

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

**KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA YAŞAM
KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gülşah AKMAN

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Dilek AYGİN

ARALIK - 2016

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA YAŞAM
KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gülşah AKMAN

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

"Bu tez 15.01/2017 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği/ Oyçokluğu ile kabul edilmiştir."

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Doç.Dr. Dilek AYGIN	Başarılı	
Doç.Dr. Neriman AKANSEL	Başarılı	
Yrd Doç.Dr. Havva SERT	Başarılı	

BEYAN

Bu çalışma T. C. Düzce Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 17.06.2014 tarihinde onay olarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlamasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Gülşah AKMAN

13/01/2017

TEŞEKKÜR

Çok sevdiğim mesleğimin ve akademik yaşantımın güzel bir başlangıcı olduğuna inanarak;

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini aktaran, mesleğine olan şevkini daima örnek aldığım ve benim iyi bir akademisyen olarak yetişmem için her türlü desteği sağlayan bilgi ve deneyimlerinden çok şey öğrendiğim tez danışmanı hocam Sayın **Doç. Dr. Dilek AYGİN'e**, bu süreçte aile yaşantısından çaldığımı düşündüğüm için sevgili ailesine,

Eğitimim boyunca desteğini her zaman hissettiren tez çalışmama özel katkı ve desteklerinden dolayı birlikte çalışmaktan onur duyduğum sevgili hocam **Yard. Doç. Dr. Havva SERT'e**,

Dostluklarını hiçbir zaman esirgemeyen, desteklerini her zaman hissettiğim, tezin anket aşamasında da katkıları olan dostlarım **Demet YILMAZ ve eşi Cemil YILMAZ' a, Enise YILDIZ, Hacer AK ERGÜN'e**,

Araştırmanın uygulandığı Düzce Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi ekibine ve araştırmanın her aşamasında manevi desteklerini hissettiren klinik doktorlarından **Prof. Dr. Emin Sami GÜRLEYİK, Doç. Dr. İsmet ÖZAYDIN, Dr. Erman YEKENKURUL'a**,

Yaşadığım tüm iyi ve kötü günlerimde yanımda olan, sevgi ve desteğini daima hissettiğim canım arkadaşlarım, **Sevinç ÇOLAK AVCI, Nimet ARIKAN, Funda ALTAŞ, Seçil Kılıç ve Gülsün CELASUN'a**,

Tezin hem yazımaşamasında katkı sağlayan hemde bu süreçte manevi yardımını esirgemeyen **Murat KAYSERİLİOĞLU'na**,

Beni bugünlere getiren, hayatım boyunca sürekli arkamda olduklarını hissettiren sevgili annem **Ülker AKMAN**, sevgili babam **Cahit AKMAN**, sevgili kardeşim **Murat AKMAN**, sevgili anneannem **Gülseren BARIŞ** ve dünyalar tatlısı teyzem **Eda BAŞER, Ali Gökhan BAŞER, Zeynep Doğa BAŞER ve Dağhan BAŞER**,

En içten sevgi, saygı ve **TEŞEKKÜRLERİMİ** sunuyorum...

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER	vii
ŞEKİLLER ve GRAFİKLER	viii
TABLolar	ix
ÖZET	xii
SUMMARY	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. KANSER.....	4
2.1.1. Dünya’da Kanser Epidemiyolojisi.....	5
2.1.2. Türkiye’de Kanser Epidemiyolojisi.....	6
2.2. KOLON ANATOMİ VE FİZYOLOJİSİ.....	7
2.2.1. Kolon Anatomisi.....	8
2.2.2. Kolon Fizyolojisi.....	8
2.3. KOLOREKTAL KANSER.....	9
2.3.1. Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi.....	9
2.3.2. Kolorektal Kanser Etyolojisi.....	10
2.3.2.1. Coğrafya.....	10
2.3.2.2. Yaş.....	10
2.3.2.3. Özgeçmişte Adenom Öyküsü ile Kolorektal Neoplazi Öyküsü.....	11
2.3.2.4. Aile Öyküsünde Neoplazi.....	11
2.3.2.5. Genetik	11
2.3.2.6. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı.....	13
2.3.2.7. Diyet.....	13
2.3.2.8. Yaşam Tarzı.....	14
2.3.2.9. Nonsteroid Antieflamatuvar İlaçlar.....	15
2.3.2.10. İnsülin.....	15
2.3.2.11. Diğer Faktörler.....	15

2.3.3. Kolorektal Kanser Prognozu.....	16
2.3.4. Kolorektal Kanser Klinik Bulguları.....	16
2.4. KOLOREKTAL KANSERDE TARAMA, TANILAMA VE EVRELEME YÖNTEMLERİ.....	17
2.4.1. Kolorektal Kanserde Anamnez.....	17
2.4.2. Kolorektal Kanserde Fiziksel Muayene.....	17
2.4.3. Biyokimyasal Analizler, Tümör Belirleyiciler.....	18
2.4.4. Bilgisayarlı Tomografi.....	19
2.4.5. Sigmoidoskopi.....	19
2.4.6. Kolonoskopi.....	19
2.4.7. Pozitron Emisyon Tomografi.....	20
2.4.8. Çift Konstratlı Lavman.....	20
2.4.9. Sanal Kolonoskopi.....	21
2.4.10. Gaitada Gizli Kan Testleri.....	21
2.5. KOLOREKTAL KANSERDE EVRELEME.....	22
2.6. KOLOREKTAL KANSER TEDAVİSİ.....	24
2.6.1. Cerrahi Tedavi.....	24
2.6.1.1. Kolorektal Cerrahi Öncesi ve Sonrası Hemşirelik Yaklaşımı.....	25
2.6.2. Kolorektal Kanserde Kemoterapi.....	27
2.6.2.1. Kolorektal Kanserli Hastalarda Kemoterapi Semptomlarının Yönetimi.....	27
2.6.3. Kolorektal Kanserde Radyoterapi.....	31
2.6.3.1. Kolorektal Kanserli Hastalarda Radyoterapi Semptomlarının Yönetimi.....	32
2.7. SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ	34
2.7.1. Yaşam Kalitesi Boyutları.....	35
2.7.2. Kolorektal Kanserli Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	35
3. MATERYAL VE METOD.....	39

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI ve TİPİ.....	39
3.1.1. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular.....	39
3.2. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU.....	39
3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN.....	40
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM.....	40
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	41
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu.....	41
3.5.2. EORTC QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	42
3.5.3. EORTC QLQ- CR38 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	43
3.5.4. Beck Depresyon Ölçeği.....	43
3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEM VE SÜRECİ.....	44
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	44
3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIĞI.....	46
4. BULGULAR.....	45
4.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	46
4.2. HASTANIN KANSER ÖYKÜSÜ, HASTALIĞI VE TEDAVİLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	48
4.3. EORTC QLQ-C30 ÖLÇEĞİ, EORTC QLQ-CR38 ÖLÇEĞİ VE BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİNİN TANIMLAYICI İSTATİSTİKLERİ.....	48
4.4. EORTC QLQ-C30 ÖLÇEĞİ, EORTC QLQ-CR38 ÖLÇEĞİ VE BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİNİN PUAN ORTALAMALARININ HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİYLE İSTATİSTİKSEL KARŞILAŞTIRILMALARINA İLİŞKİN BULGULARI.....	53
5. TARTIŞMA.....	82
5.1. HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ.....	82
5.2. HASTANIN KANSER ÖYKÜSÜ, HASTALIĞI ve TEDAVİLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	83

5.3. EORTC QLQ-C30 ÖLÇEĞİ, EORTC QLQ-CR38 ÖLÇEĞİ VE BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİNİN PUAN ORTALAMALARININ HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİYLE İSTATİSTİKSEL KARŞILAŞTIRILMALARINA İLİŞKİN BULGULAR.....	83
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	92
6.1. SONUÇLAR.....	92
6.2. ÖNERİLER.....	94
KAYNAKLAR.....	96
EKLER.....	125
Ek 1. Düzce Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı.....	125
Ek 2. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Düzce İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden Alınan Kurum İzni.....	126
Ek 3. Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	127
Ek 4. Kişisel Bilgi Formu.....	128
Ek 5. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	133
Ek 6. EORTC QLQ-CR38 Yaşam Kalitesi Ölçeği	134
Ek 7. Beck Depresyon Ölçeği.....	136
Ek 8. EORTC QLQ – CR38 Ölçeğinin Kullanımı İçin İzin Talebi.....	137
ÖZGEÇMİŞ	138

KISALTMA VE SİMGELER

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KRK	: Kolorektal Kanser
WHO	: World Health Organization
18F- FD 6	: 18F İşaretili Flourodeoksiglukoz
AJCC	: Amerikan Kanser Birliği (American Joint Committee on Cancer)
IUCC	: İnternational Union for Cancer Control
IMRT	: İntensity Modulated Radiation Therapy-Doz Yoğunluk Ayarlı Radyoterapi
QLQ- C30	: Quality of Life
EORTC	: Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Teşkilatı(European Organization for the Research and Treatment of Cancer)
FAP	: Familial Adenomatosis Polyposis
HNPCC	: Hereditary Nonpolyposis Colorectal Carsinoma
YK	: Yaşam Kalitesi

ŞEKİLLER ve GRAFİKLER

Şekil 2.1.1.	Erkeklerde En Sık Görülen İlk 5 Kanserin Yaşa Göre Standartize Edilmiş Hızlarının Dağılımı.....	6
Şekil 2.1.2.	Kadınlarda En Sık Görülen İlk 5 Kanserin Yaşa Göre Standartize Edilmiş Hızlarının Dağılımı.....	7
Şekil 2.7.1.	Maslow' un Temel İnsan Gereksinimi Üçgeni.....	36
Grafik 4.3.1.	EORTC QLQ-C30 Ölçeği Faktörleri.....	51
Grafik 4.3.2.	EORTC QLQ-CR38 Ölçeği Faktörleri.....	52

TABLÖLAR

Tablo 2.3.1.	Lynch Sendromu (HNPCC) için Klinik Tanı Kriterleri.....	12
Tablo 2.4.1.	Konstipasyon Değerlendirmesinde ROMA III Kriterleri.....	18
Tablo 2.4.2.	Amerikan Kanser Derneği ve Türkiye Kolorektal Kanser Tarama Programı.....	20
Tablo 2.5.1.	1936 Dukes Sınıflaması.....	23
Tablo 2.5.2.	Astler- Coller Sınıflaması.....	23
Tablo 2.5.3.	TNM Sınıflaması.....	23
Tablo 2.5.4.	Histolojik Evre (Grade).....	24
Tablo 2.5.5.	Kolorektal Kanserde TNM Evrelemesi ve 5 Yıllık Sağkalım...	25
Tablo 2.7.2.	Önerilerin Sınıflaması ve Kanıt Düzeyi.....	37
Tablo 3.5.1.	EORTC- QLQ C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grupları ve Hangi Soruları İçerdiği.....	42
Tablo 4.1.1.	Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=110).....	47
Tablo 4.2.1.	Hastaların Kanser Öyküsüne Göre Dağılımı (n=110).....	48
Tablo 4.2.2.	Hastaların Kolorektal Kanser, Tanı ve Tedavilerine Göre Dağılımı (n=110).....	49
Tablo 4.3.1.	EORTC QLQ-C30 Ölçeği Faktörlerinin Tanımlayıcı İstatistikleri.....	50
Tablo 4.3.2.	EORTC QLQ-CR38 Ölçeği Faktörlerinin Tanımlayıcı İstatistikleri.....	51
Tablo 4.3.3.	Beck Depresyon Ölçeğinin Tanımlayıcı İstatistikleri.....	52
Tablo 4.4.1.	Yaş ve Çocuk Sayısı İle EORTC QLQ-C30 Ölçeği Faktörleri Arasındaki İlişki (n=110).....	54
Tablo 4.4.2.	Yaş ve Çocuk Sayısı İle EORTC QLQ-CR38 Ölçeği Faktörleri Arasındaki İlişki (n=110).....	55

Tablo 4.4.3.	Yaş ve Çocuk Sayısı İle Beck Depresyon Puanı Arasındaki İlişki (n=110).....	56
Tablo 4.4.4.	EORTC QLQ-C30 Ölçeği Faktörlerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	56
Tablo 4.4.5.	EORTC QLQ-CR38 Ölçeği Faktörlerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	57
Tablo 4.4.6.	Beck Depresyon Puanının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	57
Tablo 4.4.7.	EORTC QLQ-C30 Ölçeği Faktörlerinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.4.8.	EORTC QLQ-CR38 Ölçeği Faktörlerinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması.....	59
Tablo 4.4.9.	Beck Depresyon Puanının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması.....	59
Tablo 4.4.10.	EORTC QLQ-C30 Ölçeği Faktörlerinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	61
Tablo 4.4.11.	EORTC QLQ-CR38 Ölçeği Faktörlerinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	62
Tablo 4.4.12.	Beck Depresyon Puanının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	64
Tablo 4.4.13.	EORTC QLQ-C30 Ölçeği Faktörlerinin Yerleşim Yerine Göre Karşılaştırılması.....	65
Tablo 4.4.14.	EORTC QLQ-CR38 Ölçeği Faktörlerinin Yerleşim Yerine Göre Karşılaştırılması.....	66
Tablo 4.4.15.	Beck Depresyon Puanının Yerleşim Yerine Göre Karşılaştırılması.....	66
Tablo 4.4.16.	EORTC QLQ-C30 Ölçeği Faktörlerinin Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	67
Tablo 4.4.17.	EORTC QLQ-CR38 Ölçeği Faktörlerinin Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	68
Tablo 4.4.18.	Beck Depresyon Puanının Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	69

Tablo 4.4.19.	EORTC QLQ-C30 Ölçeği Faktörlerinin Kronik Rahatsızlık Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	70
Tablo 4.4.20.	EORTC QLQ-CR38 Ölçeği Faktörlerinin Kronik Rahatsızlık Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	71
Tablo 4.4.21.	Beck Depresyon Puanının Kronik Rahatsızlık Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	71
Tablo 4.4.22.	EORTC QLQ-C30 Ölçeği Faktörlerinin Ailede Kanser Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	72
Tablo 4.4.23.	EORTC QLQ-CR38 Ölçeği Faktörlerinin Ailede Kanser Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	73
Tablo 4.4.24.	Beck Depresyon Puanının Ailede Kanser Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	73
Tablo 4.4.25.	EORTC QLQ-C30 Ölçeği Faktörlerinin Radyoterapi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	74
Tablo 4.4.26.	EORTC QLQ-CR38 Ölçeği Faktörlerinin Radyoterapi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	75
Tablo 4.4.27.	Beck Depresyon Puanının Radyoterapi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	76
Tablo 4.4.28.	EORTC QLQ-C30 Ölçeği Faktörlerinin Kemoterapi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	77
Tablo 4.4.29.	EORTC QLQ-CR38 Ölçeği Faktörlerinin Kemoterapi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	78
Tablo 4.4.30.	Beck Depresyon Puanının Kemoterapi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	79
Tablo 4.4.31.	EORTC QLQ-C38 ile Beck Depresyon Ölçeği' ne Göre Karşılaştırılması.....	79
Tablo 4.4.32.	EORTC QLQ-C30 ile Beck Depresyon Ölçeği' ne Göre Karşılaştırılması.....	80

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Bu çalışma, kolorektal kanser tanısı almış olan hastaların yaşam kalitelerinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla planlandı ve yapıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlayıcı ve kesitsel olarak tasarlanan araştırma, kurum izni ve etik kurul onayı alındıktan sonra, 01.05.2014- 01.11.2014 tarihleri arasında, kolorektal kanser tanısı ile genel cerrahi servisinde tedavi gören ve araştırmaya katılmaya gönüllü 110 hasta ile yapıldı. Araştırma verileri, sosyodemografik tanıtım formu, EORTC QLQ- C30 ve QLQ-CR38 Türkçe Yaşam Kalitesi Formları [Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Teşkilatı Yaşam Kalitesi Anketi (European Organization for Research and Treatment of Cancer Core QoL Questionnaire)], Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin analizi ve yönetimi bir bilgisayar istatistik programı kullanılarak yapıldı. Betimsel istatistikler (frekans, aritmetik ortalama, standart sapma, yüzdelik), ilişki analizleri (Spearman'ın sıralama korelasyon katsayısı) ve bağımsız karşılaştırmalarda parametrik testler (Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi) kullanıldı.

BULGULAR: Kolorektal kanser tanılı hastaların ortalama $61,9 \pm 10,92$ yaşında olduğu, %54,5'inin okuma-yazma bildiği, %61,8'inin erkek, %87,3'ünün evli olduğu, %72,7'sinin eşi ve çocuklarıyla yaşadığı belirlendi. %73,7'sinde kronik hastalık mevcut olan hastaların %20,9'unun ailesinde kanser öyküsü mevcuttu. Çalışma kapsamına alınanların %95,5'ine cerrahi tedavi uygulandı ve %90,9'una stoma açıldı. Kolorektal kanser tanılı hastaların demografik özellikleri ile EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin; "Fiziksel işlev", "Rol performansı", "Emosyonel işlev", "Bilişsel işlev", "Sosyal işlev", "Yorgunluk", "Bulantı-kusma", "Ağrı", "Solunum güclüğü", "Uykusuzluk", "Kabızlık", "İştah kaybı", "İshal", "Maddi zorluklar" "Genel sağlık" alt

grup puanları arasında; EORTC QLQ-CR38 yaşam kalitesi ölçeğinin de; “Vücut imajı”, “Gelecek beklentisi”, “İdrar problemleri”, “Kemoterapi yan etkileri”, “Gastrointestinal semptomlar”, “Stomaya bağlı problemler” ve “Kilo kaybı” alt grup puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptandı ($p<0,05$).

Hastaların yaş, medeni durumu, eğitim düzeyi, yerleşim yeri, gelir durumu, çocuk sayısı, kronik rahatsızlık varlığı, ailede kanser öyküsünün bulunması, kemoterapi ve radyoterapi tedavisi alması ile EORTC QLQ-C30 ve QLQ-CR38 yaşam kalitesi ölçek puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Hastaların cinsiyet ile EORTC QLQ-C30 ve QLQ-CR38 yaşam kalitesi ölçek skorları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). Beck depresyon ölçeği ile medeni durum ve gelir düzeyi arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p<0,05$).

SONUÇ: Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, kolorektal kanserli hastaların yaşları ilerledikçe ve çocuk sayıları arttıkça fonksiyonel durumlarının daha kötü, semptom görülme sıklıklarının ise daha fazla olduğu; cinsiyetin yaşam kalitelerini veya depresyon durumlarını etkilemediği belirlendi.

Anahtar Sözcükler: Kolorektal Kanser, Kolorektal Cerrahi, Ölçek, Yaşam Kalitesi, Hemşirelik.

SUMMARY

INTRODUCTION and OBJECTIVE: This study was planned and carried out to evaluate the quality of life and the factors affecting quality of life in colorectal cancer patients.

MATERIALS and METHOD: The descriptive and cross-sectional study was conducted with 110 patients who were treated with colorectal cancer diagnosis in general surgery services and who volunteered to participate in the research between 01.05.2014 and 01.11.2014, after approval of the institutional consent and ethics committee. Survey data were collected using the socio-demographic profile form, EORTC-QLQ C30 and QLQ-CR38 Turkish Quality of Life Forms [European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Questionnaire], Beck Depression Inventory. The analysis and management of the data was done using a computer statistical program. Descriptive statistics (frequency, arithmetic mean, standard deviation, percentile), relationship analyzes (Spearman's rank correlation coefficient), and independent comparisons with parametric tests (Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis test) were used.

FINDINGS: The mean age of the patients diagnosed with colorectal cancer was 61.9 ± 10.92 years, %54, 5 had literacy, % 61, 8 were male, % 87,3 were married, %72, 7 were living with partner and his children. In %73, 7 of the patients with chronic disease, %20, 9 had a family history of cancer. Surgical treatment was applied to %95, 5 of the subjects included in the study and stoma was opened for %90, 9. Statistically significant differences were found between Demographic characteristics of patients diagnosed with colorectal cancer and EORTC QLQ-C30 quality of life scale; "Physical function", "Role performance", "Emotional function", "Cognitive function", "Social function", "Fatigue", "Nausea-vomiting", "Pain", "Respiratory distress", "Insomnia", "Loss of appetite", "diarrhea", "financial difficulties", "general health" subgroup scores; and also

EORTC QLQ-CR38 quality of life scale; "Body image", "Future expectancy", "Urine problems", "Chemotherapy side effects", "Gastrointestinal symptoms", "Stomata related problems" and "Weight loss" subgroup scores ($p < 0,05$). Patients age, marital status, education level, place of residence, income status, number of children, presence of chronic illness, family history of cancer, chemotherapy and radiotherapy treatment and the difference between the EORTC QLQ-C30 and QLQ-CR38 quality of life scale scores was statistically significant ($p < 0.05$). The difference between the gender and EORTC QLQ-C30 and QLQ-CR38 quality of life scale scores was not statistically significant ($p > 0.05$). The difference between Beck depression scale and marital status and income level was found to be statistically significant ($p < 0.05$).

CONCLUSION: According to the results obtained from the study, as the age of colorectal cancer patients progressed and as the number of children increased, the functional status was worse and the incidence of symptom was higher; It was determined that gender did not affect quality of life or depression.

Keywords: Colorectal Cancer, Colorectal Surgery, Quality of Life, Scale, Nursing.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik bir hastalık olan kanser, morbidite ve mortalite oranlarını artırması bakımından dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunudur ve sebebi bilinen ölümler sıralandığında, kalp damar hastalıklarından sonra ikinci ölüm nedenidir (Xiaomen and Herbert 2006, <http://kanser.gov.tr> Erişim Tarihi: 10.06.2016).

