır. Aneminin esas nedeni saptanmalıdır (202). Temel neden ise eritropoenzin sağlanamamasıdır (203). Kanser hastalarında yorgunluğa ilişkin yapılan çalışmalarda anemik hastaların yorgunluğu daha ağır geçirdikleri belirlenmiştir (204,205,206).

Tedavinin Etkileri: Kanser tedavisi gören hastaların % 70-100 oranında yorgunluk görülür (185). Kanser ve tedavisi fiziksel yorgunluk ve fonksiyonel kapasitede azalmaya neden olmaktadır (205,207). Oluşan yorgunluğun gelişiminde birçok faktör rol oynamıştır ve patogenezi iyi değildir. Kemoterapi ve radyasyon tedavisi hem doğrudan hem de dolaylı olarak yorgunluğa neden olabilir (208). Yorgunluk genellikle radyasyon tedavisinin ilk haftasında gelişir 2-4 hafta sonra tedavi tamamlandıktan sonra azalır (209).

Beslenme: Gastrointestinal sistem kanserleri beslenme durumunu anlamlı ölçüde etkiler. Verilenlere göre, kanser hastalarındaki malnütrisyon: tedaviye yanıtı, yaşam kalitesini ve sağ kalımı olumsuz olarak etkilemektedir. GİS kanserli hastaların beslenme desteği bireysel planlanmalıdır, aynı zamanda hastanın antikanser tedavi durumuna bağlı olmalıdır (193,205,210).Tablo 8’de kanser hastalarının beslenme problemleri ve nedenleri verilmiştir.

Tablo 8. Kanser Hastalarının Beslenme Problemleri ve Nedenleri

Mekanizma	Neden
Besin Maddelerinin Metabolizmasındaki Değişiklikler	Protein Metabolizmalarında Bozulma
Enerji Gereksiniminde Artış	İnfeksiyon, Ateş, Hiperkatabolik Durum, Tümör Hücrelerinin Besin Maddesini Tüketmesi

Kaşeksi-İştahsızlık: Kanser kaşeksinin klinik özellikleri vücut doku kaybı, çizgili kas atrofisi, halsizlik, anemi, hipoalbüminemidir (210). Kanser hastalarının büyük bir kısmında görülür (205,206) ve bozulan yaşam kalitesi nedenlerinden biridir. Hastaların %80'inde kaşeksi tespit edilmiştir. Kaşeksi kanserden ölümlerin önemli bir nedenidir (209,211,212,213). 400 kişilik otopsi sonucuna göre kanser ölüm nedenlerinin% 22'lik kısmını oluşturur. İleri evre kanserlerinde ise kaşeksi daha fazla görülmektedir (212,213). Yeni tanı almış hastaların %31-87'inde kilo kaybı görülmektedir (214). Anoreksiya hastalığın teşhisinde %40-50, ilerleme döneminde %50-70 sıklıkla görülmektedir (213). Kaşeksi, yaşam kalitesi ve sağkalım üzerinde olumsuz etkiye sahiptir. Bu durumda, tedaviye yanıt oranları azalmakta ve tedaviye bağlı yan etkiler artmaktadır (215).

Dispne: Kanserde yorgunluk ile birlikte görülen dispnenin temel nedeni anemidir (203). Kanserli hastalarının %70 oranında tüm evrelerinde görülür ve yorgunluk tabloya eşlik eder. Birkaç grup kanser türünü kapsayan bir çalışma da % 22.9 solunum süresi kısalmıştır. 1500 kişiyi kapsayan başka bir çalışmada yaşamın son 6 haftasında hastaların %70'inde dispne geliştiği belirlenmiştir (216).

Duygu Durum Değişiklikleri: Yorgunluk depresif kişilerde sık görülen bir belirtidir (217).Birçok çalışmada kanser hastalarının aldıkları tedaviyle birlikte mental değişim yaşadıkları üzerine durulmuştur (218). Bireylerde hastalık ya da tedavi nedeniyle davranış değişikliği oluşmaktadır (219). Kişinin mizacı da bu duruma etki etmektedir. Mizacın çevresel faktörlerden etkilenebilirliği söz konusudur (220).

Ağrı: Ağrıyı algılama, tanımlama ve ağrıya karşı verilen reaksiyonlar kişiden kişiye değişiklik gösterir (221). Bu nedenle hastadan detaylı anamnez almak, hastayı devamlı gözlemek, uygun ölçüm yöntemlerinden yararlanmak hastanın başlangıçtaki değerlendirmesi için yardımcı olacağı gibi sonraki değerlendirmeler için de yol gösterici bir kaynak olacaktır (205,222). Orta veya şiddetli düzeyde ağrısı olan hastaların uyku, günlük yaşam aktiviteleri, sosyal etkileşimlerinin bozulduğu bildirilmektedir. Psikolojik durum, kültürel farklılıklar, dini inanç, yorgunluk, fiziki ortam ağrıya karşı oluşan reaksiyonu, tepkileri ve ağrının şiddetini etkiler. Metastatik kanserlerin %40'ında, ileri kanser olgularının %90'unda orta ve şiddetli düzeyde ağrı bildirilmiştir. Ağrıya yönelik bir diğer çalışmada ise hastaların %50'sinde ağrı saptandığı, %25'ininde ağrı çekerek öldüğü ortaya konmuştur (223,224) .

Uyku Bozukluğu: Halsizlik ve uyku bozukluğu kanserli hastaların en sık karşılaştığı yan etkilerdendir (205). Uyku bozukluğu bu hastalarda yaygın olmasına

rağmen, göz ardı edilmiş bir problemdir. Yapılan çalışmalarda aşırı halsiz olanların insomnia ya yakalanma riskinin diğerlerine oranla 2.5 kat daha fazla olasıdır (225). Uyku problemi yaşayan bireylerin hastalık tablolarına bu nedenden dolayı depresyon, anksiyete, ağrı, irritabilite gibi semptomlar eklenmiştir (200).

Bulantı-Kusma: Kemoterapi alan hastaların %70-80'nin de görülen ve en çok çekinilen semptomlardan biridir. Kemoterapi ilaçları, bağırsak obstrüksiyonu, tümör lokalizasyonu, elektrolit dengesizlikleri, adrenal yetersizlik, beyin tümör gibi durumlarda ortaya çıkabilir (226,227,228). Bulantı kusma hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyip tedaviye uyumu güçleştirir (227,228). Sıklığını ve şiddetini etkileyen çeşitli faktörler vardır. Örneğin gençler ve kadınlar, yaşlılar ve erkeklerden daha hassastırlar (229,230).

Bir başka oluşum nedeni de psikojeniktir. Buna bağlı gelişen bulantıyı kontrol altına almak ise daha zordur (231). Bulantı beraberinde solgunluk, soğuk nemli cilt, salyada artma, taşikardi, gastrik staz, diyare görülür (232). Kemoterapiye bağlı gelişmiş ise etkin bir tedavi gerekir, tedavide ise öncelikle antiemetikler yer alır(229,233).

Kaygı: Kişilerde yorgunluğa eşlik eden kaygı belirtileri nefes darlığı, terleme, gerginlik, kalp çarpıntısı, mide ağrısı, ishal ya da kabızlık, titreme, olarak belirtilmiştir (234).

Sitokinler: Sitokinler, kanser hastalarında sağlıklı bireylere göre daha fazla miktarda serbest olarak bulunmakta olup, endokrin sistem ve nörotransmitterler üzerindeki etkileri ile yorgunluk oluşumuna katkıda bulunmaktadır (196).Günümüzde sitokinlerin teröpatik dozlarda kullanımıyla kanser hastalarında yorgunluk oluştuğu bilinmektedir. Ayrıca hastalar, immünoterapi almasalar bile endojen sitokinler sebebiyle de yorgunluk yaşayabilmektedirler (191).

Diğer Nedenler: Hormonal değişiklikler, infeksiyon ve diğer nedenlere bağlı ateş, metabolik artıkların vücutta birikmesi sonucunda da kanser hastalarında yorgunluk görülmektedir (196,191).

2.3.4.3. Kanser Hastalarında Yorgunluk Belirtileri

Kanser ve tedavinin etkilediği merkezi sinir sistem, kas enerji metabolizması, hormonlar, bağışıklık sistemi yanıt oluşturmaktadır (184).

Sözel Olarak İfade Edilen Belirtiler

- Yorgunluk ve güçsüzlük
- Alt ve üst ekstremitelerde ağırlık hissi, uyuşukluk

- Uzanma isteği ve göz kapaklarında ağırlık hissi
- Düşünmede zorluk
- Öz güvende azalma
- Sebepsiz ve aşırı kaygı
- Mutsuzluk
- Ümitsizlik

Dışarıdan Gözlemlenebilen Belirtiler

- Uyku hali
- Depresif durum
- Konuşurken yorulma ve cümle kurmada zorluk ya da yavaşlama
- Hareketlerde dikkatsizlik ve beceride azalma
- Sinirlilik ya da çabuk sinirlenme
- Düşünceli ve dalgın bakışlar
- Omuzlarda çökkünlük ve postürde eğilme
- Öz bakımda yetersizlik
- Solgun cilt
- Göz temasından kaçınma
- Mimik kullanımının azalması ve mimiklerde donukluk
- Hareketlerde yavaşlama
- Yeme-içme alışkanlıklarında değişiklik

2.3.5.Yorgunluk Yönetimi Ve Hemşirelik Uygulamaları

Kansere bağlı yorgunluk tedavisinde ilk yaklaşım kapsamlı bir değerlendirme, hasta eğitimi ve bireyselleştirilmiş tedavi planı, kararlılık ve hedeflerin belirlenmesi ile sağlanmalıdır. Beklentiler ulaşılabilir olmalıdır (200). Psikososyal eğitimsel müdahaleler, egzersiz programları ve farmakolojik yöntemler tedavide yer almaktadır (190). Yorgunluk kanser hastaları için önemli bir sorun olarak kabul edilmektedir. Bu konuda yapılan araştırmalar son yıllarda önemli ölçüde artmıştır.Yorgunluğun altında yatan mekanizma ise tam olarak bilinmemektedir. Bu nedenle değerlendirilmesi ve bu belirtinin yönetimi sorun oluşturmaktadır (235). Yorgunluk hemşirelik tanısı olarak ele alındığında, hemşirenin ulaşacağı sonuç kriterleri şunlar olmalıdır:

Hasta:

- Yorgunluğun nedenini açıklayacak,
- Yorgunluğun yaşamındaki etkilerini bilecek

- Haftalık ve günlük aktivitelerinde önceliklerini belirleyecek,
- Fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal yönden aktivitelerini dengeli bir şekilde devam ettirecektir.

Hemşire, yukarıda bu sonuç kriterlerine ulaşabilmek için:

1.Hastanın yorgunluğuna neden olan ya da katkıda bulunan faktörleri hastaya açıklamalı,

2.Hastanın bireysel yeteneklerini ve ilgilerini ifade etmesini sağlamalı,

3.Hastanın yorgunluğun yaşamındaki etkilerini açıklamasını sağlamalı,

4.Hastanın bireysel yeteneklerini ve ilgilerini ifade etmesi sağlamalı,

5.Hastanın gün içindeki enerji durumunu değerlendirmeli ve aktivite programı yapmalı,

6.Hastanın yorgunluk düzeyini belirleyerek, yapamayacağı ya da zorlandığı günlük aktivitelerinin bir başkası tarafından yapılması için yönlendirmeli,

7.Hastaya günlük aktivitelerini yaparken, enerjisini koruma tekniklerini öğretmeli,

8.Egzersiz yorgunluk üzerine fizyolojik ve psikolojik olumlu etkilerini açıklamalı ve hastayı egzersiz yapmaya yönlendirmeli,

9.Hastanın yorgunluk nedeni ile etkilenen yaşam şekli, rolleri, ilişkileri v.b. konusundaki görüşlerini ifade etmesini sağlamalıdır (181,196).

Yorgunluk farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle kontrol edilir (191,193). Tablo 9’da yorgunluğun farmakolojik ve nonfarmakolojik kontrol yöntemleri verilmiştir.

Tablo 9. Yorgunluğun Farmakolojik ve Nonfarmakolojik Kontrol Yöntemleri

Farmakolojik Yöntemler	Nonfarmakolojik Yöntemler
Hemaopoitikler	Hasta ve Aileye Eğitim
Psikostimülanlar	Aktivite artırma/ Egzersiz
Progesteron İçerikli Preparatlar	Psikolojik Eğitim Yaklaşımları
Kortikosteroidler	Uyku Tedavisi
	Beslenme Tedavisi

2.3.5.1. Farmakolojik Yöntemler ve Hemşirelik Uygulamaları

Kansere bağlı yorgunluğun en son tedavisi farmakolojik tedavidir. Farmakolojik tedavide kemoterapiye bağlı anemi tedavisinde eritropoetin, depresyon yorgunluğa neden olursa antidepresan gibi nedene özgü tedaviler ve hastalar kendilerini daha enerjik ve daha az yorgun hissetmelerini sağlayan psikostimulan ilaçlardır.

Hematopoitikler: Dört sistematik incelemeden elde edilen veriler anemi tedavisi için günde 10 g/dl daha az rekombinant human eritropoetin tedavisi alan hastaların daha güçlü oldukları ve yorgunluklarının azaldığı gözlenmiştir. Hem eritropoetin hem de darbepoetin iyi tolere edilmesine karşın bu ajanların özellikle yorgunluk tedavisinde kullanıldığında trombolitik risk, hipertansiyon, kırmızı hücre aplazisi ve eritropoetin belli hastalık alanında da tümör büyümesine neden olduğu bilgisi gibi durumlar göz önünde bulundurulmalıdır (198). Hemşirelerin bu tedavi sırasında hastanın hemogram değerlerini izlemesi ve yorgunlukla ilişkili olarak aktivite düzenlemesi yaparken bu değerleri dikkate alması gerekmektedir (191).

Psikostimülanlar: Metilfenidat, deksoamfetamin ve pemolin gibi ajanların kişilerde uyarılmışlık haline neden olduğu bilinmektedir. Psikostimülanların, özellikle opioid kullanımına bağlı oluşan uyuşukluk halinin giderilmesinde, ağrı şiddetinin azaltılmasında ve depresyon tedavisinde olumlu yanıtlar verdiği bilinmektedir. Methylphenidate'nin yorgunluğu azaltmada etkisi dört çalışma incelenmiştir. Bu çalışmaların tümünde Methylphenidate tedavisinin yorgunluğu azalttığı bildirilmektedir. Bununla birlikte bir çalışmada hastaların yarısından çoğunun insomnia, ajitasyon, kusma ve bulantı ve ağız kuruluğu gibi aynı etkiler yaşadığı bildirilmektedir. Ancak ileri klinik çalışmalara gereksinim vardır (198,191,229).

Progesteron İçerikli Preperatlar: Progesteron preperatlarının iştahta artmaya neden olarak kalori alımını arttırdığı ve vücuttan yağ kaybını azalttığına ilişkin çalışmalar bulunmaktadır (191).

Kortikosteroidler: Mekanizması henüz açıklanmamış olmakla birlikte, kortikosteroid kullanımıyla yorgunluk düzeyinde azalma olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır. Metastatik hastalığı olan bireylerde oral kortikosteroid kullanımı ile ağrı, yorgunluk gibi semptomların gerileyip, yaşam kalitesinde artma olduğu tespit edilmiştir. Ancak uzun dönem kortikosteroid kullanımı sonucunda myopati, enfeksiyon gibi yan etkilerin meydana geldiği de bildirilmektedir. Bu sebeple hemşireler kortikosteroid tedavisi alan hastaları enfeksiyonlara karşı olan yatkınlık, alınacak

önlemler ve kortikosteroidlerin diğer yan etkilerine karşı bilgilendirmeli ve hastayı izlemelidir (191).

Antidepresan: Hastaya depresyon tanısı konuldu ise antidepresan ilaçlar kullanılmaktadır ve insomnia problemi olduğu zaman ise hipnotik kullanımı yararlı olabilmektedir. Kanser tedavisi sırasında ve sonrasında yorgunluğu azaltmada birçok farmakolojik ajan etkinliği incelenmiştir. Yorgunluk yönetiminde kullanılabileceği belirtilmektedir Eğer hastada depresyon tanılanırsa yalnızca yorgunluğu gidermek için antidepresan kullanılması uygun değildir. Bu sebeple yorgunluk tanımlanan hastalarda rutin olarak antidepresan kullanılması önerilmemektedir (191,198).

2.3.5.2. Nonfarmakolojik Yöntemler ve Hemşirelik Uygulamaları

Hasta ve Aileye Eğitim: Tüm kanserli hasta ve yakınlarının yorgunluk hakkında eğitilmesi önerilmektedir. Optimal olarak yorgunluk oluşumundan 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 (198). Hasta ve ailesine aşağıdaki konular hakkında bilgi verilmelidir (236).

Hasta ve ailesine aşağıdaki konular hakkında bilgi verilmelidir (236).

- Beklenen semptomların neler olduğu,
- İleride hangi semptomların beklendiği,
- Uygulanmakta olan tedavinin yan etkileri,
- Hastanın güvenini arttıracak bilgiler,
- Geleceğe yönelik ümitsizlikle baş etme yolları,
- İlaçlar hakkında bilgi,
- Hastanın beslenmesinin sağlanması,
- Hastayı cesaretlendirmenin yolları,
- Hastanın psikolojik gereksinimlerine yönelik bilgiler,
- Stresle baş etme yolları,
- Rol değişikliklerini ele alma yolları,
- Hastanın fiziksel gereksinimleri,

- Hastanın planlı aktiviteleri,
- Normal aile hayatını devam ettirme,
- Kanser tanısıyla başa çıkma yolları

Fiziksel Aktivite

Kanserli hastalarda tedavi süresince toksik tedaviler ve aktivite düzeyinde azalma fiziksel performansın azalmasına neden olmaktadır. Bu nedenle hastalar günlük aktivitelerini yapmak için daha fazla güç ve daha fazla enerji harcamakta ve bu da hastalarda yorgunluğa neden olmaktadır. Egzersiz programına başlayan her kanser hastası fiziksel terapi veya fiziksel tedavi ve komplikasyonlar yönünden izlenmelidir. Egzersiz programı hastanın yaşı, fiziksel aktivite düzeyi, kanser tipi ve evresi, kanser tedavi şekli göz önünde bulundurularak hastaya özgü olmalıdır. Aktif olmayan veya yüksek düzeyde yorgunluk belirten kişiler için egzersiz programları en düşük yorgunluk düzeyinde ve süresinde başlatılmalı, yavaş olarak artırılmalı ve hastanın durumunda değişiklik görüldüğünde modifiye edilmelidir. Hastada kemik metastazi, nötropeni, trombositopeni, ateşli veya diğer komplikasyonlar olduğu zaman egzersiz çok dikkatli planlanmalı ve izlenmelidir (198).

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 kusma neden olduğu beslenme yetersizliklerinin tedavisinde yardımcı olabilmektedir. 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.

Beslenme tedavisine yönelik çalışmalardan birinde ilk Omega 3 yağ asit desteğinin incelendiği plasebo kontrollü randomize çalışmada hastaların daha az yorgunluk yaşama eğilimli oldukları, bununla birlikte bu tedavinin iyi tolere edilemediği belirlenmiştir. Kombine medroxyprogesteron, celecoxib ve enteral beslenme desteğinin incelendiği başka bir çalışmada tedavi öncesi ve sonrasında yaşanan yorgunluk düzeylerinde anlamlı olarak farklılık olduğu ancak çalışma grubunun küçük olmasından dolayı sınırlı kalmıştır (198). Kanser ilerleyen evrelerinde beslenme desteği kaçınılmazdır. Nutrisyon takımı tarafından sağlanan bu destekte hastanın hangi yoldan besleneceğine, ne kadar enerji verileceğine, nasıl bir karışım uygulanacağına karar verilir. Parenteral ve enteral yolların tercih edildiği destek tedaviye yönelik bir çalışmada parenteral yolla beslenen

hastaların % 80 ihtiyaçlarını karşıladığı, enretal yolla beslenen hastaların % 68 ihtiyaçlarını karşıladığı tespit edilmiştir (237). Beslenme desteği alan hastaların yaşam kalitesi arttığı, iyileşme ve hastanede kalma süreci kısaldığı, ölüm oranlarının azaldığı belirtilmiştir (195).

2.3.5.3. Yorgunluk Yönetiminde Özel Girişimler

Tamamlayıcı terapi, bireylerin sağlığını kazanmak için modern tıbbın paralelinde uygulanan yöntemlerin tümüne verilen isimdir (238). Kanser hastalarında kullanma nedenleri; stres, vücut imajındaki değişiklik, umutsuzluk, anksiyete ve korku gibi kanserin yan etkileri ile baş etmek, hastalığa karşı her şeyi yaparak yaşam kalitelerini geliştirmek amaçları olduğu belirlenmiştir (238,239,240,241). Alternatif tıp tıbbi tedavilerin yerine geçen, modern biyotıp ya da tedaviler tarafından kabul edilmeyen her türlü sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır (242).

Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (The National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM); alternatif tedavileri belli başlıklar altında toplayarak gruplandırmıştır (243).

1. Alternatif ve medikal sistemler (homeopati, naturopati, geleneksel Çin tıbbı)
2. Beden-Zihin müdahaleleri (müzik terapi, spiritual iyileşme, psikolojik görüşmeler)
3. Biyolojik temelli tedaviler (bitkiler, diyet destek ürünleri, tıbbi bitki çaylar),
4. Manipülatif ve beden temelli tedaviler (masaj, kiropratik manipülasyon, osteopati),Enerji tedavileri (reiki)

Yoga, masaj, gevşeme teknikleri, stres azaltma girişimleri, akupunktur, duygularını yazarak ifade etme, ayak refleksolojisinin etkileri küçük örneklem gruplarında pilot çalışmalar şeklinde değerlendirilmiştir. Bu yöntemlerin kanserli hastalarının yorgunluğunu gidermede kanıtlar elde edilmiştir. Bu çalışmaların küçük örneklem grubu içermesi, veya kontrol gruplu çalışmalar şeklinde planlanmaması nedeniyle yeterlilikleri hakkında sonuçlarını güvenilir olarak kabul etmek zordur. Buna rağmen tamamlayıcı tedavilerin kanserli hastaların yorgunluk tedavisinde potansiyel olarak kullanılabileceğini desteklemektedir (198). Başka bir çalışmada Hastalara tamamlayıcı tıp uygulamalarına başvurma nedenleri sorulduğunda; %56.3'ü (36 kişi) hastalığı yenmek için, %26.6'sı (17 kişi) fiziksel olarak daha iyi hissetmek için, %17.2'si (11 kişi) psikolojik olarak daha iyi hissetmek için olarak yanıtlamışlardır (239).

2.4. Yaşam Kalitesi

2.4.1. Yaşam Kalitesi Tarihçesi

İlk filozoflardan Aristo, yazılarında mutluluğun doğasına ve ‘iyi bir yaşam’ için insanlara gerekli konulara değinmiştir. Ardından gelen filozof da benzer olarak yaşamın temel amacını en yüksek düzeye ve yaşamın izin verdiği en iyi duruma sahip olmak olarak tanımlamıştır. Aristo’ya kadar uzanan felsefi tartışmalardan kaynağını alan yaşam kalitesi kavramı günümüzde farklı çevrelerin üzerinde yoğunlaştıkları alan olarak dikkat çekmekte, felsefe, sosyoloji, sinema, mimarlık, psikoloji ve politikanın yanı sıra sağlık alanında da giderek artan bir şekilde kullanılmaktadır. İnsanlık tarihi boyunca kaliteli bir yaşam sürme arzusu hep var olmuştur. Yaşam kalitesi kavramının içeriğinde çeşitli halk katmanlarının mutluluğu ve esenliğinden, çevresel kalite ve ekolojik yapılara dek uzanan çok çeşitli ve seçkisel değişkenler yumağını bulmak mümkündür (244,245).

2.4.2. Yaşam Kalitesi Tanımı

Günümüzde de birçok tanım bulunmasına rağmen, yaşam kalitesinin evrensel olarak kabul görmüş bir tanımı yoktur. Mevcut tanımların da mutluluk, memnuniyet, yaşam doyumu, pozitif etki, negatif etki, bilişsel değerlendirme, sağlık, öznel ve psikolojik iyilik hali, sosyal yararlılık, duygusal ve ekonomik statü gibi birçok faktörden kaynağını aldığı görülmektedir (244,245).

Yaşam kalitesi aile, iş yaşamı ve sosyoekonomik koşulları içermekle birlikte; bireyin hedefleri, beklentileri, umutları ve düşleri ile gerçekler arasındaki farklılığı yani bireyin günlük yaşamından aldığı doyum ve iyilik algısını da içermektedir (246). Yaşam kalitesine ilişkin yapılan tanımlamalar ise çeşitlidir.

Yaşamda nelerden zevk aldığımızı, ne olmak ve nasıl yaşamak istediğimizi ifade eder. Kaliteli bir yaşam için herhangi bir kriter yoktur, bu nedenle yaşam kalitesi kavramı soyuttur, tanımları farklıdır, görecelidir ve ölçülmesi zordur. (247,248,249).

Hemşire kuramcılardan Rogers ve King yaşam kalitesini yaşam doyumu olarak ele almışlardır. Yaşam kalitesi ile yoğun olarak ilgilenen bazı araştırmacılar da bu bakış açısını benimsemişlerdir. Örneğin Moons ve ark. yaşam doyumunun yaşam kalitesini tanımlamada en uygun yaklaşım olduğunu belirtmiştir. Buna karşın Meeberg yaşam doyumunun yaşam kalitesi ile aynı anlama gelmediğini ifade etmiştir. Meeberg’e göre subjektif göstergeler doğrudan yaşam deneyimlerini ifade eder, halbuki objektif

göstergeler deneyimleri etkileyen tüm şeyleri ifade eder. Diğer taraftan hastalık, sakatlık ya da kayıp bağlamında yaşam kalitesinin objektif parametrelerini ölçen birçok değerlendirme aracı mevcuttur. Buna karşın, objektif ölçütler sıklıkla sağlık durumunun subjektif değerlendirme ve göstergelerini yansıtır (245).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1946 yılında sağlığı "Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali" olarak olumlu bir şekilde tanımlamasından sonra "tam iyilik" halinin için sağlanabilmesi için objektif kriterlere gereksinim duyulmuştur (295).

2.4.3 Sağlıkta Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesinin sosyal bilimlerde kullanılması tıp ve hemşirelik bilimlerini de etkilemiş; sınırlı sağlık kaynaklarının dağılımı, klinik karar vermenin kolaylaştırılması, bağımsız karar vermesi yönünde hastalara yardım edilmesi amaçları ile çeşitli hastalık durumlarında, farklı tedavi yaklaşımlarının etkinliğinin karşılaştırılmasında ve hastaya uygun tedavi kararlarının verilmesinde yaşam kalitesi araştırmaları yapılmaya başlanmıştır. Bu durum sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramını (SİYK) gündeme getirmiştir (250).

Carr, Gibson ve Robinson'a göre SİYK, bir kişinin sağlık, hastalık, sakatlık ve tedavinin etkinliği gibi doğrudan veya dolaylı subjektif deneyimlerini tanımlamak için geliştirilmiş bir kavramdır. Ferrans ve ark. SİYK kavramını, kişisel özellikleri ve yaşanan çevreyi dikkate alarak, bireylerin biyolojik fonksiyonları, hastalık semptomları, fonksiyonel durum ve genel sağlık algısının etkileşimi modeliyle açıklamıştır (245).

2.4.4. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Günümüzde bireyin yaşam kalitesini etkileyen sağlık sorunları ve uygulanan tedaviler arasında kanser ve kemoterapi, radyoterapi gibi kanser tedavileri önemli yer tutmaktadır (247). Yaşam kalitesini bazı özelliklerden çeşitli durumlar etkilemektedir (245). Bu durumlar;

- İleri Yaş
- Medeni durum
- Uyku problemleri
- Özürlülük
- Erkek cinsiyet

- Fonksiyonel kısıtlılıkları
- Depresyon
- Kötü sağlık durumu
- Kişinin yaşadığı ortam
- Yorgunluk
- Ek hastalık varlığı

Yaş ve Yaşam Kalitesi;

Hasta yaşı, yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden biri olarak bildirilmektedir. Yaş ile yaşam kalitesi arasındaki negatif korelasyonu ve yaşın artması ile yaşam kalitesinin tüm alt birimlerinde düşme olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Yaşla beraber bedensel kuvvet kaybı, mental alanda gerileme, zihin fonksiyonlarında bozulma, sosyal yaşantıda sedanter yaşama bağlı kısıtlanma gelişmektedir. Tüm bu nedenlerle yaşla beraber yaşam kalitesinde gerileme görülmektedir. Fujisawa ve arkadaşları (2000), Balaska ve arkadaşları (2006) genç hastaların yaşam kalitesi puanlarının yaşlı hastalardan daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Humar ve arkadaşları (2003), Ponton ve arkadaşları (2001), yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemişlerdir (245).

Cinsiyet ve Yaşam Kalitesi;

Sağlıkta yaşam kalitesi ölçüm sonuçları birçok faktöre bağlı olarak değişebilmektedir. Bu faktörlerden biriside cinsiyettir. Normal popülasyonda, iyi hissetme skoru bayanlarda erkeklerden daha düşüktür. Daha önceki çalışmalarda genel olarak başarılı bir nakil sonrası erkeklerin yaşam kalitesinde daha fazla iyileşme olduğu gösterilmiştir (249).

Medeni Durum ve Yaşam Kalitesi;

Literatürde böbrek nakli olan evli bireylerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Chisholm ve ark. 2007). Yıldırım (2006), Öğütmen ve arkadaşları (2006) çalışmalarında da evli hastaların yaşam kalitesinin bekar veya boşanmış kişilerden daha yüksek olduğunu saptamıştır. Yatkın ve Çalışkan'ın (2009) yaptığı çalışmada ise bulgular, bekar da olsalar aldıkları sosyal desteğin yeterli olması ile yaşam kalitesinin evlilerden farklı olmadığı yönündedir (245).

Hastaneye Yatma ve Yaşam Kalitesi;

Kısa süre için de olsa hastaların hastaneye yatırımları hastaların mental sağlığını, yaşamsallığını ve sosyal rollerini kötü yönde etkilemektedir.

Bu nedenle hastaların çok gerekli olmadıkça ve tetkiklerin hızlandırılması için hastaneye yatırılmaması en doğru çözüm olarak görülmektedir.

2.4.5. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi ve Ölçümü

Yaşam kalitesi, özel olarak geliştirilmiş ve test edilmiş ölçeklerle ölçülmektedir (251). Yaşam kalitesi ölçekleri klinikte genellikle bir müdahalenin etkisini ölçmekte kullanıldığından, başlangıç ölçümünün ne zaman yapılacağını özenle belirlemek gereklidir. Ölçekler 3 grupta incelenir (245,252).

1- Geniş hasta toplulukları için düzenlenmiş genel ölçekler.

2- Kanser hastalarında kullanım amacıyla hastalığa özel ölçekler.

3- Hastalara özel ölçekler (Örneğin meme kanseri ya da prostat kanserli hastada kullanılmak üzere).

Hastalarda sağlık girişimlerine ve farklı demografik gruplarda ve kültürlerde uygulanabilecek şekilde ölçekler planlanmıştır. Hastalığa özel yaşam kalitesi ölçekleri ise belli hasta popülasyonlarını, tanı gruplarını ya da bireysel farklılıkları değerlendirmek için planlanmıştır (245,252).

Yaşam kalite ölçeklerinin yararları;

- İlaçların yan etkilerini hasta üzerinde yorumlamada kolaylık sağlar.
- Hastalık veya semptomların genel yaşam kalitesine daha açık ve net olarak yorum yapma kolaylığı sağlar.
- Yaşam süreleri üzerine etki eden tedaviler arasında seçim yapabilme kolaylığı sağlar.
- Yeni ilaç gelişiminde kolaylık sağlar.
- Prognoz yorumunda kolaylık sağlar (252).

Genel amaçlı ölçekler, toplumun tüm kesiminde ve tüm hastalık ve durumlarda kullanılır. Genel amaçlı ölçekler tercihe dayalı ve tercihe dayalı olmayan ölçekler olmak üzere kendi aralarında iki alt gruba ayrılır. Tercihe dayalı ölçekler sağlık ekonomisi alanında geliştirilen teorilere dayanılarak geliştirilen, maliyet fayda analizlerinde kullanılan ve kalite eklenmiş yaşam yıllarını hesaplamaya olanak sağlayan ölçeklerdir. Tercihe dayalı olmayan ölçekler ile yaşam kalitesinin değişik yönleri değerlendirilebilir. Bu ölçeklerden en yaygın kullanılanları Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Nottingham Sağlık Profili, Özel amaçlı ölçekler ise belli bir hastalığa, belli bir gruba, belli bir işleve (seksüel fonksiyon) veya belli bir probleme

özel (ağrı gibi) ölçekler olarak gruplanırlar. Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Caregiver Quality of Life Index Cancer Scale -CQOLC-) kanserli yakınlarına bakım verenlere özel, BD-QoL Behçet hastalığına özel, Kiddo-KINDL ergenlere özel, WHOOQL yaşlılara özel yaşam kalitesi ölçekleridir. Yaşam kalitesinin etkilediği varsayılan klinik durum ve girişimlerin ölçümünün değerlendirilmesinde genellikle bir genel amaçlı bir de en az bir hastalığa/duruma/gruba özel ölçek kullanılmasının ölçüm sonuçlarını daha değerli kılacağı belirtilmektedir (294). Lemieux ve arkadaşlarının 2010 yılında 2001-2009 yılları arasında 190 Randomize Kontrollü Çalışmayı (RKÇ) dahil ettikleri bir sistematik incelemede, en yaygın kullanılan iki ölçeğin Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (European Organization for Research and Treatment of Cancer QOL Questionnaire (EORTC QLQ)) ve Kanser Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme/Kronik Hastalıkların Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme (The Functional Assessment of Cancer Therapy/Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACT/FACIT)) olduğu saptanmıştır (245).

1986 yılında Avrupa Kanser Tedavi ve Organizasyon Komitesi (EORTC) kanser hastalarının yaşam kalitesini değerlendirme modelini geliştirmek için araştırma programı başlatmıştır. İlk jenerasyon anket formu 1987 yılında EORTC QLQ-C36 olarak geliştirilmiştir. Yapılan çalışmalar neticesinde bazı maddelerin yeterli bilgi sağlamaması ve güvenilirliğin yetersiz olması nedeniyle skalada güçlü bir revizyon gereksinimi ortaya çıkmıştır. İkinci jenerasyon anket formlarının güvenilirliğini, uygulanabilirliğini ve geçerliliğini 13 farklı ülkede (Avustralya, Kanada, İngiltere, Amerika, Kuzey ve Güney Avrupa, Japonya) geniş hasta popülasyonunda denenmiş, EORTC QLQ-C30 anket formu şekillendirilerek farklı dil ve kültürel gruplardaki geçerliliği gösterilmiştir (244,246,253).EORTC QLQ-C30 geniş alanda kullanılabilen kanserli hastalara uygulanabilecek anket programıdır. Beş fonksiyonel skala içerir (fiziksel, uğraş, kavrama, duygusal ve sosyal), üç semptom skalası vardır (yorgunluk, ağrı ve bulantı/kusma), global yaşam skalası, ve 6 ayrı madde içerir (nefes darlığı, uykusuzluk, iştah kaybı, konstipasyon, diyare, ve mali zorluklar) (244, 253,254).

2.4.6. Kanserin Yaşam Kalitesine Etkisi

Kanser, hem hastalığın kendisi hem de uygulanan tedavi yöntemlerinin etkisi nedeniyle, hastaların yaşamlarında ciddi ve yoğun bir sağlık sorunu yaşandığı, hastaların yaşam kalitesinin önemli derecede etkilendiği bir sağlık problemidir(255).

Yetmişli yıllara kadar tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesinde semptom kontrolü, tedaviye yanıt, yaşam süresi, hastaliksız yaşam süresi gibi geleneksel yöntemlere başvurulurken, yaşam kalitesine daha az önem verilmekteydi. Ancak son yıllarda gerek etkin tedavi yöntemlerinin yol açtığı uzun yaşam beklentileri ve sağlığa bakışta yenilik nedeniyle yaşam kalitesine verilen önem hızla artmaktadır (244). Kanser hastalığının adı, adının verdiği korku, gelecek kaygısı, hastalık sürecinde yaşanabileceklerin yarattığı stres ve tedaviye bağlı istenmeyen etkiler, hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir. Tüm bu olumsuzluklara ve tedavi nedeniyle olan yan etkilere rağmen tedavi süresince ve tedavi sonrasında hastaların yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi ve devamının sağlanması önemlidir (246). Yıllarca yaşamın süresini uzatmaya çalışan bilim dünyası, bu hususta ileri noktaya geldikten sonra bu kez niteliğini artırma çabasına girmiştir. Geleneksel bakımda kronik hastalıkların psikososyal yönden incelemeleri ihmal edilmiştir. Son yıllarda ise kronik hastalıklardaki metabolik esenlikten çok hastaların psikososyal yönlerine ve yaşam kalitesine doğru kayma söz konusudur (256).

“The Fatigue Coalitaion” tarafından yapılan bir çalışmada hastaların %28’inde yorgunluk nedeniyle, işlerini tamamen bırakmak zorunda kaldıkları görülmüştür (193). Asistarsın öne sürdüğü yorgunluk modelinde aşırı stres enerji kaybına ve yorgunluğa yol açtığı yönündedir (193).

Kaempfer ve Lindsay kanserli hastalarda enerji ihtiyacının değişken olabileceği bu durumun sonucunda kişilerde yorgunluk görülebileceği ifade edilmiştir (193).

Günümüzde bireyin yaşam kalitesini etkileyen sağlık sorunları ve uygulanan tedaviler arasında kanser ve kanser tedavileri önemli yer tutmaktadır (257). Tedavi ağırlaştıkça yorgunluk semptomunun belirginleştiği çalışmalarda belirtilmiştir (258,259).

2.4.6.1. Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi Ve Hemşirelik

Hastanın, hasta yakınlarının ve sağlık profesyonellerinin kanser hastalarının tedavisinde esas amaçları kür sağlamak veya yaşam süresini uzatmak, fonksiyonel devamlılığı ve konforu sağlamaktır (251).

Hastada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilip sürdürülmesini sağlamak ve yaşam kalitesini yükseltmek hemşirenin sorumlulukları arasındadır. Hasta tolere edebileceği şekilde, sürede ve süreçte bilgilendirilmelidir. Bu nedenle hemşirelerin hastaların bilgi gereksinimini karşılarken, tanı sürecinden tedavi ve taburculuk eğitimine kadar olan süreçte bütüncül bir bakım ve eğitim prosedürü planlaması ve hastanın her istediğinde profesyonel yardım alabileceğini hastalara bildirmesi gerekmektedir (260). Bu sayede bireyin özbakıma bağlanarak, bireyi etkileyen ve motive eden faktörleri gelişen ihtiyaçlarını anlamada fayda sağladığını gösterilmiştir (261).

Kanserin hasta ve ailesinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi hastaların fonksiyonel yeteneklerini, esenliklerini, genel sağlık anlayışlarını geliştirebilecek bakım programlarının seçilmesini sağlar. Böylece, hasta ve ailesinin hastalığa uyumu artarak yaşam kalitesi yükselebilir (247).

Hemşireler, hastaların yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik veri toplanması, bakımı planlarken bu verilerden yararlanılması, hastalarla birlikte, onların bakımına katılan yakınlarının da bakım kapsamına alınması, gerek hastalığın doğasını, gerekse hasta bireylerin özel davranış örüntülerini daha iyi anlayabilmek için kanserli hastaya bakım veren hemşirelere, kanserde yaşam kalitesine ilişkin özel eğitim verilmesi, kanserli hastalara ve onların bakımına katılan yakınlarına farklı zamanlarda yaşam kalitesi ölçeklerinin uygulanması ve farklılıkların değerlendirilmesine yönelik girişimlerde bulunmalıdırlar (246). Aynı zamanda hastaların günlük yaşam aktivitelerinde kendi kendilerine yeter hale gelebilmeleri için desteklenmeleri, En önemli sosyal destek kaynağı olan ailenin de rehabilitasyon program ekibi içinde yer almaları ve eğitilmeleri yönünde hastalar desteklenmelidir (255,256).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesine başvuran gastrointestinal sistem (GİS) kanseri tanısı almış hastaların yorgunluk ve yaşam kalitesini belirlemek, sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerin yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmak amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve yürütüldü.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

1. Gastrointestinal sistem kanserli hastaların yaşam kaliteleri ile sosyo-demografik değişkenler ve hastalık ile ilişkili değişkenler arasında ilişki vardır
2. Gastrointestinal sistem kanserli hastaların yorgunluk düzeyleri ile sosyo-demografik değişkenler ve hastalık ile ilişkili değişkenler arasında ilişki vardır

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesinde gastrointestinal sistem kanseri tanısı alıp, Genel Cerrahi Servisi, Onkoloji Servisi, Kemoterapi ünitesinde tedavi gören hastalara uygulandı. Genel Cerrahi Anabilim Dalında 7 profesör doktor, 2 doçent doktor, 8 araştırma görevlisi doktor ve 16 hemşire görev yapmaktadır ve Genel Cerrahi Kliniğinde 21 hasta odası, 54 yatak, 1 hemşire odası, 1 hemşire giyinme odası, 2 doktor odası, hasta ve hasta yakını bekleme odaları bulunmaktadır. Tıbbi Onkoloji Bilim Dalında 3 profesör doktor, 15 araştırma görevlisi doktor ve 10 hemşire görev yapmaktadır ve Tıbbi Onkoloji Kliniğinde 19 hasta odası, 1 hemşire odası, 1 hemşire giyinme odası, 2 doktor odası, hasta ve hasta yakını bekleme odaları bulunmaktadır. Kemoterapi ünitesi 10 hemşire ve 20 yatak ile onkoloji birimiyle hizmet vermektedir.

Farabi Hastanesi A ve B klinik bloklar ile poliklinik binasından oluşmaktadır. A blok 11 kattan, B blok 6 kattan, poliklinik binası ise 4 kattan oluşmaktadır. Yaklaşık 70 000 m²'lik kapalı alana sahip olan hastanede 800 yatak ve üçüncü derece 80 yoğun bakım yatağı mevcuttur.

2012 yılında, GİS kanseri tanısı ile tıbbi onkoloji polikliniğine ayaktan başvuran ve tedavi planlanan ayaktan hastalar kemoterapilerin uygulanması için poliklinikte düzenlemiş olan tedavi odasında tedavilerini almaktadırlar.

Burada hastalar tedavi protokollerini içeren kartları ve ilaçları ile hemşireye başvurmakta ve hemşireler tarafından tedavileri yapılarak izlenmektedir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

3.4.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 01.01.2012 ve 01.06.2012 tarihleri arasında KTÜ Farabi Hastanesinde tanı almış olup, tedavi gören GİS kanserli toplam 233 hasta oluşturdu.

3.4.2. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini belirtilen evren içinde kriterlere uyan, 01 Ocak – 01 Haziran 2012 tarihleri arasında KTÜ Farabi Hastanesinde tanı almış olup tedavi gören ve sınırlılıklar dahilinde gönüllü olan, 93 kolon kanseri, 90 mide kanseri ve 50 Özofagus kanserli hasta olmak üzere toplam 233 GİS kanserli hasta oluşturdu.

Ayrıca yapılan power analizinde etki büyüklüğü 0.5, yanlılık düzeyi 0.05, temsil gücü 0.80 olarak belirlendi (269,270).

3.4.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırmanın KTÜ Farabi Hastanesinde yapılması, özel merkezlerin araştırma kapsamına alınmaması,

2. Araştırmaya 18 yaş ve üzeri GİS kanser tanısı almış, en az üç ay önce GİS kanser tanısı almış, ameliyat sonrası en az 15 gün geçmiş, Karnofsky Performans Skalası ≥ 70 olan, algılama problemi olmayan, mental problemi olmayan,

3. Araştırmanın tanımlayıcı olarak yapılması.

3.4.4. Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. En az üç ay önce GİS kanser tanısı almış olan

2. Karnofsky Performans Skalası ≥ 70 olan

3. Ameliyat sonrası en az 15 gün geçmiş olan

4. Kemoterapi ya da radyoterapi alıyor veya hiç tedavi almıyor olan

5. 18 yaş ve üzerinde olan

6. İletişim sorunu olmayan

7. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar araştırmaya dahil edildi.

3.4.5. Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

1. Nörolojik ve psikiyatrik hastalıklar gibi yorgunluğa neden olabilecek hastalığı olanlar

2. GİS kanseri dışında kanser tanısı almış olan

3. Karnofsky Performans Skalası ≤ 70 olan

4. Ameliyat sonrası 15 gün geçmemiş olan

5. 18 yaş ve altında olan

6. İletişim sorunu olan

7. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan hastalar araştırmaya dahil edilmedi.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: GİS kanserli hastaların yorgunluk ve yaşam kaliteleri puanları.

Bağımsız Değişkenler: GİS kanserli hastaların cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, gelir durumu, yaşadığı yer, mesleki durumu, medeni durum, kronik hastalık durumu, hastalık süresi, ailesinde kanser geçmişi olma, hastanede kalış süresi, aldığı tanı ve tedaviyi içermektedir.

3.6. Verilerin Toplanması:

Veriler 01.01.2012 ve 01.06.2012 tarihleri arasında toplandı. Verilerin toplanmasında literatürlerden yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu (EK-1), performans durumunu değerlendirmek için Karnofsky Performans Skalası (EK-2), yorgunluk durumunu değerlendirmek için Piper Yorgunluk Ölçeği (EK-3) ve yaşam kalitesini değerlendirmek için EORTC QLQ C-30 yaşam kalitesi ölçeği (EK-4) kullanıldı. Veriler araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek toplandı.

3.6.1. Veri Toplama Araçları

3.6.1.1. Anket Formu (EK-1)

Araştırmacı tarafından ilgili literatürler incelenerek hazırlanan anket formu; GİS kanserli hastaların sosyodemografik özelliklerini, hastalığa ilişkin özelliklerini ve hastalık tedavisine ilişkin özellikleri değerlendirmeye yönelik toplam 26 sorudan ve üç bölümden oluşmaktadır.

A- Bireye İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler: Tanı alan hastaların cinsiyeti, yaşı, boyu, kilosu, eğitim durumu, medeni durumu, mesleği, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir durumu, bireysel baş etmede destek kişilerin varlığı, karnofsky performans skala sonucu, yaşadığı yeri sorgulayan sorulardan oluşmaktadır. Hastaların beden kitle indeksi (BKİ) hesaplanmasında

BKİ=formülü kullanıldı. Sınıflandırılması;

18 ve altı =zayıf

18.1< ve 24.9 arası= normal

25< ve 29.9 arası kilolu

30< ve 39.9 arası obez

40 ve üstü ileri derecede obez olarak yapıldı (263).

B- Hastalığa İlişkin Değişkenler: Hastalığın tanısı, tanısını bilme durumu, tanısının ne zaman konduğu, tedavi gördüğü hastalık dışında bir hastalığı olup olmadığı, hastalığının tedavi şekli ve evresini ve günlük yaşam aktivitesinin etkilenme durumunu içeren sorulardan oluşmaktadır.

C- Hastalık Tedavisi İle İlgili Sorular: Aldığı tedavinin ne olduğu, ne kadar süredir onkoloji tedavisi gördüğü, hastanede bu nedenle ne kadar kaldığına ilişkin sorular yer almaktadır.

3.6.1.2. Karnofsky Performans Skalası(EK-2)

Karnofsky performans skalası, klinisyenler tarafından hastaların günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek amacıyla sıklıkla kullandıkları bir ölçüm aracıdır. Hastalar fonksiyonel yetersizliklerine göre 0-100 arasında değişen puanlar alırlar. 100 en iyi fonksiyonel yeterlilik durumunu gösterirken 0 puan fonksiyonel yeterliliğin hiç olmadığını (ölümü) göstermektedir (191).

Çalışmalarda genellikle 70 puan ve üstü alan kişilerin fonksiyonel kapasitelerinin yeterli olduğu kabul edilir. Bu puan bireyin kendisine bakabildiğini, ancak normal aktivitesinin azalmış, aktif çalışma yapamadığını ifade etmektedir (25).

3.6.1.3. Piper Yorgunluk Ölçeği (EK-3)

Barbara F. Piper ve arkadaşları tarafından 1987 yılında yorgunluğa ilişkin çok yönlü ölçme modelini değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir. Her biri 0-10 puanlık VAS üzerinde değerlendirilen toplam 22 maddeden oluşmakta ve hastanın yorgunluğa ilişkin subjektif algılaması dört alt boyut ile değerlendirilmektedir. Bunlar; yorgunluğun günlük yaşam aktivitelerine etkisini ve şiddetini değerlendiren davranış/şiddet alt boyutu (6 madde; 2,3,4,5,6,7); yorgunluğa atfedilen duygusal anlamı kapsayan duygulanım alt boyutu (5 madde; 8,9,10,11,12); yorgunluğun mental, fiziksel ve emosyonel semptomlarını yansıtan duygusal alt boyutu (5 madde; 13,14,15,16,17) ve yorgunluğun bilişsel fonksiyonları ve ruhsal durumu etkileme düzeyini yansıtan bilişsel/ruhsal alt boyuttur (6 madde; 18,19,20,21,22,23). Ölçekte ek olarak, yorgunluk puanının hesaplanmasında kullanılmayan, ama yorgunluğa ilişkin verilerin değerlendirilmesinde önemli olduklarından dolayı ölçekte kalması önerilen beş madde (1 ve 24,25,26,27) daha yer almaktadır. Bunlardan birinci madde yorgunluğun devam etme süresini değerlendirirken, 24,25,26,27. maddeler hastaların yorgunluğa ilişkin düşüncelerini ifade etmesine izin vermektedir.

Alt boyut puanları o alt boyutta yer alan tüm maddelerin puanının toplanıp madde sayısına bölünmesiyle elde edilir. Total yorgunluk puanı ise maddelerin toplanıp toplam madde sayısına bölünmesiyle elde edilir. Ölçekten alınan puanların düşük olması yaşam kalitesinin yüksek, puanların yüksek olması ise yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. Yurtdışında yorgunluğun subjektif değerlendirilmesinde oldukça yaygın kullanılan bu ölçeğin Piper ve arkadaşları tarafından 382 hasta ile yapılan güvenilirlik çalışmasında gerek alt grup içinde, gerekse genel ölçek içinde tüm maddeler arasındaki ilişkinin güçlü olduğu saptanmıştır. Cronbach's alfa (α) güvenilirlik katsayısı da alt gruplar için 0.92-0.96 arasında, total ölçek için 0.97 olarak bulunmuştur. Can'ın Piper Yorgunluk Ölçeğinin Türk Toplumunu için geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığı meme kanserli hastalarda ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0.94 olarak belirlenmiştir (264,266).

3.6.1.4. EORTC QLQ C-30 (Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi) Ölçeği (EK-4)

Kanser tanısı almış bireylerin yaşam kalitesini tanılamak amacıyla EORTC QLQ(European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire) yaşam kalitesi ölçeği Aaronson ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (253,246,265,267). Beşer ve Öz tarafından kapsam geçerliği ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (265,246). Soru-cevap ölçeği kullanılmıştır. Ölçek EORTC tarafından geliştirilmiş olup EORTC QLQ-C30 Version 3.0 yaşam kalitesi ölçeği kanserli hastalarda tüm dünyada yaygın kullanılan bir yaşam kalitesi anketidir (265,246). Ölçeğin maddeleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan madde analizinde maddeler arasındaki ilişkinin güçlü olduğu saptanmıştır Cronbach alfa katsayısı, $r= 0.9014$ olarak bulunmuştur (265,253).

EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği genel iyilik hali, fonksiyonel güçlükler ve semptom kontrolü olmak üzere üç alt başlık ve 30 soru içermektedir. Ölçekteki 30 maddeden ilk 28'i dörtlü likert tipi ölçektir ve maddeler Hiç: 1, Biraz: 2, Oldukça: 3, Çok: 4 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin 29. sorusunda hastadan 1'den 7'ye kadar olan ölçek ile (1: çok kötü ve 7: mükemmel) sağlığını ve 30. soruda genel yaşam kalitesini değerlendirmesi istenmektedir. 29. ve 30. sorular genel iyilik hali alanını oluşturan sorulardır. Bu bölümden alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise yaşam kalitesinin düştüğünü ifade etmektedir.

Fonksiyonel skor, semptom skoru ve genel sağlık durumu skoru şu formüllerle hesaplanmaktadır (268):

Fonksiyonel Skor (Fs) Hesaplanırken; hastanın 15 sorudan aldığı toplam puan, toplam soru sayısına (15) bölünerek Raw skor (RS) hesaplanır. Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) range değerini verir. Bu değerler ile;

$FS = \{1-(RS-1)/range\} \times 100$ formülü ile saptanır.

Semptom Skoru (Sk) Hesaplanırken;13 sorudan alınan toplam puan, toplam soru sayısına (13) bölünerek Raw skor (RS) hesaplanır. Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) range değerini verir. Bu değerler ile;

$SK = \{(RS-1)/range\} \times 100$ formülü ile hesaplanır.

Semptom ölçeğinde yorgunluk skoru (FAS) hesaplanırken hastanın 10,12 ve 18. sorulardan aldığı toplam puan, toplam soru sayısına 3'e bölünerek Raw skor

(RS) hesaplanır. Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) range değerini verir. Bu değerler ile;

$FAS = \{(RS-1)/range\} \times 100$ formülü ile hesaplanır.

Genel Sağlık Skoru (GSS) hesaplanırken; son iki sorudan alınan toplam puan, toplam soru sayısına (2) bölünerek Raw skor (RS) hesaplanır, bu iki sorudaki en yüksek puan (7) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (6) range değerini verir. Bu değerler ile;

$GSS = \{(RS-1)/range\} \times 100$ formülü ile hesaplanır.

Hastaların fonksiyonel ve genel sağlık skorlarından yüksek, semptom skorlarından düşük puan alması yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Tablo 10'da Yaşam kalitesi alt gruplarının soruları görülmektedir (265, 268, 253,287).

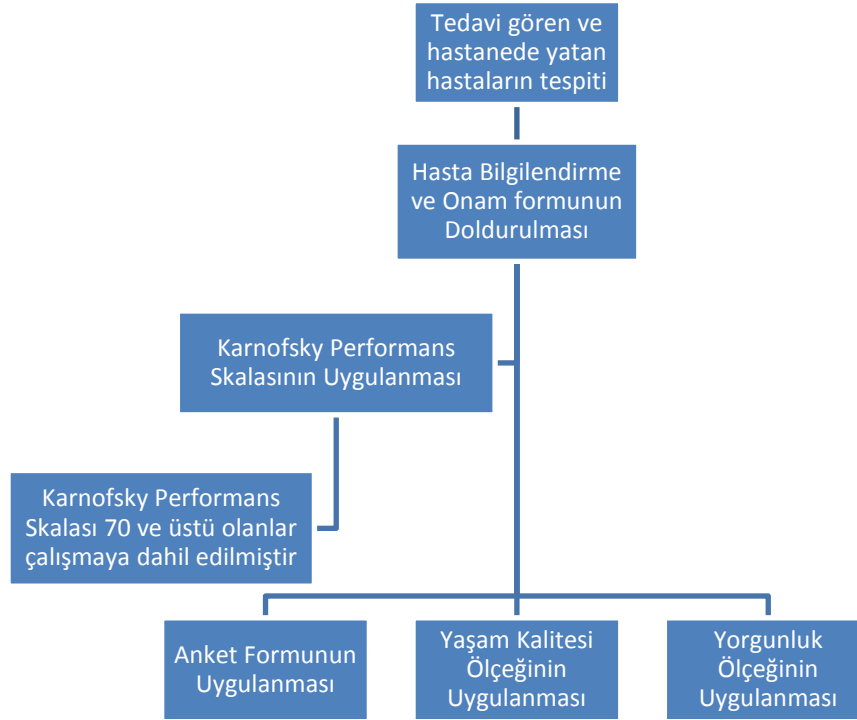
Tablo 10. Yaşam Kalitesi Alt Gruplar ve Soruları

Yaşam kalitesi alt başlıkları	Sorular
Genel İyilik Hali	29,30
Ekonomik güçlük	28
Fonksiyonel Güçlükler	
Fiziksel fonksiyonlar	1,2,3,4,5
Rol performansı	6,7
Emosyonel durum	21,22,23
Bilişsel durum	20,25
Sosyal durum	26,27
Semptom Kontrolü	
Yorgunluk	10,12,18
Bulantı, Kusma	4,15
Ağrı	9,19
Solunum güçlüğü	8
Uyuma güçlüğü	11
İştah kaybı	13
Kabızlık	16
İshal	17

3.6.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Anket formu ve ölçekler hastalara yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmış ve verilen tüm yanıtlar kayıt altına alınmıştır. Şekil 2'de Çalışmanın akış şeması verilmiştir.

Şekil 2. Çalışmanın Akış Şeması



3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde tanımlayıcı verilerde sayı yüzde dağılımları, karşılaştırılmalı verilerde bağımsız gruplarda t-testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi, Mann Whitney-U testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Etik Kurulundan yazılı izin alındı (EK 5). Araştırmanın uygulanabilmesi için Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin alındı (EK 6). Çalışmada kullanılan ölçek izinleri alındı (EK 7). Araştırma kapsamına alınan hastalara; araştırmanın amacı, uygulama yöntemi ve elde edilmesi planlanan sonuçlar hakkında gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra sözel ve yazılı onam alındı (EK 8).

3.9. Süre ve Olanaklar

Araştırma 2012 yılı içinde planlanmış olup, araştırma önerisi hazırlanarak Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne teklif edildi. 01 Ocak2012- 06 Haziran 2012 tarihleri arasında toplanan veriler, araştırmacı tarafından değerlendirilerek hazırlanan araştırma raporu, yüksek lisans tez çalışması olarak sunuldu.

Tablo 11. Araştırmanın Uygulama Takvimi

SÜRE	Aralık2012	Ocak 2012	Şubat2012	Mart 2012	Nisan 2012	Mayıs 2012	Haziran 2012	Haziran 2012	Temmuz 2012	Temmuz 2012
Araştırmanın Uygulanması İçin Hazırlık Aşaması	X									
Araştırma Verilerinin Toplanması		X	X	X	X	X	X			
Araştırma Verilerinin Analizi/Yorumlanması								X		
Araştırmanın Yazımı									X	
Araştırmanın Basımı										X

4.BULGULAR

4.1. Hastaların Sosyo-demografik Bulguları

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı tablo 12’da verilmiştir. Hastaların %43.3’ü kadın %56.7’si erkektir, %87.6’sı evli,%12.4’ü bekar olup yaş gruplarına göre incelendiğinde %19.7’si 25- 40 yaş, %30.5’i 41-56 yaş, %32.2’si 57-72 yaş, %17.6’sı 73 yaş ve üzerindedir ve hastaların yaş ortalaması 56,4±15,8’dir. Eğitim düzeylerine bakıldığında %23.2’si okur yazar değil, %38.6’sı ilköğretim, %25.3’ü lise, %12.9’u yükseköğrenim mezunudur. Ekonomik durumları için hastaların %11.6’sı gelir giderden fazla, %58.8’i gelir giderden az,%29.6’sının gelir durumu giderine eşit olarak yanıt vermiştir. Hastaların %5.2’si öğrenci, %16.3’ü memur, %12.4’ü serbest meslek, %41.6’sı emekli ve %24.5’ini ise diğer meslek grupları oluşturmakta ve hastaların %40.8’i ilde, %40.8’i ilçede, %18.4’ü köyde ikamet etmektedir. Hastaların %59.7’si karnofsky performans ölçeğinden 70 puan, %24.0’ı 80 puan, %14.2’si 90 puan ve %2.1’i 100puan almıştır.

Tablo 12. Hastalara İlişkin Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzdelerik (%)
Cinsiyet		
Kadın	101	43.3
Erkek	132	56.7
Medeni Durum		
Evli	204	87.6
Bekar	29	12.4
Yaş Grupları		
25-40 yaş	46	19.7
41-56 yaş	71	30.5
57-72 yaş	75	32.2
73 yaş ve üzeri	41	17.6
Yaş Ortalaması\bar{x}±SD	56,4±15,8	
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	54	23.2
İlköğretim mezunu	90	38.6
Lise mezunu	59	25.3
Yükseköğrenim mezunu	30	12.9
Sosyal Güvence		
Var	227	97.4
Yok	6	2.6
Meslek Grubu		
Öğrenci	12	5.2
Memur	38	16.3
Serbest	29	12.4
Emekli	97	41.6
Diğer	57	24.5
Yaşadığımız Yer		
İl	95	40.8
İlçe	95	40.8
Köy	43	18.4
Karnofsky Performans Puanı		
Skala 70	139	59.7
80	56	24.0
90	33	14.2
100	5	2.1
Toplam	233	100

4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulguları

Araştırma kapsamına alınan bireylerin hastalık özelliklerine göre dağılımı Tablo 13'de verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin %39,9'u (93) kolon kanseri,%38,6'sı (90) mide kanseri, %21,5'i özofagus kanseri tanısı almıştır. Hastaların tanı alma sürelerine bakıldığında; %50,2'sinin 4-12 ay, %30,9'unun 13-28 ay ve %18,9'unun 29 ay ve üzerinde olduğu görülmüştür. Hastaların %44,2'si tanısını biliyorken, %55,8'i bilmemektedir. Hastaların hastalık evrelerine bakıldığında; %1,7'si birinci evrede, %28,8'i ikinci evrede, %48,9'u üçüncü evrede ve %20,6'sının ise dördüncü evrede olduğu görülmüştür. Hastaların %15,9'unun kanser dışında başka bir kronik hastalığının olduğu saptanırken, %84,1'inin ise kanser dışında başka bir kronik hastalığının olmadığı belirlenmiştir.çalışma kapsamındaki hastaların %30,5'inin aile bireylerinde kanser tanısı olduğu, %69,5'inin ise ailesinde kanser tanısı olmadığı tespit edilmiştir. Ailesinde kanser tanısı olanların %26,2'sinin ise gastrointestinal sistem kanseri tanısı almış oldukları, %4,3'ünün ise diğer sistem kanserleri tanısı almış oldukları saptanmıştır. Günlük yaşam aktivite durumları incelendiğinde; hastaların %16,3'ünün günlük yaşam aktivitelerini bağımsız şekilde sürdürdükleri, %41,2'sinin ağırlı bir şekilde sürdürdükleri,%35,2'sinin bir kısım aktivitelerini sürdürdükleri ve %7,3'ünün ise günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olarak sürdürdükleri belirlenmiştir.

Tablo 13. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastalığın tanısı		
Mide kanseri	90	38.6
Kolon kanseri	93	39.9
Özofagus kanseri	50	21.5
Hastalığın Tanı Süresi		
4-12 ay	117	50.2
13-28 ay	72	30.9
29 ay ve üzeri	44	18.9
Tanısını Bilme Durumu		
Evet	103	44.2
Hayır	130	55.8
Hastalığın Evresi		
Evre 1	4	1.7
Evre 2	67	28.8
Evre 3	114	48.9
Evre 4	48	20.6
Başka Hastalık Varlığı		
Var	37	15.9
Yok	196	84.1
Aile Bireylerinde Kanser Varlığı		
Var	71	30.5
Yok	162	69.5
Aile Bireylerinde Görülen Kanser Çeşitleri		
GiS kanserleri	61	26.2
Diğer sistem kanserleri	10	4.3
Kanser yok	162	69.5
Günlük Yaşam Aktivitelerini Yerine Getirme Durumu		
Bağımsız	38	16.3
Ağrılı fakat bir kısım aktivite sürdürebilir	96	41.2
Bir kısım aktivite sürdürebilir	82	35.2
Bağımlı	17	7.3
Toplam	233	100

4.3. Hastaların Hastalık Tedavisine Yönelik Özelliklerine İlişkin Bulguları

Tablo 14’de araştırma kapsamına alınan bireylerin hastalıklarına ilişkin tedavilerine ait özellikler verilmiştir. Hastaların aldığı tedavi çeşitlerine bakıldığında; %38,6’sı (54) sadece cerrahi tedavi, %39,9’u (16) sadece radyoterapi, %21,5’i (75) cerrahi ve kemoterapi, %3,5’i (9) cerrahi ve radyoterapi, %11,2’si (26) kemoterapi ve radyoterapi, %22,7’si (53) ise cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi tedavisi aldığını belirtmiştir.