Dünya çapında her yıl bir milyon kişiye kolorektal kanser tanısı konulmaktadır (Winawer and Sherlock 2007). Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü 2014 yılı verilerine göre; 96.830 kolorektal kanser vakasının olduğu ve 40.000 civarında yeni vakaya kolorektal kanser tanısı konulacağı tahmin edilmektedir (American Cancer Society 2014). Dünya Sağlık Örgütü verilerine baktığımızda; tüm dünyada kolorektal kanser erkeklerde 746.600 yeni vaka ile 3., kadınlarda ise 614.000 ile 2. sıradadır (Jemal, Brey, Center, Ferlay, Ward and Forman 2011). Sağlık Bakanlığı 2012 verilerinde, kolorektal kanserin erkeklerde prostat ve akciğer kanserinden sonra, kadınlarda meme ve akciğer kanserinden sonra üçüncü sırada yer aldığı belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Türkiye 2010 Kanser İstatistikleri. <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri.html>. Erişim Tarihi: 10.06.2016).

Kolorektal kanser görülme oranının gelişmiş ülkelerde hızla arttığı (Kohlmann and Gruber 2004) çevresel ve genetik faktörlerin rol oynadığı ifade edilmektedir (Buyruk 2010). Kolorektal kanserin yaş, coğrafya, özgeçmişte veya soy geçmişte adenom ve kolorektal neoplazi öyküsü, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, diyet, yaşam tarzı, insülin gibi pek çok nedeni vardır. Kolorektal tanılama ortalama 40-50 yaş aralığındadır ve yaş ilerledikçe insidans artmaktadır (Giovannucci, Ascherio, Rimm, Colditz, Stampfer and Willett 1995, Zorluoğlu 2004, Büyükdoğan 2009, Çakmak, Ayla ve Kuzu 2010, Chan and Giovannucci 2010, Müslümanoğlu ve Serter 2011, Copeland et al 2013, American Cancer Society 2014-2016).

Kolorektal kanserin semptomları, tümörün lokalizasyonuna, metastaz yapısı yapmamasına ve kanama, perforasyon, obstrüksiyon gibi komplikasyonlarına bağlı olarak değişiklik gösterir. Sol kolon kanserlerinde; dışkılama güçlüğü, konstipasyon ve konstipasyonu takiben diyare, distansiyon ve hematokezya görülebilmektedir. Sağ kolon kanserlerinde ise; defekasyonla birlikte fark edilemeyen kronik kan kayıpları, karın ağrısı, dispeptik şikâyetler, sağ alt kadranda palpe edilebilen kitle önemli yakınmalardandır. Rektum kanserlerinde ise, rektal kanama, sık defekasyona çıkma hissi ve tenesmus (dışkılama sonrası tam boşalmama hissi) sık görülen belirtilerdir (Steele and Mayer 1991, Gönen 1999, American Cancer Society 2014- 2016, Brunicardi et al 2016).

Kolorektal tümörler ancak ileri evrede olduklarında, semptom vermektedir. Bu nedenle erken tanılama çok önemlidir ve toplumun erken tanılama ile tarama yöntemleri konusunda bilgilendirilmesi çok önemlidir (Sökmen 2008). Kolorektal kanserlerde primer tedavi yöntemi cerrahidir, bunun yanında radyoterapi ve kemoterapi de uygulanmaktadır (Bond 2000).

Kanserin tanılama dönemi, tedavi süreci ve tedavilerin yol açtığı komplikasyonlar hasta birey ve bakımına destek veren yakınlarının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Chen et al 2009). Beklenen yaşam süresinin uzaması, toplumun bilinçlenmesi gibi nedenlerle yaşam kalitesi kavramı son yıllarda daha çok önem kazanmıştır. Tıp alanında yaşam kalitesi kavramı, hastalığın durumuna ve bu hastalığın tedavisine bağlı hasta kişinin, fiziksel, emosyonel ve sosyal iyilik halinin etkilenmesi olarak ifade edilmektedir (Ferrel, Dow, Leigh, Ly and Gulasekarem 1995). Tanılama sürecinde bireyde gelecek ile ilgili anksiyete, tedavi sürecinde cerrahi işlemle birlikte beden imgesinde bozulma, işlev kaybı, kemoterapi ve radyoterapinin çeşitli yan etkilerinin neden olduğu endişe, izolasyon duygusu bireylerin psikolojilerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hastalığın oluşturduğu bu olumsuz etkilere karşı, bireyin uyum sağlamasında, başa çıkabilmesinde ve çözüm üretebilmesinde sağlık çalışanlarının çok büyük sorumlulukları vardır. Sağlık çalışanları, kanserli hastalarda ortaya çıkabilecek semptom ve bulguları çok iyi bilmeli, erken dönemde tanılmalı, önlemeye yönelik girişimleri planlayıp uygulamalı

ve kontrol etmelidir. Tüm bu süreçlerde ekibin önemli bir üyesi olan hemşirelerin kilit bir rol üstlendiği unutulmamalıdır (Öz 2001, Onat ve Mandel 2002, Fadıkoğlu 2003). Buradan yola çıkarak, kolon kanserli bireylerin yaşam kalitesinin nasıl olduğunun ve hangi yaşam kalitesi alanının olumsuz etkilendiğinin belirlenmesi amacıyla çalışma planlandı.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. KANSER TANIMI

Kanser; hücrelerin kontrolsüz, aşırı ve zamansız çoğalmalarına, immün sistemin denetiminden kaçmalarına ve sonunda da uzak dokulara yayılım göstererek metastaz yapmalarına yol açan metabolik ve davranışsal değişiklikler geçirdikleri, çok basamaklı bir süreçtir (Merlo, Pepper and Reid 2006, <http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/index> Erişim tarihi: 31.07.2016).

Yaşamın sürdürülebilmesi, insan vücudunda temel olarak yer alan çeşitli hücrelerin devamlı olarak yenilenmesine bağlıdır. Normal hücre siklusunda belli bir düzen vardır; kontrollü bir şekilde yaşam süresi dolan hücre vücuttan uzaklaştırılır ve yerine yenisi gelir. Bu denge genlerin kontrolü altındadır (Kumar, Cotron and Robbins 1992). Bu genlerin işlevlerini kaybetmeleri; kritik bir proteinin anormal çoğalmasına ya da protein çoğalmasının baskılanmasına neden olur (Olivier et al 2008). Bu genlerdeki mutajenik değişimler hücrenin hassas olduğu hücre siklusunda gerçekleşir (Dinçol 2000). Normal hücre siklusu; çoğalmak (prolifere olmak) amacıyla bir hücre uyarıldığında gerçekleşen ve bir dizi geçici biyokimyasal aktivitelerin ve morfolojik değişikliklerin görüldüğü bir süreçtir. Hücreler bölünme sinyali almadıkları zaman hücre siklusunun aktif fazlarına (G1, S, G2 ve M) girmeyip istirahat fazında (G0) beklerler (Ulukaya 2001). Hücre siklusü özetlenecek olursa:

a. G0 Fazı (İstirahat Fazı): Mitoz bölünme ile oluşan olgunlaşmış hücrelerdir. Bu hücreler bölünmeyip, uygun bir uyarı geldiğinde hücre döngüsüne girer. Kemik iliğindeki kök hücreler ve karaciğer hücreleri örnek olarak gösterilebilir (Barry, Lowitz and Dennis 2000, İçli ve Akbulut 2005).

b. G1 Fazı (İnterfaz Fazı): RNA ve protein sentezi olur. Ayrıca DNA sentezi için gereken birçok enzim üretilir. Hücre döngüsünde 8 saat ya da daha uzun bir süre alır (Barry et al 2000, İçli ve Akbulut 2005).

c. S Fazı (DNA fazı): Hücre içindeki DNA'nın sentezlendiği evredir. 6–8 saat sürer. (Barry et al 2000, İçli ve Akbulut 2005).

d. G2 Fazı: S fazında DNA sentezlendikten sonra, G2 fazında hücre büyümeye devam eder. 2-5 saat sürer (Barry et al 2000, İçli ve Akbulut 2005).

e. M Fazı (Mitozis): Hücrelerin bölünerek çoğaldığı evredir. Mitozisi takiben oluşan yeni hücreler G0 veya G1 fazına girer. Kanser hücresi; G0 evresine ulaşmadan bu evrede sürekli bölünerek çoğalır (Barry et al 2000, İçli ve Akbulut 2005).

2.1.1. Dünya’da Kanser Epidemiyolojisi

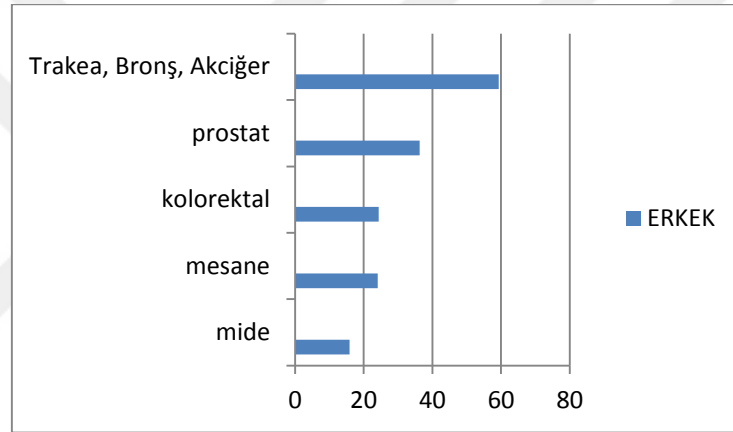
Kanser gelişmiş toplumların hastalığı olarak düşünülmekte olup, gerçekte küresel kanser yükünün büyük kısmı gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerden oluşmaktadır. Tüm dünyada kanser, en önemli ve %30’u önlenabilir ölüm nedeni olarak bilinmektedir (<http://www.who.int/features/factfiles/cancer/facts/en/index1.htm> Erişim tarihi:01.06.2016). GLOBOCAN (Global Burden Of Cancer) 2012 verilerine göre 2012 yılında dünyada toplam 14,1 milyon yeni kanser vakası görüldüğü, 8,2 milyon kişinin kanser nedeniyle yaşamını kaybettiği ve 32,6 milyon kişinin kanser tanısı ile yaşadığı belirtilmektedir (Ferlay et al 2012). 2030 yılında yaklaşık olarak 24 milyon kişinin kansere yakalanacağı, 2015 yılı için 9 milyon kişinin, 2030 yılında ise 12 milyon kişinin kanser nedeniyle yaşamlarını kaybedeceği tahmin edilmektedir [World Health Organization (WHO) 2008]. Amerikan Kanser Birliği’nin verilerine göre; 2016’da ABD’de 1.685.210 yeni vakaya kanser tanısı konulacağı ve 595.690 kişinin kanserden öleceği tahmin edilmektedir. 2016’da en sık karşılaşılan kanserlerde kolon ve rektum kanseri 4. Sırada yer almaktadır (<http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/cancerfactsfigures2016/> Erişim tarihi:10.06.2016).

2.1.2. Türkiye’ de Kanser Epidemiyolojisi

Türkiye Kanser İnsidansı 2013 yılı verilerine göre; her yıl yaklaşık 174.000 yeni kanser olgusu teşhis edildiği, yaşa standardize edilmiş kanser hızının ise erkeklerde yüzbinde 267,9 kadınlarda ise yüzbinde 186,5’dir. (<http://www.kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri.html>, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15486/dunya-ve-turkiyede-kanser.html> Erişim Tarihi: 05.04.2016). Türkiye’de görülen ilk 5 kansertürü dünya ve dünyanın gelişmekte olan ülkeleriyle benzerlik

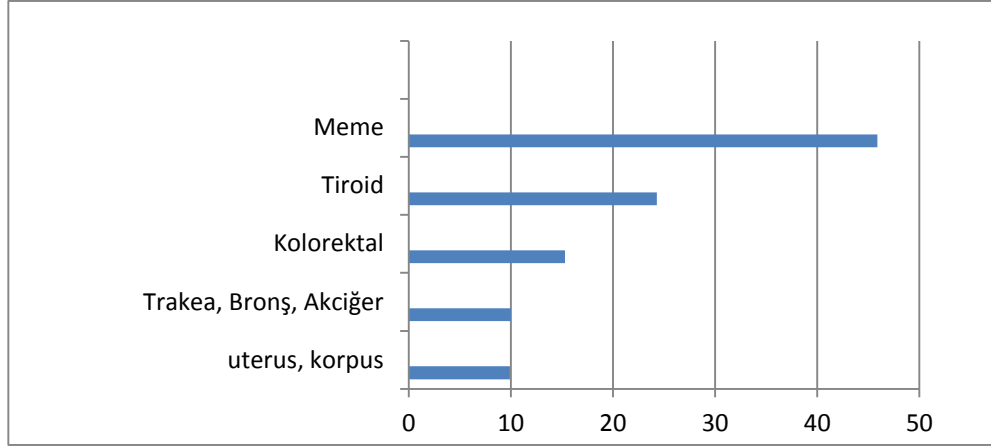
göstermektedir (Ferlay et al 2012).Erkek ve kadınlarda kanser türlerinin dağılımı farklılık göstermektedir. Dünya’da erkeklerde en sık görülen kanser prostat, ikinci sırada ise akciğer kanseri yer almaktadır. Türkiye’de ise; erkeklerde en sık görülen akciğer kanseridir (<http://www.turkkanser.org.tr/sayfa/istatistikler>. Erişim Tarihi: 03.07.2016,

http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdfErişim Tarihi: 10.09.2016) (Şekil 2.1.1.). Kadınlarda en sık görülen kanserler ise; meme, tiroid ve kolorektal kanserlerdir (Gültekin ve Boztaş 2014, http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf (Erişim Tarihi: 10.09.2016) (Şekil 2.1.2.).



Şekil 2.1.1. Erkeklerde En Sık Görülen İlk 5 Kanserın Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızlarının Dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2013) (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 kişide)

Kaynak:http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf (Erişim Tarihi: 10.03.2016).



Şekil 2.1.2. Kadınlarda En Sık Görülen İlk 5 Kanserinin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızlarının Dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2013) (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 kişide).

Kaynak: http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf (Erişim Tarihi: 10.03.2016).

Tarihi:

2.2. KOLON ANATOMİ VE FİZYOLOJİSİ

2.2.1. Kolon Anatomisi

Kalın bağırsaklar ileoçekal valfte başlayıp anüste sonlanan yaklaşık 150 cm boyunda 4-6 cm çapında olup, çekum, kolon (asendan, transvers, desendan ve sigmoid kolon) ve rektum olmak üzere üç bölüme ayrılır. Abdominopelvik boşlukta Ω (ters U) şeklinde yerleşmiş olup, karaciğer, dalak, mide, duodenum, ince bağırsaklar, böbrekler, üreterler ve mesane gibi pek çok organ ile komşulukları vardır. Çekumun devamı şeklindeki çıkan kolon sağ paravertebral olukta, retroperitoneal bölgede olup karaciğer'e kadar uzanır (15 cm) ve sağ kolik fleksura (hepatik fleksura) ile enine kolona bağlanır. Enine kolon; abdominal boşluğu sağdan sola doğru çaprazlayan intraperitoneal kolon bölümüdür (50 cm) ve solda sol kolik fleksura (splenik fleksura) ile inen kolonla birleşir. Retroperitoneal bölgede yer alan inen kolon sol paravertebral olukta yer alıp pelvise kadar uzanır (20-25 cm). Sigmoid kolon ise; intraperitoneal alanda S harfine benzeyen rektuma kadar uzanan bölümdür (25-40 cm). Rektum; kalın bağırsağın son 12-13 cm'lik bölümüdür. Erkeklerde; prostat ve mesane, kadınlarda; uterus ve vagina'nın arkasında yer alır. Rektumun alt bölümü oldukça geniş olup ampulla rekti olarak isimlendirilir ve 500-700 ml hacmi vardır (Erdil ve Özhan 1997, Smith and Watson 2005, Ertuğrul 2007, Kaplow and Hardin 2007, Süzen 2008,

Yıldırım 2012, Raff and Strang 2014, Nowicks, Williams, Bradifard 2015, Widmaier, Hogan, Dentlinger and Ramdin 2015, Jarvis 2016).

Kalın bağırsakların innervasyonu, otonom sinir sistemiyle gerçekleşir. Sempatik lifler T7-12'den çıkar ve submukozal (Meissner) ve miyenterik (Aurbach) sinir ağında sonlanır. Parasempatik innervasyon sağ kolonda sağ vagus, sol kolonda L1-3'den gelen lifler ile olmaktadır (Guyton and Hall 1996, Sökmen ve Terzi 2011). Kalın bağırsakları ve ince bağırsakları aortadan ayrılan üst ve alt mezenterik arterler tarafından beslenir (Yıldırım 2012). Kolonların venöz dönüşü bu arterlere eş giden aynı isimli venler ile olur. Vena porta hepatis'e ulaşır (porta kaval anastomoz) (Sökmen ve Terzi 2011). Kolon, submukoza ve muskularis mukozada bulunan lenfatik kanallarla çevrilidir ve mukozada vasküler ağ zengin olmasına rağmen lenfatik kanallar bulunmamaktadır (Akın 2009). Kalın barsak lenfatikleri dört ana gangliyonda (epikolik, perikolik ve parakolik, intermedier, prispal ganglionlar) toplandıktan sonra venöz sisteme dökülür (Sökmen ve Terzi 2011). Rektum üst kısmının lenfatikleri paraaortik lenf ganglionlarına, orta kısmın lenfatikleri internal iliak ganglionlara, alt kısmının lenfatikleri ise inguinal lenf ganglionlarına drene olmaktadır (Akın 2009).

2.2.2. Kolon Fizyolojisi

Kalın bağırsağın ilk bölümleri, absorpsiyon, son bölümleri ise depolama ve iletim görevi görür. Yaklaşık 500 ml kimus ileumdan kalın bağırsaklara geçer. Bunun 350 ml kadarı geri emilir ve yaklaşık 150 ml'si feçes olarak atılır. Normalde ağızdan alınan gıda 4,5 saatte çekuma gelir. 6 saatte çıkan kolon sağ fleksuraya ulaşır, 12 saatte sol fleksura ve yaklaşık 20 saatte rektosigmoide gelir. Kalın bağırsakların temel görevi su ve elektrolitlerin geri emilimi ve defekasyon gerçekleşene kadar feçesin depolanması olup, kalın bağırsaklarda sindirim gerçekleşmez. Kalın bağırsakta sodyum gibi elektrolitler, su ve safra asitleri geri emilirken, mukus ve bikarbonat lümen içine salgılanır (böylece pH 8-8,4 alkali bir ortam oluşur), dışkı ve bazı gazları depolarlar, aynı zamanda kolon lümenindeki bakteriler (özellikle Gram negatif anaerob bakteriler) tarafından K vitamini sentezlenir. Kalın bağırsakların motilitesi parasempatik ve sempatik inervasyonlar ve bazı hormonların etkisiyle, peristaltik ve karıştırıcı hareketlerden oluşur. İleumun sonunda çekuma bağlandığı noktada ileoçekal valf adı

verilen fizyolojik bir sfinkter bulunmaktadır. İleumun sonu bir miktar çekumun içine girmiştir. Bu fizyolojik kapak sayesinde ileumdaki besinlerin çekuma tek yönlü geçişi sağlanırken kalın bağırsaktaki muhteviyatın ve bakterilerin ileuma geri kaçması önlenmektedir. Bir yetişkinde ileoçekal valfin basıncı, normal kolonik basıncın yaklaşık 20 mmHg üzerinde olduğu için kolondan ileuma geri kaçış engellenmektedir. Çekumun sonunda yer alan apendiks ise, duvarında çok sayıda lenf düğümü içeren vücut savunmasında rolü olan lenfoid bir yapıdır (Guyton and Hall 1996, Erdil ve Özhan 1997, Smith and Watson 2005, Ertuğrul 2007, Kaplow and Hardin 2007, Süzen 2008, , Sökmen ve Terzi 2011, Yıldırım 2012, Raff and Strang 2014, Nowicks, Williams, Bradifard 2015, Widmaier, , Hogan, Dentlinger and Ramdin 2015, Jarvis 2016).

2.3. KOLOREKTAL KANSER

Kolorektal kanser; kolon ve rektumda görülen kanserlerdir (www.cdc.govErişim Tarihi:01.06.2016). Kolorektal kanser, primer olarak kentsel, endüstriyel toplumun hastalığıdır(Limburg 2005).Kolorektal kanser hastalarının çoğu (%98) adenokarsinomdur. Gastrointestinal sistem (GİS) kanalının lenfatik drenajı ile bağırsak drenajı farklıdır. Dolayısıyla mide ve ince bağırsağa yerleşen adenokarsinomlar ancak submukozaya ulaştıklarında metastaz yapma yeteneği kazanırlar.Kolorektal adenokarsinom tanımı içinde, ancak submukozaya invazyon yapan tümörler bulunur (Lynch HT, Lynch JF, Lynch PM and Attard 2008).

2.3.1. Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi

Kolorektal kanser sıklığının giderek artması morbidite ve mortalite oranlarını da artırmaktave önemli bir sağlık sorunu haline gelmektedir (http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf Erişim Tarihi: 10.03.2016, Stewart and Kleniues 2003). Dünya’da kolorektal kanser insidansı yüz binde 20, Avrupa’da yüz binde 37, Türkiye’de ise yüz binde 17’dir (American Cancer Society 2014, <http://www.kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri.html> Erişim Tarihi:10.06.2016). Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü 2014 yılı verilerine göre; 96.830 kolorektal kanser vakası olduğu ve 40.000 yeni vakaya kolorektal kanser

teşhisi konulması beklenildiği tahmin edilmektedir (American Cancer Society 2014).2002 yılında dünya çapında tahmini olarak 1.023 .000 birey kolorektal kanserine yakalanmış, 529.000 kişi kolorektal kanserinden yaşamını yitirmiştir (Parkin, Bray, Ferlay and Piser 2005). 2006 - 2010 yılları arasında; 50 yaş ve üstü yetişkinlerde kolorektal kanser insidansının yılda %3,7 oranında gerilediği (Tarama programlarının etkinliğiyle açıklanabilir), ancak 50 yaş ve daha genç yetişkinler arasında ise yılda %1,8 oranında artış gözlemlendiği ifade edilmektedir (American Cancer Society 2014).

2.3.2. Kolorektal Kanseri Etyolojisi

Kolorektal kanserlerin hem kalıtsal, hem de sporadik olarak ortaya çıktığı (Büyükdoğan 2009), etyolojisinde de genetik, çevresel faktörlerin ve prekanseröz hastalıkların rol oynadığı belirtilmektedir (Büyükdoğan 2009, Chan and Giovannucci 2010). Kolorektal kanser gelişme riskini artıran genetik ve çevresel faktörlere özet olarak aşağıda yer verilecektir.

2.3.2.1. Coğrafya

Kolorektal kanserin dağılımı bölgesel farklılıklar göstermekte olup, kolorektal kanser görülme oranları siyahi erkek ve kadınlarda yüksek iken Asya ve Pasifikli kadın ve erkeklerde oran daha düşüktür (American Cancer Society. Colorectal Cancer Facts & Figures 2014-2016). Kuzey Amerika, Avustralya, Kuzey ve Batı Avrupa'da insidans en yüksek seviyelerde iken Asya ve Afrika ülkelerinde düşük oranda görülmektedir (Parkin, Pisani and Ferlay 1999). Bu farklılıkların genetik yatkınlığa, çevresel faktörlere ve diyetle ilgili olduğu düşünülmektedir (Copeland et al 2013).

2.3.2.2. Yaş

Kolorektal kanserlerde de çoğu kanser türünde olduğu gibi yaş ilerledikçe insidans ve mortalite oranları artmaktadır (American Cancer Society. Colorectal Cancer Facts & Figures 2014-2016). Hastaların %5'inden daha azı 45 yaşından daha gençtir ve 50 yaş üzerinde prevalans artmaktadır (Tahmini rakamlara göre; 50 yaşta %30, 60 yaşta %40-50, 70 yaşta %50-65) (Macrae and Young 1999, Aslan 2004).

2.3.2.3. Özgeçmişte Adenom veya Kolorektal Neoplazi Öyküsü

Kolorektal kanserlerin çoğunluğu daha önce var olan adenomlardan kaynaklanmakta olup (Zorluoğlu 2004), özgeçmişinde kolorektal adenom ve karsinom hikâyesi olanlarda metakron (Primer tümör tanısından 6 ay sonraki sürede çıkan tümörler) neoplazi gelişme riski 3-6 kat artmaktadır. Kolorektal ameliyat geçiren hastalarda operasyon sonrası 5 yılda primer kanser gelişme yüzdesi 1,5-3 arasındadır (Winawer, Zouber and Gardes 1996, Dirim, Özkardeş ve Hasırcı 2016).

2.3.2.4. Aile Öyküsünde Neoplazi

Ailesinde kolorektal kanserli birey olan kişilerde kolorektal kanser gelişme riskinin 1,5-2 kat arttığı tahmin edilirken, güçlü kanıtlar olmamasına rağmen 2. ve 3. derece akrabalarında kolorektal kanserli birey olan kişilerde kanser görülme riskinin 2-3 kat arttığı düşünülmektedir (Müslümanoğlu ve Serter 2011).

2.3.2.5. Genetik

Kolorektal kanser riskinde belirgin artışa neden olan bazı genlerdeki mutasyonlardan söz edilmektedir (Zorluoğlu 2004, Limburg 2005, Müslümanoğlu ve Serter 2011). Başlıca kalıtsal kolorektal kanser tipleri; a) Ailesel Adenomatöz Polipozisler (FAP; Familial adenomatous polyposis) b) Kalıtsal Nonpolipozis Kolon Sendromları [Lynch syndrome (HNPCC; hereditary nonpolyposis colorectal cancer)], c) Hamartamatöz Polipozis Sendromları [Peutz–Jeghers syndrome (PJS), hamartomatous polyposis] aşağıda özetlenmiştir (Büyükdoğan 2009).

2.3.2.5a. Ailesel Adenomatöz Polipozisler

Histolojik çalışma sonuçlarına göre adenomatöz poliplerin, kolorektal kanserler (KRK) açısından öncü lezyon olduğu ve potansiyel kanser riski taşıdıkları gösterilmektedir (Macrae and Young 1999). Otozomal dominant geçiş gösteren kolon ve rektumda diffüz adenomatöz polipler yanında çeşitli üst GİS ve ekstra intestinal belirtiler ile karakterize kalıtsal bir sendromdur. Ailesel Adenomatöz Polipozislerin (FAP; Familial adenomatous polyposis) esas özelliği adolesan çağda kolonda binlerce polip olmasıdır. Eğer profilaktik kolektomi yapılmazsa kişide 40 yaş

civarındaKRRKgelişebilmektedir (Zorluoğlu 2004, Limburg 2005, Müslümanoğlu ve Serter 2011).

2.3.2.5b. Kalıtsal Nonpolipozis Kolon Sendromları

Otozomal dominant geçişli özelliğe sahiptir, erken ortaya çıkarlar ve tüm kolonkanserlerin %6'sını oluştururlar. Lynch sendromu olarak da bilinir[Lynch syndrome (HNPCC; hereditary nonpolyposis colorectal cancer)]. HNPCC, ailelerde ortalama kolorektal kanser yaşı 44 olup tümör yeri yüksek oranda sağ kolondadır (%70 gibi) (Zorluoğlu 2004, Limburg 2005, Müslümanoğlu ve Serter 2011). Lynch 1 ve 2 olmak üzere iki tipi vardır. 1. Lynch I Sendromu; sadece kolorektal kanserde görülür. 2. Lynch II Sendromu; kolorektal kansere ek olarak endometrium kanseri, over, üst üriner sistemi, ince bağırsak ve mide kanserleri görülür. Lynch sendromu tanısı klasik olarak klinik kriterler kullanılarak tanılanmaktadır (Tablo 2.3.1.) .

Tablo 2.3.1. Lynch Sendromu (HNPCC) için Klinik Tanı Kriterleri

Amsterdam Kriterleri I	Amsterdam Kriterleri II
≥3 Akriba kolorektal kanser	≥3 akrabada HNPCC ile ilişkili kanser*
İkisi dışında ≥1 vakada birinci derece akrabada arka arkaya kuşaklarda	İkisi dışında ≥1 vakada birinci derece akrabada arka arkaya kuşaklarda
≥2 vaka görülmesi	≥2 vaka görülmesi
≥1 vakada 50 yaşından önce tanı konulması	≥1 vakada 50 yaşından önce tanı konulması

*kolorektal, endometrium, ince bağırsak,üreter veya renal pelvis

Kaynak: Gönen Ö. Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi, Kolorektal Özel Sayısı. Türkiye Klinikleri Journal of Surgery 2004;9:57-65.

2.3.2.5c. Hamartamatöz Polipozis Sendromları

Peutz- Jeghers sendromu (otozomal dominant);GİS'de çok sayıda hamartamatöz polipler ile karakterize nadir görülen bir hastalıktır. Melanin pigmenti; nadiren GİS'deki lezyonlarda ve deride görülmesine rağmen; dudak, ağız içi, yüz, genital bölge, eller ve ayakta birikmektedir. Tüberskleroz (otozomal dominant) hamartom, zekâ geriliği, epilepsi ile birlikte. Adenomatöz polipler özellikle distal kolonda

gelişir. Jüvenil polipozis (otozomal dominant) hamartom, kolon, mide veya GİS'i tutabilir. Crankhite-Canada sendromu (kalıtsal değil) malnütrisyon ve malabsorbsiyon semptomları ile ortaya çıkar (Göral 2003, Limburg 2005).

2.3.2.6. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı

Ülseratif kolit ve crohn hastalığı gibi hastalıklar, bireylerde kolorektal kanser riskini arttırmaktadır. Crohn hastalığı ve KRK ile ilgili çok az veri bulunmaktadır (Zorluoğlu 2004, Limburg 2005).

2.3.2.7. Diyet

Diyetteki yağ miktarının (özellikle hayvansal yağ) yüksek olmasının, kalsiyum, folik asit ve fiber içerikli (lifli) gıdaların düşük olduğu beslenme şeklinin kolorektal kanser riskinin artmasında rol oynadığı öne sürülmektedir. Diyetteki yağın alt grupları, serum insülin yoğunluğu, prostaglandin E2 seviyesi kanda immün cevabı etkilemektedir. Yine de buna ilişkin veriler KRK gelişim riski ile ilişkisini yorumlamada yetersizdir ve daha fazla çalışma yapılmasına gerek vardır (Zorluoğlu 2004, Limburg 2005, Müslümanoğlu ve Serter 2011, American Cancer Society 2014). Gıdaların özelliklerine özet olarak değinecek olursak;

- *Kırmızı et;* özellikle pişirme yöntemi çok önemli olup is ve duman ile temas etmiş, yanmış ve yüzeyi koyu kahverengi ise selim ve malign KRK gelişimi için risk faktörüdür (Zorluoğlu 2004, Limburg 2005, Müslümanoğlu ve Serter 2011, American Cancer Society 2014).
- *Sebze ve meyveler;* çoğu sebze ve meyve lif ve antikarsinojen maddeler içermektedir. Lifli besinler, dışkıının hacimli olmasını, prokarsinojenik sekonder safra asidinin yoğunluğunu azaltır (American Cancer Society 2014).
- *Balık ve balıkyağı tüketimi;* beta karoten, A, C, E vitaminleri gibi antioksidanların, diyetle süt ve süt ürünleri kullanımı ile kalsiyum desteğinin kolorektal kanser gelişimini inhibe edici etkisi bulunmaktadır (Giovannuci 2002).
- *Diyette folat kullanımı;* DNA sentezi ve gen regülasyonu gibi hücre fonksiyonları için gereklidir. D vitamini tüketimiyle kolorektal kanser riskinin

azaltılabileceği belirtilmektedir. D vitamini ve kalsiyum birlikte etki ederek kolonda adenom rekürrens (nüksetme, yeniden ortaya çıkma) riskini azaltmaktadır (Keorney et al 1996) .

2.3.2.8. Yaşam Tarzı

Yaşam tarzında özellikle sigara, alkol kullanımı ve fiziksel aktiviteyi ele alacak olursak. *Tütün* içerdiği çok sayıda karsinojen maddeden dolayı kanser riskini artırdığı bilinmektedir. Yapılan üç büyük kohort çalışmasında da, sigara kullanımının 20 yıl sonra KRK riskini artırdığı bildirilmektedir (Liang, Chen and Giovannucci 2009, Secreta et al 2009, American Cancer Society 2014). *Alkol* tüketiminin, KRK riskini %23 oranında artırdığı belirtilmektedir (Ferrari et al 2007). Alkol; hücrel proliferasyonu arttırarak metil grup alışverişini engeller ve DNA tamirini baskılar. Aşırı alkol tüketenlerde folatın diyetdeki yetersiz absorpsiyonu da KRK için risk oluşturabilmektedir. Yapılan 27 vaka kontrollü kohort çalışmasında; günlük alkol kullananlar arasında KRK gelişim riskinin %10 arttığı görülsede, gözlemsel çalışmalarda bu oranın %2-3 kat arttığı bildirilmektedir (Ferrari et al 2007, American Cancer Society 2014).

Fiziksel aktivite ve kanser ilişkisine yönelik yapılan çalışmalarda, bel çevresi, bel-kalça oranı ve kolon kanseri arasında ilişki bulunmuştur (WHO 2003, American Cancer Society 2014). Fiziksel aktivitenin, bağırsak peristaltizmini hızlandırdığı ve prostaglandin E2 düzeyini azalttığı belirtilmektedir. Özellikle de egzersizin distal kolonda kolorektal kanser gelişme riskini %40-50 oranında azalttığı bilinmektedir. DSÖ'nün Uluslararası Kanser Araştırmaları Temsilciliği tarafından, obezite ve fiziksel aktivite yetersizliğinin over, meme, kolon ve endometrium kanserine yakalanma riskini, %20-25 oranlarında arttırdığına sürülmektedir (WHO 2003). Fiziksel olarak aktif olan bireylerin olmayan bireylere oranla kolorektal kansere yakalanma oranının %25 daha az olduğu bildirilmektedir (American Cancer Society 2014-2016). Amerikan Kanser Derneği'nin Kanser Önlenmesi İçin Fiziksel Aktivite Rehberi'ne göre; yetişkinlerin haftanın 5 ya da daha fazla günü aktif olarak en az 150 dakika ortaderecede aktivitede bulunmaları önerilmektedir. Haftanın 5 yada daha fazla günü 45 dakika yada daha fazla orta-şiddetli derecede aktivitede bulunmanın dameme ve

kolon kanseri riskini azalttığı vurgulanmaktadır (Samad, Taylor, Marshall and Chapman 2005, <https://www.cdc.gov/nchs/data/abus/abus13.pdf> (Erişim Tarihi: 01.02.2016).

2.3.2.9. Nonsteroid Antienflamatuar İlaçlar

Aspirin gibi steroid olmayan antienflamatuar ilaçların düzenli kullanımı KRK riskini azaltır(Flassmann and Rothweli 2007). Yapılan randomize çalışmaların meta-analiz sonuçlarına göre; vasküler neden ile kullanılan 75 mg ve yukarı dozlarda aspirin tedavisinin kanser insidans ve mortalitesini azalttığı belirtilmektedir (Flassmann and Rothweli 2007, Thun, Jacobs and Patrono 2012). Bununla birlikte yarar-zarar ilişkisi göz önüne alındığında, kolorektal kanseri önlemesi amacıyla bu ilaçların (kanama riski gibi) düzenli kullanımı önerilmemektedir (Cook, Lee, Zhang, Moorthy and Buring 2013).

2.3.2.10. İnsülin

Kolorektal karsinogenezin abdominal obezite ve insülin direnciyle ilişkisi olduğu düşünülmektedir. İnsülin normal mukozada apoptozu azaltır ve böylece kolorektal adenom gelişimini uyarır.(Sandhu, Dunger and Giovannucci 2000, Keku, et al 2005).

2.3.2.11. Diğer Faktörler

Kolesistektomi; dışkıının safra asit içeriğini değiştirir. İki büyük çalışmada, kolesistektomi sonrası %11-34 gibi orta derecede kolorektal kanser (KRK) gelişme riskinin arttığı görülmektedir (American Cancer Society 2014).

*Menopoz;*kadınlarda menopoz sonrası hormon replasman tedavisinin de (Özellikle kombine östrojen ve progesteron) KRK insidansını azalttığı bildirilmektedir (Rossouw et al 2002). Ancak kolorektal kanserleri önlemek için hormon tedavisi yapılması önerilmemektedir. Çünkühormon replasman tedavisinin meme kanseri insidansını arttıracığı, felç, kalp-damar hastalıkları gibi çeşitli sağlık problemlerine yol açabileceğidüşünülmektedir (Heiss et al 2008).

Tip 2 Diyabet; diyabet ve kanser ilişkisine yönelik yapılan çalışma sonuçları farklılık göstermekte, aynı düşünceyi desteklemekte yetersiz kalmaktadır. Diyabet ile KRK ilişkisi üzerine yapılan bir çalışmada,7229 erkek diyabetik hastada KRK gelişme riskinin %30 arttığı, 8258 kadın diyabetik hastada ise %16'lık anlamlı olmayan daha az bir artış olduğu saptanmıştır (Heiss et al 2008).Kronik insülin kullanımının diyabetiklerde kolorektal kanser riskini artırabileceği bulunmuştur. Bir vaka kontrollü çalışmada yaş ve cinsiyet düzeltilmiş olarak bir yıldan fazla insülin kullanımında ile kolorektal kanser riskinin arttığı bulunmuştur (American Cancer Society 2014).

2.3.3. Kolorektal Kanserin Prognozu

Kolorektal kanser dünya çapında en yaygın görülen kanserlerden biri olup prognozunu etkileyen pek çok parametre mevcuttur. Kansere mücadelede hücrenin histolojik tipi, bireyin yaşı, aile öyküsü, tümörün yerleşim yeri, tanı sonrası tedavi yöntemleri ve erken evrede yakalanması çok önemlidir. Erken evrede tedavi yüksek oranda sağ kalım elde edilmesini sağlar. Hastaların %70'i radikal operasyon şansına sahip olmasına rağmen; %30'unda operasyondan 2 yıl sonra metastaz ve lokal nüks gelişme olasılığı yüksektir (Kocakuşak ve ark. 2011, Siagel, Naishadham and Cenol 2013).

2.3.4.Kolorektal Kansere Klinik Bulguları

Kolorektal kanserde genellikle semptomlar ortaya çıktıktan sonra tanı konulmaktadır. KRK'in ilk bulgusu dışkılama alışkanlığında değişme, diğeri rektal kanamadır. Deneyimlenen diğere belirti ve bulgular; sebepsiz kilo kaybı, yorgunluk hissi, bulantı kusma, iştahsızlık, sarılık, hematemez ve melena, karın ağrısı açıklanamayan demir eksikliği anemisi, konstipasyon veya diyare, bağırsakların tam boşaltılamadığı hissi (tenesmus), dışkının çapının incelmesidir (Brunicardi et al 2016).

Sağ kolon kanserleri; sağ kolonun çapı sol kolona göre daha geniş olup dışkı daha sıvı özelliktedir. Bu nedenle sağ kolon kanserlerinde genellikle obstrüksiyon gözlenmez. Belirgin olan semptomlar; karının sağ tarafında ağrı, kilo kaybı, kanamaya bağlı gelişen hipokrom mikrositer anemi ve anemiye bağlı halsizlik, yorgunluk, çarpıntı halidir (Gönen 1999, Iacopetta 2002, Müslümanoğlu ve Serter 2011, <http://www.cancer.org/cancer/colonandrectumcancer/detailedguide/colorectal->

cancer-risk-factors (Erişim Tarihi: 01.01.2016), American Cancer Society 2014-2016).

Sol kolon kanserleri; sol kolonun lümeni dar olduğu için kanser varlığında dışkılama alışkanlığı ve şeklinde değişiklik vardır. Dışkı çapı incelik ve sık sık dışkılama isteği vardır, ancak çıkarılan dışkı miktarı çok azdır (tenesmus). Bazen tıkanmanın proksimalinde biriken dışkı mukus salgısı ve pütrefaksiyon (çürüme) sonucu sulanır, böylece aniden boşalır (Koenig Sendromu). Sol kolon kanserinde buradaki tıkanıklığı yenebilmek için peristaltik hareketler artmaktadır ve buna bağlı olarak da kolik tarzda ağrı gelişmektedir. Sol kolon kanserinde önemli bir belirti olarak dışkıya bulaşmış taze kan ve ilave olarak bulantı, kusma, iştahsızlık gibi sistem semptomları da görülebilmektedir (Gönen 1999, Iacopetta 2002, Müslümanoğlu ve Serter 2011, <http://www.cancer.org/cancer/colonandrectumcancer/detailedguide/colorectal-cancer-risk-factors> (Erişim Tarihi: 01.01.2016), American Cancer Society 2014-2016).

2.4.KOLOREKTAL KANSERDE TARAMA, TANILAMA VE EVRELEME YÖNTEMLERİ

2.4.1. Kolorektal Kanserde Anamnez

Hastadan öykü almanın tanılama da önemli bir yeri vardır. Bireyin şikâyetlerinin ne zaman, nasıl başladığı, ne kadar süredir devam ettiği, şikâyete eşlik eden başka belirtilerin olup olmadığı dikkatle araştırılmalıdır. Sadece hastalığa özgü sorular değil bireyin sosyodemografik özellikleri özgeçmiş ve soy geçmişi de sorgulanması tanılama katkı sağlamaktadır (Olgun 2012).

2.4.2. Kolorektal Kanserde Fiziksel Muayene

Dikkatle alınmış bir anamnez sonrası yapılan fiziksel muayene sindirim sistemiyle ilgili gerekli bilgileri verir. Fizik muayenede inspeksiyon, palpasyon, perküsyon ve oskültasyon sırasıyla uygulanır. Palpasyon ve perküsyon büyük önem taşır (Kaptan ve Dedeli 2012). Kolorektal kanserlerin büyük kısmı rektal muayene ile saptanabilir. Rektal tuşede muayene alanları, anal kanal, rektum duvarı, sakrum, koksiks ve prostat

muayene edilir. Muayenede; şişlik, eldivene bulaşan kan veya iltihap olması durumunda anormal tümör olasılığı akla getirilebilir (Olgun 2014).Dışkılama alışkanlıklarının ve değişikliklerin değerlendirmesinde de hastalardan ayrıntılı bir anamnez alınmalı, örneğin kabızlık için “Roma III fonksiyonel kabızlık tanı kriterlerine” göre değerlendirme yapılabilir, fizik muayene, radyolojik (batın grafisi, baryumlu grafiler), endoskopik incelemeler (kolonoskopi, sigmoidoskopi), anorektal manometre ve gereğinde rektal biyopsi gibi testler tanılama da kullanılmalıdır (Tablo 2.4.1.) (Tüzer 2007).

Tablo 2.4.1.Konstipasyon Değerlendirilmesinde ROMA III Kriterleri

<p>1. Kabızlığın tanısı için aşağıdakilerden 2 ya da daha fazlası mutlaka olmalıdır*:</p> <p>a. Defekasyonların en az %25’inde zorlanmadışı b. Defekasyonların en az %25’inde topak topak ya da sert c. Defekasyonların en az %25’inde tam olmayan boşaltım hissi d. Defekasyonların en az %25’inde anorektal obstrüksiyon/blokaj hissi e. Defekasyonların en az %25’ini kolaylaştırmak üzere elle müdahale (ör: parmakla boşaltım, pelvik zemine destek) f. Haftada 3’ten az defekasyon</p> <p>2. Laksatifler kullanılmadığı zaman gevsek dışkının nadir görülmesi,</p> <p>3. Irritabl bağırsak sendromu için yetersiz kriter bulunması</p> <p>*Semptom başlangıcı tanıdan en az 6 ay öncesine dayanmak üzere kriterler son 3 ayda gerçekleşmelidir.</p>
--

Kaynak: Bengi G, Yalçın M, Akpınar H(2014). Kronik Konstipasyona Güncel yaklaşım. Güncel Gastroentoloji 18/1; 72-88.