Çalışma kapsamına alınan bireylerden tedavi görenlerin %20,2’sinin (47) 1-14 gün, %23,2’sinin (54) 15-29 gün, %18,5’inin (43) 30 gün ve üzeri hastanede kaldıkları, %38,2’sinin (89) ise ayaktan tedavi gördükleri belirlenmiştir.

Tablo 14. Hastaların Hastalık Tedavisine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aldıkları Tedavi Çeşitleri		
Cerrahi	54	23.1
Radyoterapi	16	6.9
Cerrahi,Kemoterapi	75	32.2
Cerrahi,Kemoterapi,Radyoterapi,	53	22.7
Radyoterapi,Cerrahi	9	3.9
Kemoterapi, Radyoterapi	26	11.2
Tedavi Nedeniyle Hastanede Kalma Süreleri		
1-14 gün	47	20.2
15-29 gün	54	23.2
30 gün ve üzeri	43	18.5
Ayaktan tedavi görenler	89	38.2
Toplam	233	100.0

4.4. Hastaların Beden Kitle İndekslerine İlişkin Bulguları

Tablo 15’de hastaların beden kitle indeksine (BKİ) ilişkin özellikleri verilmiştir. Hastaların %11.6’sı zayıf, %54.9’u normal kilolu, %28.3’ü fazla kilolu, %5.2’si obez tespit edilmiş olup ileri derecede obezite rastlanmamıştır.

Tablo 15. Hastaların Beden Kitle İndekslerine İlişkin Dağılımları

BKİ İlişkin Özellikler	Sayı (n)	Yüzdeler (%)
Zayıf	27	11.6
Normal Kilolu	128	54.9
Kilolu	66	28.3
Obez	12	5.2
İleri Derecede Obez	0	0
Toplam	233	100

4.5. Hastalarda Yorgunluk İle İlgili Bulgular

Tablo 16’te çalışma kapsamına alınan bireylerin Piper Yorgunluk Ölçeği’ne göre yorgunluğa ilişkin özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin %76,8’inin (179) 1-12 ay arasında yorgunluğu hissettikleri belirlenmiştir. Hastaların %20,6’sı (48) hastalıktan, %62,7’si tedaviden, %16,7’si (39) anksiyeteden dolayı yorgunluğun oluştuğunu ifade etmiştir. Bireylerin %36,9’unun (85) dinlenmekle, %39,1’inin uyumakla, %16,3’ünün (38) sosyal destekle yorgunluklarını azalttıkları saptanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin yorgunluk dışında %27,5’i (64) bulantı-kusma, %26,2’si (61) iştahsızlık, %22,7’si (53) ağrı semptomları deneyimledikleri ve %5,2’sinin (12) ise başka semptomu olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 16. Hastalarda Piper Yorgunluk Ölçeğine Göre Yorgunluğa İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yorgunluğu Hissetme Süresi		
1-12 ay	179	76.8
12 ay ve üzeri	54	23.2
Yorgunluğa Sebep Olan Durumlar		
Hastalık	48	20.6
Tedavi	146	62.7
Anksiyete	39	16.7
Yorgunluğu Azaltmak İçin Yapılan Girişimler		
Dinlenme	85	36.5
Uyuma	91	39.1
Sosyal Destek	38	16.3
Diğer Uğraşlar	19	8.1
Yorgunluk Dışında Görülen Diğer Semptomlar		
Ağrı	53	22.7
İştahsızlık	61	26.2
Bulantı- kusma	64	27.5
Diğer semptomlar	43	18.4
Başka semptom yok	12	5.2
Toplam	233	100.0

Tablo 17’te hastaların Piper yorgunluk ölçeği puanı ve alt boyut puanları verilmiştir. Hastaların davranış/şiddet alt boyut puan ortalaması 6.2 ± 2.2 , duygulanım alt boyut puan ortalaması 6.3 ± 2.0 , bilişsel alt boyut puan ortalaması 6.1 ± 2.4 , duyusal alt boyut puan ortalaması 6.4 ± 2.2 ve total boyut puan ortalaması 6.2 ± 1.9 ’dur.

Tablo 17. Hastaların Yorgunluk Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

Piper Yorgunluk Ölçeği	X±SD
Davranış/Şiddet alt boyutu	6.2 ± 2.2
Duygulanım alt boyutu	6.3 ± 2.0
Bilişsel alt boyut	6.1 ± 2.4
Duyusal alt boyut	6.4 ± 2.2
Total boyut	6.2 ± 1.9

Tablo 18’de hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre Piper Yorgunluk Ölçeği puan ortalamaları incelenmiştir.

Hastaların yaş gruplarına göre yorgunluk düzeylerine bakıldığında; tüm alt boyutlarına ve total yorgunluk boyutuna ait ortalama puan en yüksek 73 yaş ve üstü yaş grubundaki hastalarda bulunmakla beraber, hastaların yaş gruplarına göre yorgunluk puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların eğitim durumuna göre yorgunluk düzeylerine bakıldığında; tüm alt boyutlara ve total yorgunluk boyutuna ait en düşük ortalama puanlar yüksek öğrenim mezunlarına aitken en yüksek puanların okur yazar olmayan gruba ait olduğu bulunmuştur. Yalnızca Piper Yorgunluk Ölçeği bilişsel alt boyut puan ortalamasında en yüksek puanın (6.4 ± 2.3) lise mezunlarına ait olduğu saptanmıştır. Eğitim durumuna göre yorgunluk puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların medeni durumlarına göre yorgunluk düzeylerine bakıldığında; hastaların ölçek alt boyutları, total ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Hastaların gelir durumlarına göre yorgunluk düzeylerine bakıldığında; tüm alt boyutlara ve total yorgunluk boyutuna ait en yüksek ortalama puanlar geliri yeterli olarak belirtilen gruba aitken en yüksek puanların gelirim yetersiz olarak belirten gruba ait olduğu bulunmuştur. Yalnızca hastaların gelir durumlarına göre Piper Yorgunluk

Ölçeği duyusal alt boyut, bilişsel alt boyut ve total piper boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Hastaların meslek gruplarına göre yorgunluk düzeylerine bakıldığında; tüm alt boyutlara ve total yorgunluk boyutuna ait en düşük ortalama puanların memurlara ait olduğu saptanırken, davranış/şiddet alt boyut, duygulanım alt boyut ve bilişsel/ruhsal alt boyut puan ortalaması serbest meslek grubunda en yüksek, duyusal alt boyut ve total piper boyut puan ortalaması diğer meslek grubunda en yüksek bulunmuştur. Meslek gruplarına göre duyusal alt boyut ve total piper boyutu için $p<0.05$ düzeyinde puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 18).

Hastaların Karnofsky Performans Skalasına göre Piper Yorgunluk Ölçeğinin alt boyutları ve total piper boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak çok anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,05$).

Hastaların yaşadıkları yere göre yorgunluk düzeylerine bakıldığında; davranış/şiddet alt boyut, duygulanım alt boyut ve total Piper boyut puan ortalaması en yüksek ilçede yaşayanlarda, en düşük ilde yaşayanlarda görülmüştür ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Piper Yorgunluk Ölçeğinin duyusal alt boyut ve bilişsel/ruhsal alt boyut puan ortalaması en yüksek köyde yaşayanlarda, en düşük ilde yaşayanlarda görülmüştür ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 18).

Tablo 18. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Yorgunluk Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Piper Yorgunluk Ölçeği									
	Davranış/ Şiddet Alt Boyutu		Duygulanım Alt Boyutu		Duyusal Alt Boyut		Bilişsel/ Ruhsal Alt Boyut		Total Piper Boyutu	
	$\bar{x} \pm SD$	P	$\bar{x} \pm SD$	P	$\bar{x} \pm SD$	P	$\bar{x} \pm SD$	P	$\bar{x} \pm SD$	P
Cinsiyet										
Kadın	5.9±2.1	0.153 ^t	6.1±2.1	0.192 ^t	6.4±2.1	0.615 ^t	5.8±2.3	0.184 ^t	6.0±1.9	0.186 ^t
Erkek	6.3±2.3		6.4±2.0		6.5±2.2		6.2±2.4		6.4±2.0	
Yaş										
25-40	5.3±2.6		5.4±2.5		5.5±2.5		5.6±2.5		5.4±2.4	
41-56	6.2±2.1	0.014 ^a	6.3±2.1	0.004 ^a	6.3±2.2	0.001 ^a	5.5±2.5	0.003 ^a	6.0±1.9	0.002 ^a
57-72	6.3±2.1		6.5±1.6		6.6±1.9		6.3±2.2		6.4±1.6	
73 ve üstü	6.8±2.0		6.8±1.8		7.4±1.8		7.1±2.1		7.0±1.6	
Eğitim Durumu										
Okur yazar değil	6.5±1.6		6.6±1.4		7.0±1.4		6.1±2.0		6.5±1.3	
İlköğretim	6.4±2.3	0.002 ^a	6.6±1.9	0.002 ^a	6.7±2.2	0.00 ^a	6.2±2.4	0.042 ^a	6.4±1.9	0.001 ^a
Lise	6.1±2.1		6.2±1.9		6.4±2.0		6.4±2.3		6.3±1.8	
Yüksek Öğrenim	4.7±2.8		5.0±3.0		4.8±2.8		4.9±2.8		4.8±2.8	
Medeni Durum										
Evli	6.2±2.2	0.193 ^m	6.3±2.0	0.494 ^m	6.5±2.1	0.063 ^m	6.1±2.4	0.246 ^m	6.3±2.0	0.218 ^m
Bekar	5.6±2.5		6.0 ±2.5		5.8 ±2.5		5.6 ±2.4		2.0 ±2.5	
Ekonomik Durum										
Geliri Yeterli	5.7±2.8		6.1±2.6		5.9±2.6		5.1±2.5		5.7±2.4	
Geliri Yetersiz	6.4±1.7	0.020 ^t	6.4±1.6	0.169 ^t	6.8±1.7	0.001 ^t	6.7±2.1	0.00 ^t	6.6±1.5	0.00 ^t

^t, t- test;^k, Kruskal Wallis testi;^m, Mann Whitney U testi;^a, Anova testi.

Tablo 18'nin devamı

Sosyo-Demografik Özellikler	Piper Yorgunluk Ölçeği									
	Davranış/ Şiddet Alt Boyutu		Duygulanım Alt Boyutu		Duyusal Alt Boyut		Bilişsel/ Ruhsal Alt Boyut		Total Piper Boyutu	
	$\bar{x} \pm SD$	P	$\bar{x} \pm SD$	P	$\bar{x} \pm SD$	P	$\bar{x} \pm SD$	P	$\bar{x} \pm SD$	P
Meslek grubu										
Öğrenci	5.5±2.1		5.9±1.8		6.4±1.7		5.8±1.8		5.9±1.4	
Memur	5.4±2.3		5.8±2.0		5.7±2.0		5.6±2.3		5.6±1.9	
Serbest	6.8±2.1	0.054 ^k	6.8±1.8	0.111 ^k	6.5±2.3	0.006 ^k	6.5±2.3	0.332 ^k	6.6±1.8	0.045 ^k
Emekli	6.1±2.1		6.2±2.0		6.4±2.1		6.0±2.4		6.1±1.9	
Diğer	6.5±2.3		6.7±2.4		7.0±2.2		6.4±2.5		6.6±2.2	
Karnofsky Performans Skalası										
70	6.6±2.1	0.001 ^k	6.7±2.0	0.002 ^k	7.1±1.9	0.00 ^k	7.6±2.0	0.00 ^k	6.9±1.8	0.00 ^k
80	5.9±1.5		5.9±1.3		5.8±1.7		4.7±1.8		5.6±1.2	
90	5.1±2.6		5.5±2.2		5.1±2.4		4.5±2.4		5.0±2.1	
100	3.0±3.9		3.8±4.1		4.4±4.1		4.4±3.6		3.9±3.7	
Yaşadığı yer										
İl	5.5±2.6		5.7±2.4		5.8±2.4		5.5±2.6		5.6± 2.2	
İlçe	6.7±1.7	0.002 ^a	6.7±1.6	0.002 ^a	6.8±1.7	0.001 ^a	6.3±2.0	0.012 ^a	6.6±1.4	0.001 ^a
Köy	6.3±2.1		6.5±1.9		7.0±2.1		6.7±2.3		6.6±1.9	

^t, t- test; ^k, Kruskal Wallis testi; ^m, Mann Whitney U testi; ^a, Anova testi.

Tablo 19’da hastaların, kanser tanıları, tanı alma zamanları, hastalıklarını bilme durumları, hastalık evresi, aile bireylerinde kanser varlığı, kanser dışında başka kronik hastalığının varlığı, tedavi uygulama yeri, hastanede kalış süresi, günlük yaşam aktivitelerini sürdürme durumu, sosyal destek sağlayan kişilerin var olma durumu ile Piper Yorgunluk Ölçeğinin alt boyutları olan davranış/şiddet, duygulanım, duygusal, bilişsel ve total ölçek puanı arasındaki ilişki düzeyine bakılmıştır.

Hastaların tanılarına göre yorgunluk düzeylerine bakıldığında; tüm alt boyutlara ve total yorgunluk boyutuna ait en düşük ortalama puanlar kolon kanseri olan gruba aitken en yüksek puanların özefagus kanseri olan gruba ait olduğu bulunmuştur. Hastaların tanılarına göre Piper Yorgunluk Ölçeğinin alt boyutları ve total Piper boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Hastaların tanı alma sürelerine göre yorgunluk düzeylerine bakıldığında; tüm alt boyutlara ve total yorgunluk boyutuna ait en düşük ortalama puanlar 4-12 ay olan gruba aitken en yüksek puanların 29 ay ve üstü olan gruba ait olduğu bulunmuştur. Yalnızca hastaların tanı sürelerine göre Piper Yorgunluk Ölçeği duygusal alt boyut, duygulanım alt boyut ve davranış/şiddet boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Hastaların tanılarını bilme durumuna göre yorgunluk düzeylerine bakıldığında; tüm alt boyutlara ve total yorgunluk boyutuna ait en düşük ortalama puanlar tanısını bilengruba aitken en yüksek puanların tanısını bilmeyen gruba ait olduğu bulunmuştur. Yalnızca hastaların tanı bilme durumlarına göre Piper Yorgunluk Ölçeğinin alt boyutları olan bilişsel alt boyut, davranış/şiddet alt boyut, duygulanım ve total piper boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Hastaların, hastalık evrelerine göre yorgunluk düzeylerine bakıldığında; tüm alt boyutlara ve total yorgunluk boyutuna ait en düşük ortalama puanlar evre 1 olangruba aitken en yüksek puanların evre 4 olan gruba ait olduğu bulunmuştur. Hastaların hastalık evrelerine göre Piper Yorgunluk Ölçeğinin alt boyutları ve total piper boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Hastaların başka kronik hastalığının olma durumuna göre yorgunluk düzeylerine bakıldığında; başka kronik hastalığının olma durumuna göre ölçeği alt boyutları ve total ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Hastalarda, sosyal destek sağlayan kişi varlığına göre yorgunluk düzeylerine bakıldığında; tüm alt boyutlara ve total yorgunluk boyutuna ait en düşük ortalama puanlar sosyal destek sağlayan kişinin var olduğu gruba aitken en yüksek puanların sosyal destek sağlayan kişinin olmadığı gruba ait olduğu bulunmuştur. Hastaların sosyal destek sağlayan kişi varlığına göre Piper Yorgunluk Ölçeğinin alt boyutları ve total piper boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak çok anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Hastalara tedavinin uygulanma yerine göre yorgunluk düzeylerine bakıldığında; tedavinin uygulanma yerine göre ölçekli alt boyutları ve total ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Hastaların hastanede kaldıkları süreye göre yorgunluk düzeylerine bakıldığında; duygulanım alt boyut, duygusal alt boyut ve total piper boyut puan ortalaması en yüksek 30 gün ve üstü olan grup iken, en düşük hastanede kalmayanlarda görülmüştür ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Piper Yorgunluk Ölçeğinin bilişsel/ruhsal alt boyut puan ortalaması en yüksek 30 gün ve üstü olan grupta iken, en düşük 1-14 gün hastanede kalan grupta görülmüştür ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme durumuna göre yorgunluk düzeylerine bakıldığında; tüm alt boyutlara ve total yorgunluk boyutuna ait en düşük ortalama puanlar bağımsız olan gruba aitken en yüksek puanların bağımlı olan gruba ait olduğu bulunmuştur. Hastaların yaşam aktivitelerini yerine getirme durumuna göre Piper Yorgunluk Ölçeğinin alt boyutları ve total Piper boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak çok anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Hastaların ailelerinde kanser tanısı olma durumuna göre yorgunluk düzeylerine bakıldığında; ailelerinde kanser tanısı olma durumuna göre ölçekli alt boyutları ve total ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Hastaların tedavi durumlarına göre yorgunluk düzeylerine bakıldığında; tüm alt boyutlara ve total yorgunluk boyutuna ait en düşük ortalama puanlar radyoterapi olan gruba aitken en yüksek puanlar radyoterapi, kemoterapi, cerrahi alan gruba ait olduğu bulunmuştur. Hastaların tedavi durumlarına göre göre Piper Yorgunluk Ölçeğinin alt boyutları ve total piper boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 19. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Yorgunluk Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler	Davranış/ Şiddet Alt Boyutu		Duygulanım Alt Boyutu		Piper Yorgunluk Ölçeği Duyusal Alt Boyut		Bilişsel/ Ruhsal Alt Boyut		Total Piper Boyutu	
	$\bar{x} \pm SD$	P	$\bar{x} \pm SD$	P	$\bar{x} \pm SD$	P	$\bar{x} \pm SD$	P	$\bar{x} \pm SD$	P
Tanısı										
Mide Kanseri	6.1±1.5		6.1±1.5		6.4±1.7		6.1±2.0		6.2±1.3	
Kolon Kanseri	5.7±2.8	0.002 ^a	6.0±2.6	0.012 ^a	5.9±2.6	0.00 ^a	5.1±2.5	0.00 ^a	5.6±2.4	0.00 ^a
Özofagus Kanseri	7.1±1.8		7.1±1.8		7.7±1.5		7.9±1.5		7.4±1.5	
Hastalık süresi										
4-12 ay	6.0±2.1		6.1±2.0		6.3±2.0		6.0±2.3		6.1±1.9	
13-28 ay	5.9±2.2	0.047 ^a	6.0±2.2	0.019 ^a	6.1±2.3	0.020 ^a	5.9±2.3	0.337 ^a	6.0±2.0	0.332 ^a
29 ay ve üstü	6.9±2.3		7.1±1.9		7.3±2.1		6.5±2.6		6.9±1.9	
Tanısını bilme durumu										
Biliyor	5.7±2.6	0.016 ^t	6.0±2.3	0.038 ^t	6.0±2.3	0.005 ^t	5.5±2.5	0.001 ^t	5.8±2.1	0.002 ^t
Bilmiyor	6.5±1.9		6.5±1.8		6.8±2.0		6.5±2.2		6.6±1.7	
Hastalık evresi										
Evre 1	4.5±3.3		4.7±3.3		4.3±3.3		4.5±3.3		2.8±3.3	
Evre 2	5.4±2.3	0.001 ^k	5.6±2.2	0.001 ^k	5.5±2.5	0.00 ^k	5.4±2.3	0.00 ^k	4.9±2.3	0.00 ^k
Evre 3	6.2±2.1		6.3±1.8		6.6±1.8		6.2±2.1		6.2±2.1	
Evre 4	7.1±2.1		7.3±1.7		6.4±1.7		7.1±2.1		7.5±2.1	
Başka Hastalık varlığı										
Var	6.1±2.2	0.490 ^t	6.2±2.2	0.429 ^t	6.5±2.2	0.680 ^t	6.1±2.4	0.843 ^t	6.2±2.0	0.817 ^t
Yok	6.4±2.1		6.5±1.9		6.3±1.9		6.0±2.3		6.3±1.7	
Tedavinin Uygulanma Yeri										
Hastanede yatarak	6.3±2.0	0.248 ^t	6.4±1.6	0.206 ^t	6.7±1.9	0.055 ^t	6.2±2.2	0.173 ^t	6.4±1.6	0.128 ^t
Ayaktan	5.9±2.6		6.0±2.6		6.0±2.6		5.8±2.6		5.9±2.4	

^t, t- test;^k, Kruskal Wallis testi;^a, Anova testi.

Tablo 19'nin devamı

Özellikler	Piper Yorgunluk Ölçeği									
	Davranış/ Şiddet Alt Boyutu		Duygulanım Alt Boyutu		Duyusal Alt Boyut		Bilişsel/ Ruhsal Alt Boyut		Total Piper Boyutu	
	$\bar{x} \pm SD$	P	$\bar{x} \pm SD$	P	$\bar{x} \pm SD$	P	$\bar{x} \pm SD$	P	$\bar{x} \pm SD$	P
Hastanede Kalış Süresi										
Kalmıyor	5.8 ± 2.5		5.9 ± 2.5		6.0 ± 2.5		5.7 ± 2.6		5.9 ± 2.3	
1-14 gün	6.0 ± 2.3	0.065 ^a	6.2 ± 1.6	0.031 ^a	6.1 ± 2.1	0.003 ^a	5.6 ± 2.1	0.00 ^a	6.0 ± 1.6	0.001 ^a
15-28 gün	6.2 ± 1.7		6.3 ± 1.3		6.7 ± 1.5		5.8 ± 2.2		6.2 ± 1.3	
29 gün ve üstü	7.0 ± 2.0		7.1 ± 2.0		7.4 ± 1.8		7.6 ± 1.8		7.3 ± 1.7	
GYO'ini Yerine Getirme durumu										
Bağımsız	4.2±2.7		4.8±2.7		4.3±2.3		4.2±2.3		4.3±2.4	
Ağrılı aktivite sürdürebilir	6.1±1.6	0.00 ^a	6.0±1.7	0.00 ^a	6.3±2.1	0.00 ^a	5.7±2.1	0.00 ^a	6.0±1.5	0.00 ^a
Bir kısım aktivite sürdürebilir	6.7±2.1		6.9±1.6		7.1±2.1		6.8±2.1		6.9±1.5	
Bağımlı	8.0±1.8		7.9±1.8		8.7±1.1		8.7±1.1		8.3±1.3	
Aile Bireylerinde Kanser Tanısı Alma durumu										
Var	6.2±2.1	0.752 ^t	6.2±2.0	0.669 ^t	6.5±2.2	0.732 ^t	6.2±2.4	0.319 ^t	6.3±1.9	0.687 ^t
Yok	6.1±2.5		6.4±2.1		6.4±2.2		5.8±2.4		6.1±2.0	
Hastalara uygulanan tedavi çeşitleri										
Cerrahi	6.2±1.9		6.3±1.7		6.3±1.8		5.1±1.9		5.9±1.6	
RT	4.3±3.0	0.012 ^k	4.4±3.0	0.023 ^k	3.6±3.0	0.00 ^k	3.9±2.8	0.00 ^k	4.1±2.7	0.00 ^k
Cerrahi+KT	6.1±2.0		6.4±1.7		6.5±1.9		6.0±2.3		6.2±1.6	
Cerrahi+KT+ RT	6.9±2.2		6.9±2.0		7.4±1.9		7.5±2.0		7.2±1.8	
Cerrahi +RT	5.3±0.8		5.7±1.0		5.5±1.0		5.3±1.0		5.4±0.6	
RT+KT	6.0±2.5		6.1±2.6		6.7±2.4		6.8±2.5		6.4±2.4	

^t, t- test; ^a, Anova testi; ^k, Kruskal Wallis testi. GYO, Günlük Yaşam Aktiviteleri; RT, Radyoterapi; KT, Kemoterapi.

Tablo 20’de hastaların Beden Kitle İndeksleri (BKİ)’ne göre yorgunluk ölçeği puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Tüm alt boyutlara ve total yorgunluk boyutuna ait en düşük ortalama puanlar obez hastalarda, en yüksek puanlar ise zayıf hastalarda görülmesine rağmen hastaların BKİ’leri ile davranış/şiddet alt boyut, duygulanım alt boyut, bilişsel/ruhsal alt boyut ve total piper boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Sadece hastaların BKİ’lerine göre duyusal alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 20. Hastaların Beden Kitle İndeksleri (BKİ)’ne göre Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

		Piper Yorgunluk Ölçeği				
Özellikler		Davranış/	Duygulanım	Duyusal Alt	Bilişsel/	Total Piper
		Şiddet Alt	Alt Boyutu	Boyut	Ruhsal Alt	Boyutu
		Boyutu			Boyut	
BKİ	N	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Zayıf	27	6.5±2.9	6.6±2.8	6.9±2.8	6.4±2.8	6.6±1.7
Normal kilolu	128	6.2±2.0	6.4±1.8	6.7±1.8	6.3±2.3	6.4±1.7
Fazla kilolu	66	6.1±2.3	6.0±2.2	6.1±2.2	5.8±2.4	6.0±2.0
Obez	12	5.4±1.7	5.6±1.8	4.2±2.2	4.5±1.5	4.9±1.6
	F*	0.713	1.097	2.446	5.840	2.567
	P	0.545	0.351	0.001	0.065	0.555

*One Way ANOVA test.

Tablo 21’de hastaların Karnofsky Performans Skala puanlarına (KPS) göre yorgunluk ölçeği puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Tüm alt boyutlara ve total yorgunluk boyutuna ait en düşük ortalama puanlar 100 puan alan grupta, en yüksek puanlar ise 70 puan alan grup olmakla birlikte, hastaların KPS puanları ile davranış/şiddet alt boyut, duygulanım alt boyut, duygusal alt boyut, bilişsel/ruhsal alt boyut ve total piper boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 21. Hastaların Karnofsky Performans Skala Puanlarına (KPS) göre Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Piper Yorgunluk Ölçeği						
Özellikler	N	Davranış/	Duygulanım	Duyusal Alt	Bilişsel/	Total Piper
		Şiddet Alt	Alt Boyutu	Boyut	Ruhsal Alt	Boyutu
KPS		Boyutu			Boyut	
		$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
70	124	6.7±2.0	6.8±2.0	7.2±1.9	7.2±1.9	7.0±1.7
80	70	6.0±1.8	6.0±1.6	6.0±1.8	4.9±2.0	5.7±1.5
90	34	5.1±2.6	5.4±2.2	5.0±2.4	4.4±2.4	4.9±2.1
100	5	3.9±3.0	4.1±3.8	4.4±4.1	4.4±3.6	3.9±3.7
	F*	9.338	7.571	13.577	27.579	17.316
	P	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

*One Way ANOVA test.

4.6. Hastalarda Yaşam Kalitesi ile İlgili Bulgular

Tablo 22’de hastaların yaşam kalite puanlarının ortalamaları verilmiştir. Toplam hasta sayısı 233’dür. Yaşam Kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında genel sağlık skoru $49,2\pm 23.5$, fiziksel sağlık skoru $38,1\pm 21.5$, rol performansı $42,0\pm 27.8$, rol performansı $42,0\pm 27.8$, emosyonel durum $43,9\pm 33.4$, bilişsel durum $43,0\pm 30.4$, sosyal durum $41,3\pm 31.5$, yorgunluk 58.1 ± 25.3 , bulantı- kusma 49.7 ± 34.4 , ağrı $58,0\pm 26.4$, solunum güçlüğü $55,5\pm 30.9$, uyuma güçlüğü $59,7\pm 28.7$, İştah kaybı 56.7 ± 32.9 , konstipasyon $44,3\pm 37.4$, diyare $49,2\pm 36.1$ sonuçları elde edilmiştir. Semptom skorları ve fonksiyonel güçlüklerden elde edilen minimum puan 0 iken maksimum puan 100 olduğu, fiziksel sağlık skorundan aldıkları minimum puan 6.67, maksimum puan 86. 6 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 22. Hastaların Yaşam Kalite Puanlarının Ortalamaları

Yaşam Kalitesi Alt Gruplar	N %	Minimum	Maksimum	X±SD
Genel İyilik Hali	233 100	.00	100.00	49,2±23.5
Ekonomik Güçlük	233 100	.00	100.00	63.2±31.5
Fonksiyonel Güçlükler				
Fiziksel Fonksiyon	233 100	6.67	86.67	38.1±21.5
Rol Performansı	233 100	.00	100.00	42.0±27.8
Emosyonel Durum	233 100	.00	100.00	43.9± 33.4
Bilişsel Durum	233 100	00	100.00	43.0±30.4
Sosyal Durum	233 100	.00	100.00	41.3±31.5
Semptomlar				
Yorgunluk	233 100	.00	100.00	58.1±25.3
Bulantı, Kusma	233 100	.00	100.00	49.7±34.4
Ağrı	233 100	.00	100.00	58,0±26.4
Solunum Güçlüğü	233 100	.00	100.00	55.5±30.9
Uyuma Güçlüğü	233 100	00	100.00	59.7±28.7
İştah Kaybı	233 100	.00	100.00	56.7±32.9
Konstipasyon	233 100	.00	100.00	44.3±37.4
Diyare	233 100	.00	100.00	49.2±36.1

Tablo 23’de çalışma kapsamına alınan bireylerin yaşam kalite puanlarının cinsiyete göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin Genel sağlık skoru ve semptom skorları ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Cinsiyete göre emosyonel durum puan ortalaması incelendiğinde kadınlarda 49.7 ± 31.7 , erkeklerde 37.7 ± 38.5 olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bilişsel durum puan ortalaması incelendiğinde kadınlarda 48.1 ± 28.2 , erkeklerde 39.1 ± 31.5 olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Sosyal durum puan ortalaması incelendiğinde kadınlarda 45.8 ± 30.5 , erkeklerde 37.8 ± 31.9 olarak belirlenmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 23. Hastaların Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Yaşam Kalitesi Alt Gruplar	Kadın	Erkek	P
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	
Genel İyilik Hali	47.9±23.2	50.25±23.7	0.457
Ekonomik Güçlük	61.7±31.4	64.3±31.6	0.522
Fonksiyonel Durum			
Fiziksel Fonksiyonlar	39.7±21.4	36.8±21.4	0.312
Rol Performansı	43.5±27.4	35.7±67.6	0.274
Emosyonel Durum	49.7±31.7	37.7 ±38.5	0.012
Bilişsel Durum	48.1±28.2	39.1±31.5	0.024
Sosyal Durum	45.8 ±30.5	37.8 ±31.9	0.075
Semptom Skorları			
Yorgunluk	56.1±24.0	59.6±26.2	0.286
Bulantı, Kusma	48.8±33.2	50.3±35.4	0.737
Ağrı	55.9±25.1	59.7±27.3	0.280
Solunum Güçlüğü	43.5±27.4	43.5±27.4	0.588
Uyuma Güçlüğü	56.7±30.1	54.5±31.7	0.737
İştah Kaybı	54.7±31.4	58.3±34.0	0.416
Konstipasyon	40.5±37.0	47.2±37.7	0.182
Diyare	45.8±36.1	51.7±35.9	0.218

*Independent t testi

Tablo 24’de hastaların yaşam kalite puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı verilmiştir. Hastaların genel sağlık skorları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların rol performansı puanları 25- 40 yaş aralığında olanlarda (53.2 ± 27.3) en yüksek, 73 yaş ve üstü olanlarda (11.3 ± 18.2) ise en düşük bulunmuştur ve hastaların yaş gruplarına göre yaşam kalitesi rol performansı alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p<0.05$), farklılığın 25-40 yaş grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastaların yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyut puanları 25-40 yaş grubunda (47.8 ± 20.6) en yüksek, 73 yaş ve üstü olanlarda (28.1 ± 19) ise en düşük bulunmuştur ve hastaların yaş gruplarına göre yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p<0.05$), farklılığın 73 yaş ve üzeri grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Yaş gruplarına göre yorgunluk, ağrı, solunum güçlüğü, uyuma güçlüğü ve diyare puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği ($p<0.05$) ve puan ortalamalarının 73 yaş ve üzeri yaş grubunda daha yüksek olduğu, bulantı-kusma, iştah kaybı, konstipasyon ve ekonomik güçlük puan ortalamalarının yaşa göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 24. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Yaşam Kalitesi Alt Boyutları	25-40 yaş	41-56yaş	57-72 yaş	73 yaşve↑	P
	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	
Genel İyilik Hali	52.3±23.6	53.0±23.5	47.4±21.0	42.4±26.2	0.089
Ekonomik Güçlük	58.6±35.2	60.5±29.9	64.4±28.1	70.7±35.1	0.274
Fonksiyonel Durum					
Fiziksel Fonsiyon	47.8±20.6	41.0±21.6	34.8±20.4	28.1±19.0	0.00
Rol Performansı	53.2±27.3	46.2±25.8	38.8±27.8	11.3±18.2	0.001
Emosyonel Durum	38.1±42.1	51.0±34.7	41.9±32.5	36.0±36.1	0.115
BilişselDurum	45.6±27.7	49.5±30.4	40.2±30.8	34.1±30.7	0.052
Sosyal Durum	42.0±30.9	47.6±31.5	38.4±30.2	34.9±33.5	0.159
Semptomlar					
Yorgunluk	53.3±27.2	51.0±22.5	61.9±25.0	68.8±23.8	0.001
Bulantı, Kusma	46.3±30.0	42.7±34.0	54.0±36.4	57.7±34.5	0.080
Ağrı	51.0±26.6	51.6±25.3	61.5±25.8	70.7±23.7	0.00
Solunum Güçlüğü	44.9±27.4	50.2±30.2	58.6±31.4	70.7±29.0	0.00
Uyuma Güçlüğü	55.0±28.3	51.6±28.0	62.6±28.9	73.9±24.1	0.00
İştah Kaybı	50.0±29.6	53.5±30.0	59.5±35.2	65.0±35.7	0.00
Konstipasyon	42.0±29.3	36.1±35.9	50.6±40.4	49.5±40.9	0.124
Diyare	44.2±30.6	42.2±37.7	51.1±36.4	63.4±34.8	0.089

*One Way ANOVA test.