2.4.3. Biyokimyasal Analizler, Tümör Belirleyiciler

Demir eksikliği anemisi, elektrolit bozukluğu ve karaciğer fonksiyon testlerinde anormallik saptanabilmektedir. Ayrıca gaitada gizli kan aranması ve tümör markerlarının incelenmesi de önemli tanılama kriterleridir (Rocklin, Senagore and Talbat 1991, Çınar 2011,) . Kolorektal kanserde; karsinoembriyonikantijen (CEA) ve karbonhidrat antijen (CA 19-9) kullanılan tümör belirleyicileridir (markerları) (Çınar 2011). CEA, kolorektal kanser dışında birçok kanser takibinde sık kullanılır. CEA seviyesi; kolon kanserlerinin %60-90’ında, pankreas kanserinin %80’inde, mide kanserinin %60’ında, akciğer kanserinin %95’inde yüksek seyredebilir (Rocklin et al 1991, Duffy 2001,). Biyolojik yarılanma ömrü 2-8 gündür, ameliyat sonrası 6-8 haftada normal seviyeye iner (normal aralık: CEA 0-3 ng/ml) (Duffy 2001). Sigara içenlerde, siroz, pankreatit, hepatit gibi hastalıklarda da CEA düzeyi yükselebilmektedir (Lurie 1971, Wilson et al 1999). CA 19-9; kolorektal kanser

dışında, mide, pankreas, safra yolları kanseri takibinde sık kullanılmaktadır. Yarılanma ömrü 7 saat olup, ameliyat sonrası birkaç hafta içinde normal seviyeye iner (normal aralık: 0-37 U/ml) (Fornes and Tanaka 1999).

2.4.4. Bilgisayarlı Tomografi (BT)

Bilgisayarlı tomografi (BT) rektum ve kolonun minimal invaziv görüntüleme yöntemidir. 1990'lı yıllardan bu yana BT teknolojide hızlı gelişmeler olmuştur. Yapılan randomize kontrollü deney çalışmalarında kolorektal kanserde; mortalitenin azaltılmasında BT'nin etkinliği açıkça ortaya konulmuştur. Güvenirlik oranı yüksek, hiçbir sedasyon gerektirmeyen bir işlemdir. Tümörün lokalizasyonu, boyutu, komşu organlar ile ilişkisi, uzak doku metastazında kullanılmaktadır (Pickhardt 2006).

2.4.5. Sigmoidoskopi

Rektum ve sigmoid kolonun yapısal olarak esnek (fleksible) ışık kaynağı olan kamera yardımıyla yani sigmoidoskop ile değerlendirilmesi işlemidir. Sigmoidoskopi sırasında; rektum ve sigmoid kolondaki küçük yapısal polipler çıkarılabilir. İşlem genellikle sedasyon gerektirmemektedir. Randomize kontrollü bir çalışmada 55-64 yaş arasında yapılan sigmoidoskopi tarama muayeneleri ile kolorektal kanser sıklığı ve mortalitesinin önemli ölçüde azaltılabileceği belirtilmektedir (Elmunzer et al 2012).

2.4.6. Kolonoskopi

Kolon ve rektum mukozasının yapısal olarak esnek (fleksible) ışık kaynağı olan kamera yardımıyla değerlendirilmesini sağlar. Bunun yanı sıra biyopsi ve polipektomiye olanak sağlayarak diğer tetkiklere göre daha avantajlıdır. Amerikan Gastroenteroloji Koleji; ulaşılabilirliğin olduğu yerlerde kolonoskopiyi güvenilir tarama testi olarak göstermektedir. Kolonoskopi ve sigmoidoskopi ile kaçırılan proksimal lezyonların yakalanabileceği belirtilmektedir. İşlem sedasyon gerektirir ve başarılı bir işlem için iyi bir bağırsak hazırlığı yapılmalıdır (Rex, Imperiale and Latinovich 2002, Rex et al 2009).

Amerikan Kanser Derneği ve Türkiye'de Kolorektal Kanser Tarama Programına göre 50 yaşından sonra başlanılmakta, 70 yaşına kadar her 10 yılda bir tekrarlanarak tam

bağırsak görüntülemesi alınmaktadır (Tablo 2.4.2.) (Levin et al 2008). 50 yaşından itibaren kolorektal kanser riskinin belirgin olarak artması nedeniyle bu yaştan itibaren düzenli olarak tarama testi yapılmalıdır (Levin et al 2008). Ancak 40 yaşından itibaren tarama prosedürüne başlanması gereken gruplar da bulunmaktadır. Bunlar; birinci derece akrabalarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip, ülseratif kolit, Crohn hastalığı olan bireylerdir (Levin et al 2008).

Tablo 2.4.2.Amerikan Kanser Derneği ve Türkiye Kolorektal Kanser Tarama Programı

AMERİKAN DERNEĞİ	KANSER	TÜRKİYE
1-Gaitada Gizli Kan (Grade 1B)	50 yaş ve üstü HER YIL	50-70 yaş arası her 2 yılda bir
2-Sigmoidoskopi	50 yaş ve üstü 3-5 YILDA BİR	ÖNERİLMEZ.
3-Kolonoskopi (Grade 1B)	50 yaş ve üstü HER 10 YILDA BİR	10 YILDA BİR Tüm bireyler 51-61 yaş aralığında toplam 2 kez olmak üzere kolonoskopiye çağrılmaktadır.
4-Rektal Tuşe	40 yaş üstü HER YIL	
5-Çift Kontrastlı Baryumlu Lavman	50 yaş ve üstü HER 5 YILDA BİR	
6-Esnek Sigmoidoskopi (Grade 2B)	50 yaş ve üstü 5-10 yılda bir	
7-BT Kolonoskopi (Grade 1C)	5- 10 YILDA BİR	

Kaynak:Çınar A, Gençoğlu EA, Korkmaz M. (2013). Kolorektal Kanser Yeniden Evrelemesi ve PET/ BT. Ulusal Cer Derg(Derleme), 29: 76-80.

2.4.7. PET (Pozitron Emisyon Tomografi)

Tomografik görünümde, onkolojik tanılarda en tercih edilen glukoz metabolizma takibidir. Bu amaçla 18F işaretli flourodeoksiglukoz (18F-FD6) kullanılır ve KRK hastalarında FD6 görüntülemenin, hastanın tedavisinin yön değiştirmesine yol açan etkin bir yöntem olduğu belirtilmektedir (Ronsohoff 2009).

2.4.8. Çift Kontrast Baryumlu Lavman

Çift Kontrast Baryumlu Lavman; baryum çözeltisi ile bağırsak mukozasının boyanarak, floroskopi altında kolon ve rektumun seri görüntüleri çekilmesi işlemidir. İyi bir bağırsak hazırlığı gerektirmektedir. Çünkü uygun hazırlık yapılmadığında yalancı pozitiflik gösterebilmektedir. 1 cm'den büyük çaplı poliplerin saptanmasında yüksek duyarlılığa sahiptir (%90 duyarlılık). Sigmoid kolondaki lezyonlar gözden

kaçabilir ve pozitif sonuçlarda ise kolonoskopi yapılması gerekmektedir. Anatomik varyasyonlarda bazı kesimlerdeki polipler gözden kaçabilmektedir (Zorluoğlu 2004).

2.4.9. Sanal Kolonoskopi

Bilgisayarlı tomografi ile yapılan kolonografiler noninvaziv (sensitivite %95) bir yaklaşım olarak uygulanmaya başlamıştır. Kolonoskopi işlemine göre daha pahalı bir işlem olmasının yanı sıra noninvaziv bir uygulamadır ve daha kısa sürede uygulanabilmektedir. Sensitivite ve spesifitesi 1 cm'den büyük lezyonlarda % 90'dır (Burch et al 2007).

2.4.10. Gaitada Gizli Kan (GGK) Testleri

Kolorektal kanseri tanılamada kullanılan yöntemlerden birisi de gaitada gizli kan testleridir (gaitada hemoglobinin varlığı). Taramaların her iki yılda bir tekrarlanması tavsiye edilmektedir. Son iki GGK testi negatif olan ve 70 yaşını dolduran bireylerde tarama kesilmelidir (Levin et al 2008). Sıklıkla Hemotest yapılır. Bu test çok kolay uygulanır ancak güvenilirliği düşüktür. Beslenmeye ve kullanılan ilaçlara bağlı olarak yalancı pozitiflik elde edilebilir (Örneğin testten önce 7 gün içinde kırmızı et, som balığı (somon balığı), turp yemiş olmak, aspirin, ibupfren, kolşisin, kortikosteroid, antikoagülan ve kemoterapötik ilaçlar gibi) (Ouyang, Chan, Getzenberg and Schoen 2005). Üç çeşidi vardır:

- *1-FOBT (Yüksek Hassasiyetli GGK Testi)*: Maliyeti yüksek olmamakla birlikte spesifik kitler ile değerlendirme yapılır. Hasta bireyin örneklerinde insan hemoglobininin kalitatif tespiti için kullanılan bir testtir (Ouyang, Chan, Getzenberg and Schoen 2005).
- *2-iFOBT*: Gaitada gizli kan taramasında kullanılan immünokimyasal bir testtir (Ouyang, Chan, Getzenberg and Schoen 2005).
- *3-Fekal DNA Testi*: Maliyeti yüksektir. Bu testte; dışkı örneğinde kanser veya polip hücrelerinin anormal DNA'sı aranır (<http://thsk.saglik.gov.tr> Erişim Tarihi: 01.02.2015).

2.5. KOLOREKTAL KANSERDE EVRELEME

Kolorektal kanserli hastalarda iyi bir anamnez alınır, fiziksel muayene, laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemleri ile tanılama yapılır. Kolonoskopi, rektoskopi ve biyopsi ile kanser tanısı kesinleştirildikten sonra evrelendirme yapılır. Evrelendirme uygun tedavi de çok önemlidir(Bond 2000). Hastalık yayılımı primer olarak PET/BT ve cerrahi eksplorasyon ile belirlenir. Tümör evreleme yaşam süresinin belirlenmesinde çok önemlidir (Cohen, Shenk and Friedman 1989).Günümüzde en sık kullanılan üç sınıflandırma sistemi mevcuttur; Dukes Sınıflandırması (Tablo 2.5.1.), ve bunun Astler-Coller Modifikasyonu (Tablo 2.5.2.) gibi eski evreleme sistemleri yerini Amerikan Kanser Ortak Komitesi (AJCC; American Joint Committee on Cancer) ve Uluslararası Kanserle Savaş Birliği'nin (IUCC; International Union for Cancer Control) oluşturduğu TNM sınıflandırılmasına bırakılmış ve tedavi kararları bu sınıflamaya göre verilmektedir (Tablo 2.5.3.; Tablo 2.5.4.; Tablo 2.5.5.) (Bresailer 2003).

Dukes sınıflandırmasında (1932 yılında) yeni bir sistem oluşturulmuş olup tümörün derinliği, lenf bezi tutulumu ve uzak metastazına göre A, B, C olarak yapılmıştır. 1936 ve 1944 yılında modifiye edilmiştir (Dukes 1932, Bresailer 2003). Astler-Coller(1954) Dukes sınıflandırmasının modifikasyonu olupbu sisteme benzer. Derinlikleri farklı olan tümörlerdelenf düğümü tulumunu gösterir(O'Connell et al 1998,Garrity et al. 2004).Günümüz tıbbi geliştikçe, kanser hakkında daha fazla bilgi sahibi olundukça evreleme sistemleri de buna paralel olarak zaman içerisinde değişmektedir. Evrelemenin ana bileşenleri; kanserin başlangıç noktası, tümör sayısı ve büyüklüğü, lenf nodları yayılımı, hücre tipi ve derecesi (kanserin normal hücrelere ne kadar benzediği) ve metastaz olup olmadığıdır.T tümörü belirtir (boyutu ve ne kadar yayıldığı), N lenf nodlarının (bezlerinin) durumunu, M ise kanserin metastaz yapıp yapmadığını, T, N ve M'den sonra gelen bazı rakam ve harfler tümör, lenf nodu ve metastaz ile ilgili ayrıntılar için kullanılmaktadır (<http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/detection/staging>Erişim Tarihi:10.08.2016).

Tablo 2.5.1.1936 Dukes Sınıflaması

Evre A	Tümör kolon duvarında sınırlı, muskularis propriayı aşmamış
--------	---

Evre B1	Tümör tüm kolon duvarını tutup muskularis propriayı uzanmış, penetre etmemiş. Lenf bezi tutulumu yok.
Evre B2	Tüm duvarı tutmuş len nodu tutulumu yok
Evre C1	Bölgesel lenf bezlerinde metastaz yok
Evre C2	Mezenterik kan damarları etrafındaki lenf bezlerinde metastaz mevcut
Evre D	Uzak Metastaz

Kaynak: Akkoca NA, Yanık S, Özdemir TZ, Cihan FG, Sayar S, Cincin TG, Çam A, Özer C(2014). TNM and Modified Dukes Staging Along with the Demographic Characteristics of Patients with Colorectal Carcinoma, Int J Clin Exp Med 2014;7(9):2828-2835 www.ijcem.com /ISSN:1940-5901/IJCEM0001655

Tablo 2.5.2. Astler-Coller Sınıflaması

Evre A	Tümör mukozada sınırlı
Evre B1	Tümör submukozaya sınırlı, lenf bezi invazyonu yok
Evre B2	Tümör kas tabakasına sınırlı, lenf bezi invazyonu yok
Evre C1	Tümör barsak duvarını aşmadığı halde lenf bezi metastazı mevcut
Evre C2	Tümör barsak duvarını aşmış ve lenf bezi metastazı mevcut

Kaynak: Astler VB, Coller FA (1954). The prognostic significance of direct extension of carcinoma of the colon and rectum. Ann Surg 139:846.

Tablo 2.5.3.TNM Sınıflaması

PRİMER TÜMÖR (T)
Tx: Primer tümörü bilinmeyen T0: Primer tümör yok Tis: Karsinoma insitu T1: Tümör submukozaya invaze T2: Tümör muskularis propriaya invaze T3: Tümör subseroza veya nonperitonealize perikolik dokuya invaze T4: Tümör visseral peritona perforé olmuş veya diğer organ ve dokulara direkt invazyon göstermiş
BÖLGESEL LENF NODÜLLERİ (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 değerlendirilememekte M0: Uzak metastaz yok M1: Uzak metastaz mevcut

Kaynak: American Joint Committee on Cancer(AJCC), Chicago, Illinois. The original source for this material is the AJCC Cancer Staging Manual, Seventh Edition (2010).

Tablo 2.5.4. Histolojik Evre (Grade)

GX	Evre değerlendirilemez
G1	İyi diferansiye
G2	Orta derecede diferansiye
G3	Kötü diferansiye
G4	Diferansiye olmamış

Kaynak: American Joint Committee on Cancer(AJCC), Chicago, Illinois. The original source for this material is the AJCC Cancer Staging Manual, Seventh Edition (2010).

Tablo 2.5.5.Kolorektal Kanserde TNM evrenmesi ve 5 yıllık Sağkalım

EVRE	TNM	5 YILLIK SAĞKALIM(%)
I	T1- T2, N0	93.2
IIa	T3, N0	84.7
IIb	T4, N0	72.2
IIIa	T1- T2, N1	83.4
IIIb	T3, N1	64.1
IIIc	T3, N2 veya T4, N1-2	44.3
IV	Tany, N ANY, M1	-

Kaynak: Data from O'Connell et al. O'Connell JB, Maggard MA, Clifford KY(2004). Colon Cancer Survival Rates with the New American Joint Committee on Cancer Sixth Edition Staging, J Natl Cancer Inst. 96(19):1420-1425.

2.6. KOLOREKTAL KANSER TEDAVİSİ

2.6.1. Cerrahi Tedavi

Kolorektal kanserlerin primer tedavisinde ilk tercih rezeksiyon olup diğer tedavi yöntemleri kemoterapi ve radyoterapidir. Cerrahi tedavide ana amaç, primer tümör odağın bölgesel lenf bezleriyle birlikte çıkarılmasıdır (Bond 2000). Radikal cerrahi; tümörün sağlam bağırsak kısmı ve mezosu ile birlikte genişçe çıkarılmasıdır. Palyatif cerrahi ise, sınırlı rezeksiyonun yapıldığı ve kalıcı stomanın uygulandığı cerrahidir. Tümörün lokalizasyonuna göre kolorektal kanserlerde tercih edilen cerrahi yöntemler:

- Low Anterior Rezeksiyon: Rektum yerleşimli tümörlerin transabdominal yolla çıkarılarak, kolorektal anastomoz seviyesinin peritoneal refleksiyonunun altında kaldığı ameliyatlardır.
- Lokal eksizyon: T1 ve T2 distal rektum kanserlerinin anal yoldan eksizyonla tedavi edildiği durumlar.
- Abdominoperineal Rezeksiyon: Abdomen ve perineden yapılan insizyonlarla primer tümörün tam prokpektomi ile çıkarılmasıdır. Kolonda tümör yerleşimine göre kolektomi (kolonun tamamının ya da bir kısmının eksizyonla çıkarılması) yapılır (Akyolcu 2004, Onaitis et al. 2006, Terzi ve Canda 2010).

Evreyeye spesifik tedavide (Brunicardi et al 2016);

- EVRE 0 (Tis, N0, M0): Karsinoma insitu içeren polipler lenf nodu metastazı riski taşımazlar. Ancak, yüksek dereceli displazi bulunmasının invaziv kanser riskini arttırması nedeniyle polipler tümüyle çıkarılmalıdır.
- EVRE I (T1, N0, M0): Bening olduğu düşünölen bir polipte, polipektomi sonrası invaziv kanser içerdđđi anlaşılırsa segmental kolektomi iyi bir seçenek olabilir.
- EVRE I ve II: Lokalize Kolon Kanseri (T1- 3, N0, M0): Evre I ve II'deki hastaların çođđuna cerrahi rezeksiyon yapılmaktadır.
- EVRE III: Lenf Nodu Metastazı (Herhangi bir T, N1, M0): Lenf nodu tutulumu olan hastalarda lokal ve uzak nüks riski önemli taşıdığından, rutin olarak adjuvan kemoterapi önerilmektedir.
- EVRE IV: Uzak Metastaz (Herhangi bir T, Herhangi bir N, M1): Evre IV kolon kanserinde sağkalım oldukça sınırlı, mortalite oranı yüksektir. Birçok malignansinin tersine, iyi seçilmiş izole, rezeke edilebilir metastazlı hastaların rezeksiyondan fayda görebileceđđi belirtilmektedir.

2.6.1.1. Kolorektal Cerrahi Öncesi ve Sonrası Hemşirelik Yaklaşımı

Kolorektal kanser tanılama, tedavi ve sonrası süreç hasta bireylerin ve yakınlarının anksiyete yaşamalarına ve yaşam kalitelerinin deđđişmesine neden olmaktadır (Sprangers, Taal, Aaronson, et al 1995).

Ameliyat öncesi dönem hemşirelik bakımı; bireyin psikosoyal, fizyolojik, yasal hazırlığı ile ameliyat önce eğitimi kapsamaktadır. Preoperatif dönemde bireylerin; hastalığı, yapılacak cerrahi işlem, sonrası dönemde takibi (bađđırsak hazırlığı, ağrı yönetimi, dren takibi, nazogastrik sonda varlığı, beslenme, monitörizasyon, mobilizasyon, solunum-öksürük egzersizi, beslenme, yoğun bakım takip süreci gibi), stoma ve bakımı gibi konularda bilgilendirerek ameliyata bu açıdan hazırlanması önemlidir. Ameliyat öncesi dönemde iyi bir şekilde bilgilendirilmiş, psikolojik destek verilmiş olan hastaların analjeziye daha az gereksinim duydukları, daha az anksiyete

yaşadıkları ve daha ameliyat sonrasında daha az komplikasyon yaşadıkları bildirilmektedir (Sprangers, Taal, Aaronson, et al 1995, Karabulut 2013).

Kolorektal kanser cerrahisi, yaşam kalitesinin önemli bir göstergesi olan cinsel işlevleride etkileyebilmektedir (Camilleri, Steele 2002, Addis 2003). Kolorektal kanser cerrahisinde, cinsel işlevlerin devamlılığını sağlayan pelvik otonom sinirlerin korunması esas alınmaktadır. Rektal cerrahide periprostatik pleksusa hasar verilmesi neticesinde erkeklerde impotans, erektil disfonksiyon ve erken boşalma, kadınlarda pelvik- abdominal cerrahiye bağlı oluşan skar dokusu sebebiyle vajinal darlık, vajinal sekresyonlarda azalma (lubrikasyonda azalma), disparoni (cinsel ilişki sırasında ağrı) cerrahi komplikasyonlar arasında görülmektedir. Sadece cerrahi işlem değil bunun sonucunda açılan geçici/kalıcı ostomi varlığı beden imajında değişime, benlik saygısında azalmaya, psikososyal ve fizyolojik olarak pek çok sorunla karşılaşmasına da neden olmaktadır (Camilleri, Steele 2001, Samantha et al 2005, da Silva et al 2008). Bu problemlere uyumu sağlamada danışmanlık ve eğitim yönünden destek olunmalıdır. Stoma açılmasına karar verilmiş bireylere hemşirelik bakımı ameliyat öncesi dönemden başlanmaktadır. Stoma hakkında gerekli bilgi verilmeli, hasta birey ve yakınlarına uyum sürecinde stoma bakımı öğretilerek bilgilendirme ve psikolojik destek sürdürülmelidir (Yar 2007, Ayaz 2007, Akın 2009). Bireyin baş edebilmesi için bazı hemşirelik yaklaşımlarına örnek verecek olursak; bireyin ve partnerinin kayba uyum düzeyi öncelikli olarak değerlendirilmeli (İnkâr, depresyon, öfke), kayba karşı oluşan bu tepkilerin normal olduğu açıklanmalı, partneri ile ilgili endişelerini paylaşması gerektiğinin önemi vurgulanmalıdır. Cinsel aktivite esnasında stoma torbasının açılması, sızıntı, kötü koku gibi nedenlerle cinsellikten uzaklaşma ve cinsel istekte azalma olabilmektedir. Bu durumla baş etmede, stoma bakımı, beslenmesi cinsellik öncesi torbanın boşaltılması ya da stoma kepi kullanımı gibi konularda gerekli eğitimin verilmesi önemlidir (Carpenito-Moyet 2005, Akman ve Aygin 2015). Cinsel işlev bozukluğu olup olmadığı tanı sürecinden başlayarak her aşamada sorgulanmalı, özel soru formları ve modellerle durum tespiti yapılarak ilgili uzmanlara yönlendirilmelidir (Camilleri and Steele 2002, Akman ve Aygin 2015).

2.6.2.Kolorektal Kanserde Kemoterapi

Kolorektal kanserlerde kemoterapi; neoadjuvan kemoterapi, adjuvan kemoterapi ile ileri evre hastalık için yapılan kemoterapi olmak üzere üç grupta incelenmektedir.

- *Neoadjuvan kemoterapi*; tümörü sınırlı olan ve cerrahi olarak çıkarılması mümkün olan hastalarda, kitlenin küçültülüp ameliyatın kolaylaştırılması, metastazların eradike edilmesi ve sfinkter koruyucu cerrahiye olanak vermesi amacıyla yapılmaktadır (Terzi 2010). Rektum tümörlerinde genellikle radyoterapi ile birlikte kombine tedavi şeklinde uygulanmaktadır.
- *Adjuvan kemoterapi*; Cerrahi sonrası nüks gelişimini önlemek amacıyla uygulanan tedavidir(<http://www.cancer.org> Erişim Tarihi: 10.10.2016). Sıklıkla kullanılan ajanlar; 5FU(5- Flourourasil)/ LV(Leucovorin) (6 ay kullanılır, ilk 5 gün sonra ayda bir), Capecitabine (6 ay kullanılır 3 haftada bir), FLOX (1.5 ayda bir 3 kez), FOLFOX (6 ay Oksaliplatin 85 mg/m² (2 haftada bir) LV 200mg/m² (1. ve 2. günler) 5FU bolus 400mg/m² (1. ve 2.günler) 5FU infüzyon 600mg/m² (1. ve 2. günler) (2 haftada bir) (Büyüknal 2010, <http://www.cancer.org> Erişim Tarihi: 10.10.2016).
- *İleri evre kanserde kemoterapi*; Kolon kanserlerinde karaciğer sıklıkla olmak üzere akciğer batın içine de olan metastazlarda tümörü küçültmek ve belirtileri hafifletmek amacıyla uygulanan tedavidir. Sıklıkla kullanılan terapötikler; 5FU/LV, Capecitabine, İrinotekan, Oksaliplatin, Bevasizumab, Setuksimab ve Panitumumab'dır (Büyüknal 2010, <http://www.cancer.org> Erişim Tarihi: 31.07.2016).

2.6.2.1. Kolorektal Kanserli Hastalarda Kemoterapi Semptomlarının Yönetimi

Kemoterapinin yararlı etkileri yanı sıra enfeksiyon ve kanamaya yatkınlık, anemi ve yorgunluk, saç dökülmesi (alopesi), konstipasyon, ekstremitelerde şişme, diyare, ağızve dişetinde değişiklikler gibi yan etkileri vardır. Bu yan etkilerle beraber bireyler, anksiyete, depresyon, ağrı, benlik kavramında değişiklik ve cinsel işlev bozukluğu gibi semptomlar yaşamaktadırlar. Kemoterapinin olası yan etkileri ve bu etkilerin bireyler tarafından yönetilmesi, buna yönelik olumlu tutum ve davranış geliştirebilmeleri uygun hemşirelik yaklaşımıyla sağlanabilmektedir (Dolu 2010, Akçay ve Gözüm 2012).

Kemoterapiye Bağlı Bulantı- Kusma ve Semptom Yönetimi; Sitotoksik ajanlara bağlı gelişen bulantı-kusma kemoterapi alan hastalarda en sık görülen yan etkidir. Bu durum bireylerde; sıvı-elektrolit dengesizliği, dehidratasyon, anoreksi, iştahsızlık gibi fizyolojik etkilere yol açarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Arslan ve Özdemir 2015).

KORUYUCU ÖNLEMLER	TEDAVİ VE BAKIMI
Hastayla ilk karşılaştığı andan itibaren ematojenite düzeyi belirlenmeli	Hekim istemine uygun farmakolojik girişimler uygulanmalı
Bulantı-kusma şekli, sıklığı, miktarı kaydedilmeli	Nonfarmakolojik yöntemler, hayal kurma, müzik tedavi, progresif kas gevşeme gibi yöntemler kullanılmalı,
Hekim istemine uygun antiemetik ajanlar uygulanmalı	Yavaş yavaş yudumlayarak elma suyu, kızılçık suyu limonata içmesi sağlanmalı
Hekim istemine göre önerilen antiemetikler yemeklerden yarım saat önce alınmalı ve 3 gün devam etmeli	Aşırı bulantı döneminde baş etmede güçlük yaşıyorsa uyuması önerilmeli
Tedaviden 1-2 saat öncesinde ağır yemeklerden kaçınması, gün içinde az az sık sık beslenmesi(5-6 öğün), sıcak gıdalardan ve ağır kokulu besinlerden uzak durması söylenmeli	-Bulantı- kusmanın yoğun olduğu dönemde hastaların genel durumu, dehidratasyon belirtileri izlenmeli ve hekim isteğiyle paranteral sıvı desteği sağlanmalıdır
Akupunktur, hayal/düş kurma, müzik tedavi ve progresif kas gevşeme gibi non-farmakolojik yaklaşımlar önerilmelidir.	(Can, Enç ve Akkaya 2007).

Kemoterapiye Bağlı Mukozit ve Semptom Yönetimi; mukozit, ağız boşluğunun enflamatuvar ve ülseratif reaksiyonudur. Kullanılan sitotoksik ajanın türü, veriliş şekli, hızı, bireyin özellikleri mukozit gelişimini etkilemektedir. Gelişen mukozit sonrası şiddetli ağrı nedeniyle hastalar yeterli sıvı ve gıda alamadıkları için yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmekte ve sistematik birçok soruna sebep olmaktadır(Karagözoğlu 2002, Can, Enç ve Akkaya 2007).

KORUYUCU ÖNLEMLER	TEDAVİ YÖNTEMLERİ
<p>Özellikle kemoterapiye başlamadan önce ve tedavi süresince dilin, mukoz membranın, yutma ses durumunun değerlendirilmesi gerekir. Hasta birey gerekli ise diş hekimine yönlendirilmeli</p> <p>Hasta ve yakınlarına oral mukoza değerlendirme rehberi kullanımı anlatılmalı ve gerekli eğitimler verilmeli</p> <p>Ağız bakımı hastane protokollerine göre uygun solüsyonla her yemekten sonra yapılmalı,</p> <p>Ağız temizliği için mekanik temizleyici özelliğinden ve alkalin doğasından dolayı sodyum bikarbonat ile ağız bakımı önerilir,</p> <p>Ağızda buz tutulması önerilir</p> <p>Diş protezi varsa hastaya tam uygunluğu sağlanmalı, günde en az iki kez yumuşak fırça ile fırçalanmalı ve iyice durulanmalıdır.</p>	<p>Ağız bakımı sıklığı artırılır (2-4 saatte bir)</p> <p>Diş fırçalama esnasında ağrı var ise aplikatör kullanılır</p> <p>Mukozayı koruyucu ajanlar kullanılır</p> <p>Oral alım enteral veya paranteral yolla desteklenebilir</p> <p>Şüpheli alanlardan kültür alınıp uygun antibiyotik tedavisi başlanabilir.</p> <p>Kemik iliği transplantasyon tedavisinde gelişen mukozitlerde laser tedavisi uygulanabilir,</p> <p>Mukozite bağlı gelişen ağrının giderilmesinde hasta kontrollü analjezi(morfin) kullanılabilir,</p> <p>Hekim istemine göre büyüme faktörleri ve diğer antiseptik gargaralar kullanılabilir</p> <p>(Karagözoğlu 2002, Can, Enç ve Akkaya 2007, Öztürk 2015).</p>

Hasta Ağız Bakım Eğitim Protokolü

- Dişlerinizi üstten, dıştan, içten dikkatli bir şekilde en az 90 sn. günde 2 kez(kahvaltıdan sonra ve yatmadan önce) fırçalayın
 - Fırçalama esnasında ağrı olursa sağlık uzmanının önerisi doğrultusunda aplikatör kullanın
 - Günde 1 kez diş ipi kullanın
 - 30 sn. boyunca ağızınızı su ile çalkalayın
 - Takma dişiniz varsa, ağız bakımından önce çıkarın
 - Çıkan takma dişlerinizi günde bir kez antiseptik solüsyonla temizleyin
 - Ağrı varsa takma dişlerinizi sadece yemek yerken kullanın
 - Sigara ve alkol kullanmayın
 - Tedavi öncesi ve sonrasında tuzlu, asitli, baharatlı, sıcak ve soğuk gıdalardan uzak durun
 - Bol sıvı için
 - Ağızda kuruluk varsa, ağızda tahriş yapmayacak ve şekersiz gıdalar tercih edin
 - Dudaklara nemlendirici sürün
 - Ağrı, kanama ve rahatsızlık hissederseniz uzmanınıza başvurun
 - Her gün ışığın yeterli olduğu bir ayna kullanarak, ağız içindeki değişiklikleri(kızarıklık, yara)inceleyin
- (Can, Enç ve Akkaya 2007)

Kemoterapiye Bağlı Alopesi ve Semptom Yönetimi; alopesi çözümlenmesi güç ve bireylerde ciddi psikososyal rahatsızlıklara neden olabilen bir semptomdur. Kemoterapiye bağlı saç dökülmesinde saç folikülü anagen fazdayken duraksamaya bağlı hasara uğrar. Saç dökülmesine neden olan kemoterapötikler antimetabolitler, alkilleyici ajanlar ve antimitotiklerdir. Tedaviyi izleyen ilk 4 haftada diffüz saç kaybı olur. Kemoterapiye bağlı alopesi geri dönüşümlüdür ve tedaviden 3-6 ay sonra tekrar

çıkmaya başlar (Özgül, Ertan, Düzgüner, Turan, Kög, Baran, Balta ve Köse 2012, Ateş ve Olgun 2014, Ateş ve Olgun 2015).

KORUYUCU ÖNLEMLER	TEDAVİ VE BAKIMI
<p>Kemoterapi ajanlarına bağlı gelişen alopesi hakkında hasta bilgilendirilmelive bu etkinin çoğunlukla geçici olduğu anlatılmalıdır</p> <p>Alopesinin tedavisinde kullanılan bazı grup ilaçların daha yoğun saç kaybı yapabileceği söylenmeli</p> <p>Yüksek doz tedavi alanlarda yoğun saç kaybının olduğu, oral ve düşük doz tedavi daha az olduğu</p> <p>Tedavi boyunca boyama, perme gibi saça işlem yapılmasının saç kaybını arttıracığı konusunda bilgi verilmeli</p> <p>Saç kaybının bazı hastalarda tam bazılarında kısmi olabileceği, tedavi sayısının artması ile kirpik, kaş, aksiller ve pubik bölgede de kayıpların olabileceği</p> <p>Tedavinin bırakılması veya ilaç dozlarının düşürülmesi gereken bir yan etki olmadığı konusunda bilgilendirilmelidir</p> <p>Bakımı veren sağlık personeli alopesinin birey ve ailesinin üzerindeki etkisini değerlendirebilmeli</p> <p>Bireyin alopesiye ilişkin duygularını ifade etmesi konusunda cesaretlendirmeli</p> <p>Tedaviden önce peruk, eşarp seçmesi ve alopesi gelişmeden uyum sağlaması için desteklenmeli,</p> <p>Saten yastık kullanmaları önerilmeli</p> <p>Saçları korumak için çok sık yıkama yapılmaması, kremsiz şampuan kullanılması, yumuşak fırça ile saçların taranması, kurutmada elektrikli ürünlerin kullanılmaması konusunda bilgi verilmelidir.</p>	<p>Bireyler psikolojik yönden değerlendirilmeli ve benzer tedavi alan bireylerle görüşmesi sağlanmalı,</p> <p>Peruk, eşarp, bandana, kaş kalem kullanmaları önerilmeli</p> <p>Sosyal izolasyonyaşayan bireylerin arkadaş çevresi ve ailesiyle iletişimin devamlılığı konusunda cesaretlendirilmeli</p> <p>Başını soğuktan ve sıcaktan koruması gerektiği söylenmeli</p> <p>Tedaviden 3-6 ay sonra tekrar tedavi öncesi görünümü kazanacağı konusunda bilgi verilmelidir</p> <p>(Can, Enç, Akkaya 2007, Ateş AS 2011, Özgül, Ertan, Düzgüner, Turan, Kög, Baran, Balta ve Köse 2012, Ateş ve Olgun 2014, Ateş ve Olgun 2015).</p>

Kemoterapiye Bağlı Nötropeni ve Semptom Yönetimi; kemoterapi ve radyoterapi kemik iliğinin yeni hücre yapma yeteneğini bozar ve yeni hücrelerin yapımında azalmaya neden olur. Kemik iliğinde hücre üretiminin baskılanması sonucunda da hastada anemi, nötropeni ve trombositopeni meydana gelir. Vücudun savunma hücresi olan nötrofillerin, normalde periferik kandaki sayıları 4.000-5.000/mm³ dür.

Nötrofillerin normal sayısından daha az olması ise enfeksiyona yatkınlığı arttırmaktadır (Atay 1997, Can, Enç, Akkaya 2007, Tarakçıoğlu 2012).

KORUYUCU ÖNLEMLER	TEDAVİ YÖNTEMLERİ
<p>Birey enfeksiyona yatkınlığı arttıran diğer faktörlerle birlikte değerlendirilmelidir</p> <p>El hijyeni konusunda gerekli bilgi verilmelidir</p> <p>Ağız bakımı dikkatle yapılmalı</p> <p>Çevrenin düzenlenmesi, tek kişilik odalarda veya aktif enfeksiyonu olmayan hastalarla en fazla iki kişilik odada kalması sağlanmalı, odada tuvalet, banyo bulunmalı, oda içine hava akımını engellemek için kapı kapalı tutulmalı, mantar enfeksiyonu riski nedeniyle odada vazo, saksı çiçeği olmamalı, hastada kullanılan nebulizanların suları günlük değiştirilmeli, Odadaki gereksiz tıbbi cihazlar odadan uzaklaştırılmalı, ziyaretçi kısıtlaması yapılmalıdır</p> <p>Nötropenik hastalarda diyet kısıtlaması, sadece pişmemiş yiyecek, et, süt ve ürünleri, deniz ürünü, yumurta ve çiğ sebze- meyvenin tüketilmemesi gibi yaklaşımları kapsamaktadır</p> <p>Hastalara hayvan dışkısı, idrarıyla temas ve bulaştan kaçınması önerilmelidir</p> <p>Deri bütünlüğünün sağlanması, aksilla, kasık bölgesi gibi deri kıvrım yerleri günde 2 kez sabun ve su temizlenip iyice kurulanmalı, invaziv yapılan girişimler sonrası işlem yerleri gözlenmeli, pansumanlar cerrahi asepsiye uyumlu yapılmalı, intravenöz enjeksiyonlar, subkutan ve intramüsküler enjeksiyonlara tercih edilmeli, erkek hastalara jilet yerine traş makinası kullanmaları önerilmeli, irrite edici losyon ve kremler kullanılmaması önerilmelidir.</p>	<p>El hijyenine dikkat edilmeli</p> <p>Hekim istemine göre gerekli ise koruyucu tedavi başlanır</p> <p>Enfeksiyon belirtileri gerekli aralıklarla takip edilir</p> <p>Hekim/ hemşireye bildirmesi gereken enfeksiyon bulguları yönünden birey bilgilendirilir</p> <p>Kültür alınır</p> <p>Hekim istemine göre tedaviye başlanır</p> <p>Hasta izlenir</p> <p>(Atay 1997, Can, Enç, Akkaya 2007, Tarakçıoğlu 2012).</p>

2.6.3. Kolorektal Kanserde Radyoterapi

Kolon kanserinde radyoterapi özellikle rektum tümör tedavisinde tercih edilmektedir (Aaronson 1993). Radyoterapi de temel amaç; hedef tümör dokusuna yeterli doz verilerek, tümörün lokal kontrolü sağlanırken aynı zamanda tümör etrafındaki normal dokuyu korumaktır. Radyoterapi eksternal, internal ve sistemik selektif olmak üzere üç yöntemle uygulamaktadır. *Ekternal radyoterapi*; bireyin vücuduna tedavi dozunun

dışarıdan verilmesidir. *Brakiterapi (internal radyoterapi ve implant tedavi)* hastaya radyoizotop kullanılarak verilir. *Sistemik radyoterapi*, kapalı olmayan radyoaktif kaynak oral ya da intravenöz yola verilir (National Cancer Institute 2010, Bayır 2013, Bostanoğlu 2014). Tümör ve tedavi edilecek volüm ile birlikte bölgede yer alan normal dokular kesit kesit çizilerek tümöre verilecek ve normal dokular tarafından alınacak doz sınırlamaları belirlenir. Bu verilere göre tedavi planlama ünitesinde 3 boyutlu konformal ya da IMRT (Intensity Modulated Radiation Therapy-Doz Yoğunluk Ayarlı Radyoterapi) planı yapılarak tedaviye geçilir. Hastanın alması gereken doz seanslara bölünerek uygulanır (National Cancer Institute 2010). Kolorektal kanserde ameliyat öncesi radyoterapi, uzun süreli (1.8 Gy/fraksiyondan 25 fraksiyonda toplam 45 Gy radyoterapi ile eş zamanlı olarak 5-florourasil) ve kısa süreli (5 Gy/fraksiyondan 5 fraksiyonda toplam 25 Gy radyoterapi) iki metodla uygulanır (NIH 1990, Yavaş ve Yavaş 2012). Radyoterapinin yan etkileri yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte olup hastaların fiziksel ve emosyonel semptomları yoğun bir şekilde yaşamalarına neden olmaktadır. Akut yan etkiler radyoterapi uygulama esnasında ya da tedavi bitiminden hemen sonra hızlı çoğalıp bölünebilen doku ve organlarda ortaya çıkar (Alopesi, mukozit, ses kısıklığı, disfaji, deri bütünlüğünde bozulma, iştahsızlık, kilo kaybı, bulantı-kusma, ağrı, konstipasyon, diyare). Geç yan etkileri tedaviden aylar sonra görülür. Geç yan etkilerden en ciddiisi radyoterapiye bağlı ikincil kanserlerdir (Çelik 2014).

2.6.3.1. Kolorektal Kanserli Hastalarda Radyoterapi Semptomlarının Yönetimi

Radyoterapiye Bağlı Deri Bütünlüğünde Bozulma ve Semptom Yönetimi; radyoterapinin etkisiyle uygulanan bölgede kızarıklık, hiperpigmentasyon, kuruluk, kaşıntı meydana gelerek deri bütünlüğü bozulabilmektedir ve tedaviye ara vermeyi gerektiren ciddi bir yan etkidir.

KORUYUCU ÖNLEMLER

Deride kızarıklık, renk değişikliği, kaşıntı, kuruluk olabileceği konusunda bireyler bilgilendirilmeli

İşleme başlamadan önce ve her gün cilt bütünlüğü değerlendirilmeli

İşlem öncesi cildin temiz ve kuru olmasına dikkat edilmeli

Fotosensivite sebebiyle güneşte fazla kalmaması önerilmeli

Cilt temizliğinde dikkat edilmesi gereken hususlara dikkat çekilmelidir (ılık su ile temizlenmesi kuru, yumuşak bir havlu ile ovuşturmadan tampon ederek kurulanması, sabun kullanılmaması)

Cilt üzerine deodorant, parfüm kullanılmaması

İrrite edici losyon ve krem kullanılmaması

Pamuklu ürünler kullanılmalı

Kemer, sutyen gibi dar giysilerin giyilmesinin önlenmesi

Cilt üzerine direkt sıcak- soğuk uygulamanın yapılmaması

Tıraş makinesi kullanılması gibi konularda eğitim verilmelidir

Kuru desquamasyon geliştiğinde,

- Kaşıntı ve hassasiyet bulgularının tanınması
- Hekim istemi doğrultusunda günde 2-3 kez hidrofolik nemli losyonlar kullanılması
- Tedavi öncesi ciltten aşan losyonların temizlenmesi
- Cildin kuru tutulması
- Soğuk ve sıcak uygulama yapılmaması
- Dikkatli bir cilt bakımı uygulanması
- El yıkamanın önemi konusunda hasta eğitimini içerir.

Yaş desquamasyon geliştiğinde,

- Serum fizyolojik ile günde 3-4 kez cilt irigasyonu uygulanması,
- Cilde hidrokoloid pansumanların uygulanması,
- Enfeksiyon bulgularının tanınması,
- Drenajdan kültür alınması,
- Hekim istemi ile analjeziklerin uygulanması,
- Perinede yaş desquamasyon geliştiğinde, oturma banyoları, perianal kompres uygulama girişimlerini içerir.

(Bostanoğlu 2014, Çelik 2014)

Radyoterapiye Bağlı Trombositopeni ve Semptom Yönetimi; pelvis, sternum gibi kemik iliğinin fazla bulunduğu kemiklere radyoterapi uygulanması radyasyonun kemik iliğine infiltrasyonuna ve kemik iliğinin görevini yerine getirememesine neden olmaktadır. Dolayısıyla radyoterapisonrası gelişen trombositopeniye bağlı kanamaları yaşamı tehdit edebileceği unutulmamalı, hem sağlık profesyonelleri hem

hasta ve yakınları tarafından kanamanın tanımlanabilmesine ve yönetilmesine ilişkin uygulamalar iyi bilinmelidir (Can, Enç, Akkaya 2007, Bostanoğlu 2014, Çelik 2014).