Tablo 25’de hastaların yaşam kalite puanlarının medeni durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Hastaların medeni durumuna göre genel sağlık skorları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların rol performansı puanları evli olanlarda 40.3 ± 27.6 , bekar olanlarda 30.4 ± 13.6 bulunmuştur ve medeni durum ile yaşam kalitesi rol performansı alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyut puanları evli olanlarda 36.5 ± 21.0 , bekar olanlarda 48.7 ± 22.0 bulunmuştur ve medeni duruma göre yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Medeni durumlarına göre solunum güçlüğü puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği ($p<0.05$) ve puan ortalamalarının evli olan grupta daha yüksek olduğu, yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, solunum güçlüğü, uyuma güçlüğü, iştah kaybı, konstipasyon, diyare puan ortalamalarının medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 25. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Yaşam Kalitesi Boyutları	Alt	Evli	Bekar	P
		X ± SD	X ± SD	
Genel İyilik Hali		48.5±23.3	54.0 ±24.7	0.304
Ekonomik Güçlük		64.7±30.6	52.8±36.2	0.085
Fonksiyonel Durum				
Fiziksel Fonksiyonlar		36.5±21.0	48.7±22.0	0.006
Rol Performansı		40.3 ±27.6	30.4±13.6	0.020
Emosyonel Durum		43.1 ±36.7	41.6±31.1	0.584
Bilişsel Durum		42.6 ±30.7	45.9±28.7	0.577
Sosyal Durum		40.3 ±31.2	48.2±32.8	0.214
Semptomlar				
Yorgunluk		58.7±25.3	53.6±25.0	0.320
Bulantı, Kusma		50.4±34.5	44.8 ±33.9	0.399
Ağrı		59.1±26.1	50.5 ±27.2	0.110
Solunum Güçlüğü		57.0 ±30.6	44.8 ±31.2	0.034
Uyuma Güçlüğü		60.2±28.2	56.3 ±32.2	0.452
İştah Kaybı		56.8 ±32.9	56.3 ±33.4	0.888
Konstipasyon		43.6 ±38.4	49.4 ±30.3	0.352
Diyare		49.6 ±36.4	45.9 ±33.8	0.609

*Mann Whitney U testi

Tablo 26'da hastaların yaşam kalite puanlarının eğitim durumlarına göre dağılımı verilmiştir Hastaların eğitim durumlarına göre genel sağlık skorları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyut puanları okur yazar olmayan grupta (36.1 ± 21.4) en düşük, yüksek öğrenim tahsili görmüş grupta (49.3 ± 22.5) ise en yüksek bulunmuştur ve eğitim durumuna göre yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi ekonomik güçlük alt boyut puanları lise mezunu olan grupta (67.6 ± 30.3) en yüksek, yüksek öğrenim tahsili görmüş grupta (48.8 ± 37.8) ise en düşük bulunmuştur ve öğrenim durumuna göre yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların, solunum güçlüğü, yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, uyuma güçlüğü, iştah kaybı, konstipasyon, diyare puan ortalamalarının eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 26. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Yaşam Kalitesi Alt Boyutları	Okur yazar değil	İlköğretim	Lise	Yüksek öğrenim ve üstü	P
	X ± SD	X±SD	X±SD	X ± SP	
Genel İyilik Hali	47.6±24.3	48.4± 22.3	48.0± 22.9	47.8±20.6	0.294
Ekonomik Güçlük	66.6±29.6	62.9±30.1	67.6±30.3	48.8±37.8	0.043
Fonksiyonel Durum					
Fiziksel Fonsiyon	36.1±21.4	35.4±21.4	38.1±20.1	49.3±22.5	0.018
Rol Performansı	38.5±28.1	39.8±27.2	42.0±26.5	32.2±13.4	0.878
Emosyonel Durum	48.6±35.6	44.2±33.9	37.4±31.0	39.3±50.0	0.376
Bilişsel Durum	44.7±32.6	43.3±30.9	38.1±28.2	48.8±29.0	0.423
Sosyal Durum	43.8±32.4	41.1±30.8	36.1±30.1	47.7±34.3	0.366
Semptomlar					
Yorgunluk	57.2±25.9	59.8±25.5	60.4±23.6	50.0±26.2	0.252
Bulantı, Kusma	45.9±36.6	49.8±36.7	57.9±29.5	40.0±29.8	0.095
Ağrı	59.2±26.4	59.6±26.6	60.1±25.1	47.2±26.6	0.118
Solunum Güçlüğü	59.8±29.9	55.1±32.8	57.6±29.5	44.4±28.1	0.158
Uyuma Güçlüğü	62.3±28.9	60.3±29.5	61.5±26.8	49.9±28.7	0.243
İştah Kaybı	51.2±35.2	58.8±34.2	63.2±28.1	47.7±31.1	0.091
Konstipasyon	40.7±40.2	42.9±38.1	52.5±35.6	38.8±32.8	0.254
Diyare	51.2±39.7	49.2±36.1	49.7±35.2	44.4±31.9	0.874

*One Way ANOVA test.

Tablo 27’de hastaların yaşam kalite puanlarının yaşadığı yere göre dağılımı verilmiştir. Hastaların genel sağlık skorları ile yaşadıkları yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyut puanları köyde ikamet edenlerde (32.7 ± 22.2) en düşük, ilde ikamet edenlerde (45.2 ± 22.6) ise en yüksek bulunmuştur ve hastaların yaşadıkları yere göre yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p<0.05$), farklılığın köyde yaşayan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Yaşadıkları yere göre, ağrı, solunum gücüğü, uyuma gücüğü puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği ($p<0.05$) ve puan ortalamalarının köyde yaşayan grupta daha yüksek olduğu, yorgunluk, bulantı-kusma, uyuma gücüğü, iştah kaybı, konstipasyon ve ekonomik güçlük puan ortalamalarının yaşadıkları yere göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 27. Hastaların Yaşadıkları Yere Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Yaşam Kalitesi Alt Gruplar	İl	İlçe	Köy	P
	X±SD	X ± SD	X±SD	
Genel İyilik Hali	53.5±23.5	45.5±21.1	47.8±26.9	0.055
Ekonomik Güçlük	57.1±32.4	67.3±28.7	67.4±33.7	0.052
Fonksiyonel Durum				
Rol Performansı	40.7±79.2	39.2±24.9	35.2±26.5	0.862
Fiziksel Fonksiyonlar	45.2±22.6	36.0±19.2	32.7±22.2	0.021
Emosyonel Durum	48.2±31.9	39.7±40.1	38.1±34.9	0.169
Bilişsel Durum	47.7±29.1	40.8±30.4	37.5±33.3	0.129
Sosyal Durum	43.8±31.0	40.8±31.3	36.8±33.0	0.472
Semptomlar				
Yorgunluk	53.5±25.6	60.2±24.7	63.5±24.5	0.056
Bulantı, Kusma	44.5±30.4	53.5±36.7	52.7±37.0	0.165
Ağrı	51.4±25.5	62.2±25.7	63.5±27.0	0.005
Solunum Güçlüğü	47.3 ±30.9	60.7±28.7	62.0±32.1	0.003
Uyuma Güçlüğü	55.7±29.7	55.7±29.7	61.4±28.0	0.164
İştah Kaybı	54.7 ±31.4	58.5±32.8	57.3±36.6	0.718
Konstipasyon	40.3 ±33.6	44.9±38.8	51.9±41.9	0.240
Diyare	44.5 ±33.5	48.0±37.5	62.0±36.0	0.228

*One Way ANOVA

Tablo 28’de hastaların yaşam kalite puanlarının gelir durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Hastaların yaşam kalitesi genel iyilik alt boyut puanları geliri yetersiz olan grubunun (33.4±19.4) en düşük, geliri yeterli olan grubun (53.5±26.3) ise en yüksek bulunmuştur ve hastaların gelir durumlarına göre yaşam kalitesi genel iyilik hali alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05).

Hastaların yaşam kalitesi fiziksel fonksiyonlar alt boyut puanları geliri yetersiz olan grubunun (46.2±20.8) en düşük, geliri yeterli olan grubun (44.7±22.6) ise en yüksek bulunmuştur ve hastaların gelir durumlarına göre yaşam kalitesi fiziksel fonksiyonlar alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05).

Hastaların yaşam kalitesi rol performansı alt boyut puanları geliri yetersiz olan grubunun (36.6±25.8) en düşük, geliri yeterli olan grubun (44.7±22.6) ise en yüksek bulunmuştur ve hastaların gelir durumlarına göre yaşam kalitesi rol performansı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05).

Hastaların yaşam kalitesi emosyonel durum alt boyut puanları geliri yetersiz olan grubunun (35.5±31.3) en düşük, geliri yeterli olan grubun (55.9±32.8) ise en yüksek bulunmuştur ve hastaların gelir durumlarına göre yaşam kalitesi emosyonel durum alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05).

Hastaların yaşam kalitesi bilişsel durum alt boyut puanları geliri yetersiz olan grubunun (35.8±27.9) en düşük, geliri yeterli olan grubun (53.2±31.0) ise en yüksek bulunmuştur ve hastaların gelir durumlarına göre yaşam kalitesi bilişsel durum alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05).

Hastaların yaşam kalitesi sosyal durum alt boyut puanları geliri yetersiz olan grubunun (33.5±29.1) en düşük, geliri yeterli olan grubun (52.4±31.6) ise en yüksek bulunmuştur ve hastaların gelir durumlarına göre yaşam kalitesi bilişsel sosyal durum alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05).

Semptomlara bakıldığında ise; iştah kaybı, uyuma güçlüğü, konstipasyon, bulantı-kusma, yorgunluk, ağrı, ekonomik güçlük ve diyare puan ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 28. Hastaların Gelir Durumları ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Yaşam Kalitesi Alt Gruplar	Geliri Yeterli	Geliri Yetersiz	P
	X ±SD	X ±SD	
Genel İyilik Hali	53.5±26.3	46.2±20.8	0.019
Ekonomik Güçlük	53.4±34.3	70.0±27.5	0.00
Fonksiyonel Güçlükler			
Fiziksel Fonksiyonlar	44.7±22.6	33.4±19.4	0.00
Rol Performansı	49.7±28.8	36.6±25.8	0.00
Emosyonel Durum	55.9±32.8	35.5±31.3	0.00
Bilişsel Durum	53.2.±31.0	35.8±27.9	0.00
Sosyal Durum	52.4±31.6	33.5±29.1	0.00
Semptomlar			
Yorgunluk	51.5.±26.7	62.7±23.2	0.001
Bulantı, Kusma	31.4.±29.8	62.5±31.6	0.00
Ağrı	51.5.±28.2	62.6±24.1	0.001
Solunum Güçlüğü	46.8±31.5	61.5±29.1	0.00
Uyuma Güçlüğü	68.1±28.8	58.1±27.7	0.028
İştah Kaybı	45.1±33.8	64.9±29.7	0.00
Konstipasyon	34.7±36.4	51.0±36.8	0.001
Diyare	47.2±36.4	50.6±35.9	0.482

Tablo 29’de hastaların yaşam kalite puanlarının hastalık süresine göre dağılımı verilmiştir. Hastaların genel sağlık skorları ile hastalık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyut 13-28 ay olan grubun (38.7 ± 21.1) en yüksek, 29 ay ve üstü olan grupta (36.3 ± 24.4) ise en düşük bulunmuştur ve hastaların hastalık süresine göre yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p<0.05$), farklılığın 29 ay ve üzeri olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastalık süresine göre, solunum güçlüğü, uyuma güçlüğü puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği ($p<0.05$) ve puan ortalamalarının 29 ay ve üzeri olan grupta daha yüksek olduğu, yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, iştah kaybı, konstipasyon, diyare, ve ekonomik güçlük puan ortalamalarının hastalık süresine göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 29. Hastaların Hastalık Süresi ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Yaşam Kalitesi Alt Gruplar	4-12 ay X±SD	13-29 ay X ± SD	28 ay ve üstü X±SD	P
Genel İyilik Hali	51.5±22.4	49.4±23.5	42.8±25.5	0.108
Ekonomik Güçlük	59.8±32.6	62.9±29.8	72.7±29.8	0.068
Fonksiyonel Durum				
Rol Performansı	45.0±26.5	40.9±28.2	20.4±11.0	0.158
Fiziksel Fonksiyonlar	38.3±20.6	38.7±21.1	36.3±24.4	0.035
Emosyonel Durum	45.0±37.5	45.0±33.7	33.7±35.4	0.076
Bilişsel Durum	46.1±28.9	43.5±30.8	34.0±32.5	0.080
Sosyal Durum	44.3±31.8	41.4±39.3	33.3±31.7	0.144
Semptomlar				
Yorgunluk	55.5±23.6	59.1±24.4	63.3±30.1	0.201
Bulantı, Kusma	45.5±34.6	52.5±32.0	56.0±37.0	0.161
Ağrı	54.4±24.3	59.9±25.4	64.7±31.7	0.065
Solunum Güçlüğü	49.8± 29.2	61.1±30.1	61.3±34.4	0.019
Uyuma Güçlüğü	55.5±27.6	62.0±27.0	67.4±32.5	0.047
İştah Kaybı	53.8±33.5	58.3±29.9	62.1±35.6	0.327
Konstipasyon	39.3±35.7	44.9±36.3	56.8±41.6	0.030
Diyare	46.1±34.6	47.6±36.1	59.8±38.4	0.091

*One Way ANOVA test.

Tablo 30’da hastaların yaşam kalite puanlarının hastalık evresine göre dağılımı verilmiştir. Hastaların yaşam kalitesi genel iyilik alt boyut puanları evre 4’de (39.0±23.6) en düşük, evre 1’de (62.5±20.9) ise en yüksek bulunmuştur ve hastaların hastalık evrelerine göre yaşam kalitesi genel iyilik hali alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p<0.05$), farklılığın evre 4 grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastaların yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyut puanları evre 4’de (30.6±20.0) en düşük, evre 1’de (60.0±10.0) ise en yüksek bulunmuştur ve hastaların hastalık evrelerine göre yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p<0.05$), farklılığın evre 4 grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastaların yaşam kalitesi rol performansı alt boyut puanları evre 4’de (15.2±3.7) en düşük, evre 1’de (66.6±10.0) ise en yüksek bulunmuştur ve hastaların hastalık evrelerine göre yaşam kalitesi rol performans alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p<0.05$), farklılığın evre 4 grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastaların yaşam kalitesi emosyonel durum alt boyut puanları evre 4’de (24.7±28.8) en düşük, evre 1’de (88.3±15.7) ise en yüksek bulunmuştur ve hastaların hastalık evrelerine göre yaşam kalitesi emosyonel durum alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p<0.05$), farklılığın evre 4 grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastaların yaşam kalitesi bilişsel durum alt boyut puanları evre 4’de (25.3±26.8) en düşük, evre 1’de (75.0±21.5) ise en yüksek bulunmuştur ve hastaların hastalık evrelerine göre yaşam kalitesi bilişsel durum alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p<0.05$), farklılığın evre 4 grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastaların yaşam kalitesi sosyal durum alt boyut puanları evre 4’de (41.3±31.5) en düşük, evre 1’de (87.5±15.9) ise en yüksek bulunmuştur ve hastaların hastalık evrelerine göre yaşam kalitesi sosyal durum alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p<0.05$), farklılığın evre 4 grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastalık evresine göre, yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, solunum güçlüğü, uyuma güçlüğü, iştah kaybı, konstipasyon, diyare puan ortalamalarının istatistiksel olarak

anlamli bir fark gsterdigi (p<0.05) ve puan ortalamalarinin evre 4 olan grupta daha yuksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 30. Hastaların Hastalık Evresi ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Yaşam Kalitesi Alt Boyutları	Evre 1	Evre 2	Evre 3	Evre 4	
	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	P
Genel İyilik Hali	62.5±20.9	54.4±24.5	49.9±21.6	39.0±23.6	0.005
Ekonomik Güçlük	25.0±31.9	53.7±35.7	75.0±29.5	63.2±31.5	0.00
Fonksiyonel Durum					
FizikselFonksiyonlar	60.0±10.0	45.4±22.5	36.1±20.2	30.6±20.0	0.00
Rol Performansı	66.6±10.0	53.4±26.1	39.7± 27.2	15.2±3.7	0.00
Emosyonel Durum	88.3±15.	57.6±32.3	40.3±36.7	24.7±28. 8	0.00
Bilişsel Durum	75.0±21.5	56.4± 28.7	41.5±28.8	25.3±26.8	0.00
Sosyal Durum	87.5±15.9	52.4±32.3	39.3±28.4	41.3±31.5	0.00
Semptomlar					
Yorgunluk	41.6±16.6	47.2±23.1	58.3±23.5	74.0± 24.7	0.00
Bulantı, Kusma	33.3±27.2	36.0± 33.4	50.4±33.0	68.4±31.1	0.00
Ağn	54.1±31.5	45.0±24.9	59.0±23.6	74.3±252	0.00
Solunum Güçlüğü	58.3±31.9	41.7± 22.5	58.4 ±30.5	67.3±28.7	0.00
Uyuma Güçlüğü	33.3±27.2	47.7±25.4	60.8±27.7	76.3±26.5	0.00
İştah Kaybı	50.0±19.2	46.2±32.2	54.9±32.8	76.3±26.5	0.00
Konstipasyon	39.3±35.7	33.3±32.3	43.2±36.5	65.9±37.9	0.00
Diyare	50.0±43.0	39.3±34.7	48.5±33.8	64.5±38.5	0.00

*Kruskal Wallis test

Tablo 31’de hastaların yaşam kalite puanlarının tedavinin uygulanma yerine göre dağılımı verilmiştir.

Hastaların yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyut hastanede yatarak tedavi olan grubun (34.6±19.7) en düşük, ayaktan tedavi olan grubun (44.1±23.2) ise en yüksek olduğu bulunmuştur ve tedavinin uygulanma yerine göre yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi rol performans alt boyutu hastanede yatarak tedavi olan grubun (34.3±63.4)en düşük, ayaktan tedavi olan grubun (47.6±29.8) ise en yüksek olduğu bulunmuştur ve tedavinin uygulanma yerine göre yaşam kalitesi rol performans alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Tedavinin uygulama yerine göre, bulantı-kusma, ağrı, uyuma güçlüğü puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği ($p<0.05$) ve puan ortalamalarının hastanede yatarak tedavi alan grupta daha yüksek olduğu, yorgunluk, solunum güçlüğü, iştah kaybı, konstipasyon, diyare, ve ekonomik güçlük puan ortalamalarının hastalık süresine göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 31. Hastaların Tedavisinin Uygulanma Yeri ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Yaşam Kalitesi Boyutları	Alt	Hastanede	Ayaktan	P
		Yatarak		
		X ±SD	X ±SD	
Genel İyilik Hali		47.2±23.8	52.4±22.7	0.115
Ekonomik Güçlük		65.5± 30.8	59.1±32.4	0.136
Fonksiyonel Durum				
Fiziksel Fonksiyonlar		34.6±19.7	44.1±23.2	0.001
Rol Performansı		34.3±63.4	47.6±29.8	0.021
Emosyonel Durum		39.4±36.1	49.0±35.4	0.080
Bilişsel Durum		40.3±29.6	47.8±31.4	0.073
Sosyal Durum		39.5±30.7	40.6±31.8	0.261
Semptomlar				
Yorgunluk		60.5± 24.0	53.8±27.0	0.052
Bulantı, Kusma		53.5±33.2	42.8±35.6	0.022
Ağrı		60.9±25.5	52.9±27.2	0.026
Solunum Güçlüğü		57.7±30.9	51.5±30.7	0.147
Uyuma Güçlüğü		62.6±28.4	54.7±28.6	0.044
İştah Kaybı		59.2±33.7	52.3±31.1	0.125
Konstipasyon		46.7±37.7	40.0±36.8	0.192
Diyare		52.5±36.3	43.2±35.0	0.058

*Independent t testi

Tablo 32’de hastaların yaşam kalite puanlarının tanılarını bilme durumuna göre dağılımı verilmiştir. Hastaların genel sağlık skorları ile tanılarını bilmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyutu tanısını bilen grubun (42.8 ± 21.6) en yüksek, tanısını bilmeyen grubun (34.3 ± 20.7) ise en düşük olduğu bulunmuştur ve tanıyı bilme durumlarına göre yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi rol performans alt boyutu tanısını bilen grubun (42.5 ± 75.4) en yüksek, tanısını bilmeyen grubun (36.4 ± 27.2) ise en düşük olduğu bulunmuştur ve tanıyı bilme durumlarına göre yaşam kalitesi rol performans alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Tanılarını bilme durumlarına göre ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, uyuma güçlüğü puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği ($p<0.05$) ve puan ortalamalarının tanılarını bilmeyen grupta daha yüksek olduğu, iştah kaybı, konstipasyon, ekonomik güçlük ve diyare puan ortalamalarının tanılarını bilme durumları ile anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 32. Hastaların Tanılarını Bilme Durumu ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Yaşam Kalitesi Gruplar	Alt	Evete	Hayıra	P
		X ±SD	X±SD	
Genel İyilik Hali		50.4±24.8	48.3±22.4	0.505
Ekonomik Güçlük		59.5±30.8	66.1±31.8	0.112
Fonksiyonel Güçlükler				
Fiziksel Fonksiyonlar		42.8±21.6	34.3±20.7	0.002
Rol Performansı		42.5±75.4	36.4±27.2	0.00
Emosyonel Durum		44.6±31.8	41.5±39.2	0.771
Bilişsel Durum		44.4±29.2	41.9±31.4	0.523
Sosyal Durum		41.5±29.6	41.1±33.0	0.918
Semptomlar				
Yorgunluk		53.2±24.9	61.9±25.0	0.009
Bulantı, Kusma		44.4 ±31.5	53.8±36.2	0.039
Ağrı		53.0±25.6	62.0±26.4	0.010
Solunum Güçlüğü		46.9±29.6	62.3±30.3	0.00
Uyuma Güçlüğü		55.6±28.9	63.0±28.2	0.050
İştah Kaybı		53.0±32.4	59.7±33.1	0.125
Konstipasyon		44.9±36.0	43.8±38.7	0.819
Diyare		45.9±35.5	51.7±36.4	0.221

*Independent t testi

Tablo 33'de hastaların yaşam kalite puanlarının tedavi nedeniyle hastanede kalma sürelerine göre dağılım verilmiştir.

Hastaların yaşam kalitesi genel iyilik hali alt boyutu 1-14 gün hastanede kalan grubun (55.6 ± 19.4) en yüksek, 29 gün ve üzeri olan grubun (36.0 ± 25.3) ise en düşük olduğu bulunmuştur ve hastaların hastanede kalma sürelerine göre yaşam kalitesi genel iyilik hali alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p < 0.05$), farklılığın 30 gün ve üzeri olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastaların yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyutu 29 gün ve üstü kalan grubun (29.1 ± 19.4) en düşük, 15-28 gün kalanların (39.1 ± 16.8) ise en yüksek olduğu bulunmuştur ve hastaların hastanede kalma sürelerine göre yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p < 0.05$), farklılığın 20 gün ve üzeri olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastaların yaşam kalitesi rol performansı alt boyutu 29 gün ve üstü kalan grubun (28.4 ± 23.6) en düşük, 15-28 gün kalanların (48.7 ± 23.5) ise en yüksek olduğu bulunmuştur ve hastaların hastanede kalma sürelerine göre yaşam kalitesi rol performansı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi emosyonel durum alt boyutu 29 gün ve üstü kalan grubun (23.2 ± 22.8) en düşük, 1-14 gün kalanların (49.6 ± 33.0) ise en yüksek olduğu bulunmuştur ve hastanede kalma sürelerine göre yaşam kalitesi emosyonel durum alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi bilişsel durum alt boyutu 29 gün ve üstü kalan grubun (23.2 ± 22.8) en düşük, 15-29 gün kalanların (47.8 ± 32.0) ise en yüksek olduğu bulunmuştur ve hastanede kalma sürelerine göre yaşam kalitesi bilişsel durum alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi sosyal durum alt boyutu 29 gün ve üstü kalan grubun (23.6 ± 23.9) en düşük, 1-15 gün kalanların (50.0 ± 31.0) ise en yüksek olduğu bulunmuştur ve hastanede kalma sürelerine göre yaşam kalitesi sosyal durum alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Hastanede kalma sürelerine göre ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, uyuma güçlüğü, ekonomik güçlük, iştah kaybı, konstipasyon, diayre puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 33. Hastaların Tedavi Nedeniyle Hastanede Kalma Süreleri ve Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Yaşam Kalitesi Gruplar	Alt	1-14 gün	15-28 gün	29 gün ve üstü	P
		X ± SD	X ± SD	X±SD	
Genel İyilik Hali		55.6±19.4	49.2±22.6	36.0±25.3	0.00
Ekonomik Güçlük		56.0±38.1	63.5±26.9	76.7±23.6	0.010
Fonksiyonel Durum					
Fiziksel Fonksiyonlar		36.8±21.3	39.1±16.8	29.1±19.4	0.009
Rol Performansı		44.7±30.6	48.7±23.5	28.4± 23.6	0.002
Emosyonel Durum		49.6±33.0	47.6±32.5	23.2±22.8	0.00
BilişselDurum		46.4±28.8	47.8±32.0	24.8± 22.5	0.00
Sosyal Durum		50.0±31.0	43.8±31.6	23.6±23.9	0.00
Semptomlar					
Yorgunluk		55.0±21.3	55.0±21.3	73.6±23.1	0.00
Bulantı, Kusma		45.0±33.6	43.2±32.0	69.7±24.4	0.00
Ağrı		56.0±25.1	53.3±24.0	72.4±24.3	0.001
Solunum Güçlüğü		50.3±35.3	48.1±25.6	72.0±25.1	0.001
Uyuma Güçlüğü		57.4±30.0	53.0±27.1	75.9±23.3	0.00
İştah Kaybı		52.4±36.6	48.1±31.5	76.7±26.7	0.00
Konstipasyon		40.4±38.0	38.2±37.4	59.6±34.5	0.024
Diyare		50.3±37.3	39.5±34.3	70.5±30.1	0.00

*One Way ANOVA test.