KORUYUCU ÖNLEMLER	TEDAVİ YÖNTEMLERİ
Laboratuvar değerleri takip edilmeli (Trombosit değeri 100.000 hücre/mm ³ altında olan hastalarda doktor onayı tekrar alınarak tedaviye başlanıır)	Trombosit sayısı 20.000 üzerinde tutulmaya çalışılmalı, hekim istemine göre trombosit replasmanı yapılmalı
Çarpma- düşme gibi travmalardan korunmalı	Kanama bulgularının hekim/hemşireye iletilmesinin önemi anlatılmalı
Burun temizliğinin travmatik olmamasına dikkat edilmeli	Hastanın hareketi kısıtlanmalı
Ağız bakımı için yumuşak materyaller kullanılmalı	Spontan kanamada; kanayan bölgeye bası ve gerekirse buz uygulaması yapılmalıdır.
Alkollü içeceklerden uzak durulmalı	(Bostanoğlu 2014, Çelik 2014, Can, Enç, Akkaya 2007)
Hasta birey ve yakınlarına kanama bulguları (baş ağrısı (intrakraniyal kanama belirtisi) ciltte ekimoz, peteşi, diş eti, burun kanamaları, idrarda, dışkıda kanama gibi) öğretilmeli	
Protein megakaryositlerin çoğalması için gerekli olduğundan yüksek proteinli, yüksek kalorili besinler ve içecekler ile beslenme sağlanmalı	
Tıraş bıçağı yerine elektrikli makine kullanmaları sağlanmalı	
Mümkün olduğunca intravenöz yol tedavide tercih edilmelidir	

2.7. SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi; mutluluk, doyum, yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti, iyi olma hali şeklinde tanımlanmaktadır (Comocho et al 2002). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan yaşam kalitesi tanımına göre; “yaşam kalitesi, kişinin kendi durumunu kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi” dir (Power, Kujken and Orley 1998). Özellikle 1973 yılından bu yana, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi sonuçları; maliyet, hizmet etkinliğini ve yeni tedavi stratejilerinin net yararlılığını değerlendirmek için yaygın olarak kullanılmaktadır (Testa and Jimons 1996, Bezjak, Tu, Seymour, Clack and Traykoviç 2006). 1970’lerden sonra tıp alanına, 1980’lerden sonra da hemşirelik alanında yaşam kalitesi kavramı kullanılmaya başlamıştır (Ergün ve ark 2011). Artık 21. yüzyıl dünyasında ülkelerin gelişmişlik düzeyinin ekonomik ve askeri güçle değil “yaşam kalitesi” ile değerlendirildiği görülmektedir (Ergün ve ark 2011). Yaşam kalitesinin önem kazanması sağlık bakımının amacını da genişletmiştir.

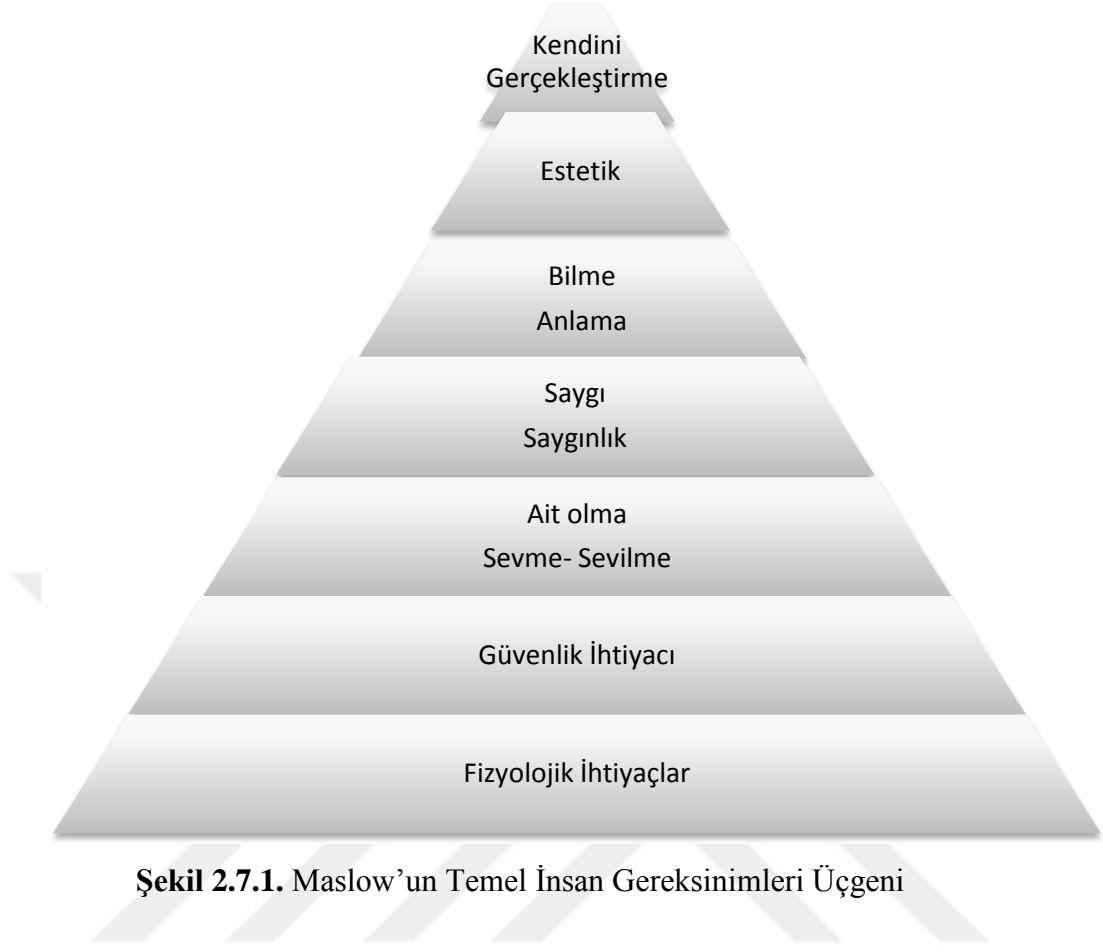
Günümüzde sağlık bakımının amacı, bireylerin sadece hastalık durumunda tanı ve tedavilerini sağlayarak yaşam sürelerini uzatmak değil, kendi sağlık sorunlarıyla başedebilmelerini kolaylaştırmak, kendi bakımlarına/tedavilerine etkin katılımlarını sağlayarak bağımsızlıklarını arttırmak, bilgi/becerileri geliştirmektir (Ergün ve ark 2011).

2.7.1. Yaşam Kalitesi Boyutları

Yaşam kalitesinin tanımlanmasına ilişkin ilgi giderek artmaktadır (Cella, Nowinski 2002). Yaşam kalitesi, objektif ve subjektif göstergeler ile değerlendirilmektedir. *Objektif veriler* (his ve duygulardan bağımsız ölçülebilen); fiziksel iyilik hali, fiziksel aktivite yapmada güçlük, fonksiyonel yetersizlik ve çalışma durumu gibi konuları kapsamaktadır. *Subjektif veriler ise*; duygu, heyecan, tatmin, tercih, değer yargısı gibi beğeni ve psikolojiden etkilenen kavramlardan oluşmaktadır (Eski 1999, Ergün ve ark 2011). Yaşam kalitesini ilgilendiren konular dört ana başlık altında toplanmaktadır: 1- Psikolojik Etmenler, 2-Fiziksel Etmenler, 3-Sosyal ve Bireysel Etmenler, 4-Parasal-Maddi Etmenler (Ergün ve ark 2011).

2.7.2. Kolorektal Kanserli Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Yaşam kalitesi; psikososyal ve ekonomik rahatlığın sağlanmış olması ve devamlılığı üzerine temellendirilmiştir. İnsan gereksinimlerin belirlenmesinde en çok bilinen model ABD'li psikolog Abraham Maslow tarafından (1943) tanımlanmış olan "Temel İnsan Gereksinimleri Üçgeni" dir (Şekil 2.7.1.). Bu üçgenin tabanında fizyolojik gereksinimler yaşam kalitesini değerlendirmede önem kazanmaktadır. DSÖ sağlığı "Sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, mental ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir" olarak tanımlamıştır (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi. DSÖ, Cenevre, 1986). Sağlıklı olma durumu, bireylerin sağlık durumundaki bozulmalar, yaşamdan aldıkları doyum ve yaşam kalitesi ile paralellik göstermekte ve buna göre değişmektedir.



Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN; International Council of Nurses) hemşirelik mesleğini “*bireyin, ailenin toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden, hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur*” şeklinde tanımlamaktadır (Veliöğlü ve Babadağ 1992, <http://www.icn.ch/publications/free-publications/> Erişim Tarihi: 08.02.2015). Görüldüğü gibi *Yaşam Kalitesi* kavramı hemşirelik uygulamaları ile güçlü bir ilişki içerisindedir (Babadağ, KayaH, Kaya N ve Aktaş 2004).Kolorektal kanserin erken tanılanmasının ve uygun şekilde tedavisinin yapılmasının yaşam süresini uzatacağı bilinmektedir. Ancak bu hastanın yaşam kalitesinin de iyi olduğu anlamı taşımamaktadır (Oğuz ve Leventoğlu). Kanserli bireylerin yaşam kalitesi, tanılama aşamasından itibaren cerrahi işlem, stoma açılması, kemoterapi, radyoterapi gibi tedavi süreci ve sonrasındaki dönem boyunca olumsuz yönde etkilenmektedir (Fries and Singh 1996, Jenks, Marin and Tomoselli 1997, Mutlu 2006). Kanser tedavisi uzun soluklu bir tedavi süreci olduğu için, birey fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden kötü etkilenmektedir (Fries and Singh 1996, Jenks, Marin and Tomoselli 1997, Mutlu 2006).

Sağlık alanında yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanılması sadece hastayla ilgili fizyolojik değerlendirmeyi sağlamakta, bunun yanı sıra hasta bireyin algılarını, hastalık ve tedavisiyle ilgili hastanın yaşadığı olumsuzlukları da vurgulamaktadır (Mollaoğlu 2007). Stoma bölgesine ilişkin problemlerin erken tanınmasının bireyin yaşam kalitesini arttırdığı (Kanit düzeyinin C) belirtilmiştir (National Guideline Clearinghouse, 2010) (Tablo 2.7.2.). Kansere yaşamayı öğrenmek demek; kanserin neden olduğu komplikasyonlarla baş etmeyi, kanserin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen yönlerinin üstesinden gelebilmeyi ve yeni bir yaşam standardı geliştirebilmeyi başarabilmek demektir (Beşer ve Öz 2003).

Tablo 2.7.2. Önerilerin Sınıfları ve Kanıt Düzeyleri

ÖNERİLERİN SINIFLARI		
Önerilerin Sınıflandırması	Tanımlanması	Kullanılması Önerilen İfade
Sınıf I	Belli bir tedavi veya işlemin yararlı, kullanışlı ve etkili olduğuna ilişkin kanıtlar ve/veya genel fikir birliği (yarar çok fazla, risk az)	Önerilir/gereklidir
Sınıf II	Belli bir tedavi veya işlemin yararlı, kullanışlı ve etkili olduğuna ilişkin çelişkili kanıtlar ve/veya fikir ayrılığı (yarar riskten fazla)	
Sınıf IIa	<i>Kanıtlar/fikirlerin çoğu yararlı/etkili olduğu lehine (yarar riskten fazla)</i>	<i>Düşünülmalıdır</i>
Sınıf IIb	<i>Yararlılık/etkinlik kanıtlar/fikirlerle pekiyi belirlenmemiş (yarar/risk eşit)</i>	<i>Düşünülebilir</i>
Sınıf III	Belli bir tedavi veya işlemin yararlı/etkili olmadığı, hatta bazı olgularda zararlı olabileceğine ilişkin kanıtlar veya genel fikir birliği (risk yarardan fazla)	Önerilmez
KANIT DÜZEYLERİ		
A Düzeyi Kanıtlar	Çok sayıda randomize klinik çalışmadan veya metaanalizden elde edilen veriler	
B Düzeyi Kanıtlar	Tek bir randomize klinik çalışmadan veya randomize olmayan geniş çaplı çalışmalardan elde edilen veriler	
C Düzeyi Kanıtlar	Uzmanların fikir birliği ya da küçük çaplı çalışmalar, retrospektif çalışmalar, kayıtlar	

Kaynak: Sinan ÜY, Sansoy V. Klinik uygulama kılavuzlarının kalite değerlendirmesi. Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Surg-Special Topics. 2014;6(1):5.

ASPAN'S evidence-based clinical practice guideline for the prevention and/or management of PONV/PDNV. Journal of PeriAnesthesia Nursing, 2006; 21(4):231.

Sonuç olarak; hastalık süreci boyunca ve tedavi bittikten sonra da hasta bireylerin fizyolojik ve psikososyal olarak desteklenmeleri gerekmektedir. Hemşirelik bakımının hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesi, geliştirilmesinde kilit olduğu bilinmektedir (Larsson ve ark 2005; 2007; Ouwens ve ark 2009).Sağlık çalışanı olarak bireylerin yaşam kalitesi düzeyini belirleyebilmek ve geliştirmeye yönelik tedavi ve bakım planları oluşturabilmemiz, bu bakıma yönelik planların standartlaştırılması ve uygulanabilirliği daha kapsamlı çalışmaların yapılması gerekmektedir.



3. MATERYAL VE METOD

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Araştırma, genel cerrahi poliklinik/servisi ve kemoterapi ünitelerine başvuran, kolorektal kanser tanısı almış, tedavi uygulanmış/uygulanan ve kontrolleri sürdürülen hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.1.1. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

- Kolorektal kanser tanısı alan bireylerin yaşam kalitesi düşük mü?
- Kolostomi varlığı bireylerin yaşam kalitesini etkiliyor mu?
- Kalıcı ve geçici stoma uygulanan hastaların yaşam kalitesi arasında fark var mı?
- Kolorektal kanserli bireylerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular yaşam kalitesi düzeylerini etkiler mi?
- Kolorektal kanser tanısı almış bireylerin depresyon düzeyi yaşam kalitesini etkiler mi?

3.2. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Bilimsel ilkelerin yanı sıra evrensel etik ilkelere de dikkat edilerek araştırma yürütüldü. Bu araştırmada; özerklik/bireye saygı, mahremiyet ve sır saklama, adalet ve eşitlik, zarar vermeme/yararlılık ilkeleri göz önünde bulunduruldu. Araştırmanın yürütülebilmesi için veri toplamaya başlamadan önce Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı ve Etik Kurulu'ndan etik ve bilimsel yönden sakınca olmadığına dair Etik Kurul İzni (Ek 1), Düzce Atatürk Devlet Hastanesi'nden de araştırmanın yapılmasında sakınca olmadığına ilişkin kurum izni (Ek 2) alındı. Araştırmaya katılmada gönüllülük ilkesi esas alındığından, veri toplamadan önce araştırmada kullanılan veri toplama formu ile ölçeklerin uygulanacağı bireylere araştırmanın amacı ve yararı sözlü olarak bildirildi ve yazılı izin (Ek 3) alındı. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere kendilerinden alınan bilgilerin yalnızca anketi uygulayan kişi tarafından değerlendirileceği, başka bir kişi tarafından incelenmeyeceği belirtildi.

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma; 01.05.2014-01.11.2015 tarihleri arasında, Düzce Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Düzce Atatürk Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Poliklinik/Servis ve Kemoterapi Ünitelerine başvuran kolorektal kanserli hastalar ile yapıldı.

Düzce Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi 21 yataklı olup 7 hemşire 08-16 ve 16-08 vardiyası şeklinde çalışmaktadır. Kemoterapi Gündüz Ünitesi'nde 6 adet hasta koltuğu bulunmakta, 2 kemoterapi hemşiresi, 08-16 vardiyası şeklinde hizmet vermektedir. Genel Cerrahi polikliniğinde 2 muayene odası bulunmakta ve günde ortalama 60 hasta polikliniğe tanı, tedavi amaçlı başvurmaktadır.

Düzce Atatürk Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisi 45 yataklı olup, hemşireler 08-16 ve 16-08 vardiyası şeklinde hasta merkezli çalışmaktadır. Kemoterapi Gündüz Ünitesi'nde 10 hasta koltuğu ve 2 kemoterapi hemşiresi 08-16 vardiyasıyla hizmet vermektedir. Genel Cerrahi polikliniğine ait 2 muayene odasında günde ortalama 60 hasta poliklinikte tanı, tedavi amaçlı takip edilmektedir.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma için gerekli izinler alındıktan sonra Düzce Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Düzce Atatürk Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Poliklinik/Servis ve Kemoterapi Ünitelerine başvuran hasta sayısını saptamak için 2011-2013 yılı istatistikleri incelendi. Buna göre araştırmanın evrenini, 01.05.2014-01.11.2015 tarihleri arasında Düzce Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Düzce Atatürk Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Poliklinik/Servis ve Kemoterapi Ünitelerine kolorektal kanser tanısı ile yatan/televi gören 110 hasta, örneklemini ise bu hastaların tamamı oluşturdu. Araştırmaya katılan hasta bireyler, isteklilik/gönüllülük ilkesine özen gösterilerek sözlü/yazılı onamları alınarak dahil edildi.

Araştırmaya dahil edilme kriterlerine göre;

- Türkçe konuşup anlayabilen,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden,
- Yetişkin yaş grubu 18 yaş ve üzeri olan,

- Yer ve zaman oryantasyonuna sahip olan,
- Görme ve işitme problemi olmayan,
- Okuryazar olan ya da okuma yazma bilen yakınları olan kolorektal kanser tanısı olan hastalar çalışma kapsamına alındı.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veriler Kişisel Bilgi Formu (Ek 4), EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ C-30 Version 3,0; European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of life Questionnaire) (Ek 5), EORTC QLQ CR-38 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC; European Organization for Research and Treatment of Cancer, QLQ-CR38; Colorectal Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire). (Ek 6), Beck Depresyon Ölçeği (Ek 7) ile toplandı.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen kişisel bilgi formu kullanıldı. Bu formda yer alan 25 soru; hastaların cinsiyet, yaş, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, yerleşim yeri, çocuk sayısı, tedavi masraflarının nasıl karşılandığı, sigara-alkol kullanımı, ikincil bir hastalığının olup olmadığı, tanısı, tanısının ne kadar süre önce konulduğu, hangi evrede olduğu, uygulanan tedavi ve süresi, uygulanan cerrahi tedavinin şekli, stoma varlığı, metastaz varlığı ile ilgilidir.

3.5.2. EORTC QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği

EORTC QLQ- C30 Version 3.0 (European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of life Questionnaire) Yaşam Kalitesi Ölçeği kanserli hastalarda yaygın kullanılan bir yaşam kalitesi anketidir. Aaronson ve arkadaşları tarafından 1992 yılında geliştirilmiş (Aaronson et al. 1993). Güzelant ve ark. (2004)

tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (Güzelant, Göksel ve Özkok 2004). Ölçeğin Beser ve Öz tarafından kapsam geçerliği ve güvenirlik çalışması yapılmış, Cronbach alfa katsayısı, $r = 0.9014$ olarak bulunmuştur (Beser ve Öz 2003, Ertem ve ark 2009). Bu çalışmada EORTC QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutların Cronbach Alfa katsayıları 0,808 ile 0.941 arasında değiştiği tespit edilmiştir (Tablo 3.5.1.). 30 sorudan oluşan bu ölçek; genel iyilik hali, fonksiyonel durum ve semptom kontrolü olmak üzere 3 alt gruptan oluşmaktadır (Tablo 3.5.1) (Aaronson et al. 1993, Güzelant, Göksel ve Özkok 2004).

Tablo 3.5.1. EORTC QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grupları ve Hangi Soruları İçerdiği

EORTC QLQ C30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT GRUPLAR	SORULAR	Cronbach Alfa Katsayısı
Fonksiyonel Durum		
Fiziksel işlev	1, 2, 3, 4, 5	0,816
Rol performansı	6, 7	
Emosyonel işlev	21, 22, 23, 24	
Bilişsel işlev	20, 25	
Sosyal işlev	26, 27	
Genel sağlık	29, 30	
Semptom Kontrolü		
Yorgunluk	10, 12, 18	0,873
Bulantı, kusma	14, 15	
Ağrı	9, 19	
Solunum güçlüğü	8	
Uykusuzluk	11	
İştah kaybı	13	
Kabızlık	16	
İshal	17	
Maddi (Finansal) zorluk	28	

EORTC QLQ- C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinde (YKÖ) bulunan 30 maddenin ilk 28'i dördümlü likert tipi ölçektir (bu maddeler; hiç: 1 puan, biraz: 2 puan, oldukça: 3 puan, çok: 4 puan). Ölçeğin son iki sorusu 1'den 7'ye kadar puanlanır (1 puan: çok kötü – 7 puan: mükemmel). 29. ve 30. sorular genel iyilik hali alanını oluşturan sorular olup 29. sorusu hastanın sağlığını, 30. sorusu ise genel yaşam kalitesini değerlendirmektedir. Bu bölümden alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksek

olduğunu, düşük puanlar ise yaşam kalitesinin düştüğünü ifade etmektedir (Sprangers, Te Velde and Aaronson 1999, Pınar ve ark 2008).

3.5.3. EORTC QLQ-CR38 Yaşam Kalitesi Ölçeği

EORTC QLQ- CR38 (EORTC; European Organization for Research and Treatment of Cancer, QLQ-CR38; Colorectal Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire) kolorektal kansere özel hazırlanmış bir yaşam kalitesi anketidir. Sprangers ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilmiş, Ülkemizde Abacıoğlu ve arkadaşları (2004) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Toplam 38 sorudan oluşan ölçek; hastalık semptomlarını, tedavinin yan etkilerini, beden imajını, seksüel durumunu ve gelecek beklentisini değerlendirmektedir (Güzelant, Göksel ve Özkok 2004).

İlk 19 soruyu hastaların tümü cevaplamaktadır. Diğer sorular cinsiyet, seksüel işlev ve kolostomi durumuna göre bölümlere ayrılmakta olup her hasta kendi durumuna uygun bölümleri doldurmaktadır. EORTC QLQ- CR38 iki fonksiyonel ölçek (beden imajı, seksüel fonksiyon) ve yedi semptom ölçeğinden (idrar problemleri, gastrointestinal sistem sorunları, kemoterapi yan etkileri, dışkılama problemleri, stomayla ilgili problemler, kadın ve erkek seksüel problemleri) oluşmaktadır. Geriye kalan 2 soru gelecek perspektifi ve kilo kaybını sorgulamaktadır (Sprangers, te Velde and Aaronson 1999). Her soru için hiç (1 puan), biraz (2 puan), oldukça (3 puan), çok (4 puan) şeklinde dört seçenek vardır. Ölçeğin puanlaması, EORTC QLQ-C38 ölçeğinin puanlama el kitabına göre hesaplanmaktadır. Bu çalışmada EORTC QLQ- C38 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutların Cronbach Alfa katsayıları sırasıyla; idrar problemleri $r=0,801$, GİS semptomları $r=0,778$, beden imajı $r=0,789$, seksten zevk alma $r=0,866$, stomaya bağlı problemler $r=0,707$ olduğu tespit edildi.