Tablo 34’de hastaların yaşam kalite puanlarının sosyal destek sağlayan yakının varlığına göre dağılım verilmiştir. Hastaların yaşam kalitesi genel iyilik hali alt boyutu destek sağlayan yakını olan grubun (51.6±22.2) en yüksek, destek sağlayan yakını olmayan grubun (37.8±25.8) ise en düşük olduğu bulunmuştur ve hastaların sosyal destek veren yakınının varlığına göre yaşam kalitesi genel iyilik hali alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p<0.05$), farklılığın yakını olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastaların yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyutu yakını olan grubun (40.0±21.1) en yüksek, yakını olmayan grubun (28.7±20.7) ise en düşük olduğu bulunmuştur ve sosyal destek sağlayan yakının varlığına göre yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi rol performans alt boyutu yakını olan grubun (44.0±26.9) en yüksek, yakını olmayan grubun (15.8±13.2) ise en düşük olduğu bulunmuştur ve sosyal destek sağlayan yakının varlığına göre yaşam kalitesi rol performans alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi emosyonel durum alt boyutu yakını olan grubun (47.4±36.1) en yüksek, yakını olmayan grubun (22.1±28.2) ise en düşük olduğu bulunmuştur ve sosyal destek sağlayan yakının varlığına göre yaşam kalitesi emosyonel durum alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi sosyal durum alt boyutu yakını olan grubun (47.2±29.2) en yüksek, yakını olmayan grubun (23.5±28.6) ise en düşük olduğu bulunmuştur ve sosyal destek sağlayan yakının varlığına göre yaşam kalitesi sosyal durum alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Sosyal destek sağlayan yakını olma durumuna göre ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, uyuma güçlüğü, ekonomik güçlük, iştah kaybı, konstipasyon, diayre puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 34. Hastaların Sosyal Destek Sağlayan Kişi Varlığı ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Yaşam Kalitesi Boyutlar	Alt	Var	Yok	P
		X±SD	X±SD	
Genel İyilik Hali		51.6 ±22.2	37.8±25.8	0.001
Ekonomik Güçlük		59.8±31.5	78.8±26.6	0.00
Fonksiyonel Durum				
Fiziksel Fonksiyonlar		40.0±21.1	28.7±20.7	0.002
Rol Performansı		44.0±26.9	15.8±13.2	0.013
Emosyonel Durum		47.4±36.1	22.1±28.2	0.00
BilişselDurum		47.2±29.2	23.5±28.6	0.00
Sosyal Durum		45.6±30.8	21.1±26.8	0.00
Semptomlar				
Yorgunluk		55.2±23.3	71.5±30.2	0.00
Bulantı, Kusma		47.1±33.1	61.7±38.0	0.013
Ağrı		54.9±24.3	72.7± 30.6	0.00
Solunum Güçlüğü		53.2±30.5	65.8±31.1	0.018
Uyuma Güçlüğü		57.4±27.5	70.7±31.7	0.007
İştah Kaybı		54.1±32.2	69.1±33.6	0.008
Konstipasyon		34.4±35.6	67.4±37.6	0.00
Diyare		46.7±34.9	60.9±39.3	0.021

*Independent t test

Tablo 35’de hastaların yaşam kalite puanlarının KPS puanlarına göre dağılımı verilmiştir. Hastaların yaşam kalitesi genel iyilik hali alt boyutu 100 puan olan grubun (60.0±27.8) en yüksek, 70 puan olan grubun (44.9±22.8) ise en düşük olduğu bulunmuştur ve hastaların KPS puanına göre yaşam kalitesi genel iyilik hali alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p<0.05$), farklılığın 70 puan alan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastaların yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyutu 70 puan alan grubun (44.9±22.8) en düşük, 100 puan alan grubun (60.0±27.8) ise yüksek olduğu bulunmuştur ve KPS puanına göre yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi rol performansı alt boyutu 70 puan alan grubun (26.7±64.5) en düşük, 100 puan alan grubun (70.0±24.7) ise yüksek olduğu bulunmuştur ve KPS puanına göre yaşam kalitesi rol performansı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi emosyonel durum alt boyutu 70 puan alan grubun (29.2±33.4) en düşük, 100 puan alan grubun (57.3±27.7) ise yüksek olduğu bulunmuştur ve KPS puanına göre yaşam kalitesi emosyonel durum alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi bilişsel durum alt boyutu 70 puan alan grubun (32.0±27.6) en düşük, 100 puan alan grubun (68.6±25.2) ise yüksek olduğu bulunmuştur ve KPS puanına göre yaşam kalitesi bilişsel durum alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi sosyal durum alt boyutu 70 puan alan grubda (29.4±27.0) en düşük, 90 puan alan grubda (65.1±29.2) ise yüksek olduğu bulunmuştur ve KPS puanına göre yaşam kalitesi bilişsel durum alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

KPS puanına göre ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, uyuma güçlüğü, solunum güçlüğü, ekonomik güçlük, iştah kaybı, konstipasyon, diyare puan ortalamalarının istatistiksel olarak çok anlamlı bir fark gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 35. Hastaların Karnofsky Performans Skala Puanı ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Yaşam Kalitesi Alt Gruplar	70 puan	80 puan	90 puan	100 puan	P
	X ±SD	X± D	X±SD	X±SD	
Genel İyilik Hali	44.9±22.8	53.7±21.9	58.3±24.6	60.0±27.8	0.043
Ekonomik Güçlük	73.6±27.6	52.3±29.7	42.4±31.4	33.3±33.3	0.00
Fonksiyonel Durum					
Fiziksel Fonksiyonlar	29.7±19.4	47.0±26.7	53.5±20.1	68.0±11.9	0.00
Rol Performansı	26.7±64.5	52.0±21.8	64.6±23.8	70.0±24.7	0.00
Emosyonel Durum	29.2±33.4	60.8±30.0	68.0±30.6	57.3±27.7	0.00
Bilişsel Durum	32.0±27.6	54.7±26.3	54.7±26.3	68.6±25.2	0.00
Sosyal Durum	29.4±27.0	55.3±29.8	65.1±29.2	56.6±27.8	0.00
Semptomlar					
Yorgunluk	67.7±22.8	48.0±20.8	38.3±20.8	33.3±31.4	0.00
Bulantı, Kusma	62.8±30.5	31.2±31.7	29.7±29.6	23.3±27.8	0.00
Ağrı	68.5±23.6	47.3±22.6	35.8±18.6	33.3±31.1	0.00
Solunum Güçlüğü	66.9±27.3	45.8±28.1	27.2±24.2	33.3±33.3	0.00
Uyuma Güçlüğü	69.0±25.5	52.3±27.6	37.3±24.6	33.3±33.3	0.00
İştah Kaybı	68.1±28.0	44.0±33.0	34.3±31.7	33.3±33.3	0.00
Konstipasyon	54.4±37.0	29.1±33.0	30.3±33.7	26.6±36.5	0.00
Diyare	58.2±35.6	37.4±32.4	32.3±32.7	40.0±36.5	0.00

*Kruskal Wallis test

Tablo 36’da hastaların yaşam kalite puanlarının meslek gruplarına göre dağılımı verilmiştir. Hastaların yaşam kalitesi alt boyut ve semptom skorları ile meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi genel iyilik hali alt boyutu öğrenci grubunun (52.0 ± 15.1) en yüksek, diğer grubunun (48.5 ± 27.4) ise en düşük olduğu bulunmuştur fakat hastaların meslek gruplarına göre yaşam kalitesi genel iyilik hali alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi fiziksel fonksiyonlar alt boyutu öğrenci grubunun (46.6 ± 17.9) en yüksek, serbest grubunun (34.0 ± 18.2) ise en düşük olduğu bulunmuştur fakat hastaların meslek gruplarına göre yaşam kalitesi fiziksel fonksiyonlar alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi rol performansı alt boyutu öğrenci grubunun (61.1 ± 19.2) en yüksek, emekli grubunun (31.7 ± 76.9) ise en düşük olduğu bulunmuştur fakat hastaların meslek gruplarına göre yaşam kalitesi rol performansı alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi emosyonel durum alt boyutu memur grubunun (46.3 ± 27.3) en yüksek, öğrenci grubunun (25.9 ± 65.5) ise en düşük olduğu bulunmuştur fakat hastaların meslek gruplarına göre yaşam kalitesi emosyonel durum alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi bilişsel durum alt boyutu memur grubunun (46.0 ± 24.6) en yüksek, serbest grubunun (36.2 ± 26.7) ise en düşük olduğu bulunmuştur fakat hastaların meslek gruplarına göre yaşam kalitesi emosyonel durum alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi sosyal durum alt boyutu öğrenci grubunun (45.8 ± 24.7) en yüksek, serbest grubunun (31.0 ± 26.9) ise en düşük olduğu bulunmuştur fakat hastaların meslek gruplarına göre yaşam kalitesi emosyonel durum alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Meslek durumlarına göre, solunum güçlüğü, puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği ($p<0.05$) ve puan ortalamalarının emekli grubunda daha yüksek olduğu, ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, iştah kaybı, konstipasyon ve ekonomik güçlük, diyare, konstipasyon, solunum güçlüğü puan ortalamalarının yaşa göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 36. Hastaların Meslek Grupları ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Yaşam Kalitesi Alt Gruplar	Öğrenci	Memur	Serbest	Emekli	Diğer	P
	X ±SD	X ±SD	X± SD	X ± SD	X ± SD	
Genel İyilik Hali	52.0±15.1	51.7 ±22.6	48.8 ±27.4	48.5 ±27.4	48.5±27.4	0.942
Ekonomik Güçlük	55.5±21.7	57.8±30.6	70.1±27.2	60.4±33.7	69.5±31.0	0.182
Fonksiyonel Durum						
Fiziksel Fonksiyonlar	46.6±17.9	44.9 ± 21.4	34.0 ±18.2	34.7±20.6	39.5±23.9	0.051
Rol Performansı	61.1 ±19.2	48.2 ± 25.9	39. 0±24. 9	31.7 ±76.9	40.9 ±29.5	0.052
Emosyonel Durum	25.9 ± 65.5	46.3 ± 27.3	32.8 ±29.6	45.4 ± 34.6	45.1 ± 37.8	0.457
Bilişsel Durum	43.0 ±20.6	46.0 ±24.6	36.2±26.7	43.4±31.8	43.8±35.0	0.759
Sosyal Durum	45.8±24.7	42.9±27.8	31.0±26.9	44.5±31.0	39.1±34.1	0.322
Semptomlar						
Yorgunluk	57.4±22.6	51.7±22.4	60.9±24.2	58.6±24.9	60.2±28.6	0.527
Bulantı, Kusma	37.5±29.4	48.2±27.8	58.0±30.4	48.2±35.2	51.4±39.6	0.468
Ağrı	49.9±15.8	49.1±22.9	59.1±26.1	61.5±25.8	59.3±30.2	0.119
Solunum Güçlüğü	33.3±20.1	48.2±27.6	52.8±31.5	60.1±31.0	58.4.±32.2	0.023
Uyuma Güçlüğü	55.5±25.9	54.3±28.3	62.0±27.7	60.4±28.5	61.9±30.4	0.706
İştah Kaybı	49.9±30.1	50.0±27.6	60.4±30.7	56.7±34.4	59.0±35.0	0.418
Konstipasyon	50.0±33.3	43.8±32.9	43.6±35.7	42.6±38.4	46.7±41.2	0.948
Diyare	41.6±32.1	47.3±29.6	50.5±35.2	49.8±35.3	50.2±42.7	0.947

*One Way ANOVA test

Tablo 37’de hastaların yaşam kalite puanlarının tanılarına göre dağılımı verilmiştir.

Hastaların yaşam kalitesi genel iyilik hali alt boyutu mide kanseri olan grubun (49.2±21.5) en yüksek, özefagus kanseri olan grubun (40.9±18.1) ise en düşük olduğu bulunmuştur ve hastaların tanılarına göre yaşam kalitesi genel iyilik hali alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05).

Hastaların yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyutu özefagus kanseri olan grubun (22.4±17.2) en düşük, kolon kanseri olan grubun (44.7±22.5) ise en yüksek olduğu bulunmuştur ve hastaların tanılarına göre yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05).

Hastaların yaşam kalitesi rol performansı alt boyutu özefagus kanseri olan grubun (21.3±22.0) en düşük, mide kanseri olan grubun (45.5±23.8) ise en yüksek olduğu bulunmuştur ve hastaların tanılarına göre yaşam kalitesi rol performans alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05).

Hastaların yaşam kalitesi bilişsel durum alt boyutuözefagus kanseri olan grubun (22.3±22.9) en düşük, kolon kanseri olan grubun (52.3±30.9) ise en yüksek olduğu bulunmuştur ve hastaların tanılarına göre yaşam kalitesi bilişsel durum alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05).

Hastaların yaşam kalitesi sosyal durum alt boyutu özefagus kanseri olan grubun (21.9±25.0) en düşük, kolon kanseri olan grubun (51.7±31.8) ise en yüksek olduğu bulunmuştur ve hastaların tanılarına göre yaşam kalitesi sosyal durum alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05).

Hastaların yaşam kalitesi ekonomik güçlük alt boyutu mide kanseri olan grubun (63.3±27.8) en yüksek, kolon kanseri olan grubun (54.1±34.3) ise en düşük olduğu bulunmuştur ve hastaların tanılarına göre yaşam kalitesi sosyal durum alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05).

Hastaların tanılarına göre, yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, solunum güçlüğü, uyuma güçlüğü, iştah kaybı, konstipasyon puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği (p<0.05) fakat diyare puan ortalamalarının tanıya göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p<0.05).

Tablo 37. Hastaların Tanıları ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Yaşam Kalitesi Alt Gruplar	Mide Kanseri X±SD	Kolon Kanseri X±SD	Özefagus Kanseri X±SD	P
Genel İyilik Hali	49.2±21.5	53.6±26.6	40.9±18.1	0.008
Ekonomik Güçlük	63.3±27.8	54.1±34.3	63.23±31.5	0.00
Fonksiyonel Durum				
Fiziksel Sağlık Skoru	39.9 ±18.0	44.7±22.5	22.4±17.2	0.00
Rol Performansı	45.5±23.8	42.4±79.6	21.3±22.0	0.00
Emosyonel Durum	43.4±39.1	54.8±32.7	19.8±23.7	0.00
Bilişsel Durum	44.9±28.3	52.3±30.9	22.3±22.9	0.00
Sosyal Durum	41.2±29.4	51.7±31.8	21.9±25.0	0.00
Semptomlar				
Yorgunluk	55.4±21.9	51.7±26.9	74.8±20.3	0.00
Bulantı, Kusma	51.4±33.0	32.4±29.7	78.6±23.5	0.00
Ağrı	54.6±22.3	51.6±28.3	76.3±21.0	0.00
Solunum Güçlüğü	52.2±27.3	46.9±31.9	77.3±24.6	0.00
Uyuma Güçlüğü	56.6±25.2	55.1±31.2	74.0±25.4	0.00
İştah Kaybı	55.9±29.9	45.5±33.9	79.3±24.1	0.00
Konstipasyon	41.4±34.3	35.1±36.2	66.6±36.2	0.00
Diyare	46.6±33.4	47.3±36.5	57.3±39.2	0.199

*One Way ANOVA test.

Tablo 38’de hastaların yaşam kalite puanlarının tedavi çeşitlerine göre dağılımı verilmiştir. Hastaların tedavi çeşitlerine göre ölçek boyut skorları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyutu cerrahi ve kemoterapi alan grubun(28.8 ± 14.5)en düşük, radyoterapi alan grubun(44.7 ± 22.5) ise en yüksek olduğu bulunmuştur ve tedavi çeşitlerine göre yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi rol performans alt boyutu cerrahi, kemoterapi, radyoterapi alan grubun(16.9 ± 99.0)en düşük, radyoterapi alan grubun(62.4 ± 31.3) ise en yüksek olduğu bulunmuştur ve tedavi çeşitlerine göre yaşam kalitesi rol performans alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi emosyonel durum alt boyutucerrahi, kemoterapi, radyoterapi alan grubun (22.1 ± 29.1) en düşük, radyoterapi alan grubun(66.2 ± 39.4) ise en yüksek olduğu bulunmuştur ve tedavi çeşitlerine göre yaşam kalitesi emosyonel durum alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi bilişsel durum alt boyutu cerrahi, kemoterapi, radyoterapi alan grubun (23.2 ± 26.8) en düşük, radyoterapi alan grubun (64.5 ± 32.1) ise en yüksek olduğu bulunmuştur ve tedavi çeşitlerine göre yaşam kalitesi bilişsel durum alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi sosyal durum alt boyutu cerrahi, kemoterapi, radyoterapi alan grubun (20.4 ± 27.0) en düşük, radyoterapi alan grubun(63.5 ± 35.6) ise en yüksek olduğu bulunmuştur ve tedavi çeşitlerine göre yaşam kalitesi sosyal durum alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 38. Hastaların Uygulanan Tedavi Şekli ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Yaşam Kalitesi Gruplar	Alt	Cerrahi	Radyoterapi	Cerrahi ve Kemoterapi	Cerrahi, Kemoterapi ve Radyoterapi	Cerrahi ve Radyoterapi	Kemoterapi ve Radyoterapi	P
	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	
Genel Sağlık Skoru		50.9±24.6	68.2±26.5	48.4±20.7	44.9±24.5	47.2±19.5	45.8±21.7	0.037
Ekonomik Güçlük		54.9±31.8	39.5±38.9	626.± 26.2	80.5±28.0	62.9±35.1	61.5±30.8	0.00
Fonksiyonel Durum								0.00
Fiziksel Fonksiyon		39.5±21.9	57.5±22.9	41.4±20.2	30.2±18.4	28.8±14.5	32.8±22.4	0.00
Rol Performansı		47.8±26.1	62.4±31.3	45.3±25.1	16.9±99.0	33.3±23.5	35.8±30.8	0.00
Emosyonel Durum		56.0±43.2	66.2±39.4	46.2±30.7	22.1±29.1	45.9±14.7	33.3±28.6	0.00
BilişselDurum		55.5±29.4	64.5±32.1	44.6±28.2	23.2±26.8	48.1±15.4	37.8±26.4	0.00
Sosyal Durum		55.8±29.1	63.5±35.6	41.9±28.1	20.4±27.0	37.0±24.6	39.7±29.8	0.00
Semptom Skoru								
Yorgunluk		50.6±21.9	36.1±27.6	54.6±21.9	75.0±23.4	56.7±17.0	63.2±26.6	0.00
Bulantı, Kusma		34.8±32.4	26.0±27.8	46.4±33.5	71.3±28.1	62.9±27.3	55.7±33.6	0.00
Ağrı		53.0±25.3	32.2±26.1	53.9± 21.8	75.1±23.7	51.8±17.5	63.4±28.6	0.00
Solunum Güçlüğü		45.6±28.4	29.1±31.9	53.3±27.4	70.4±29.7	70.3±26.0	62.8±31.7	0.00
Uyuma Güçlüğü		50.6±26.4	39.5±32.7	56.8±26.1	77.9±26.1	62.9±20.0	61.5±27.7	0.00
İştah Kaybı		40.7±32.8	37.5±31.9	55.1±30.7	78.6±25.3	62.9±26.0	60.2±31.2	0.00
Konstipasyon		29.6±36.4	37.5±36.2	43.5±35.5	64.7±36.6	44.4±33.3	39.7±34.0	0.00
Diyare		45.0±38.3	24.9±31.0	46.6± 33.7	67.9±33.9	44.4±16.6	43.5±36.2	0.00

*Kruskal Wallis test

Tablo 39’da hastaların yaşam kalite puanlarının başka kronik hastalık durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Hastaların başka kronik hastalık durumlarına göre ölçek boyut skorları puan ortalamaları arasında tedavi istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 39. Hastaların Kronik Hastalık Varlığı ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Yaşam Kalitesi Alt Boyutlar	Kronik Hastalık Yok	Kronik Hastalık Var	P
	X±SD	X±SD	
Genel İyilik Hali	49.6±24.3	50.2±18.6	0.784
Ekonomik Güçlük	64.4±31.6	56.7±30.2	0.174
Fonksiyonel Durum			
Fiziksel Fonksiyonlar	38.6±57.9	41.4±25.0	0.891
Rol Performansı	38.6 ±57.9	41.4±25.0	0.361
Emosyonel Durum	41.7±36.6	49.1±33.0	0.299
BilişselDurum	43.1±30.9	42.7±28.2	0.954
Sosyal Durum	40.7±31.9	44.5±29.4	0.495
Semptomlar			
Yorgunluk	57.6±25.9	60.6±21.5	0.508
Bulantı, Kusma	48.0±34.7	58.5±32.0	0.089
Ağrı	57.5±27.0	60.8±22.9	0.494
Solunum Güçlüğü	54.7±31.5	59.4±27.3	0.398
Uyuma Güçlüğü	59.5±28.9	61.2±27.7	0.736
İştah Kaybı	56.1±33.4	60.3±30.2	0.474
Konstipasyon	44.7±36.8	42.3±41.3	0.723
Diyare	47.7±36.2	56.7±35.0	0.166

*Independent t test

4.7. Hastaların Total Yorgunluk Puanları ve Karnofsky Performans Puanları İle Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 40'a bakıldığında total yorgunluk puan ortalaması ile yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,01$). Karnofsky Performans Skalası Puan Ortalaması ile yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,01$).

Tablo 40. Hastaların Total Yorgunluk ve Karnofsky Performans Skala Puanları Ortalamaları ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

Yaşam Kalitesi Alt Boyutları		Total Yorgunluk Puan Ortalaması	Karnofsky Performans Puan Ortalaması
Genel iyilik hali	Parson Correlation (r)	-0.514**	0.250**
	P	0.00	0.00
Fiziksel fonksiyon	Parson Correlation (r)	-0.597**	0.485**
	P	0.00	0.00
Rol performansı	Parson Correlation (r)	-0.394**	0.285**
	P	0.00	0.00
Emosyonel durum	Parson Correlation (r)	-0.471**	0.464**
	P	0.00	0.00
Bilişsel durum	Parson Correlation (r)	-0.553**	0.465**
	P	0.00	0.00
Sosyal durum	Parson Correlation (r)	-0.529**	0.462**
	P	0.00	0.00

** $p<0.01$

4.8. Hastaların Karnofsky Performans Skala Puanları İle Yorgunluk Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 41'e bakıldığında Karnofsky Performans Skalası Puan Ortalamaları ile yorgunluk ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,01$).

Tablo 41. Hastaların Karnofsky Performans Skala Puan Ortalamaları İle Yorgunluk Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Yorgunluk Ölçeği Alt Boyutları		Karnofsky Performans Puan Ortalaması
Davranış Alt Boyut	Parson Correlation (r)	-0.320**
	P	0.00
Duygulanım Alt Boyut	Parson Correlation (r)	-0.294**
	P	0.00
Bilişsel Alt Boyut	Parson Correlation (r)	-0.476**
	P	0.00
Duyusal Alt Boyut	Parson Correlation (r)	-0.386**
	P	0.00
Total Ölçek Boyut	Parson Correlation (r)	-0.427**
	P	0.00

** $p<0.01$

5. TARTIŞMA

Dünya nüfusunun süregelen artışı ve yaşlanması, kanser yükü üzerinde büyük artışa yol açmaktadır. 2030 yılına gelindiğinde ise 27 milyon kanser vakası, kanserden kaynaklanan yıllık 17 milyon ölüm beklenmektedir (1,7). Bir hastalığın önemini belirleyen en önemli unsur ise o hastalığın görülme, sakat bırakma sıklığı ve neden olduğu ölümlerin çokluğudur. Kanser; türe, yaşa, cinsiyete ve coğrafi bölgelere göre farklılıklar göstermekle birlikte insidans hızı da toplumlarda değişim göstermektedir (8,9,10). Tedavinin yan etkileri ile birlikte kanserin de neden olduğu rahatsızlıkların başında yorgunluk semptomu gelmekte uyum mekanizmaları bozulmakta, geleceğe yönelik beklentiler azalmakta ve bu durum yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (270).

Doğu Karadeniz bölgesinde ülke içi ve dışı yoğun göçlerin olması nedeni ile bölgedeki GİS kanser sıklığı ve dağılımı iyi bilinmemektedir (138). GİS kanserli hastaların yorgunluk ve yaşam kalitesini belirleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada, GİS kanserli hastaların yaşadıkları yorgunluk ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler belirlenmiştir.

5.1. Gastrointestinal Kanserli Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Çalışmamızda hastaların % 32.2'sinin 57-72 yaş grubunda olduğu ve yaş ortalamalarının 56.4 ± 15.8 olduğu saptanmıştır. GİS kanseri görülme sıklığı 40 yaşından sonra giderek artış göstermekte ve 56-75 yaş arasında pik yapmaktadır En belirgin nedeni ise, genç hastalarda semptomların çok belirgin olmaması, bulguların daha geç ortaya çıkması ve genellikle ileri yaşlarda tanı konmasıdır (77). Bazı araştırmacılar ise yaşlılarda görülen kolon kanserinin yerleşim, evre ve prognoz açısından gençlerde görülen kolon kanserinden belirgin bir farkı olmadığını belirtmişlerdir (77). Kanser hastalarıyla yapılan farklı çalışmalarda da çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir (10,15,66,88,119,193,137,127,129).

Çalışmamızda hastaların yarıdan fazlası erkektir. Gastrointestinal sistem kanserlerine yönelik bir çok çalışma ve 2005 yılı sağlık bakanlığı verileri de çalışmamızla paralel sonuçları vermektedir (10,13,15,66,98,118,124,138,194,266).

Cinsiyete göre prognozda, sağ kalım çalışmalarının incelenmesinde; bazılarında cinsiyet ile oluşan bir farklılık saptanmamışken, bazılarında ise kadınlarda daha iyi bir prognoz olduğu belirlenmiştir (136,137). Kadınlarda kanser görülme yüzdesi düşük

olsa da yıllara göre artış göstermektedir Karaca ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu çalışmanın %49'unu, Dedeli ve arkadaşlarının (2008) çalışmasının %59'unu kadınlar oluşturmaktadır (270). Kadınlarda kanser görülme oranındaki bu artış, birçok kanserde risk faktörü olan sigara içiminin kadınlarda yıllarla artması, halkımızın bilinçlenmesiyle doktora başvuru oranlarında ve dolayısıyla teşhis oranlarında artış ile bağlantılı olabilir.

5.2. Gastrointestinal Kanserli Hastaların Hastalık Durumlarına İlişkin Özelliklerinin İncelenmesi

Hastalarımızın%39,9 'u (93) kolon kanseri, % 38,6' sı (90) mide kanseri, % 21,5'i(50) özefagus kanseri tanısı almıştır. Haydaroğlu ve arkadaşları (2007) ile Erdem ve arkadaşlarının (2008) yapmış olduğu araştırmalarda da GİS kanserleri en sık gözlenen 2. kanser türü olarak tespit edilmiştir (39,214,270). Alıcı ve arkadaşlarının (2006) Van' da 1584 hasta ile yaptıkları çalışmada ise tüm kanserlerin %56.8' inin GİS kanseri olduğu ve bu değer %19.6'sını mide, %19.2'sini özefagus, %7.3'ünü de kolorektal kanserler olarak dağılım gösterdiği belirtilmiştir (10). Üstün'ün (2003) çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir (42). Karaca ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ise %16.2 ile 3. sırada kolorektal kanserler, %10.1 ile mide kanserleri yer almaktadır (13).Ülkemizde Doğu Anadolu bölgesindeki bu farklılık o bölgedeki geleneksel tuzlu, salamura tarzı, yağlı yiyeceklerin daha fazla tüketilmesi, sıcak içecek alışkanlığı gibi çevresel faktörler ve bölgedeki tanılama yöntemlerinin sınırlı olmasıyla açıklanabilir (145,152). Mide kanserinde, risk faktörlerinin kontrol altına alınması, tanı yöntemlerinin gelişmesiyle görülme yüzdesi azalmaktadır. Tüm bu bulgular American Cancer Society tarafından 2007 yılı için öngörülen oranlarla uyum göstermektedir (1, 7, 15, 45).

Hastaların evrelerine göre dağılımında hastaların yarıya yakınının evre 3'te olduğu görülmüştür. Akyaçcı (2005) çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir (119). Terzi ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında hasta yoğunluğunu evre 2 oluşturduğu belirtilmiştir (86,253). GİS kanserli hastaların tedavi için sağlık kuruluşuna başvurdukların da ve tanı sırasında büyük çoğunluğunun ileri evrede olduklarını tespit eden çalışmalar vardır (143).

Çalışmamızda hastaların 30.5'inin ailesinde kanser öyküsü olduğu saptanmıştır. Kanser öyküsü olanların %26.5'inin gastrointestinal sistem kanser tanısı aldığı görülmüştür.Ailesinde mide kanseri olanlarda 2-3 misli daha sık görülmesi ve genetik

bir geçiş olabileceğini düşündürmektedir. Hastalığın ailevi olduğuna dair deliller vardır, ancak hastaların yalnızca %4'ünde aile öyküsü vardır (98,10,114,115).

Çalışmamızda hastaların çoğunluğunun yıllardır kendilerini yorgun hissettiklerini ifade ettikleri saptanmıştır. Cella ve arkadaşları (2002), Curt ve arkadaşlarının (2000) alışmalarında da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (204,271). Hastalara yorgunluğun sebebi sorulduğunda, çoğunluğunun neden olarak hastalığı ve tedaviyi gösterdikleri belirlenmiştir. Yorgunluk tedavi bitiminden sonra uzun süre daha devam edebilir. Cella ve arkadaşlarının (2002) alışmasında tedavi bitiminden bir yıl veya daha uzun süre sonra bile yorgunluk %17 oranında rapor edilmiştir (204). Bu sonuçlar hastaların yorgunluğun sebeplerinin farkında olduğunu göstermektedir. Çalışma süresince hastaların çoğunun sürekli olarak yoğun bir yorgunluk yaşadıklarını ve mutlaka dinlenmeye, uyumaya, sosyal paylaşımlarda bulunmaya ihtiyaç duyduklarını ifade etmesi bu durumu desteklemektedir. Hastaların yorgunluk dışında şikayetlerinin bulunduğu, bu şikayetlerin ağrı, iştahsızlık, bulantı-kusma olduğu ve hastaların, görülen bu semptomlara yönelik hastalık ve tedavisine uygun farmakolojik desteği aldığı çalışmamızda gözlenmiştir.

5.3. Hastaların Sosyo-Demografik zelliklerinin Yorgunluğa Etkisinin İncelenmesi

Kanser; biyolojik çarpıcı gelişmeleri ve bir dizi tedavi seçenekleri olmasına rağmen yüz binlerce yıldır yıkıcı ızdırıp vermeye devam etmektedir. Onkoloji hastalarında yorgunluk fiziksel, psikolojik ve durumsal etmenlerin bileşiminden ve tedavisiyle bilişsel bozulmayı kapsayan kronik bir sorundur (38,195). Kanser, prognozu ve uzun tedavi süreci ile kuşkusuz günümüzde biyopsiko-sosyal açıdan bireyde en derin etki bırakan hastalıklardan birisidir. Kanserın karmaşık ve saldırgan doğası hasta birey için pek çok sıkıntı verici semptomu beraberinde getirebilmektedir (196).

Yorgunluk kanser hastalarının yaklaşık %90'ında görülmekte ve hastaların tedavisi tamamlandıktan sonra da yorgunluk şikayeti devam etmektedir (20,271,209). Çalışmalarda ise kansere bağlı yorgunluk nedeni çeşitli faktörler ile ilişkilendirilmektedir (21,22). Kanser hastalarında yorgunluk, yaygındır ve yaşam üzerinde büyük etkiye sahiptir (197). Kanser oluşum ve tedavi sürecinin etkileri göz önüne alındığında, GİS kanserli hastaların büyük çoğunluğunun yorgunluk yaşamasının beklenen bir sonuç olabileceği düşünülebilir.

GİS kanserli hastalardaki durumu inceleyen çok sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmanın sonuçlarında cinsiyet, medeni durum gibi sosyodemografik

faktörlerle yorgunluk arasında ilişki olmadığı saptanmıştır. Haghghat ve arkadaşları (2003) da benzer sonuçlar elde etmişlerdir (288). Çalışmamıza göre erkek ve kadın hastalar arasında yorgunluk düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). İstek'in (2008) çalışmasında da cinsiyete göre yorgunluk düzeyleri arasında fark yoktur (191,264). Buna karşın Azak ve Çınar'ın (2005) lenfomalı hastalarda yaptığı çalışmada ve Karakoç'un (2008) kemoterapi alan hastalarla yaptığı çalışmalarda ise kadın hastaların daha yorgun olduğu saptanmıştır (183,184). Yapılan araştırmalar sonucunda bu durum sosyo- kültürel özelliklerle ilişkilendirmiş olup erkeklerin toplumsallaşma süreçlerinde otonomi, kendine güven ve bağımsızlığa önem verdiği bu yüzden otonomilerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (184). Aynı zamanda kadınların emosyonel olarak hastalık ve seyrinden daha çok etkilenmesi, yorgunluğu daha çok yaşamalarına neden olabilir. Bizim çalışmamızdaki bu farklı sonuç yorgunluğun cinsiyet dışında farklı parametrelerden de etkilenebileceğini göstermektedir.

Çalışmada hastaların yaşına göre yorgunluk düzeyleri puan ortalamaları bakımından anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$) ve hastaların yaş ile birlikte yorgunluklarının arttığı tespit edilmiştir. Bu durum hastaların, gelişmiş tanı ve yöntemler ile yaşam sürelerinin uzatılması, yaş ile birlikte nörolojik aktivite düzeyinin değişmesi ve bilişsel fonksiyonlarının etkilenmesiyle açıklanabilir. Curt ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında benzer sonuç elde edilmiştir (271). Karakoç'un (2008), De Jong ve arkadaşları (2005), kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmalarda genç hastaların yaşlı hastalara göre daha fazla yorgunluk yaşadığını belirlemişlerdir. İstek'in (2008), Can'ın (2003), Karadağ'ın (2012) çalışmasında ise yorgunluk ile yaş arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (184,191,264,274,275). Çalışmamızda eğitim durumları açısından genel yorgunluk düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Okuma-yazma bilmeyenlerde genel yorgunluk düzeyi ve yorgunluktan etkilenme durumu daha yüksek aynı zamanda en çok etkilenen boyutun, duyuşal alt boyut olduğunu tespit edilmiştir. Eğitim bireylerin sosyal destek algılarını etkileyen, ilişki kurma becerilerini arttıran değişkenlerden biri olarak değerlendirilebilmektedir. Gürbüz ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında eğitim düzeyi kişilerin daha iyimser, strese daha dayanıklı, benlik bilincinin daha iyi geliştiğini tespit etmiştir (272). Bu durum çalışmamız ile paralellik göstermektedir

Literatürde eğitim durumlarının yorgunluk düzeylerini etkilemediği ifade edilirken, Karakoç'un çalışmasında (2008) eğitim düzeyi düştükçe yorgunluk düzeyinin arttığı tespit edilmiştir (184).

Çalışmamızda hastaların gelir düzeyine göre yorgunlukta puanlarının anlamlı olarak farklı olduğu saptanmıştır ($p<0.005$). Yorgunluğun duyuşsal ve bilişsel alt grupları gelir durumuyla etkilenmektedir. Karakoç (2008), Can (2001), Ünsal ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da gelir durumu ile anlamlı ilişki saptanmıştır (184, 264,266). Hastalar birçok güçlük yaşamının yanı sıra maddi harcamaları da eklenmesinden dolayı duyuşsal ve bilişsel olarak olumsuz etkilenmektedirler. Gelir durumu düşük olan hastaların tedavi olanaklarından daha az faydalanmaları, düşük ekonomik şartların bireyler üzerinde fiziksel ve stres yaratması bu bireylerin daha fazla yorgunluk yaşamalarının önemli nedenleri olarak görülebilmektedir (184,247). Hastaların düşük gelirden dolayı yeterli ve dengeli beslenememesi de yorgunluğu etkilemektedir (215).

Bu çalışmada GİS kanserli hastaların performans durumunun yorgunluğa etkisi anlamlı bulunmuştur ($p=0.00$). Azalmış performans durumu hastanın kansere bağılı yorgunluğunun önemli bir etkenidir. Yorgunluk ve fiziksel performansta azalma hastalık evresi ve tedavi rejimine bakılmaksızın sık görülen bir durumdur (194). Son dönem kanser hastalarında sağkalım tahmini ile ilgili iki sistematik değerlendirmede hastaların Karnofsky performans durumunun en önemli prognostik faktör olduğu bulunmuştur ve performans durumu ile sağkalım arasında güçlü bir korelasyon elde edilmiştir (194,273).Hastalarımızda yorgunluğa bağılı bilişsel ve duyuşsal etkilenmenin daha fazla olduğunu belirlenmiştir.

Can (2001), Dimeo ve arkadaşları (2004) da benzer sonuçlar belirlemişlerdir (194,264) Hastalarımızda düşük performans beklememizin nedenleri uzun süren kanser tedavileri ve yan etkileridir. Tedavi sırasında hematolojik değerlerin etkilenmesi yorgunluğa neden olan temel etkenlerdendir (201).

Hastaların çalışma durumunun yorgunluğa etkisi anlamlı bulunmuştur. İncelendiğinde diğer diye belirttiğimiz grubun yani işsiz ve ev hanımlarının yorgunluktan daha çok etkilendiğı belirlenmiştir. Bu hastaların kendilerini daha yorgun hissetmelerinin sebebi; maddi özgürlüklerinin olmaması ve bu durumun hem psikolojik açıdan duyuşsal olarak etkilemesi hem de tedavi süreci açısından tedaviden tam yararlanamama endişesi yaşamaları şeklinde ifade edilebilir. Can'ın (2001) çalışmasında da aynı sonuç bulunmuştur (264).

Araştırmamızda hastaların yaşadıkları yere göre yorgunluk puan ortalamalarının arasında anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0.05$).İlçede yaşayan bireylerin davranış ve duygulanım alt boyut puanları yüksek iken, köyde yaşayanların duyuşsal ve

bilişsel puan ortalamalarını daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İl merkezindeki hastaların tanı ve tedavi yerlerine yakınlıkları, olanakların ve yaşam standartlarının yüksek olması nedeniyle yorgunluktan etkilenmeleri daha az olabilir.

5.4. Hastaların Hastalık Özelliklerinin Yorgunluğa Etkisinin İncelenmesi

Yaptığımız çalışmada GİS kanseri türüne göre yorgunluk puan ortalamalarının farklılık gösterdiği saptanmıştır. Tanılara göre bakıldığında çalışmamızda özefagus kanseri olan hastaların daha fazla yorgun oldukları belirlenmiştir ($p=0.00$). Özefagus bulunduğu yer ve yapısı nedeni ile tedavisi ve palyasyonu zordur (166,176,178). Hastalarının yorgunluğu daha fazla yaşamalarının çeşitli nedenleri incelendiğinde; Taşçı ve arkadaşları (1996) çalışmasında, tanıya varıldığında hastalığın genellikle ilerlemiş evrede olduğunu, tanı konulan hastaların ise % 80'ini 50 yaş ve üstü olduğunu belirlemiştir (169, 172). Bu yüzden özefagus kanseri hastaların daha yorgun olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda hastaların tanılarını bilme durumlarına göre yorgunluk puanları arasında anlamlı farklılık olduğu ve tanısını bilen hastaların daha az yorgunluk yaşadıkları belirlenmiştir. En çok etkilenen ise bilişsel alt boyuttur. Hastaların %55.8'i tanılarını bilmemektedirler.

Özdemir ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında %20'si tanısı bilmemektedir, aynı çalışmada bütün hastalar eğitim durumu, medenihali ve gelir seviyesi fark etmeksizin hastalıkları hakkında her şeyi bilmek istediklerini dile getirmişlerdir. Tanısını bilmeyen hastalar kendileri ile ilgili sürekli sorular sormaları, çevreye ve yapılan tedaviye güven duymamaları, baş etme mekanizmalarının yetersizliği nedeniyle bilişsel yorgunluk yaşayabilirler.

GİS kanserlerine bağlı yorgunluk nedenleri olarak birden çok faktör olabileceği belirtilmektedir (187). Hastalığın evresi de bu faktörlerden birini oluşturmaktadır. İstek'in (2008) kolorektal kanserli hastalarla yaptığı araştırma da ve Karakoç'un (2008) çalışmasında yorgunluk ile kanserin evresi arasında ilişki belirlenmemişken (184,191), Stone ve ark (2000), Can'ın (2001) çalışmalarında ileri evre kanseri olan hastalarda yorgunluğun daha çok görüldüğü tespit edilmiştir (264,276). Bizim çalışma grubumuzda ise farklı evrelerde olan hastaların yorgunluğa ilişkin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ve hastalığın evresi arttıkça yorgunluğun da arttığı belirlenmiştir. Bilici ve arkadaşları (2010) mide kanseri üzerine yaptıkları çalışmada evre ile sağkalım arasında negatif yönde bir ilişki belirlemiştir

(129). Günümüzde kanserin erken tanı ve tedavi olanaklarının artması ile ölüm oranı azaltılmış ya da geciktirilmiştir ancak bu durum kanserde ilerlemiş evrelerde birçok faktöre bağlı yorgunluk görülmesi bizimle paralellik göstermektedir (236).

GİS kanserli hastalarda sosyal destek sağlayan kişi varlığı ile yorgunluk arasında çok anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p<0.00$). Sosyal destek veren yakını olmayan kişilerin yorgunluktan daha çok etkilendikleri belirlenmiştir. Sosyal desteklerin yaşam stresinin yarattığı zararları hafifleterek ya da dengeleyerek hastalıklara karşı tampon oluşturduğunu ve literatürde de sosyal desteği az olan hastaların genellikle daha fazla işlevsel yetersizlik yaşadığı bildirilmektedir (270). Arslan ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında ise sosyal destek ile fiziksel ve psikolojik semptomlar arasında ilişki saptanmamıştır bu durumun nedeni ise hastaların çoğunun yakın zamanda tanı konmuş olması hastaların ise en çok tedavinin ilerleyen dönemlerinde desteğe ihtiyaçlarının olmasıdır (277).

Çalışmamızda, hastalara uygulanan tedavi ile yorgunluk arasında ilişki belirlenmiştir. Cerrahi, kemoterapi ve radyoterapinin üçünü de alan grubun yorgunluk puan ortalaması daha yüksek çıkmıştır. Tedavinin yorgunluk üzerine etkisinin belirlendiği paralel sonuçlar elde edildiği araştırmalar yapılmıştır (185).

Olgularımızın %38,2'sinin (89) ayaktan tedavi görürken Azak ve arkadaşları (2005) bu oranı %86 olarak belirtmişlerdir (183). Yatarak tedavi görenlerin %20.2'si 1-14 gün arasında hastanede kaldığı tespit edilmiştir. Benzer sonuçların olduğu çalışmalar yapılmıştır (39).

Çalışmada GYO ile yorgunlukla anlamlı bir ilişki belirlenmiştir, bağımlılıklarının artması yorgunluktan etkilenme durumunu artırmaktadır. Kontrol altına alınmadığında yorgunluk, bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen semptomlardan biri olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada, yorgunluk ile bireyin yetersizlik düzeyi ilişkili bulunmuş ve yorgunluk düzeyi arttıkça, günlük yaşam aktivitelerindeki yetersizlik düzeyinin de arttığı saptanmıştır (278).

5.5. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi

Yaşam kalitesi, fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal katılım, kişiler arası ilişkiler, kendi potansiyelini gerçekleştirme, entelektüel gelişim ile ifade edilir (253). Sadece hastalık olmaması değil, tam bir fiziksel, mental ve sosyal iyilik halidir (246). Yaşam kalitesi aile, iş yaşamı ve sosyo-ekonomik koşulları

içermekle birlikte; bireyin hedefleri, beklentileri, umutları ve düşleri ile gerçekler arasındaki farklılığı yani bireyin günlük yaşamından aldığı doyum ve iyilik algısını da içermektedir (246,265). Kanser hastalığının adı, adının verdiği korku, gelecek kaygısı, hastalık sürecinde yaşanabileceklerin yarattığı stres ve tedaviye bağlı istenmeyen etkiler, hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir. Tüm bu olumsuzluklara ve tedavi nedeniyle olan yan etkilere rağmen tedavi süresince ve tedavi sonrasında hastaların yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi ve devamının sağlanması önemlidir (246,265,270).

Hastaların cinsiyete göre yaşam kalitesi alt boyut ve semptom skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Fonksiyonel güçlükler alanında, fiziksel fonksiyonlar, rol performansı, sosyal durumun cinsiyete göre ilişkisinde erkeklerin yaşam kalitesi kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Emosyonel ve bilişsel durum arasında istatistiksel fark saptanmıştır ($p<0.05$). Altınparmak ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, yaşam kalitesi ile cinsiyet arasında ilişki belirlenmiş, yaşam kalitesinin erkeklerde kadınlara göre daha iyi olma nedenlerinde ise, kadınların kanseri daha yoğun yaşadıkları ve daha anksiyeteli olmalarıyla ilişkilendirilmiştir (255).

Beşer ve Öz'ün (2003), Kızılcı'nın (1999), Gürel'in (2007) yaptığı çalışmalarda, hastaların cinsiyetinin yaşam kalitesi ile ilişkisi bulunmadığı belirtilmiştir (259,265,279). Fonksiyonel durum sağlığın algılanması, biyoloji ve psikolojik hastalıklar ve hastalık semptomları gibi durumlarda etkilenmektedir (4,280). Hastalık nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini değiştirmeleri, bakım verici rolünden bakım alıcı hale gelmesi, rollerini gerçekleştirememesi, beden imajında değişiklik korkusu, kadınlarda fonksiyonel durumun düşük olmasına neden olabilir. Bireyin sorumluluklarını yerine getirememesi de emosyonel durumu etkilemektedir (4,280).

Hastaların yaşam kalite puanlarının yaş gruplarına göre dağılımında, hastaların yaş gruplarına göre genel sağlık skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). YK ile ilgili yapılan pek çok çalışmada yaş ile YK arasında negatif ilişki olduğu bildirilmektedir (10,24,95,122,152,153,154,155). Kızılcı'nın (1999) çalışmasında paralel sonuçlar elde edilirken, Gürel'in (2007) çalışmasında ise yaşam kalitesi ile yaş arasında ilişki belirlenmiştir (259,279). Yaşın artması ile rol performansının düşmesini, ileri yaş dönemindeki kişilerin yaşamdan beklentilerinin düşük yaş gruplarına göre daha az olmasına, ayrıca yaşla birlikte başta vücut direnci olmak üzere diğer bütün yaşamsal fonksiyonların azalmasına bağlı bir umutsuzluk

geliştirmeleri ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Çeçan (2012), yaşlılardaki hücrel ve hücre dışı değişikliklerin, fonksiyonlarda gerileme ve fiziksel görünümde değişikliğe, organ ve sistemlerin tam olarak fonksiyon görememesine, hücre yenilenmesinde yavaşlamaya ve vücudun homeostazisi sürdürme yeteneğinde azalmaya yol açtığını belirtmektedir. Yaşlı hastalarda organizmanın savunma mekanizmalarının güçsüzlüğü, organ yetersizlikleri, çeşitli komplikasyonlar nedeniyle etkin tedavi yapılamaması fiziksel durum yetersizliğini açıklamaktadır (11,138,245). Çeçan (2012), yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik, sosyolojik değişiklikler sonucu fonksiyon kayıplarının ortaya çıkması ve strese uyum yeteneğinin azalması nedeniyle azalacağını belirtmiştir Yaşlı hastalar fizyolojik, farmakolojik, psikolojik ve sosyal yönden genç hastalardan farklı özelliklere sahiptir. Stres durumunda yaşlılar yeterli yanıt verememektedir (245). Yaş ile birlikte kanserin prognozuda kötüleşeceğinden yaşlı hastalarda semptomların görülmesi artmaktadır (61). Beşer ve Öz'ün (2003) çalışmasında da yaş artışı ile birlikte benzer semptomlarda anlamlılık tespit edilmiştir (265).

Çalışmada medeni durum ile yaşam kalitesi arasında ilişki tespit edilmezken medeni durumun rol performansı ve fiziksel fonksiyonlarla ilişkili olduğu saptanmıştır. Hastalardan bekar olanlarının rol performanslarının yüksek olmasının nedeni, bekar hastaların sorumluluklarının ve sorumlu oldukları insanların daha az olmasına bağlanabilir. Gürel (2007), Dedeli ve arkadaşları'da (2008) çalışmamızla uyumlu sonuçlar belirlerken, Beşer ve Öz (2003), Ertem ve arkadaşları (2009) yaşam kalitesinin medeni durum ile ilişkisi anlamlı bulunmuştur (270,279, 265,246).

Çalışmada GİS kanserli hastaların öğrenim durumları ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Fakat öğrenim durumları ile ekonomik güçlük, fiziksel fonksiyon arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Hastalarda eğitim seviyesi düştükçe ekonomik güçlük yaşadıkları belirlenmiştir. Etkili olabileceğini düşündüğümüz neden ise, eğitimle birlikte maddi olanakların genişlemesi, sosyo-ekonomik sıkıntıların azalması olabilir. Öğrenim durumu düşük düzeyde olan hastaların fiziksel zorluk gerektirecek mesleklerde çalışması hastalık nedeniyle oluşan fiziksel zorlukları daha iyi tolere edebilecekleri düşünülebilir. Fonksiyonel güçlükler alanında, emosyonel ve bilişsel durumun öğrenim durumu karşılaştırmasında, öğrenim durumu yüksek olanların yaşam kalitesi, öğrenim durumu düşük olanlara göre daha yüksek bulunmuştur, fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak eğitimle birlikte problem çözme yöntemlerinin kullanılması, stresle baş etme

mekanizmalarının gelişmesinin etkili olduğu düşünülebilir (279). Vural'ın (2012) çalışmasında da yaşam kalitesi ile öğrenim durumu arasında anlamlılık saptanmazken, Altıparmak ve arkadaşları (2011), Ertem ve arkadaşları (2009), Kızılcı (1999), Gürel (2007) ise öğrenim durumunun yaşam kalitesini etkilediğini belirlemişlerdir (245,246, 255,279,259).

Hastaların yaşam kalitesi puanlarının ekonomik durumlarını ifade etmelerine göre dağılımı incelendiğinde, yaşam kalitesi alt gruplarından genel iyilik hali bölümünde gelirim yetersiz olarak ifade eden hastaların yaşam kalitesi, gelirim yeterli şeklinde ifade edenlere göre düşük bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Vural'ın (2012) çalışmasında elde edilen sonuçlar benzer iken, Gürel'in (2007), Esen ve Çam'ın (2006), Beşer ve Öz'ün (2003), Altıparmak ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada ise maddi yeterliliğin yaşam kalitesini yükselttiği belirtilmiştir (245,281,279,265,255). Buna göre, ekonomik durumunu yetersiz olarak ifade eden hastaların, tedavinin uzun bir süreç alması ve harcamaların fazla olması(yol, barınma, hastane giderleri, zorunlu giderler) nedeni ile yaşam kalitelerini daha kötü algıladıkları düşünülebilir. Çalışmada hastaların yaşam kalitesi semptom boyutlarıyla gelir durumları arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Neden olarak kişilerin sosyo-ekonomik yetersizlikler sebebiyle tanı ve tedavi olanaklarıyla geç buluşması olarak düşünülebilir.

5.6. Hastaların Hastalık Özelliklerinin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi

Hastaların tanılarına göre yaşam kalitesi genel iyilik hali alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Aynı zamanda özefagus kanserli hastaların yaşam kalitesinin, mide kanseri ve kolon kanserine göre düşük olduğu belirlenmiştir. Kotan ve arkadaşlarının (2001) özefagus kanserindeki cerrahi deneyimine yönelik çalışmasında da hastaların büyük bir kısmı ileri evrede belirlenmiştir (152). Taşçı ve arkadaşlarının (1996) klinik patolojik inceleme çalışmasının %68.7'si 50-70 yaş aralığında belirlenmiştir (166). Dünya kanser raporu 2008 verilerine göre sağkalımı en düşük kanser türlerindedir (102). Bu yüzden bir çok semptomu bir arada içerir (166).Özefagus kanserinin yaşam kalitesini belirleyici çalışmalar literatürde sınırlı sayıdadır.

Hastaların yaşam kalite puanlarının hastalık evresine göre dağılımında, genel sağlık skoru, fonksiyonel boyut ve tüm semptomlar ile hastalığın evresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Hastalığın erken dönemde

yakalanması tedavide değişiklik yapmaktadır ve semptomların kontrolü artırmaktadır böylece yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Avşar ve Ulusoy (1994), Karabıçak ve arkadaşları (2011) çalışmalarında hastaların prognozunu belirleyen en önemli kriterin hastalığın evresi olduğunu belirtmişlerdir (160,282). Göktaıay ve arkadaşları (2002) ise akciğer kanserli hastalarda evre ile yaşam kalitesi arasında ilişki belirlemediği, Reis ve arkadaşları (2006) da jinekolojik kanserlerde evre ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptamamışlardır (283,284)

Hastaların yaşam kalite puanlarının tedavi çeşitlerine göre dağılımında, hastaların genel sağlık skorları, fonksiyonel durum, semptomlar ile tedavi çeşitleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p>0.05$). Kemoterapi, radyoterapi, cerrahi gören hastaların, diğer grup tedavileri alanlara göre yaşam kalitesi düşük çıkmaktadır. Göktaıay ve arkadaşları (2002), Reis ve arkadaşları (2006) da paralel sonuçlar elde etmişlerdir (284). Kanser ve tedavisi fiziksel yorgunluk ve fonksiyonel kapasitede azalmaya neden olmaktadır (19,207,205). Kemoterapi ve radyasyon tedavisi hem doğrudan hem de dolaylı olarak birçok semptomun görülmesine neden olmaktadır (208). Çalışmada sadece radyoterapi alan hastaların ise fonksiyonel durumları daha yüksek çıkmıştır. Radyoterapi (RT) çalışmaları içinde belirgin genel bir sağkalım elde edilmiştir. Radyoterapideki önceki çalışmalarda daha fazla normal doku hacimleri ışınlayan RT teknikleri, daha eski radyoterapi cihazları ile uygulanmıştır ve yeni cihazlarla daha özenli RT teknikleri, daha iyi destek ve proflaktik medikal tedaviler eşliğinde radyoterapi oluşan riskleri azaltmaktadır (82,285,266).

Hastaların KPS puanına göre yaşam kalitesi genel iyilik hali alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p<0.05$), farklılığın 70 puan alan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. KPS hastanın fonksiyonunu değerlendirdiğimiz önemli bir skaladır (205,286). Literatürde KPS ile yaşam kalitesinin uyumlu olduğunu gösteren bir çok çalışma vardır (283,287).

Tedavinin uygulanma yerine göre yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Ekonomik güçlük bölümünde yatarak tedavi olan hastaların yaşam kalitesi, ayaktan tedavi olanlara göre daha yüksektir, ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ve hastanede yatarak tedavi görenlerin rol performansı ve fiziksel fonksiyonları daha düşük belirlenmiş olup anlamlı bir fark saptanmıştır. Tedavi nedeniyle kısa süreliğine de olsa hastaların hastaneye yatırımları hastaların mental sağlığını, yaşamsallığını ve sosyal rollerini kötü yönde etkilemektedir.

Bu nedenle hastaların çok gerekli olmadıkça ve tetkiklerin hızlandırılması için hastaneye yatırılmaması en doğru çözüm olarak görülmektedir (214). Gürel'in (2007) çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir (279).

Hastaların hastanede kalma sürelerine göre yaşam kalitesi genel iyilik hali alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p<0.05$), farklılığın 30 gün ve üzeri olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. Hastanede uzun süre kalan hastaların yaşam kalitesinin düştüğü, hastanede az süre kalanların ise fonksiyonel durumunun daha iyi olduğu belirlenmiştir.

Bu durum, uzun süre hastanede kalmanın bireyin aile ortamından, yakınlarından, sosyal ortamdan ayrı yaşam sürmesine, mesleğinden uzaklaşmasına ve alışkanlıklarının sınırlandırılmasına neden olduğu bunun da yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği şeklinde açıklanabilir.

Hastaların yaşam kalite puanlarının sosyal destek sağlayan yakının varlığına göre dağılımında anlamlı bir fark belirlenmiştir. Kanseri tanıyla birlikte başlayan belirsizlik ve korku sıklıkla bireylerin sosyal destek gereksinimlerinde artışa neden olmakla birlikte bu dönemde hem aile desteğinde hem de diğer sosyal desteklerde olumlu ve olumsuz yönde değişiklikler gözlemlenmektedir. Sosyal destekler, stres yaratan durumu ortadan kaldırmaları bile, fiziksel ve psikolojik sağlıkla ilgili kronik hastalıklara uyumu kolaylaştırmakta, moral ve başa çıkma üzerinde olumlu etki yaratmaktadır (277).

Çalışmada hastaların total yorgunluk ve Karnofsky performans skala puanları ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hastaların KPS puanı yükseldikçe yaşam kalitesinin de yükseldiği ve pozitif yönde bir anlamlılık, aynı zamanda yorgunluk arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı tespit edilmiştir. Kanseri hastalarında performans azalmasıyla birlikte, enerji ve motivasyon kaybı yorgunluk oluşmasına neden olmaktadır (273).

Çalışmada KPS puan ortalamaları ile yorgunluk ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,01$). Yorgunluğun artması ile birlikte performansın azalması bu sonucu desteklemektedir.

Yorgunluk kanser hastalarının en sık yaşadıkları semptomdur. Bireysel fonksiyonları engelleyen ve yaşam kalitesini düşüren bu semptom, subjektif bir olgu ve hastalıklar için evrensel olarak kabul edilmesi ile kliniklerde atlanan önemli bir sorundur. Bu nedenle semptomun değerlendirilmesi ve baş etmeye ilişkin gerekliliğirişimlerde bulunulması bireyin yaşam kalitesini arttırabilecektir (196). Çalışma sonucunda da yorgunluk ve yaşam kalitesi arasında negatif yönde bir anlamlılık tespit edilmiştir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

- GİS kanserli hastalarda yaşın yorgunluğu etkilediği ve yaşın artmasıyla birlikte yorgunluğun da arttığını,
- GİS kanserli hastalarda meslek grubunun yorgunluğu etkilediği ve özellikle işsiz, ekonomik özgürlüğü elinde olmayan hastaların yorgunluktan daha çok etkilendikleri,
- Hastalarda, eğitim durumunun yorgunluğu etkilediği, eğitim seviyesi yükselmesiyle yorgunlukla baş edebilmenin arttığını, kendini daha iyi ifade etmesiyle sorunlarına daha çabuk çözüm bulduklarını,
- Hastaların, gelir durumunun yorgunluğu etkilediği, geliri yetersiz olan hasta grubunun tanı için sağlık kuruluşuna geç ulaşması, tedavi olanaklarından daha geç faydalanmaları, düşük ekonomik şartların bireyler üzerinde fiziksel ve sosyal stres yaratması, uygun beslenememesi gibi nedenlerden dolayı daha yorgun oldukları,
- Hastaların yaşadıkları yerin yorgunluğu etkilediği, kırsal bölgede yaşayan hastaların daha yorgun oldukları,
- Hastaların KPS puanı ile yorgunluk arasında negatif yönde bir ilişki olduğu, yorgunluğun artmasıyla birlikte performansın azalacağı,
- Mide, özefagus, kolon kanserleri arasından en çok özefagus kanser hastalarının yorgun oldukları ve tanısını bilme ile yorgunluk arasında anlamlılık olduğu Tanısını bilmeyen hastaların daha yorgun oldukları,
- Hastalığın evresi ile yorgunluk arasında çok anlamlı bir ilişki olduğu, evrenin ilerlemesiyle hastaların yorgunluğunun arttığını,
- Yorgunluk ile sosyal destek sağlayan yakını olma durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu, destekçisi olan hastaların yorgunluktan daha az etkilendikleri
- Hastanede kalma süresi ile yorgunluk arasında anlamlı bir ilişki olduğu uzun süre kalan hastaların daha yorgun oldukları,
- Hastalara uygulanan tedavi çeşitleri ile yorgunluk arasında anlamlı bir ilişki olduğu cerrahi, kemoterapi, radyoterapinin üçünü alan grubun daha yorgun olduğu tespit edilmiştir.

➤ GİS kanserli hastaların yaşam kalitesini ise, kanserin tanısı, hastalığın evresi, hastanede kalma süresi, sosyal destek sağlayan kişi varlığı, tedavinin şekli etkilemektedir.

➤ Özefagus kanseri yaşam kalitesi en düşük kanser türü olduğu, fiziksel, sosyal, emosyonel, bilişsel ve semptomlar yönünden en çok özefagus kanser hastalarının etkilendiğini,

➤ Hastalığın evresi ile yaşam kalitesi arasında çok anlamlı bir ilişki olduğu, evrenin ilerlemesiyle semptomların şiddetinin arttığı, fonksiyonel güçlükler yaşadığı sonuç olarak da hastaların yaşam kalitesinin azaldığı,

➤ Hastanede kalma süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu uzun süre kalan hastaların daha yorgun oldukları, kalmayarak tedavi alanların daha az yorgun oldukları,

➤ Hastalara uygulanan tedavi çeşitleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu cerrahi, kemoterapi, radyoterapinin üçünü alan grubun yaşam kalitesinin düşük olduğu tespit edilmiştir.

6.2. Öneriler

Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda şu öneriler getirilebilir;

➤ Hemşirelerin kanser hastalarında görülen yorgunluğu ve yorgunluğun yaşama aktivitelerine olan etki düzeyini izlemesi, kanser hastalarında yorgunluğun tedavi başlamadan önce, tedavi sürecinde ve tedavi sonrasında uygun aralıklarla değerlendirilmesi için araştırmaların yapılması,

➤ Ekonomik durumu kötü olan hastaların, benzer hastalığa sahip bireylerce kurulan özel dernekler vb. destek alabilecekleri yerlere yönlendirilmesi ve destek sağlanması,

➤ Sağlık merkezlerine uzak yerlerde ikamet edenlere kolay ulaşım imkanları sağlanması, aynı zamanda sosyo-ekonomik destek verilmeli,

➤ GİS kanserli hastaların yorgunluk ile baş edebilmeleri, semptomların en aza indirilmesi ve böylelikle yaşam kalitelerinin artırılması için eğitimlerin yapılması,

➤ Kanser hastalarına tanılarını söyleyerek baş etme mekanizmaları artırılması,

➤ Hastalara mümkün mertebe ayaktan tedavi uygulanmalı ve hastanede kalma süresini olabildiğince azaltılarak erken taburculuk sağlanmalı,

- Hastaların yakınlarında tedaviye ve bakıma dahil edilerek hastaların destek güçleri artırılması,
- Hastalara uygulanan tedavi ve bakımın bireylerin yaşam kalitesini nasıl etkileyeceğini değerlendirebilecek çalışmalar yapılması önerilebilir.

7.KAYNAKLAR

1. Tuncer M. Kanser in ölkemiz ve dünyadaki önemi, hastalık yükü ve kanser kontrol politikaları. Türkiye’de kanser kontrolü, T.C.Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Ankara, 2009; s.5-7.
2. Servikal Kanser Taramasında Avrupa Kalite Güvence Standartları. AB’de Servikal kanserden kaynaklanan hastalık yükü. İkinci Baskı. 2007; s.3.
3. Atıcı E. Tıp tarihinde kanser ve lösemi. Türk Onkoloji Dergisi 2007; 22(4):197-204.
4. Bektaş H, Akdemir N. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 2006; 26(5):488-489.
5. Karabulut B, Uslu R. Kanser epidemiyolojisi. İçinde: Uyar M, Uslu R, Yıldırım Y (Edt.). Kanser ve palyatif bakım. Meta Basımevi, İzmir, 2006; s.3-9.
6. Babaoğlu E, Öz F. Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2003; 2: 24-33.
7. Boyle P, Levin B. (Edt.). Dünya Kanser Raporu, Uluslar Arası Kanser Kurumu, 2008; s. 344-374.
8. Parkin M, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global Cancer Statistics. CA Cancer J Clin. 2005; 55:74–108.
9. Eaton L. World cancer rates set to double by 2020 BMJ 2003; 326(7392):728.
10. Alıcı S, İzmirli M, Doğan E. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi tıbbi onkoloji bilim dalına başvuran kanser hastalarının epidemiyolojik değerlendirilmesi. Türk Onkoloji Dergisi 2006; 21(2):87-97.
11. Bilir N. Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve yaşlılık sorunları. Bertan M, Güler Ç. (edt.). Halk Sağlığı Temel bilgiler, 2.Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara, 1997; s.359-368.
12. Akgül H. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 2004; 24(1). Önsöz.
13. Karaca H, Berk V, İnanç M, Dikilitaş M, Özkan M. AraştırmaErciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji bilim dalı’na 2006-2009 yılları arasında başvuran kanser hastalarının epidemiyolojik değerlendirmesi.Sağlık Bilimleri Dergisi.2011; 20(1):1-8.

14. Türkdogan K, Testereci H, Akman N, Karaman T, Kara k, Tuncer İ, Uygan İ. Dietary nitrate and nitrite levels in an endemic upper gastrointestinal (esophageal and gastric) cancer region of Turkey. Turk J Gastroenterol. 2003; 14(1):50-53.
15. Turgut H. Gastrointestinal Sistem Kanserli Hastalarda Kardeş Kromatit Değişimi Sıklığı. 2010, Düzce Üniversitesi.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Genel Cerrahi Anabilim Dalı. Tıpta uzmanlık tezi, 39 sayfa, Düzce, (Prof. Dr. Ertuğrul Ertaş).
16. Kav S. Kanserli Hastalarda Hemşirelik bakımı; Onkoloji Hemşireliği. s. 401-409.www.onkohem.org.tr.(Erişim Tarihi:02.03.2012).
17. Christodoulou C, MacAllister W, KruppL. Fatigue. Current Clinical Neurology. 2012; s.295.
18. Injury B. Medical- Surgica Nursing. In. Cancer. Handbookfor Brunner. Jonhson. 2004;131-133.
19. Töruner E, Büyükgönenç L. Çocukluk Çağı Kanserleri. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları, Ankara, Gökçe Ofset, 2012; s.837-865.
20. Cimete G. Yaşam Sonu Bakım. Nobel Kitabevi İstanbul, 2002; s.57-74.
21. Brown D, McMillan D, Milroy R. The correlation between fatigue. physical function. the systemic inflammatory response, andpsychological distress in patients with advanced lung cancer. AmericanCancer Society. 2004; s.377-381.
22. O’Gorman P, McMillan DC, McArdle CS.Impact of weight loss, appetite,and the inflammatory response on qualityof life in gastrointestinal cancer patients. Nutr Cancer. 1998; 32(2):76 – 80.
23. YoshiiF, Takahashi H, Kumazawa R ,Kobori S. Parkinson’s disease and fatigua. J Neurol2006;253 (Suppl 7) 7016(6):s.48-49.
24. Piper BF, Dibble SL, Dodd MJ, Weiss MC, Slaughter RE,Paul SM. The revised piper fatigue scale: Psychometricevaluation in women with breast cancer. Oncol Nurs Forum1998; 25:677-84.
25. Scott H, McMillan D, Forrest L, Brown D, McArdle C, Milroy R. The systemic inflammatory response, weight loss, performance status and survival in patients with inoperable non-small cell lung cancer. British Journal of Cancer 2002; 87(3):264 – 267.
26. Yeşilbalkan Ö. Meme kanseri kemoterapi ve yaşam kalitesi. 3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi.(Kongre Bildiri ve Sunum Kitabı) İzmir.2010; s.163.