3.5.4. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), depresyon yönündeki riski belirleyebilmek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılır. Anlaşılma düzeyi uygulanan bireylere göre değişmektedir. Hastalar kendi başlarına doldurmalıdırlar ve kendi durumlarına uygun ifadeyi işaretlemelidirler. Beck Depresyon Envanteri depresyonda görülen vejetatif, duygusal, bilişsel ve

güdüsel belirtileri ölçen bir ölçektir. Beck (1961) tarafından geliştirilen BDÖ'nin Türkçe uyarlaması Hisli (1988) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Bu 21 maddenin her biri için azdan çoğa doğru giden dört yanıt seçeneği vardır. Her madde 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 63 arasında değişmektedir ve toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini göstermektedir. Buna göre ölçekten alınan 1-10 arası puan normal; 11-16 arası puan duygu durum bozukluğu; 17-20 arası puan depresyon; 31-40 puan arası ciddi düzeyde depresyon; 41-63 arası ağır depresyon biçiminde değerlendirilmektedir (Beck, Ward, Mendelson, Mock and Erbaugh 1961, Koçyiğit ark 1999, Arkar ve Şafak 2004). Çalışmada BDÖ Cronbach Alfa katsayısı $r = 0,930$ olarak hesaplandı.

3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEM VE SÜRECİ

Araştırmadaki veriler, uygulandığı merkezlerde yönetici birimlerden izin alarak toplandı. Veri toplama aracı Mayıs 2014- Kasım 2015 tarihleri arasında araştırma kapsamına alınan merkezlerde kolorektal kanser tanısı ile yatan/tedavi gören hastalara gerekli açıklama yapıldıktan sonra uygulandı. Araştırmacı veri toplamaya başlamadan önce, kendini tanıtarak araştırmanın amacını açıkladı. Araştırmada hastalara Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu imzalatılarak, araştırmanın tamamen gönüllülük usulüne dayalı gerçekleşmesi sağlanmıştır. Onay vererek çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara anketler 30-35 dakikada yüz yüze görüşülerek uygulandı.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS v.20.0 kullanılmıştır. Verilerin çözümlenmesinde frekans, aritmetik ortalama, standart sapma, yüzde gibi betimsel istatistiklerden faydalanıldı. İlişki analizleri Spearman's rho korelasyon katsayısı ile yapıldı. Bağımsız karşılaştırmalar için ise parametrik testlerden Mann-Whitney U testi

ve Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIğI

Bu araştırma; Düzce il merkezinde bulunan devlet hastanesi ve niversite hastanesinin genel cerrahi Poliklinik/Servis ve Kemoterapi ünitelerine kolorektal kanser tanısı ile yatan/tedavi gören hastalar üzerinde uygulanacak yüz yüze anket yöntemiyle gerçekleŐtirilmesi araştırmanın sınırlılığıdır.



4. BULGULAR

Kolorektal kanserli hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla 01.05.2014-01.11.2015 tarihleri arasında yapılan araştırmadan elde edilen bulgular dört bölümde ele alındı.

- Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin dağılımlar
- Hastanın kanser öyküsü, hastalığı ve tedavilerine ilişkin bulgular
- EORTC QLQ- C30 Ölçeği, EORTC QLQ- CR38 Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğinin tanımlayıcı istatistikleri
- EORTC QLQ- C30 Ölçeği, EORTC QLQ -CR38 Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğinin puan ortalamalarının hastaların tanıtıcı özellikleriyle istatistiksel karşılaştırılmalarına ilişkin bulgular

4.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.1.1.'de araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının $61,9 \pm 10,92$ (min. 30, max. 84) olduğu, %48,2'sinin 46-60 yaş arasında (n=53), % 61,8'inin (n=68) erkek, %38,2'sinin (n=42) kadın olup %54,5'inin (n=60) okuma-yazma bildiği, %34,5'inin ise (n=38) ilkokul mezunu ve %87,3'ünün evli (n=96) olduğu belirlendi. Aynı tablo incelendiğinde; %46,4'ü (n=51) emekli, %38,2'si (n=42) ev hanımı olduğunu, %65,5'i (n=72) gelirinin giderine eşit, %34,5'i ise (n=38) gelirini giderinden az bulduğunu, %53,6'sı (n=59) köyde, %31,8'i (n=35) ise şehirde yaşadığını ifade etti.

Tablo 4.1.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=110)

Tanıtıcı Özellikler	N	%	
Yaş	45 yaş altı	6	5,5
	46-60 yaş arası	41	37,3
	ORT±SS = $61,9 \pm 10,92$ (min. 30, max. 84)	53	48,2
	61-75 yaş arası	10	9,1
76 yaş ve üzeri			
Cinsiyet	Kadın	42	38,2

	Erkek	68	61,8
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	10	9,1
	Okuma –yazma biliyor	60	54,5
	İlkokul	38	34,5
	Lise	1	0,9
	Yükseköğretim	1	0,9
Medeni Durum	Evli	96	87,3
	Boşanmış/Dul	14	12,7
Meslek	Emekli	51	46,4
	Ev hanımı	42	38,2
	İşçi	10	9,1
	Serbest meslek	6	5,5
	Memur	1	,9
Gelir Durumu	Gelir giderden az	38	34,5
	Gelir gidere eşit	72	65,5
Yerleşim Yeri	Köy	59	53,6
	Kasaba	16	14,5
	Şehir	35	31,8
Çocuk Sayısı	1-2 çocuk	10	9,1
	3 çocuk	35	31,8
	4 çocuk	37	33,6
	5 çocuk	15	13,6
	6-7 çocuk	13	11,8
Birlikte Yaşadığı kişi	Yalnız	9	8,2
	Anne/Baba ile	2	1,8
	Eşi ve çocuklarıyla	80	72,7
	Çocuklarıyla	19	17,3
Evde Bakımına Yardımcı Biri Olup Olmadığı	Evet	103	93,6
	Hayır	7	6,4
Tedavi Masraflarının Nasıl Karşılandığı	Kendisi	1	,9
	Genel Sağlık Sigortası	109	99,1
Sigara Kullanımı ORT±SS = 12,8 ± 7,07 yıl kullanım (min. 4, max. 32)	Evet	17	15,5
	Hayır	93	84,5
Alkol Kullanımı	Evet	0	0
	Hayır	110	100,0
Kronik Rahatsızlık Durumu	Hipertansiyon	47	42,7
	Diyabet	18	16,4
	Koroner arter hastalığı	7	6,4
	KOAH	7	6,4
	Diğer	1	,9
	Yok	30	27,3

Hastaların %65,4'ünün (n=72) 3-4 çocuk sahibi olduğu, %72,7'sinin (n=80) eşi ve çocuklarıyla yaşadığı, %93,6'sının (n=103) evinde bakımına yardımcı olacak birilerinin bulunduğu, tamamına yakınının genel sağlık sigortası (n=109; %99,1) olduğu görüldü. Hastaların ortalama 12,8±7,07 yıldır sigara kullandıkları (n=17; %15,5), günde içtikleri ortalama sigara sayısının 12,6±6,65 sigara (günde min. 3, max.

25 adet) olduğu, hiçbirinin alkol tüketmediği, %42,7'sinde (n=47) hipertansiyon ve %16,4'ünde de (n=18) diyabet hastalığının mevcut olduğu belirlendi (Tablo 4.1.1.).

4.2. HASTANIN KANSER ÖYKÜSÜ, HASTALIĞI VE TEDAVİLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.2.1. Hastaların Kanser Öyküsüne Göre Dağılımı (n=110)

		N	%
Birinci/İkinci Derece Akrabalarında Kanser Olup Olmadığı	Evet	23	20,9
	Hayır	87	79,1
Kanserli Akrabanın Yakınlık Derecesi (n=23)	Birinci derece	16	69,6
	Diğer	7	30,4
Akrabaların Hangi Kanser Tanısı Aldığı (n=23)	Kolon Kanseri	10	43,5
	Pankreas Kanseri	6	26,1
	Meme Kanseri	4	17,4
	Akciğer Kanseri	2	8,7
	Mide Kanseri	1	4,3

Araştırmaya katılan hastaların %20,9'unun (n=23) 1. derece ve 2. derece akrabalarında kanser olduğu, bunların içinde de %69,6'sının 1.derece akrabalar olduğu ifade edildi. Kanser olan 23 akrabanın 10'unun (%43,5) kolon kanseri olduğu öğrenildi (Tablo 4.2.1.).

Hastaların kolorektal kanser, tanı ve tedavilerine göre dağılımı incelendiğinde; %35,5'inin (n=39) 7-13 ay önce,%34,5'inin (n=38) 14-20 ay önce kolorektal kanser tanısı aldıkları, %67,3'ünün (n=74) hastalıklarının hangi evrede olduğunu bilmediği, %21,8'inin (n=24) III. Evrede olduğunu bildiği belirlendi (Tablo 4.2.2.). Hastaların 5'ine (%4,5) herhangi bir tedavi uygulanmadığı, 105 hastaya (%95,5) cerrahi tedavi uygulandığı, genellikle abdomino-perineal rezeksiyon (n=34; %32,4) ve sol hemikolektomi (n=25; %23,8) ameliyatlarının tercih edildiği saptandı (Tablo 4.2.2.).

Tablo 4.2.2. Hastaların Kolorektal Kanser, Tanı ve Tedavilerine Göre Dağılımı (n=110)

--

		N	%
Hastalığa Tanı Konulma Süresi	0-6 ay	15	13,6
	7-13 ay	39	35,5
	14-20 ay	38	34,5
	21 ay ve üzeri	18	16,4
Hangi Evrede Kanser Tanısı Aldığını Bilme Durumu	I. evre	2	1,8
	II. evre	10	9,1
	III. evre	24	21,8
	Bilmiyor	74	67,3
Cerrahi Tedavi Geçirme Durumu	Evet	105	95,5
	Hayır	5	4,5
Geçirilen Ameliyat Türü (n=105)	Abdomino-Perineal Rezeksiyon	34	32,4
	Sol Hemikolektomi	25	23,8
	Sigmoid Rezeksiyon	15	14,3
	Sağ Hemikolektomi	14	13,3
	Low Anterior Rezeksiyon	11	10,5
	Laparoskopik İşlem	4	3,8
	Toplam Kolektomi	2	1,9
Kanserin Kolonda Yerleşim Bölgesi	Rektosigmoid Kolon	23	20,9
	Desendan (İnen) Kolon	22	20,0
	Sigmoid Kolon	19	17,3
	Rektum	17	15,5
	Transvers Kolon	16	14,5
	Asendan (Çıkan) Kolon	13	11,8
Radyoterapi Alma Durumu	Evet	5	4,5
	Hayır	105	95,5
Kemoterapi Alma Durumu	Evet	60	54,5
	Hayır	50	45,5
Stoma Açılıp Açılmadığı (n=81, %81'i kalıcı stoma)	Evet	100	90,9
	Hayır	10	9,1
Metastaz Olup Olmadığı (n=7, %43,3'ü karaciğer metastazı)	Evet	16	14,5
	Hayır	94	85,5

Kanserin sırasıyla; rektosigmoid kolon (n=23; %20,9), desendan kolon (n= 22; %20), sigmoid kolon (n=19; % 17,3), rektum (n=17; % 15,5), transvers kolon (n= 16; % 14,5) ve asendan (n=13; %11,8) kolonda yerleştiği belirlendi. Hastaların 5'ine (%4,5) ortalama 5,4 seans (min. 3, max. 32 seans) radyoterapi uygulandığı, 60 hastanın (%54,5) ortalama 3,4 kür (min. 2, max. 12 kür) kemoterapi aldığı tespit edildi. 100 hastaya (%90,9) stoma açıldığı, bunların da %81'inde (n=81) kalıcı stoma olduğu görüldü. 110 hastanın 16'sında (%14,5) metastaz var olduğu, bunların da 7'sinin (%43,3) karaciğer, 1'inin (%6,3) akciğer metastazı olduğu saptandı (Tablo 4.2.2.).

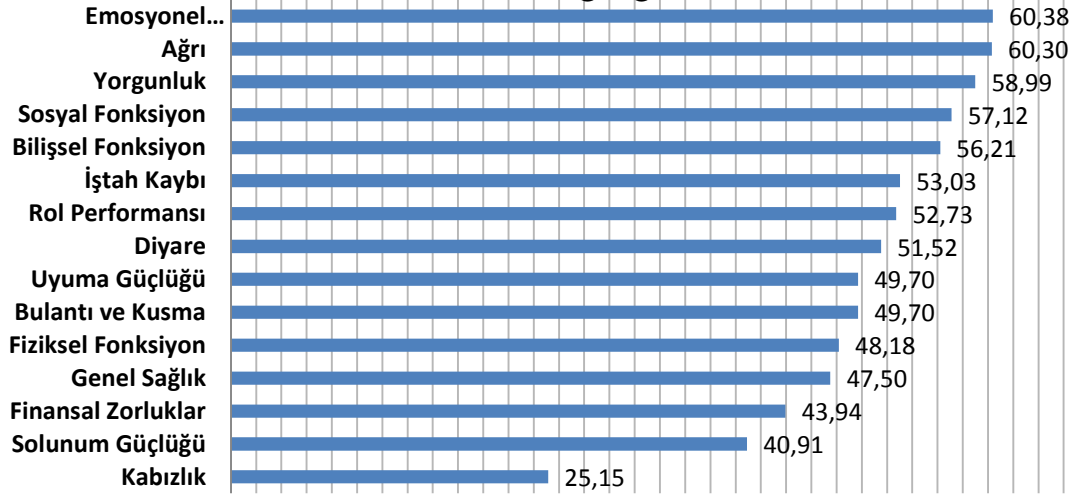
4.3. EORTC QLQ-C30 ÖLÇEĞİ, EORTC QLQ-CR38 ÖLÇEĞİ VE BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİNİN TANIMLAYICI İSTATİSTİKLERİ

Tablo 4.3.1.'de araştırmaya katılan hastaların EORTC QLQ-C30 ölçeğine verdikleri yanıtlara göre ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerleri gösterildi. Emosyonel Fonksiyon faktörü ve ağrı ortalaması en yüksek, kabızlık faktörü ortalaması ise en düşüktür (Grafik 4.3.1.).

Tablo 4.3.1. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Faktörlerinin Tanımlayıcı İstatistikleri

EORTC QLQ-C30	n	Ort. ± S.S.	Medyan	Min.	Maks.
Fiziksel Fonksiyon	110	48,18 ± 22,516	40,00	0,00	100,00
Rol Performansı	110	52,73 ± 24,370	50,00	0,00	100,00
Emosyonel Fonksiyon	110	60,38 ± 26,211	66,67	0,00	100,00
Bilişsel Fonksiyon	110	56,21 ± 28,185	50,00	0,00	100,00
Sosyal Fonksiyon	110	57,12 ± 26,565	66,67	0,00	100,00
Yorgunluk	110	58,99 ± 21,953	66,67	0,00	100,00
Bulantı ve Kusma	110	49,70 ± 27,924	50,00	0,00	100,00
Ağrı	110	60,30 ± 21,652	66,67	0,00	100,00
Solunum Güçlüğü	110	40,91 ± 29,491	33,33	0,00	100,00
Uyuma Güçlüğü	110	49,70 ± 28,466	66,67	0,00	100,00
İştah Kaybı	110	53,03 ± 24,852	66,67	0,00	100,00
Kabızlık	110	25,15 ± 26,011	33,33	0,00	100,00
Diyare	110	51,52 ± 44,386	50,00	0,00	100,00
Finansal Zorluklar	110	43,94 ± 29,238	33,33	0,00	100,00
Genel Sağlık	110	47,50 ± 19,008	41,67	0,00	83,33

EORTC QLQ-C30

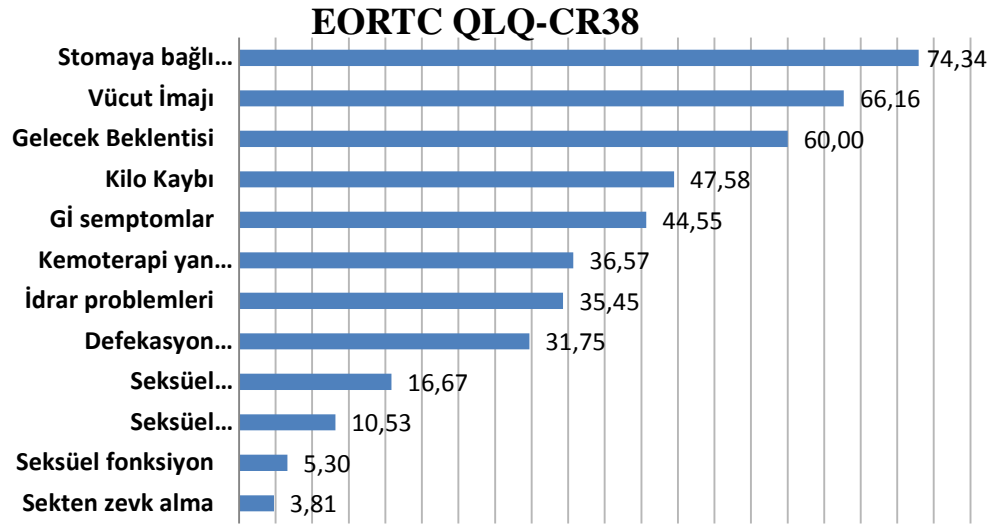


Grafik 4.3.1. EORTC QLQ-C30 Ölçeği faktörleri

Tablo 4.3.2. EORTC QLQ-CR38 Ölçeği Faktörlerinin Tanımlayıcı İstatistikleri

EORTC QLQ CR38	n	Ort. ± S.S.	Medyan	Min.	Maks.
Vücut İmajı	110	66,16 ± 21,199	66,67	33,33	100,00
Gelecek Beklentisi	110	60,00 ± 24,648	66,67	0,00	100,00
Seksüel Fonksiyon	110	5,30 ± 12,757	0,00	0,00	66,67
Sekten Zevk Alma	105	3,81 ± 11,616	0,00	0,00	66,67
İdrar Problemleri	110	35,45 ± 19,421	44,44	0,00	66,67
Kemoterapi Yan Etkileri	110	36,57 ± 26,214	33,33	0,00	100,00
Gastrointestinal Semptomlar	110	44,55 ± 16,965	46,67	0,00	93,33
Seksüel Problemler (Erkek)	19	10,53 ± 14,918	0,00	0,00	33,33
Seksüel Problemler (Kadın)	4	16,67 ± 0	16,67	16,67	16,67
Defekasyon Problemleri	12	31,75 ± 32,572	16,67	0,00	100,00
Stomaya Bağlı Problemler	98	74,34 ± 15,375	76,19	38,10	100,00
Kilo Kaybı	110	47,58 ± 24,919	66,67	0,00	100,00

Hastaların EORTC QLQ-CR38 Ölçeğine verdikleri yanıtların ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerleri Tablo 4.3.2.'de gösterildi. Buna göre; stomaya bağlı problemler faktörü ortalaması en yüksek, seksten zevk alma faktörü ortalaması ise en düşüktü (Grafik 4.3.2.).



Grafik 4.3.2. EORTC QLQ-CR38 Ölçeği Faktörleri

Tablo 4.3.3. BECK Depresyon Ölçeğinin Tanımlayıcı İstatistikleri

BECK DEPRESYON	n	Ort. ± S.S.	Medyan	Min.	Maks.
Beck Depresyon Puanı	110	12,73 ± 8,488	11,00	0,00	39,00

Tablo 4.3.3.'de araştırmaya katılan hastaların Beck Depresyon Ölçeğine verdikleri yanıtların ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerleri verilmiş olup Beck Depresyon Puanı ortalaması $12,73 \pm 8,488$ 'dir.

4.4. EORTC QLQ-C30 ÖLÇEĞİ, EORTC QLQ-CR38 ÖLÇEĞİ VE BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİNİN PUAN ORTALAMALARININ HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİYLE İSTATİSTİKSEL KARŞILAŞTIRILMALARINA İLİŞKİN BULGULAR

Yaş ve Çocuk Sayısına Göre Karşılaştırmalar

Tablo 4.4.1.'de yaş ve çocuk sayısı ile EORTC QLQ-C30 ölçeği faktörleri arasındaki korelasyon (ilişki) analizi gösterildi. Yaş ile Fiziksel Fonksiyon, Rol Performansı, Bilişsel Fonksiyon, Sosyal Fonksiyon ve Genel Sağlık faktörleri arasında negatif doğrusal anlamlı bir ilişki vardır. Yaş arttıkça bu faktörlerin puanları düşmektedir. Yaş ile, Yorgunluk, Bulantı ve Kusma, Solunum Güçlüğü, Uyuma Güçlüğü ve Finansal Zorluklar faktörleri arasında anlamlı bir korelasyon saptandı. Yaş arttıkça bu faktörlerin puanlarının da arttığı görülmektedir.

Hastaların EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi puanlarının çocuk sayısına göre dağılımı incelendiğinde; Fiziksel Fonksiyon, Rol Performansı, Bilişsel Fonksiyon ve Sosyal Fonksiyon faktörleri arasında negatif doğrusal anlamlı bir ilişki bulundu. Çocuk sayısı arttıkça bu faktörlerin puanları düşmektedir. Çocuk sayısı ile Bulantı ve Kusma, Ağrı, Solunum Güçlüğü, İştah Kaybı ve Finansal Zorluklar faktörleri arasında pozitif doğrusal anlamlı bir ilişki vardır. Çocuk sayısı arttıkça bu faktörlerin puanları artmaktadır (Tablo 4.4.1.).