27. Hacıoğlu N. Halk Sağlığı Hemşireliği. İçinde: Erci B, Avcı İ, Hacıoğlu N, Kılıç D, Tanrıverdi G. Göktuğ yayınevi, 2009; s.6-31.
28. Can G. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım. Nobel Kitapevleri. 2010; s.3-103
29. Pınar G. Kanser Tedavisi alan hastalarda cinsel disfonksiyon ve danışmanlığa ilişkin hemşirelik yaklaşımları. Gülhane Tıp Dergisi 2010; 52: 241-247.
30. Okçin F, Karadakovan A. Kanserli hastaya evde bakım veren yakınlarının semptom kontrolüne ilişkin yeterliliklerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2009; 25(1):71-79.
31. Olson J. Cancer: An Overview. Evolve Student Learning Resources for Washington and Leaver. Principle and Practice of Radiation Therapy. Third Edition. Offers the following Features. 2010; p.3-5.
32. Özdemir S, Dinçbaş F, Atkovaç G, Özbek Ö, Özmen M. Radyoterapi uygulanan kanser hastalarının psikososyal özellikleri ve radyasyon onkoloğundan beklentileri. Türk Onkoloji Dergisi 2011; 26(1):12-17.
33. Aliustaoglu M. Temel Kanser Fizyopatolojisi. Güneş Kitabevi, İstanbul, 2009; 22(3): 46-49.
34. Demirelli F. Kanserın moleküler genetik temelleri. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Güncel Klinik Onkoloji Sempozyum Dizisi. 2003; 37: 9-15.
35. Takaishi S, Okumura T, Wang T. Gastric cancer stem cells. Journal of Clinical Oncology. 2008; p.2876-2882
36. Taşcıoğlu N. Gastrointestinal sistem kanserlerinde metilentetrahidrofolat redüktaz geni 677C -T, 1298 A -C ve metiyonin sentetaz geni 2766 A -G polimorfizmlerinin incelenmesi. 2005, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 56 Sayfa, Kayseri, (Prof. Dr. Yusuf Özkul).
37. Sarı D, Eşer İ, Khorshid L. Kanser hastalarına bakım veren yakınlarının uyku kalitesi ve depresyon düzeyleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2010; 26(1):11-23.
38. Barg F, Heard L. Hemşireler İçin Kanser El Kitabı, Çeviren N Akdemir, Editör N Platin, Ankara, Onkoloji Hemşireliği Derneği, 1996; s.115-130.
39. Haydaroglu A, Bölükbaş Y, Özşaran Z. Ege Üniversitesinde kanser kayıt analizleri: 34134 olgunun değerlendirilmesi. Türk Onkoloji Dergisi 2007; 22(1):22-28.

40. Turna H. Çevre ve Kanser. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Etkinlikleri Güncel Klinik Onkoloji Sempozyum Dizisi. İstanbul. 2003; 37: 133-144.
41. Eser S, Özdemir R. Dünya ve Türkiye’de mesane kanseri epidemiyolojisi. İzmir Kanser Kayıt Merkezi. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, 2012; 11(1):1-9.
42. Üstün İ, Uysal B, Öztürk D, Özçimen N, Oral S. Gastroentero Hepatoloji. İçinde: Gastrointestinal Sistem Karsinomalarında Periferik Ven, Portal Ven ve Safrada CEA, CA 19.9 Ölçümlerinin Tanısal Değeri ve Prognostik Önemi. Türkiye Klinikleri Gastroentero-Hepatoloji Dergisi. 2003; 14: 139-146.
43. Fadiloğlu Ç, Doğan F, Ertem G. Evde Bakım. İçinde: Yıldırım Y. Kanser Hastasının Evde Bakımı. Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, İzmir. 2006: s.100-287.
44. Kekeç Z. (edt.). Tüm Yönleriyle Acil Tıp Tanı Tedavi ve Uygulama Kitabı. Nobel Kitabevi. Adana. 2011; 259-263.
45. Kasapoğlu B, Türkay C. Gastrointestinal Stromal Tümörler. Güncel Gastroenteroloji Dergisi 2008; 12(2):106-110.
46. Yenigün B, Çelik A, Cangır A. Özofagus Yaralanmaları. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni 2010; 1(1):60-74.
47. Topçuoğlu P. Gastrointestinal Sistem Toksikitesi. Türk Hematoloji Derneği-Hematolojide Destek Tedavileri ve Enfeksiyonlar Kursu, Kurs kitabı. Aydın. 8-9 Nisan 2007; s.35-45.
48. McPhee S, Lingappa V, Ganong W. Hastalıkların Patofizyolojisi, Palme Yayıncılık, Ankara. 2006; s.340-365.
49. Karadakovan A, Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Bağırsak ve Rektum Hastalıkları. Nobel Kitabevi, Adana, 2010; s.741-769.
50. Özkan Z. Yutulmuş Yabancı Cisimlerin Gaita İle Çıkarılmasında Tek Dozluk Sodyum Fosfat Enemanın Etkinliği. 2004, Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi 3. Cerrahi Kliniği, Uzmanlık tezi, 89 sayfa, İstanbul, (Nemci Kurt).
51. Arıncı K. Gastrointestinal Sistem Anatomisi. Anatomi.1.cilt, Güneş Kitabevi Ankara, 2.Baskı 1997; s.310-315.
52. Alper M, Öztürk M, Selçuk B. Dahili Bilimler. İçinde: Sindirim Sistemi Hastalıkları, 2.baskı, Nobel Kitapevleri, İstanbul, 2001: s.268-278.

53. Bakan E. Tanıda Laboratuvar İçinde: Pankreas ve Gastrointestinal Fonksiyon. Aktif Yayınevi. İstanbul, 2001; s.80-81.
54. Süzen B. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler, Sindirim sistemi. Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2011; s.262-570.
55. Buğra D. Kolon, Rektum, Anal Bölge Anatomisi. Türkiye Klinikleri Cerrahi Dergisi Kolorektal Kanser Özel Sayı 2004;9(1):1-10.
56. Göker E. Uzman görüşü kolorektal kanser: karsinogenezden prognoz belirlemeye yeni belirteçler. Akademik Gastroenteroloji Dergisi. 2003;2(1): 37-38.
57. Kadayıfçı A. Uzman görüşü kolorektal kanserlerin epidemiyolojik ve klinik özellikleri. Akademik Gastroenteroloji Dergisi. 2003; 2(2):43-45.
58. Landis S, Murray T, Bolden S, Wingo P. Cancer Stasistic, 1999 Ca-A Cancer Journal For Clinicians.1999;49: 8-31.
59. Becker N. Epidemiology of colorectal cancer. Radiologe. 2003;43(2): 98-104.
60. Dererli Ü, Erbil Y. Cerrahi Gastroenteroloji, Nobel Matbaacılık, 7.Baskı, İstanbul, 2005; s.97-195.
61. Kocakuşak A, Yaşar M, Güler N, Görmüş C, Aydm S, Özer E, Benek S, Pamak S. Kolorektal kanserli 45 ve 45 yaş altı hastaların retrospektif değerlendirilmesi. Haseki Tıp Bülteni. Galenos Yayımevi, 2011; 110-113
62. Giovannucci E. Modifiable risk factors for colon cancer. Gastroentrol Clin.2002; 31(4); 925-943.
63. Rothwell P,Wilson M, Rlvin C, Norrving B, Algra A, Warlow C, Meade T. Long-term effect of aspirin oncolorectal cancer incidence and mortality: 20-year follow-up of fi ve randomised trials. The Lancet. 2010; 1741-1750.
64. Gürsoy Ş, Er Ö, Canöz Ö, Güven M, Başkol M, Güven K, Özbakır Ö, Yücesoy M. Kayseri ve yöresindeki kolon kanserlerinin özellikleri. Akademik Gastroenteroloji Dergisi.2003; 2(2):60-63.
65. Stroka P, Mossonkb J. Schideng R, Webera J, Hieck F, Kerschena A. Kolorektal cancer incidence is low in patients following a colonoscopy. Digestive and Liver Disease. 2011; 43: 899-904.
66. İzbul T, Müderriszade M. KKTC’de kolorektal kanserli olguların retrospektif irdelenmesi. Akademik Gastroenteroloji Dergisi.2003; 2(1):7-10
67. Center M, Jemal A, WardE. İnternational Trends in Colorectal Cancer Incidene Rates. Cancer Epidemiol Biomarkers . 2009; p.1688-1884.

68. Nilsen T, Vatten L. Prospective study of colorectal cancer risk and physical activity. Diabetes, blood glucose and. exploring the hyperinsulinaemia hypothesis. British Journal of Cancer. 2001;84(3):417-422
69. Sandler R, Epidemiology and risk factors for colorectal cancer. Gastroenterol Clin North Am.1996; 25(4): 717-735.
70. Sivri B. Kolorektal kanserlerde epidemiyoloji ve risk faktörleri. Türkiye Klinikleri Dergisi. 1997; 2(1): 1-46.
71. Edmundowicz S. Common Problems In Gastroenterology. Nobel Kitabevi. 2002; p.190-191.
72. Beyzadeoğlu M, Ebruli C. Temel Radyasyon Onkolojisi. Gastrointestinal Sistem Kanserleri. Gata yayın.2008.s:431-461.
73. Çıtıl R. Kolorektal kanserler. Öztürk Y, Günay O (Edt). Halk Sağlığı Genel Bilgiler Kitabı. 2011.s.1128-1142.
74. Ünüvar A. Pediatrikte nadir tümörler- gastrointestinal sistem tümörleri. XIII.TBOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongre kitabı, Non Hodgkin Lenfoma.18-22 Mayıs 2004; s.151-154.
75. Sayek İ. Temel Cerrahi.Özefagus tümörleri.Güneş kitabevi.İkinci baskı.1996;s.1005-1006.
76. Carolyn C. Compton MD.The staging of colorectal cancer: 2004 and beyond. Cancer J Clin 2004; 54: 295–308.
77. Yıldız K. Evre I-III kolon kanserinde prognostik faktörlerin araştırılması. 2008, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi iç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, 63sayfa, Edirne, (Doç. Dr. Hakan Karagöl).
78. Berlin J, Gore R, Yaghmai V, Newmark G, Miller F. Staging of Colorectal Cancer. Seminars in Roentgenology.2000; 34(4):370-384.
79. Temel ve Klinik cerrahi-Cerrahi Teknik Elektronik Kitap <http://www.tcdcerrahi.org.com> . Erişim tarihi:01.06.2012
80. Karahasanoğlu T. Kolorektal kanserlerde izlem. Türkiye Klinikleri Cerrahi Dergisi. 2004; 9:126-145.
81. Sarıtaş Ü. Hepatobiliyer Hastalıklar. Metastatik Karaciğer Tümörleri. Nobel&Güneş Kitabevi. 2007; s.73-74.
82. C Rodel, Gerhard. Grabenbauer, G, Papadopoulos T, Hohenberger W, Schmoll H,Sauer R Phase I/II Trial of Capecitabine, Oxaliplatin, and Radiation for Rectal Cancer.Journal of Clinical Oncology. 2003; 21(16): 3098-3104.

83. Liu C, Chen P, Chiou T, Liu J, Lin J, Lin T, Chen W, Jiang J, Wang H, Wang W. UGT1A1*28 polymorphism predicts irinotecan-induced severe toxicities without affecting treatment outcome and survival in patients with metastatic colorectal carcinoma. *Cancer*. 2008; 112(9): 1932-1940.
84. Lacy A, Valdecasas J, Delgado S, Castells A, Taura P, Pique J, Visa J. Laparoscopy-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non - metastatic colon cancer : a randomised trial. *The Lancet*. 2002; 359: 2224-2229.
85. Çalışkan C, Güler N, Makay Ö, Fırat Ö, Yeniay L, Korkut M. Rektal Kanama ve Yandaş Kolorektal Hastalığın Kolorektal Kanserlerde Prognoz üzerine olumlu etkileri. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*. 2009;19:112-117.
86. Terzi C, Sökmen S, Karademir S, Uçmak F, Karaege G, Füzün M. Kolorektal kanser cerrahisi yaşlı hastalarda güvenlidir. *Geriatric Dergisi*. 2000; 3(2): 51-55.
87. Coşkun U, Yıldırım Y, Yamaç D, Çelenkoğlu G, Günel N. Kolorektal kanserli hastalarımızda karsinoembriyonik antijenin nüksleri antijenin nüksleri saptamadaki etkinliği. *Türkiye Klinikleri Dergisi*. 2003; 14(1):1-5.
88. Özer K. Mide kanseri olgularında ameliyatsonrasısığ kalıma etki eden prognostik faktörlerin analizi. 2008, Sağlık Bakanlığı Şişli Eftal Eğitim ve Araştırma Hastanesi III. Genel Cerrahi Kliniği, Uzmanlık tezi. 100 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Mehmet Mihmanlı).
89. Tuncer M, Dinç İ, Sander E, Dobrucalı A, Bal K, Yurdakul İ, Oktay E, Uzunismail H, Karabulut L, Altın M, Çelik S. Gastrik karsinoma. *Endoskopi Dergisi*. 1992; 2: 21-23.
90. Bertuccio P, Chatenoud L, Levi F, Praud D, Ferlay J, Negri E, Malvezzi M, Vecchia C. *International journal of cancer*. Article First Published Online. 2009; 125(3): 666 -673.
91. Göçmen E, Kocaoğlu H. Mide Kanseri Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Dergisi*. 2000; 5(4): 161-171.
92. Lochhead P, El-Omar E. Gastric cancer. *British Medical Bulletin* 2008;85:87–100.
93. Correa P, Camargo C, Piazuelo B. Overview and Pathology of gastric Cancer. *Business Media*, 2009; s.1-24.
94. Crew K, Neugut A. Epidemiology of gastric. *Cancer. The WJG Pres Allrights Reserverd*. 2000; 12(3): 354-362.

95. Hamilton JP, Meltzer SJ. A review of the genomics of gastric cancer. Clin Gastroenterol Hepatol 2006; 4: 416-425.
96. Zabeleta J. Multifactorial etiology of gastric cancer. Methods in Molecular Biology. 2012; 863:411-435.
97. Correa P. The epidemiology of gastric cancer. World Journal of Surgery. 1991; 15(2): 228-234.
98. Roder D. The epidemiology of gastric cancer. International and Japanese Gastric Cancer Associations. 2002; p.5-11.
99. Verlato G, Leo A, Rossi G, Manzoni G. Epidemiology of gastric cancer and screening programs. Surgery in the Multimodel Management of Gastric Cancer. 2012; p.1-7.
100. Orman S. Mide kanserli hastalarda cerrahi deneyimin ve D2 disseksiyonunun hasta sağkalımı üzerine etkisi: Bir üniversite kliniği ve bir eğitim hastanesi sonuçlarının değerlendirilmesi.2008, Uzmanlık Tezi,İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Genel Cerrahi Kliniği, .91 sayfa,İstanbul, (Doç. Dr. M. Rafet Yiğitbaşı).
101. Roy A,Cunningham D, Chau I. Management of advanced gastric cancer. November 2011; p.6-7.
102. Boyle P, Levin B (edt.). Dünya Sağlık Raporu. İçinde: Kanserle Savaş İhtiyacı ve Başarı Şansı. Uluslar Arası Kanser Araştırma Kurumu. DünyaKanser Raporu. Lyon. 2008; s.131-378.
103. E, Demir G. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu. 11-12 ocak 2001, İstanbul, s.253-269.
104. Gajalakshmi, Chittukadu K, Shanta V. Diet and risk of stomach cancer. Cancer Prevention International. 1996; 2(34): 97-109.
105. <http://emedicine.medscape.com/oficle/278744>. (ulaşım tarihi 29.02.2012)
106. Karthick P, Chidambaram K, Sowmya T, NatarajanR. Incidence of stomachcarcinoma in patients with acid peptic disiasse in rural hospital. The Internet Journal of Health. 2012; 13(1).
107. Forman D. The etiology of gastric cancer. Rarcliffe İnfirmary, Oxford, UK. 1991; 105: 22-32.

108. Yeğın İ, Yılmaz Ö, Aydınlı B, Cayır K, Gepdiremen S, Pirim İ, Tekin S. Midekanserinde E-cadherin genindeki heterozigosite kaybının sıklığı. Akademik Gastroenteroloji Dergisi. 2006; 5(3): 149-152.
109. Matsuo K, Tajima K, Suzuki T, Kawase T, Watanabe M, Shitara K, Misawa K, Lto S, Sawaki A, Muro K, Nakamura T, Yamao K, Yamamura Y, Hamajima N, Hiraki A, Hiraki A, Tanaka H. International journal of cancer. 2009; 125(8); 1961-1964.
110. Sayek İ. Temel Cerrahi El Kitabı. İçinde: Duedenum Divertikülleri. Öner Z. Öncü Basımevi. Ankara 2009; s. 408-415.
111. Hall J. Guyton & Hall Tıbbi Fizyoloji. İçinde: Sindirim Sistemi Hastalıklarının Fizyolojisi. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul. 2011; s. 508-512.
112. Doğan E, Kefeli A, Nazlıgül Y, Yeniova A, Küçükazman Ç, Güreşçi S, Fidan C. Helicobakter pilori ile enfekte düodenal ülser ve fonksiyonel dispepsi hastalarında anti-cag pozitifliği ve eradikasyon tedavisi başarısına etkisi. Dicle Tıp Dergisi. 2011; 38(1): 7-11.
113. Crabtree J, Wyatt J, Sobala G, Miller G, Tompkins D, Primrose J, Morgan A. Systemic and mucosal humoral responses to helicobakter pylori in gastric cancer. 1993; 34: 1339-1343.
114. Kadanalı A, Özkurt Z. Helicobakter pylori infeksiyonu: epidemiyoloji, potogenez ve ilişkili hastalıkları. Klinik Dergisi. 2004; 17(3): 146-150.
115. Ma J, Zhang L, Brown L, Li J, Shen L, Pan K, Liu Wei, Hu Yuanren, Han Zhong, Mansour S, Pee D, Blot W, Fraumeni J, Cheng You and W, Gail M. Fifteen-Year Effect of Helicobakter pylori, Garlic, and Vitamin Treatments on Gastric Cancer Incidence and Mortality. 2012; 104(4): 488-92.
116. Starzynska T. Molecular epidemiology of gastric cancer. Digestive Diseases. 2007; 25: 222-224.
117. Bayar S. Erken mide kanserinde klinik bulgular. Türkiye Klinikleri Dergisi 2007; 3(44): 6-8.
118. Tamer A, Korkut E, Korkmaz U, Akcan Y. Üst gastrointestinal endoskopi sonuçları: Düzce bölgesi. Kocatepe Tıp Dergisi. 2005; 6:31-34.
119. Akyagcı S, Bağcıvan E, Özgüç H, Kırdak T, Korun N. Mide kanserinde prognostik faktörler. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2005; 31(2): 113-118.

120. Durna Z, Akın S, Özdiilli K. Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Rehberi. İçinde: Demir Eksikliği Anemisi, Cinius Yayınları Bilimsel Eserler Sağlık. İstanbul.2009; s.80.
121. Aydın A, Topuz E, Onkoloji El Kitabı. İçinde: Gastrointestinal Sistem Tümörleri. Özofagus Kanseri Epidemiyoloji ve Etiyoloji. Aydın A, Topuz E, Özmen V, Şakar B, Dincer M. İstanbul. 2006; s. 199-266.
122. Kaminishi M, Takubo K, Mafune K. (Edt). Arai T. Mide kanserinin farklılığı. İçinde: Yaşlılarda Mide Kanseri. Nobel Tıp Kitabevleri. 2009; s.159-32.
123. Vakıl N. Gastrointestinal sistem karaciğer sırları. 2004; s.34-337.
124. Kırımlıoğlu V, Yılmaz S, Çağlıküleççi M, Yıldırım B, Ara C, Ertaş E, Akoğlu M. Mide kanserlerinde hastalığın evresi ile fibrinojen ve platelet sayısı arasındaki ilişki. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi. 1999; 6(4):281-285.
125. Kang H, Kim S, Kim J, Jung H, Song I. Clinical outcomes of endoscopic submucosal dissection for undifferentiated early gastric cancer. Surg Endosc. 2010; 24:509-516.
126. Güler A, İlkül Ö. Erken evre mide kanserinde pilor koruyucu mide rezeksiyonu (olgu sunumu). Ege Tıp Dergisi . 2000; 39(2): 129-141.
127. Güler A, İlkül Ö. Erken evre mide kanserinde pilor koruyucu mide rezeksiyonu (olgu sunumu). Ege Tıp Dergisi . 2000; 39(2): 129-141.
128. Yol S, Suzuki T, Ochiai T, Gunji T, Isino K. Erken mide kanserinde cerrahi tedavi ve prognoz. 1997;13 (3): s.185-193
129. Bilici A, Şeker M, Ustaalioğlu B, Dane, Aliustaoğlu M, Yılmaz B, Gezen C, Salepci T, Gümüş M, Uygun K. Lenf nodu negatif mide kanserli hastalarda sağkalım üzerine etkili prognostik faktörlerin değerlendirilmesi: Üç merkez deneyimi. Türk Onkoloji Dergisi. 2010; 25(4):135-142.
130. Zheng L, Weng M, Oi M, Oi T, Tong L, Hou X, Tong Q. Abberant Expresion of inteceptin-1 in gastric cancer: its relationship with clicicopathological features and prognosis. Cancer Res Clin Oncol. 2012;138:163-172.
131. Kamer E, Ünalp H, Atahan K, Peşkersoy M, Tarcan E, Önal M. Mide tümör perfrorasyonlarında cerrahi tedavi sonuçları ve prognostik faktörler. Turkish Journal of Trauma&Emergency Surgery Original Article Klinik Çalışma Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi. 2009; 15(6): 571-578.
132. Lordric, Florian, Schulze, Tobias, Jager, Dirk. The role of bioglogics in stomach cancer. Targeted Oncology. 2008;3(2):71-79.

133. Corso G, Marelli D, Roviello F. Etiopathogenesis of gastric cancer. Surgery in the Multimodal Management of Gastric Cancer. 2012; p.9-14.
134. Çetin R, Karaayvaz M, Tunç G, Çetin M, Kocaoğlu H, Demirci S. Erken mide kanseri: tanı-tedavi-takip. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 1996; 3(3): 53-57.
135. Hosseini N, Mousavinasab N, Moghimi H, Fallah R. Delay in diagnosis and treatment of gastric cancer:from the beginning of symptoms to surgery- an Iranian study. Turk J Gastroenterol 2007;18(2):77-81.
136. Maguire A, Porta M, Sanz-Anquela JM et al. Sex as a Prognostic factor in gastric cancer. Eur J Cancer 1996; 32: 1303-1309.
137. Maehara Y, Watanabe A, Kakeji Y. Prognosis for surgically treated gastric cancer patients is poorer for women than men in all patients under age. Br J Cancer. 1992; 65:417-420,
138. Bakır T, Özgür O, Şiviloğlu Ç, Erkul S, Solak M, Çelik F. 80 yaş ve üzerindeki kişilerde mide kanseri. Geriatri Dergisi. 2000; 3(3): 98-101.
139. Fujimoto S, Takahashi M, Ohkubo H. Comparative clinicopathologic features of early cancer in young and older patients. Surgery. 1994; 115: 516-520.
140. Brown LM, Swanson. CA, Gridley G, Swanson GM, Schoenberg JB, GreenbergRS. Adenocarcinoma of the esophagus: role of obesity and diet. J Natl Cancer Inst. 1995; 4:85-92.
141. Boyunağa H. Kanseler ile kan grupları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 1991; 8(1): 93-98.
142. Kajiyama Y, Tsurumaru M, Udagawa H. Prognostic factors in adenocarcinoma of the gastric cardia: Pathologic stage analysis and multivariate regression analysis. J Clin Oncol; 1997; 15:2015-2021.
143. Şahin M, Tanrıku Y, Erel S, Bayraktar K, Akkuş M. Mide kanserlerinde gastrektomi deneyimlerimiz. Bidder Tıp Bilimleri Dergisi. 2010; 2(1):20-26.
144. Kelsen D, Ginsberg Robert, Pajak Thomas, Sheahan D, Gunderson L, Mortimer J., Estes N., Galler D, Ajani J, Kocha W, Minisky B, Roth J. Chemotherapy Followed By Surgery Compared With SURGERY Alone For Localized Esophageal Cancer. The New England Journal of Medicine. 2012; 339 (27):1980-1983.
145. Koruk M. Onuk M, Gürsan N, Polat G, Yılmaz A, Özegüç Kanseri: Klinik, Endoskopik ve Histopatolojik Özellikleri . Endoskopi Dergisi. 2000; 11(1): s1-5.
146. Erzurumlu K. Genel Cerrahiye Giriş . Nobel Matbaacılık. İstanbul. 2008; s:9-20.

147. Runge M, Greganti A. Netter İç Hastalıkları (Edt)Ünal. S. Demir M. İçinde: Üst Gastrointestinal Sistem Kanseri. Ayrıntı Basımevi. Ankara.2009.
148. Özçelik M. Özofagus Kanseri: Tanı ve Cerrahi Tedavı.İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri.Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu İstanbul. 11-12 Ocak 2001; s.241-251.
149. Ökten A. Gastroenterohepatoloji. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2001; s.26-29.
150. Chang F, SyrjanenS, Wang L, Syrjanen K, Infectious agents in the etiology of esophageal cancer.Gastroenterology.1992; 103(4):1336-1348.
151. Yang C. Cancer research on esophageal cancer in china: A review. American Association for Cancer Research. 1980; 40:2633-2644.
152. Kotan Ç, Kils E, Sönmez R,Aslan M,Aras A,Arslantürk H,Söylemez Ö, Özofagus Kanserinin Cerrahi Tedavisinde Deneyimiz: 57 Olgunun analizi. Van Tıp Dergisi. Cilt 2001; 8 (2): 54-60.
153. Gamliel Z. Incidence, epidemiology an etiology of esophageal cancer. Chest Surg Clin N. 2000; 10(3): 441-450.
154. Hsu CW, Krevsky B, Sigman LM,Thomas Rm, Rapid progression of Barrett's esophagus to metastatic esophageal carcinoma in a patient with chronic lymphocytic leukemia. J Clin Gastroenterol. 1998; 27(3):261-264.
155. Enzinger P, Mayer R. Esophageal cancer. M.D.N Engl J Med. 2003; 349: 2241-2252.
156. Güler A, Kırdök Ö, Karaköse Y. Radyoterapiye sekonder özofagus kanseri: 2 olgu sunumu. Akademik Gastroenteroloji Dergisi. 2005; 2(1):57-59.
157. Layke J, Lopez P. Esophageal cancer:A review and update. American Family Physicians. 2006; 73(12):2188-2194.
158. Corley D, Kerlkowske K, Verma R, Buffler P. Protective association of aspirin/NSAIDs and esophageal cancer: A systematic review and meta-analysis Gastroenterology.2003;124:47-56.
159. Evidence A, Approach B. Oncology. In: Esophageal Cancer.Urschel J.Printed in the United States of America.2006; p.664-669.
160. Avşar E, Ulusoy N. özofagus kanserinde evreleme ve tedavi seçimi. Endoskopi Dergisi. 1994; 3:147-151.
161. <http://gastro.uludag.edu.tr/eski-site/k1104.php> (Erişim tarihi: 03.04.2012).
162. Dilmener M, Bozfakıoğlu Y, Değerli Ü. (edt.). Tanı ve Tedavi. Nobel Tıp Kitabevleri. 6.baskı,İstanbul. 2004; s. 324-424.

163. Göksoy E. (Ed)Genel Cerrahi Ders Kitabı. İçinde: Özofagus Tümörleri. Cilt 2. İstanbul.2010; s.726-810.
164. Hatton C, Blackwood R. Klinik Beceri. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. 2005; s.13-20.
165. Ellis H, Calne S, Watson C. Genel cerrahi . Çeviri: Tayyareci G, TayyareciA.Nobel Matbaacılık. İstanbul. 2005; s.158-159.
166. Taşçı İ, Şirin F, Gökdoğan C, Göksel S, Ayan F, Tekelioğlu M. Kliniğimizde tedavi edilen 10 yıllık özofagus karsinomlarının kliniko-patolojik değerlendirilmesi. Endoskopi Dergisi. 1996; 3:13-17.
167. Dolar E. İç Hastalıkları. Nobel-Güneş Kitabevi. Bursa. 2005; s. 624-636
168. Aykan N, Topuz E, Gastrointestinal Sistem Kanseri. (Özofagus.Mide.Kolon ve Rektum) Tanı-Tedavi-Takip. İstanbul Konsensüsü. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul. 2008; s.3-4.
169. Andrew B, Mark J, Mithat G, David G, Janie T, Damien T, Bryan B, Smithers B. Refining esophageal cancer staging after neoadjuvant therapy: Importance of treatment response. Annals of Surgical Oncology. 2008; 15(10):2844-2902.
170. Akbayrak N, İlhan S, Ançel G, Albayrak A. (edt.). Hemşirelik Bakım Planları, İçinde Dahiliye-Cerrahi Hemşireliği ve Psiko- sosyal Boyut. Alter Yayıncılık. Ankara. 2007; s.875-879.
171. Stein, Hubert J, Sievert, Jörg, Rudiger. Improved prognosis of resected esophageal cancer. World Journal of Surgery. 2004; 6: 520-525.
172. Flanagan F, Dehdashti F, Siegal B, Diana T, Sundaresan S, Patterson G, Cooper J. Staging of esophageal cancer with f-fluorodeoxyglucose positron emission tomography. Amerikan Roentgen Ray Society. 1997; 168: 417-424.
173. Hiroshi M, Makoto Y, Yukonori K, Shuji T, Kiyokazu N, Yosshiyuki F, Masaki M, Yuichiro D. Multimodal treatment for resectable esophageal cancer. General Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2011; 59 (7):461-466.
174. <http://gastro.uludağ.edu.tr/ask>.Erişim tarihi:08.05.2012
175. Prenzel K, KöningA, Schneider P, Schnickmann C, Baldus S, Schröder W, Bollschwiller E, Dienes H, Mueller R, Izbicki J, Hölscher A. Reduced incidence of nodal micrometastasis after major response to neoadjuvant chemoradiation in locally advanced esophageal cancer. Annals of Surgical Oncology. 2007; 14(2):954-959.

176. Barclay V. (Eds.).Kanser Hemşireliğinde Temel Kavramlar.Uluslararası Kanser Savaş Birliği. Teknik Raporlar Serisi. 1987; 39: 2-93.
177. Daly JM, Karnell LH, Menck HR. National cancer data base reporton esophageal carcinoma . Cancer 1996; 78: 1820-8.
178. Rockey G. Gastroenterology clinics of north america. An Imprint of El Sevier. Philadelphia. 2005; s.581-587.
179. Cooper J, Guo M, Herskovic A, Macdonald J, Martenson J, Sarraf M, Byhaydart Roger, Rusell A, Beitler J, Spencer S, Asbell S, Graham M, Leichman L. Chemoradiotherapy of locally advanced esophageal cancer. American Medical Association Allrights reseved. 1999; 281(17): 1623-1627.
180. Juan L. Hemşirelik Tanıları El Kitabı (edt.). Erdemir F.Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul 2004;s. 446-450.
181. Yursever S. Kronik hastalıklarda yorgunluk ve hemşirelik bakımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2004; s.16-20.
182. Görgülü Ü. İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesini hemşirenin eğitim ve danışmalık hizmetinin etkisi. 2006, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 270 sayfa, Ankara (Prof. Dr. Nuran Akdemir).
183. Azak A, Çınar S. Lenfomalı (hodgkin ve non-hodgkin) hastalarda yorgunluk sendromu ve etkileyen faktörler. Türk Hematoloji-Onkoloji Dergisi. 2005; 15(2):78-85.
184. Karakoç T. Ayaktan Kemoterapi Alan Geriatrik Hastalarda Sosyal Destek ile Yorgunluk Arasındaki İlişki. 2008, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 172 sayfa, Mersin, (Yrd. Doç. Dr. Sabire Yurtsever).
185. Ahlberg K, Ekman T, Gaston F, Johansson, Mock V. Assessmeht and management of cancer-related fatigua in adults. The Lancet. 2003; 362: 640-644.
186. Yang C, Wu C. The situational scale: A different approach to measuring Fatigue. Quality of Life Reseach. 2005; 14:1357-1362.
187. Carr D, Leonidas G, Lawrence D, Pirl W, Lau J, Devine D, Kupelnick B, Miller K. Management of cancer symptoms: pain depression, and fatigue. Evidence Report -Technology Assessment. 2002;61:151-174
188. Gall H. European journal ofcancer care. 1996; 5(2): 31-34.

189. Taio M, Millan I, Trelli U. Cancer-related fatigue. *International Journal Of Oncology*. 2002; 21(5): 1093-1099.
190. Stonne P, Minton O. Cancer-related fatigue. *European Journal of Cancer*. 2008; 44: 1097-1104.
191. İstek E. Kolorektal kanserli hastalardayogunluk düzeyi ve yorgunluğu etkileyen faktorlerin belirlenmesi. 2008, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek lisans tezi, 55 sayfa. İzmir, (Yard. Doç. Dr. Ayfer Elçigil).
192. Furrst C, Ahsberg E. Dimensions of Fatigue During radiotherapy. An application of the Multidimensional Fatigue Inventory. *Supportcare cancer*.2001; p.355-360.
193. Onat H, Mandel N. (edt.). *Kanser Hastasına Yaklaşım Tanı,Tedavi ve Takipte Sorunlar.İçinde: Kanserde Yorgunluk*, Argon A, Nobel Tıp Kitabevleri,İstanbul. 2002; s.132-355.
194. Dimeo F, Schmittel A, Fietz T. Physical performance, depression, immune status and fatigue in patients with hematological malignancies after treatment. 2004, *Annals of Oncology*, 15: 1237-42.
195. Şahinoğlu H. (Edt.). *Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri*. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul. 2011; s.1882-1891.
196. Karakoç T. Kanser hastalarında yorgunluk ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2008; 3(8): 99-117.
197. Shiuann H, McSweeney M. Cancer-related fatigue: “it’s so muchmore than just begin tired”. *Europen Journal of Oncology Nursing*. 2007; 11(2): 117-125.
198. Can G, Enç N, Akaya S. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi. *Konsensus’07. İçinde: Yorgunluk*. İstanbul.2008; s.6-20.
199. Silveira M, Given C, Cease K,Sikorskii A,Given B, Northouse L,Piette. *Cancercarepartners: Improving patients’ symptom managementby engaging informal caregivers*. *BMC Palliative Care*. 2011; 10:1-11.
200. Campos M, Hassan B, Riechelmann R.,Del Giglio A. *Cancer Related Fatigue*. *Annals of oncology* 2011;22(6):1274-1279.
201. Carrol J, Kohli S, Mustian K, Roscoe J, Morrow G. Pharmacologic treatment of cancer-related fatigue. *The Oncologist*. 2007;12(1): 43-51.
202. Longworth D, Stoller J, Casey D, Jewell J. *İç Hastalıkları Vaka Derlemeleri*. Cleveland Klinik. İstanbul Medical Yayıncılık. 2004;s.151-153.

203. Çil E, Kimya Y, Heper C, Sunay B, Heper Y, Sivrioğlu K, Uzaslan E, Şimşek Ü, Armağan E, Moğol E. Multidisipliner Kardiyoloji. (Edt) Heper C. Nobel&Güneş Tıp Kitabevi, Bursa, 2002; s.123-129.
204. Cella D, Lai J, Chang C, Peterman Amy, Slavin M. Fatigue in cancer patientstcomparent with fatigue in the General United States Population. American Cancer Society. 2002; s.528-531.
205. Akdemir N, Birol L. Kanser hemşireliği- semptom kontrolü. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. baskı Sistem Ofset. Ankara. 2005, s.285-293.
206. Sabuncu N, Ay F. Klinik Beceriler Sağlığın Değerlendirilmesi Hasta Bakım ve Takibi. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. 2010; s.780-800.
207. Elyse E, Lower, M, Fleishman S, Cooper A, Zeldis J, Faleck H, Yu Z, Manning D. Efficacy of dexmethylphenidate for the treatment of fatigue after cancer chemotherapy: A randomized clinical trial. Journal of Pain and Symptom Management. 2009; 38(5): 650-662.
208. Bruera E, Valero V, Driver L, Shen L, Willey J, Zhang T, Palker J. Patient – Controlled Methylphenidate for Cancer fatigue: A double-blind, rondomized, placebo-controlled trial. Journal of Clinical Oncology. 2006; 24(13);2073-2075.
209. Ahsberg E, Fürst J. Dimensions of fatigue during radiotherapy. International Journal of Nursing. 2005; 42:377-386.
210. Delegge M. Nutrisyon ve Gastrointestinal Hastalık. Malazgirt Z, Topgül K. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 2011; s.149-177.
211. Debra E, Nancy L, Rita H, Munro C, Elswick R. Advancing the biobehavioral research of fatigue with genetics and genomics. Journal of Nursing Scholarship. 2011; 43(3): 274-281.
212. Kömürçü Ş. Kanserli hastalarda beslenme problemi. 8.Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. Kongre kitabı. 13-17 Eylül 2006.
213. Çehreli R. Kanserli Hastalarda Beslenme .X111. TPOG.Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi, Hemşire Programı. Kongre kitabı. 18-22 Mayıs 2004.
214. Kanser hastalarında beslenme ve hemşirelik yaklaşımı. Dirim Tıp Gazetesi. İzmir.2008.
215. Aydoğan F, Uygun K. Kanser hastalarında palyatif tedaviler. Klinik Gelişim. 2011;24:4-9.
216. Akyolcu N. Kanserli hastalarda dispne ve hemşirelik bakımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.2002;6(1):1-8.

217. Chaudhuri A, Behan P. Fatigue and basal ganglia. *Journal of the neurological sciences*. 2000; 179:34-42.
218. Schneider S, Hood L. A distraction intervention for chemotherapy. *Of Health National Institutes*. 2007; 34(1); 39-46.
219. Sözen C. Hemşirelikte Öğretim. Palme Yayıncılık, Ankara, 2003 s.56-57.
220. Ulusoy A, Güngör A, Akyol A, Subaşı G, Ünver G, Koç G. Eğitim Psikolojisi. Anı Yayıncılık, Ankara, 2006; s.180-181.
221. Kuşuoğlu S, Aslan F, Olgun N. Acil Bakım. (Edt.). Şelimen D. 3.baskı. Yüce Yayıncılık, İstanbul, 2004; s.387-390
222. Akyolcu N, Aksoy G, Kenan N. Cerrahi Hemşireliği Uygulama Rehberi. Tıp Kitabevi, İstanbul, 2011; s.175-189.
223. Çöçelli L, Bacaksız B, Ovayolu N. Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*. 2008; 14: 53-58.
224. Aslan F. Ağrı Doğası ve Kontrolü. Avrupa Tıp Kitapçılık. İstanbul. 2006; s. 221-230.
225. Roscore J, Kaufman M, Matteson S, Rusby, Palesh O, Ryan J, Kohli S, Perlis M, Morrow R. Cancer-Related Fatigue and Sleep Disorders. *The Oncologist*. 2007; 12:35-42.
226. Dinçol K, Eroğlu L, Özkan S, Bozfakıoğlu Y, Yücel A, Kılıç K, Özyalçın S. Kanserde Palyatif Bakım. Edt. Erdine S. Sandoz Ürünleri, İstanbul. 1993; s.129-252.
227. Kaptan G, Dedeli Ö. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği Kavram ve Kuramlar. Tıp Kitabevi. İstanbul. 2012; s.149-168.
228. Özsan H. Antiemetik Kullanımı. Türk Hematoloji Derneği-Hematolojide Destek Tedavileri ve İnfeksiyonlar Kurs Kitabı. İzmir. 2007; s.56-58.
229. Howland R, Mycek M. Farmakoloji. Çeviri Ed: Onat F, Gören Z, Karaalp A. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul. 2009; s.329-331.
230. Dural E. Hemşireler için Farmakoloji Ders Notları. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul. 2011; s.168-173.
231. Akdemir N. İç Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. 1998; s. 71-77.
232. Birol L. Hemşirelik Süreci. 6.baskı. Etki Matbaacılık Yayıncılık İzmir. 2004; s.317-320.
233. Coşkun A, Önalın A. Farmakoloji. Tus birincileri Ders notları serisi. Palme Yayıncılık Ankara. 2000; s.178-251.

234. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı, 9.Basım.Remzi Kitabevi.İstanbul.1999;s.292-300.
235. Knowles G, Borthwick D, McNamara S, Miller M. Survey of nurses assessment of cancer-related fatigue. European of Cance Care. 2009; 9(2): 105-113.
236. Ünsar S, Fındık Ü, Kurt S, Özcan H. Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2007; 2(5): 89-106.
237. Ünal N. Cerrahi Yoğun Bakım Özel Sayısı. Türkiye Klinikleri Dergisi. 2002; s.172-176.
238. Kav S, Hanoğlu S, Algier L. Türkiyede kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı: Literatür taraması: Hematoloji-Onkoloji Dergisi. 2008; 18(1): 32-38.
239. Uğurluer G, Karahan A, Edirne T, Şahin H. Ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi alan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarına başvurma sıklığı ve nedenleri. Van Tıp Dergisi. 2007; 14(3): 68-73.
240. Tokem Y. Astımlı hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2006; 54(2): 189-196.
241. Turan N, Öztürk A, Kaya N. Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: Tamamlayıcı terapi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi. 2010; 3(1): 93-98.
242. Muslu G, Öztürk C. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2008; 51: 62-67.
243. Özçelik H, Fadiloğlu Ç. Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım nedenleri. Türk Onkoloji Dergisi. 2009; 24(1): 48-52.
244. Müezzinoğlu T. Ürolojide sağlıkta yaşam kalitesi. Sağlıkta Birikim Dergisi; 2006; 1(2): 83-93.
245. Arı Z. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyum kitabı, 04 Mayıs 2012. www.bayar.edu.tr/saglikyo/sempozyumkitap.pdf.(ErişimTarihi: 06.06.2012)
246. Ertem G, Kalkım A, Bulut S, Sevil Ü. Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi. 2009; 2(2):3-11.
247. Kurt S, Çetinkaya Ş. Lösemili çocuklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2008; 3(8): 36-56.
248. Durualp E, Kara F, Yılmaz V, Alaybeyoğlu K. Kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların ve ebeveynlerinin görüşlerine göre yaşam kalitelerinin

- karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2010; 63(2): 55-63.
249. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür S. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon anksiyete, yaşam kalitesi ve yitimi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2011; 12(2): 89-98.
250. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. (Erişim tarihi: 01.06.2012).
251. Yıldırım Y, Uyar M, Fadilloğlu Ç. Kanser ağrısı ve yaşam kalitesine etkisi. Ağrı Dergisi. 2005; 4: 17-22.
252. www.bayaz.edu.tr/~saykad/ozgur_ozyilkan. (Erişim tarihi:10.06.2012.)
253. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B. The european organization for research and treatment of cancer QLQ-C30:A quality-of-life. International Clinical Trials In Oncology. 1993; 85: 365–376.
254. Bjordal K, Elmqvist-Ahlner M, Tollesson E, Jensen A, Ravazi D, Maher E, Kaasa S. Development of a european organization for research and treatment of cancer(eortc) questionnaire module to be used in quality of life assesstments in head and neck cancer patients. Acta Oncologica Vol. 1994; 33(8): 879-885.
255. Altıparmak S, Fadilloğlu Ç, Gürsoy T, Altıparmak O. Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. Ege Tıp Dergisi. 2011; 50(2): 95-102.
256. Topçu S, Bölüktaş P. İnmeli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. Yeni Tıp Dergisi. 2012; 29(3): 159-164.
257. Dalgıç G, Karadağ A, Kuzu N. Kemoterapiye bağlı gelişen stomatitte hemşirelik bakımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 1998; 2(2): 53-59.
258. Onkolojik hastalıklar ve hemşirelik bakımı el kitabı. Sağlık Bakanlığı Dr Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Mavi Ambalaj. Ankara 2005;s.198-205.
259. Kızılcı S. Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Celal Bayar Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1999;3 (2): 18-26.
260. Yeter K, Savcı A, Sayiner D. Meme kanserinde rekonstrüktif cerrahinin ve hasta eğitiminin yaşam kalitesine etkisi. Meme Sağlığı Dergisi. 2009; 5(2): 65-68.

261. Dizer B, Yava A, Hatipoğlu F. Perceived control and involvement in self-care in patients with colorectal cancer. *Journal Clinical Nursing*. 2009; 19:2372-2373.
262. Sömbüloğlu K, Sömbüloğlu V. Biyoistatistik. Örnekleme Büyüklüğünü Saptamak İçin Formüller. 13. Baskı. Hatiboğlu yayınevi. Ankara,2009; s.264-265.
263. Annagür B, Orhan F, Özer A, Tamam L, Erhan Ç. Obezitede dürtüsell ve emosyonel faktörler: bir ön çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2012; 49: 17-19.
264. Can G. Meme kanserli hastalarda yorgunluğun ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. 2001, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 125 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Zehra Durna).
265. Beser N, Öz F. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *Celal Bayar Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2003; 7(1) : 47-58.
266. Ünsal D, Aksu A, Bağriaçık Ü, Akmansu M. Postmastektomi radyoterapi uygulanan meme kanserli olgularda gelişen yorgunluğun derecesi, serum sitokin ve leptin düzeyleri ile ilişkisi: Prospektif değerlendirme. *Türk Onkoloji Dergisi* 2007;22(1):1-12
267. Nafees B, Stafford M, Gavriel S, Bhalla S, Watkins J. Health state utilities for non small cell lung cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2008; 6(84): 0-15.<http://www.hqlo.com/content/6/1/84>(Erişim Tarihi 10.06.2012)
268. Kaya E, Larenks Kanseri Olan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, KBB Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2006,72 sayfa (Prof. Dr. Emre Cingi).
269. Özdamar K.SPSS ile Biyoistatistik. 4. baskı.Eskişehir. Kaan Kitabevi. 2001; s. 366-367.
270. Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi* 2008; 23(3):132-139.
271. Curt G, Bretbart W, Cella D, Groopman J, Horninig S, Itri L, Johnso D, Miaskowski C, Scherr S, Portenoy R, Vogelzang N. Impacct of cancer-related fatigue on the lives of patients: New findings from the fatigue coalition. *The Oncologist* 2000; 5:353-360.
272. Gürbüz S, Yüksel M. Çalışma Ortamında duygusal Zeka: İş performansı, İş tatmini, Örgütsel vatandaşlık davranışı ve bazı demografik özelliklerle ilişkisi, *doğuş Üniversitesi Dergisi*, 2008; 9(2): 174-188.

273. Yavuzşen T, Kömürcü Ş. Kanser hastalarında halsizlik semptomunun değerlendirilmesi ve birlikte görülen klinik problemler. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2008; 50: 141-146.
274. De Jong, Candel MJ, Schouten HC, Abu-Saad HH, Courtens AM. Course of mental fatigue and motivation in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *Annals of Oncology*, 2005;16(3):372-382.
275. Karadağ F, Gülen Ş, Ceylan E, Karul A. İleri evre akciğer kanseri olgularında yorgunluk ve güçsüzlükle ilişkili faktörler. *Solunum Dergisi*. 2012; 14(1):27-33.
276. Stone P, Richardson A, Ream E, Smith A, Kerr D & Kearney N. Cancer-related fatigue: inevitable, unimportant and untreatable. *Annals of oncology*. 2000;11: 971-975.
277. Arslan S, Akın B, Kocoğlu. Kemoterapi alan hastalarda hastalık ve tedaviye bağlı yaşanan semptomların sosyo-demografik özellikler ve algılanan sosyal destek ile ilişkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2008; s.47-56.
278. Yurtsever S. Kronik Hastalıklarda Yorgunluk ve Hemşirelik Bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2000;4(1):16-20.
279. Gürel D. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Onkoloji, Hematoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, 2007, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana, 100 sayfa (Yrd. Doç. Dr. Gürsel Öztunç).
280. Bektaş H, Akdemir N, Kanserli hastalarda fonksiyonel durumun önemi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, (Elektronik dergi) 2009; 12(3),54-60 <http://e-dergi.atauni.edu.tr/index.php/HYD/article/view/745/730>. (Erişim tarihi: 02.03.2012)
281. Esen E, Çam O. Histerektomi olmuş kadınların yaşam kalitesinin incelenmesi *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2006; 22 (1) :107-117.
282. Karabıçak İ, Yürüker S, Kesicioğlu T, Çınar H, Özen N, Kesim M. Genç hastalarda mide kanseri. *Van Tıp Dergisi*. 2011; 18(2):96-100.
283. Göktaş T, Akın M, Aydemir Ö. Akciğer kanserli hastalarda yaşam kalitesi değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıkları* 2002; 13:265-270.

284. Reis N, Coşkun A, Beji N. Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 9(2):25-35.
285. Karadayı B, Zincircioğlu S, Dirier A. Rektum kanserinde adjuvan kemoradyoterapi: Postoperatif mi, preoperatif mi?Uluslar Arası Hematoloji-Onkoloji Dergisi. 2006; 16(1): 47-53
286. Güllü İ, Çelik İ. Kemoterapi El Kitabı. Hacettepe Doktorlar Yayınevi,2005; s.2-3.
287. Korkmaz M,Akciğer Kanseri Olan Hastalara Uygulanan Taburculuk Planlanmasının Semptom Kontrolü Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2007; İzmir, 225 sayfa (Prof. Dr. Çiçek Fadıloğlu).
288. Haghghat S, Akbari ME, Holakouei K, Rahimi A, Montazeri A. Factors predicting fatigue in breast cancer patients. Supportive Care in Cancer,2003;11(8):533–538.

8.EKLER

EK 1.ANKET FORMU

Açıklama:

Lütfen sağlığınız hakkında aşağıdaki sorulara cevap veriniz. Soruların çoğu sağlık durumunuzu belirlemek amacıyla sorulmuştur. Sorulara vereceğiniz cevaplarda doğru veya yanlış yoktur ve çoğunu basit bir yuvarlak içine alarak cevaplayabilirsiniz. Lütfen her soruyu cevaplayınız.

Lütfen aşağıdaki bilgileri vererek başlayınız

Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Tarih :

1. Cinsiyet:
2. Yaşınız:.....
3. Boy.....
4. Kilo:.....
5. Eğitim Durumunuz:
a)Okur-yazar değil b) İlkokul c)Ortaokul
d) Ortaöğretim (Lise)e) Yüksekokul ve Fakülte
6. Medeni Haliniz:
a)Bekarb)Evli
7. Mesleğiniz:
a) Öğrencib) Memurc) Serbestd) Emeklie) Diğer
8. Sosyal Güvenceniz?
a) SSKd) Yeşil kart
b) Emekli Sandığıe) Güvencem yokc) Bağkur

9. Yaşadığınız yer?

- a) İl b) İlçe c) Köy

10. Gelir Durumunuz?

- a) Geçinemiyorum b) Orta c) İyi d) Çok iyi

Hasta Bilgi Formu

11. Hastalığınız nedir?

- a) Biliyorum b) Bilmiyorum

12. Hastalığınızı biliyorsanız nedir?

.....

13. Hastalığın tanısı?.....

14. Hastalığınız ne zaman ortaya çıktı (hastalığın süresi)?.....

- a) 4-12 ay b) 13-28ay c) 29 ay ve üstü

15. Hastalığın evresi?.....

16. Hastalığın tedavisi nedir?

- a) Cerrahi b) Radyoterapi c) Cerrahi+ Kemoterapi
d) Cerrahi+ Kemoterapi+Radyoterapie) Cerrahi+ Radyoterapi
f) Kemoterapi+Radyoterapi

17. Tedavinizin uygulanma yeri neresidir?

- a) Hastanede yatarak b) Ayaktan

18. Ne kadar süredir bu tedaviyi alıyorsunuz?.....

19. Ailenizde kronik hastalığı olan ya da kanser tanısı olan var mı?

- a) Hayır b) Evet

Yakınlık derecesi	Kim	Tanısı	Tanı süresi	Yaşama durumu

20. Bu hastalığınızdan başka kronik hastalığınız var mı?

- a) Hayır b) Evet (Tanısını belirtiniz).....

21. Bu kronik hastalığınıza yönelik düzenli ilaç tedavisi alıyor musunuz?

- a) Hayır b) Evet (Nedir?).....

22. Ne kadar süredir hastanede kalıyorsunuz?.....

- a) Yatmayan b) 1-14 gün c) 15-29 gün d) 30 gün ve üstü

23. Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken;

- a. Bağımsız
b. Ağrılı fakat aktivitelerini sürdürebilecek düzeyde
c. Bir kısım aktivitelerini sürdürebilecek düzeyde
d. Bağımlı

24. Hastalığınız ile bas etmede size destek olan kişiler var mı?

- a) Evet b) Hayır

25. Karnofsky Performans Skalası sonucu:

EK 2. KARNOFSKY PERFORMANS SKALASI (KPS)

SKOR	HASTANIN PERFORMANSI
100	Normal; yakınması yok, hastalığa ait belirti yok
90	Normal aktivitesini sürdürebilir; minör belirtiler var
80	Gayret ile normal aktivitesini sürdürebilir; bir miktar hastalık belirtisi var
70	Kendine bakabilir; normal aktivitesini sürdüremez
60	Bazen yardım gerektirir; birçok ihtiyacını karşılayabilir
50	Önemli ölçüde yardım ve sık bakım gerektirir
40	Debilite; özel bakım ve yardım gerektirir
30	Ciddi debilite; hastanededir, yakın zamanda ölüm beklenmez
20	Çok hasta; aktif destekleyici tedaviye ihtiyaç duyar
10	Fatal süreçler hızla gelişmektedir

EK 3. PİPER'İN YORGUNLUK ÖLÇEĞİ

- Ne zamandan beri kendinizi yorgun hissediyorsunuz? (sadece birini işaretleyiniz)

- 1) Dakika
- 2) Saat
- 3) Gün
- 4) Hafta
- 5) Ay
- 6) Diğer (lütfen açıklayınız)

- 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

- Şu an hissettiğiniz yorgunluk okul veya iş faaliyetlerinizi sürdürmenizi ne derecede engelliyor?

Engellemez Çok
engeller
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Şu an hissettiğiniz yorgunluk arkadaşlarınızı görmeyi veya iletişim kurmanızı ne derecede engelliyor?

Engellemez Çok
engeller
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Şu an hissettiğiniz yorgunluk cinsel yaşamınızı sürdürmeyi ne derecede engelliyor?

Engellemez Çok
engeller
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Şu an hissettiğiniz yorgunluk yapmayı sevdiğiniz faaliyetlere katılmanızı ne derecede engelliyor?

Engellemez Çok
engeller
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Şu an hissettiğiniz yorgunluğun şiddetini veya derecesini nasıl tanımlarsınız?

Hafif Şiddetli
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız?

Hoş Hoş değil
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kabul edilebilir Kabul
edilemez
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Koruyucu Yıpratıcı
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Olumlu Olumsuz
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Normal Anormal
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? Güçlü	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Zayıf 10
• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? Uyanık	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Uykulu 10
• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? Canlı	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Cansız 10
• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? Dinlenmiş	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Yorgun 10
• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? Kuvvetli	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Kuvvetsiz 10
• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? Tahammül edilebilir edilemez	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tahammül 10
• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? Rahat	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Gergin 10
• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? Mutlu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mutsuz 10
• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? Konsantre olabiliyorum	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Konsantre olamıyorum 10
• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? Hatırlayabiliyorum Hatırlayamıyorum	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? İyi düşünebiliyorum düşünemiyorum	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	İyi 10
• Yorgunluğunuza doğrudan katkıda bulunan veya sebep olduğuna inandığınız en önemli neden nedir? (nedeni tanımla)											
• Yorgunluğunuzu azaltmak için bulduğunuz en iyi şey											
• Yorgunluğunuzu bize daha iyi açıklayacak başka bir şey eklemek ister misiniz?											
• Şu an başka herhangi bir şikayetiniz var mı?.....											
Hayır											
Evet.Lütfenaçıklayınız											
.....											
• Peki siz yorgunluğunuzu nasıl tanımlarsınız?											

EK 4.EORTC QLQ C-30 YAŞAM KALİTE ÖLÇEĞİ

Siz ve sağlığınız hakkında bazı eylemlerle ilgileniyorsunuz. Lütfen soruların tamamını size uygun gelen numarayı daire içine alarak cevaplayınız. Soruların “doğru” veya “yanlış” cevapları yoktur. Verebileceğiniz cevaplar kesinlikle gizli kalacaktır.

Lütfen adınızın ve soyadınızın baş harflerini yazınız:

Doğum gününüz (Gün/Ay/Yıl):

Bugünkü tarih (Gün/Ay/Yıl):

	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 zorlanırmısınız?	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 oluyor 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
	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
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 faaliyetleriniz etkiledi mi?	1	2	3	4
20. TV 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 içerisinde 1 ile 7 arasındaki size en uygun numarayı daire içine alın.

29. Geçen haftaki genel sağlığınıza nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok kötü 1 2 3 4 5 6 7 Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

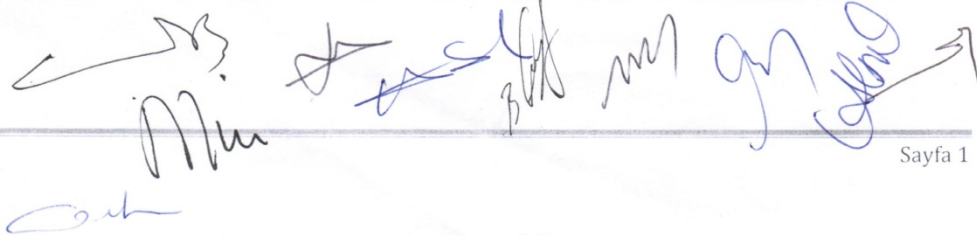
Çok kötü 1 2 3 4 5 6 7 Mükemmel

EK 5. GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURUL ONAYI

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gastrointestinal Sistem Kanseri Hastalarda Yorgunluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	34			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr Serap PARLAR KILIÇ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>			
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz:				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	HASTA KARTI/GÜNÜKLERİ	<input type="checkbox"/>				
	ILAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
DİĞER:	<input type="checkbox"/>					



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 14.02.2012/34	Tarih: 14.02.2012
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	
Sağlık Bakanlığına Bildirilecek		Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç.Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ

Unvan/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç.Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Mir
Prof.Dr.Vedat DAVUTOĞLU	KARDİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	KATILMAZI
Doç.Dr.Ercan SIVASLI	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.A.Mesut ONAT	İÇ HASTALIKLARI Romatoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Yasemin ZER	MİKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Nejdet ADANIR	DİŞ HEKİMLİĞİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Beyhan CENGİZ	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Arif TÜRKMEN	Plastik Rek. ve Est. Cerrahi	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	KATILMAZI
Yrd.Doç.Dr.Seval KUL	BIYOİSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr. Cahide ElİFORHAN	FARMAKOLOJİ	Gaziantep II Sağlık Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Eyüp ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Baha Günhan GÜNGÖRDÜ	İNŞ MÜH (sivil Üye)	GASKİ	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

Elden teslim aldım
 Etik Sorumlusu
 [İmza]

**EK 6.KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA MERKEZİ FARABİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ ONAYI**



**T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
Farabi Hastanesi Başhekimliği
TRABZON**

Sayı :B.30.2.KTÜ.0.H1.00.00/Yazı İşl./937
Konu :-


08 /03/2012

Sayın Ülkü SAYGILI
Öğretim Görevlisi
Gümüşhane Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
GÜMÜŞHANE

İlgi: a) 12.01.2012 tarihli ve 509 kurum kayıt no'lu dilekçeniz.
b) 05.03.2012 tarihli ve 2835 kurum kayıt no'lu dilekçeniz.

İlgide kayıtlı (a) ve (b) dilekçelerinizde belirtilen "Gastrointestinal Sistem Kanseri Hastalarda Yorgunluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" adlı tez çalışmasının hastanemizde yürütülmesi Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.


Doç.Dr.Serdar TÜRKYLMAZ
Başhekim V.

Tif : (0462)3775454 (Direkt hat) ; 3775000 (Santral)
Fax : (0462)3250518
e-mail : farabibashekimlik@meds.ktu.edu.tr

Bilgi için; Uzman : F.Meral (0462)3775451
Şef : E.Dinç (0462)3775451

EK 7:ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ

PİPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

DOÇ.DR. GÜLBAYAZ CAN

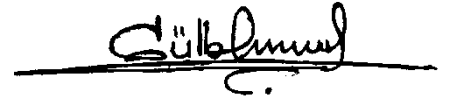
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD
Abide-i Hürriyet cad. Çağlayan/İstanbul

Tarih: 27.11.2011

Sayın Ülkü Saygılı,

Piper'in Yorgunluk Ölçeğini tez çalışmanızda kullanma talebiniz değerlendirilmiş olup bu ve benzeri çalışmalarda ölçeği kullanmanıza bir sakınca yoktur.

Yrd.Doç.Dr. Gülbeyaz Can



EORTC QLQ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

Sevgili ÜLKÜ;
Ölçeği kullanabilirsin, kolay gelsin...Başarılar..
Yrd.Doç.Dr. Nalan GÖRDELES BEŞER

From: ulkusaygili@hotmail.com
To: nalanbeser@hotmail.com
Subject: RE: Ölçek kullanım izni

Hocam iyi günler;

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları hemşireliğinde yüksek lisans yapıyorum. Gastrointestinal sistem kanserli hastalarda yorgunluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi adlı tez çalışmamda geçerlilik ve güvenilirliği yapmış olduğunuz EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi ölçeğini müsaade ederseniz kullanmak istiyorum. Bana bu konuyla ilgili geri bildirimlerinizi bekliyorum. Hoşçakalın, iyi çalışmalar...

Ülkü Saygılı

EK 8.BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu araştırmanın amacı; Gastrointestinal Sistem Kanserli Hastalarda Yorgunluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi incelenmektedir. Bu çalışmada size hastalığınızın sizi nasıl ve ne kadar etkilediği hakkında bazı sorular sorulacaktır. Sorulacak sorulara cevap vermeme hakkınız vardır. Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk ve rahatsızlık söz konusu değildir. Sizin için beklenen yarar takip ve tedavinizde yeni düzenlemeler olması olasılığıdır. Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır ve çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum bir cezaya ya da tedavide engel duruma yol açmayacaktır. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır, ancak etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir.

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıda yer alan ve çalışmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, söz konusu çalışmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Tarih ve İmza:

Adresi:

Tel.-Faks:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Ülkü Saygılı

Tarih ve İmza:

Görevi:Öğretim Görevlisi

Adresi: Gümüşhane Üniversitesi SHMYO- Gümüşhane

Tel: 0456 2337425-256 Faks:456 2337604

ÖZGEÇMİŞ

1988 yılında Samsun/ Bafra'da doğdu. Lise öğrenimini Samsun'nun Bafra ilçesinde, Bafra Lisesi'nde tamamladı. 2004- 2008 yılları arasında Ankara Üniversitesi Çankırı Sağlık Yüksekokulu'nda lisans eğitimi aldı. Eğitimini tamandıktan sonra İlçe Devlet Hastanesi acil kliniğinde kısa süre çalıştı ve 2008 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne atandı. Burada Nöroloji, Göğüs hastalıkları ve yoğun bakım ve 2.5 yıl genel cerrahi servisinde hemşirelik yaptı. 2011 yılında da Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulunda Öğr. Gör. kadrosuna atandı ve hala aynı yerde görevini sürdürmektedir.