Tablo 4.4.1. Yaş ve Çocuk Sayısı İle EORTC QLQ-C30 Ölçeği Faktörleri Arasındaki İlişki (n=110)

	Yaş	Çocuk Sayısı
Fiziksel Fonksiyon	r -,370** n 110	-,244* 110
Rol Performansı	r -,334** n 110	-,348** 110
Emosyonel Fonksiyon	r -,0187 n 110	-,0174 110
Bilişsel Fonksiyon	r -,363** n 110	-,230* 110
Sosyal Fonksiyon	r -,210* n 110	-,225* 110
Yorgunluk	r ,229* n 110	0,162 110
Bulantı ve Kusma	r ,269** n 110	,237* 110
Ağrı	r 0,111 n 110	,229* 110
Solunum Güçlüğü	r ,229* n 110	,285** 110
Uyuma Güçlüğü	r ,228* n 110	0,174 110
İştah Kaybı	r 0,182 n 110	,219* 110
Kabızlık	r 0,002 n 110	0,055 110
Diyare	r 0,076 n 110	0,018 110
Finansal Zorluklar	r ,279** n 110	,238* 110
Genel Sağlık	r -,311** n 110	-,0173 110

r= Spearman korelasyon, **p<0,01, *p<0,05

Yaş gruplarına göre EORT QLQ-CR38 Ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde; Vücut İmajı, Seksüel Fonksiyon ve Seksten Zevk Alma faktörleri arasında negatif doğrusal anlamlı bir ilişki vardır. Yaş arttıkça bu faktörlerin puanları düşmektedir. Yaş ile Kemoterapi yan etkileri faktörü arasında pozitif doğrusal anlamlı bir ilişki vardır. Yaş arttıkça bu faktörün puanları da artmaktadır (Tablo 4.4.2.).

EORT QLQ-CR38 Ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile çocuk sayısı arasındaki fark analiz edildiğinde; Vücut İmajı, Seksten Zevk Alma faktörleri arasında negatif doğrusal

anlamli bir iliŒki olup ocuk sayısı arttıa bu faktörlerin puanları azalmaktadır. ocuk sayısı ile İdrar Problemleri, Kemoterapi Yan Etkileri, Kilo kaybı faktörleri arasında pozitif doğrusal anlamli bir iliŒki vardır ve ocuk sayısı arttıa bu faktörlerin puanlarının da arttığı görüldü (Tablo 4.2.2.).

Tablo 4.4.2. YaŒ ve ocuk Sayısı İle EORTC QLQ-CR38 lği Faktörleri Arasındaki İliŒki (n=110)

	YaŒ	ocuk Sayısı
Vücut İmajı	r -,220*	-,222*
	n 110	110
Gelecek Beklentisi	r 0,055	-0,075
	n 110	110
Seksüel Fonksiyon	r -,306**	-0,185
	n 110	110
Sekten Zevk Alma	r -,330**	-,276**
	n 105	105
İdrar Problemleri	r 0,135	,206*
	n 110	110
Kemoterapi Yan Etkileri	r ,330**	,342**
	n 110	110
Gİ Semptomlar	r 0,142	0,116
	n 110	110
Seksüel Problemler (Erkek)	r -0,357	-0,369
	n 19	19
Defekasyon Problemleri	r -0,258	-0,500
	n 12	12
Stomaya Bağlı Problemler	r 0,062	-0,064
	n 98	98
Kilo Kaybı	r 0,154	,219*
	n 110	110

r= Spearman korelasyon, **p<0,01, *p<0,05

YaŒ ve ocuk sayısı ile Beck Depresyon Puanı arasındaki korelasyon analizi Tablo 4.4.3.'te gösterildi. YaŒ ve ocuk sayısı ile Beck Depresyon Puanı arasında herhangi anlamli bir iliŒki bulunmadı (p>0.05).

Tablo 4.4.3. YaŒ ve ocuk Sayısı İle Beck Depresyon Puanı Arasındaki İliŒki (n=110)

	YaŒ	ocuk Sayısı
--	-----	--------------

Beck Depresyon Puanı	r	0,178	0,091
	n	110	110

r²= Spearman korelasyon , **, **p<0,01 , *p<0,05

Cinsiyete Göre Karşılaştırmalar

Tablo 4.4.4. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Faktörlerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	Ort.	±	S.S.	Medyan	U ^a	p
Fiziksel Fonksiyon	Kadın	42	49,21	±	21,028	43,33	1307,5	0,451
	Erkek	68	47,55	±	23,518	40,00		
Rol Performansı	Kadın	42	54,76	±	23,652	58,33	1312,5	0,454
	Erkek	68	51,47	±	24,894	50,00		
Emosyonel Fonksiyon	Kadın	42	62,10	±	27,743	66,67	1275,5	0,344
	Erkek	68	59,31	±	25,372	66,67		
Bilişsel Fonksiyon	Kadın	42	59,52	±	27,086	58,33	1258,0	0,288
	Erkek	68	54,17	±	28,850	50,00		
Sosyal Fonksiyon	Kadın	42	58,73	±	27,605	66,67	1298,0	0,400
	Erkek	68	56,13	±	26,060	66,67		
Yorgunluk	Kadın	42	58,20	±	23,514	66,67	1399,0	0,856
	Erkek	68	59,48	±	21,096	66,67		
Bulantı ve Kusma	Kadın	42	53,97	±	27,988	66,67	1211,0	0,172
	Erkek	68	47,06	±	27,761	50,00		
Ağrı	Kadın	42	60,71	±	20,436	66,67	1420,0	0,959
	Erkek	68	60,05	±	22,516	66,67		
Solunum Güçlüğü	Kadın	42	35,71	±	28,884	33,33	1190,5	0,122
	Erkek	68	44,12	±	29,614	33,33		
Uyuma Güçlüğü	Kadın	42	46,03	±	25,452	50,00	1280,0	0,332
	Erkek	68	51,96	±	30,136	66,67		
İştah Kaybı	Kadın	42	52,38	±	21,008	66,67	1344,5	0,571
	Erkek	68	53,43	±	27,098	66,67		
Kabızlık	Kadın	42	26,19	±	26,066	33,33	1369,0	0,690
	Erkek	68	24,51	±	26,150	33,33		
Diyare	Kadın	42	59,52	±	43,265	66,67	1192,5	0,124
	Erkek	68	46,57	±	44,662	33,33		
Finansal Zorluklar	Kadın	42	44,44	±	28,195	33,33	1410,0	0,905
	Erkek	68	43,63	±	30,068	33,33		
Genel Sağlık	Kadın	42	47,42	±	19,607	41,67	1409,0	0,904
	Erkek	68	47,55	±	18,776	41,67		

^a =Mann-Whitney U

EORTC QLQ-C30 ile EORTC QLQ-CR38 Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin hiçbir faktörü ve Beck Depresyon Ölçeğinin cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlendi (p>0,05) (Tablo 4.4.4., Tablo 4.4.5. ve Tablo 4.4.6.).

Tablo 4.4.5. EORTC QLQ-CR38 Ölçeği Faktörlerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	Ort.	±	S.S.	Medyan	U ^a	p
EORTC QLQ CR38	Vücut İmajı	Kadın	42	70,37	± 21,627	66,67	1182,0	0,125
		Erkek	68	63,56	± 20,662	66,67		
	Gelecek Beklentisi	Kadın	42	63,49	± 26,349	66,67	1247,0	0,216
		Erkek	68	57,84	± 23,477	66,67		
	Seksüel fonksiyon	Kadın	42	5,56	± 12,022	0,00	1375,0	0,612
		Erkek	68	5,15	± 13,276	0,00		
	Sekten zevk alma	Kadın	40	3,33	± 10,127	0,00	1288,0	0,881
		Erkek	65	4,10	± 12,511	0,00		
	İdrar problemleri	Kadın	42	35,71	± 19,094	44,44	1406,0	0,890
		Erkek	68	35,29	± 19,759	44,44		
	Kemoterapi yan etkileri	Kadın	42	42,86	± 27,058	44,44	1117,0	0,054
		Erkek	68	32,68	± 25,095	27,78		
	Gİ semptomlar	Kadın	42	44,29	± 16,252	46,67	1396,0	0,842
		Erkek	68	44,71	± 17,508	46,67		
	Seksüel problemler (Erkek)	Kadın	0	-	-	-	-	-
		Erkek	19	10,53	± 14,918	0,00		
	Defekasyon problemleri	Kadın	4	36,90	± 44,224	23,81	14,5	0,797
		Erkek	8	29,17	± 28,394	14,29		
	Stomaya bağlı problemler	Kadın	38	73,43	± 17,527	76,19	1135,0	0,971
		Erkek	60	74,92	± 13,969	76,19		
Kilo Kaybı	Kadın	42	51,59	± 23,515	66,67	1180,0	0,094	
	Erkek	68	45,10	± 25,604	33,33			

^a =Mann-Whitney U

Tablo 4.4.6. Beck Depresyon Puanının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	Ort.	±	S.S.	Medyan	U ^a	p
Beck Depresyon Puanı	Kadın	42	12,62	± 8,172	11,00	1395,0	0,838	
	Erkek	68	12,79	± 8,738	10,50			

^a =Mann-Whitney U

Medeni Duruma Göre Karşılaştırmalar

Tablo 4.4.7. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Faktörlerinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

		Medeni Durum	N	Ort.	±	S.S.	Medyan	U ^a	p
EORTC QLQ C30	Fiziksel Fonksiyon	Evli	96	48,19	±	23,405	40,00	639,0	0,763
		Boşanmış/Dul	14	48,10	±	15,728	43,33		
	Rol Performansı	Evli	96	53,47	±	24,770	50,00	616,0	0,597
		Boşanmış/Dul	14	47,62	±	21,540	50,00		
	Emosyonel Fonksiyon	Evli	96	59,90	±	26,582	66,67	647,0	0,821
		Boşanmış/Dul	14	63,69	±	24,154	66,67		
	Bilişsel Fonksiyon	Evli	96	56,42	±	29,056	50,00	642,0	0,785
		Boşanmış/Dul	14	54,76	±	22,100	66,67		
	Sosyal Fonksiyon	Evli	96	57,29	±	27,339	66,67	622,0	0,637
		Boşanmış/Dul	14	55,95	±	21,291	58,33		
	Yorgunluk	Evli	96	59,03	±	22,182	66,67	650,5	0,844
		Boşanmış/Dul	14	58,73	±	21,095	61,11		
	Bulantı ve Kusma	Evli	96	52,78	±	26,892	50,00	363,5	0,005**
		Boşanmış/Dul	14	28,57	±	26,497	16,67		
	Ağrı	Evli	96	61,28	±	21,012	66,67	589,0	0,441
		Boşanmış/Dul	14	53,57	±	25,469	66,67		
	Solunum Güçlüğü	Evli	96	39,58	±	29,145	33,33	522,5	0,156
		Boşanmış/Dul	14	50,00	±	31,351	66,67		
	Uyuma Güçlüğü	Evli	96	50,35	±	28,199	66,67	616,0	0,592
		Boşanmış/Dul	14	45,24	±	30,959	50,00		
İştah Kaybı	Evli	96	53,82	±	23,381	66,67	598,0	0,467	
	Boşanmış/Dul	14	47,62	±	33,878	50,00			
Kabızlık	Evli	96	25,69	±	25,810	33,33	598,0	0,465	
	Boşanmış/Dul	14	21,43	±	28,063	0,00			
Diyare	Evli	96	54,51	±	45,401	66,67	490,5	0,084	
	Boşanmış/Dul	14	30,95	±	30,562	33,33			
Finansal Zorluklar	Evli	96	44,79	±	29,747	33,33	611,5	0,559	
	Boşanmış/Dul	14	38,10	±	25,678	33,33			
Genel Sağlık	Evli	96	48,09	±	18,711	41,67	595,0	0,478	
	Boşanmış/Dul	14	43,45	±	21,228	45,83			

**p<0,01, *p<0,05 , ^a =Mann-Whitney U

Medeni durumlarına göre EORTC QLQ-C30 ölçekleri ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde; Bulantı ve Kusma faktörü medeni duruma göre farklılık göstermekte olup (p<0,01) evli hastaların Bulantı ve Kusma faktörü puanlarının daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.4.7.).

Tablo 4.4.8. EORTC QLQ-CR38 Ölçeği Faktörlerinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

		Medeni Durum	N	Ort.	±	S.S.	Medyan	U ^a	p
EO	Vücut İmajı	Evli	96	64,93	±	20,093	66,67	517,0	0,159
		Boşanmış/Dul	14	74,60	±	27,016	88,89		

Gelecek Beklentisi	Evli	96	60,76	± 24,659	66,67	556,5	0,250
	Boşanmış/Dul	14	54,76	± 24,832	50,00		
Seksüel Fonksiyon	Evli	96	6,08	± 13,490	0,00	546,0	0,079
	Boşanmış/Dul	14	0,00	± 0,000	0,00		
Sekten Zevk Alma	Evli	91	4,40	± 12,382	0,00	560,0	0,171
	Boşanmış/Dul	14	0,00	± 0,000	0,00		
İdrar Problemleri	Evli	96	37,62	± 18,964	44,44	314,5	0,001**
	Boşanmış/Dul	14	20,63	± 16,223	22,22		
Kemoterapi Yan Etkileri	Evli	96	37,85	± 26,322	33,33	522,5	0,176
	Boşanmış/Dul	14	27,78	± 24,557	16,67		
Gİ Semptomlar	Evli	96	45,07	± 16,033	46,67	661,0	0,921
	Boşanmış/Dul	14	40,95	± 22,775	53,33		
Seksüel Problemler (Erkek)	Evli	19	10,53	± 14,918	0,00		
	Boşanmış/Dul	0					
Defekasyon Problemleri	Evli	9	25,93	± 31,776	14,29	8,0	0,305
	Boşanmış/Dul	3	49,21	± 34,448	66,67		
Stomaya Bağlı Problemler	Evli	87	76,19	± 13,950	76,19	248,5	0,009**
	Boşanmış/Dul	11	59,74	± 18,852	57,14		
Kilo Kaybı	Evli	96	46,18	± 25,303	33,33	494,5	0,081
	Boşanmış/Dul	14	57,14	± 20,375	66,67		

^a = Mann-Whitney U , **= p<0,01, *= p<0,05

Medeni durumlarına göre EORTC QLQ -CR38 ölçek alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, İdrar problemleri faktörü medeni duruma göre farklılık bulundu (p<0,01). Evli hastaların puanları anlamlı düzeyde daha yüksekti. Benzer şekilde Stomaya Bağlı Problemler faktörü de medeni duruma göre farklılık göstermekte olup (p<0,01) evli hastaların puanlarının daha yüksek olduğu saptandı. Diğer faktörler medeni duruma göre farklılık göstermedi (p>0,05) (Tablo 4.4.8.).

Tablo 4.4.9. Beck Depresyon Puanının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

	Medeni Durum	n	Ort.	± S.S.	Medyan	U ^a	p
Beck Depresyon Puanı	Evli	96	11,77	± 7,937	10,00	364,5	0,006**
	Boşanmış/Dul	14	19,29	± 9,523	23,00		

^a = Mann-Whitney U , **= p<0,01, *= p<0,05

Beck Depresyon ölçeği puanına göre medeni durumu evli olan hastaların puanları istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşüktü (p<0,01) (Tablo 4.4.9.).

Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırmalar

Tablo 4.4.10 incelendiğinde eğitim durumuna göre EORTC QLQ-C30 ölçeği puanları incelendiğinde, Rol Performansı faktörü ve Bilişsel Fonksiyon faktörü ortalamaları

eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir. Okuma yazma bilenler ile ilkokul ve üzeri eğitime sahip hastalar arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0,05$). Rol performansı ve Bilişsel Fonksiyon faktörleri arasında $p<0,05$ düzeyinde, Diyare faktörü için ise $p<0,01$ düzeyinde fark olduğu saptandı. Eğitim durumuna göre ilkokul ve üzeri eğitime sahip hastaların Diyare faktörü puanları anlamlı düzeyde daha düşüktü ($p<0,01$). Diğer faktörlerin eğitim durumuna göre farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).



Tablo 4.4.10. EORTC QLQ-C30 leği Faktörlerinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması (^bKruskal Wallis Test, **= $p<0,01$, *= $p<0,05$)

Eğitim Durumu		n	Ort.	±	S.S.	Medyan	Chi-Square ^b	p
EORTC QLQ C30	Okur-yazar değil	10	47,33	±	22,322	50,00		
	Fiziksel Fonksiyon	60	43,33	±	19,620	40,00	4,376	0,112
	İlkokul+	40	55,67	±	25,015	46,67		

Rol Performansı	Okur-yazar değil	10	56,67	±	27,442	66,67	7,511	0,023*
	Okuma –yazma biliyor	60	47,22	±	21,734	33,33		
	İlkokul+	40	60,00	±	25,820	66,67		
Emosyonel Fonksiyon	Okur-yazar değil	10	59,17	±	33,437	75,00	4,015	0,134
	Okuma –yazma biliyor	60	58,75	±	21,394	58,33		
	İlkokul+	40	63,13	±	30,945	70,83		
Bilişsel Fonksiyon	Okur-yazar değil	10	50,00	±	37,680	66,67	9,138	0,010*
	Okuma –yazma biliyor	60	50,83	±	21,790	50,00		
	İlkokul+	40	65,83	±	32,015	66,67		
Sosyal Fonksiyon	Okur-yazar değil	10	46,67	±	28,109	66,67	1,388	0,500
	Okuma –yazma biliyor	60	57,50	±	19,987	66,67		
	İlkokul+	40	59,17	±	33,958	66,67		
Yorgunluk	Okur-yazar değil	10	60,00	±	22,951	61,11	0,049	0,976
	Okuma –yazma biliyor	60	60,00	±	15,472	66,67		
	İlkokul+	40	57,22	±	29,295	61,11		
Bulantı ve Kusma	Okur-yazar değil	10	51,67	±	31,866	50,00	0,586	0,746
	Okuma –yazma biliyor	60	51,39	±	24,219	50,00		
	İlkokul+	40	46,67	±	32,291	58,33		
Ağrı	Okur-yazar değil	10	68,33	±	18,342	66,67	1,921	0,383
	Okuma –yazma biliyor	60	60,00	±	17,140	66,67		
	İlkokul+	40	58,75	±	27,732	50,00		
Solunum Güçlüğü	Okur-yazar değil	10	36,67	±	33,148	33,33	4,265	0,119
	Okuma –yazma biliyor	60	45,00	±	21,104	33,33		
	İlkokul+	40	35,83	±	38,034	33,33		
Uyuma Güçlüğü	Okur-yazar değil	10	46,67	±	28,109	33,33	0,271	0,873
	Okuma –yazma biliyor	60	51,11	±	24,904	66,67		
	İlkokul+	40	48,33	±	33,716	66,67		
İştah Kaybı	Okur-yazar değil	10	50,00	±	28,328	50,00	0,412	0,814
	Okuma –yazma biliyor	60	52,78	±	21,517	66,67		
	İlkokul+	40	54,17	±	28,929	66,67		
Kabızlık	Okur-yazar değil	10	40,00	±	40,976	33,33	3,035	0,219
	Okuma –yazma biliyor	60	24,44	±	18,275	33,33		
	İlkokul+	40	22,50	±	30,557	0,00		
Diyare	Okur-yazar değil	10	40,00	±	43,885	33,33	10,949	0,004**
	Okuma –yazma biliyor	60	63,33	±	43,266	100,00		
	İlkokul+	40	36,67	±	41,893	0,00		
Finansal Zorluklar	Okur-yazar değil	10	50,00	±	32,394	33,33	1,244	0,537
	Okuma –yazma biliyor	60	45,00	±	25,911	33,33		
	İlkokul+	40	40,83	±	33,323	33,33		
Genel Sağlık	Okur-yazar değil	10	45,00	±	24,907	50,00	0,045	0,978
	Okuma –yazma biliyor	60	46,25	±	14,750	41,67		
	İlkokul+	40	50,00	±	22,958	41,67		

Tablo 4.4.11. EORTC QLQ-CR38 Ölçeği Faktörlerinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	N	ORT	±	SS	Medyan	Chi-Square ^b	p	
♀	Vücut İmajı	Okur-yazar değil	10	73,33	±	24,117	77,78	10,257	0,006**

	Okuma –yazma biliyor	60	60,19	± 18,101	55,56		
	İlkokul+	40	73,33	± 22,477	66,67		
Gelecek Beklentisi	Okur-yazar değil	10	60,00	± 30,631	50,00		
	Okuma –yazma biliyor	60	60,56	± 19,879	66,67	0,106	0,948
	İlkokul+	40	59,17	± 29,707	66,67		
Seksüel Fonksiyon	Okur-yazar değil	10	0,00	± 0,000	0,00		
	Okuma –yazma biliyor	60	4,44	± 12,602	0,00	4,519	0,104
	İlkokul+	40	7,92	± 14,116	0,00		
Seksten Zevk Alma	Okur-yazar değil	10	0,00	± 0,000	0,00		
	Okuma –yazma biliyor	59	2,26	± 10,476	0,00	7,935	0,019*
	İlkokul+	36	7,41	± 14,055	0,00		
İdrar Problemleri	Okur-yazar değil	10	32,22	± 18,481	22,22		
	Okuma –yazma biliyor	60	40,93	± 16,301	44,44	11,503	0,003**
	İlkokul+	40	28,06	± 21,643	33,33		
Kemoterapi Yan Etkileri	Okur-yazar değil	10	28,89	± 19,738	27,78		
	Okuma –yazma biliyor	60	45,00	± 26,312	44,44	13,441	0,001**
	İlkokul+	40	25,83	± 23,251	22,22		
Gİ Semptomlar	Okur-yazar değil	10	56,67	± 11,863	60,00		
	Okuma –yazma biliyor	60	44,33	± 15,710	46,67	9,100	0,011*
	İlkokul+	40	41,83	± 18,795	40,00		
Seksüel Problemler (Erkek)	Okur-yazar değil	0	-	-	-		
	Okuma –yazma biliyor	6	11,11	± 17,213	0,00	-	-
	İlkokul+	13	10,26	± 14,495	0,00		
Defekasyon Problemleri	Okur-yazar değil	3	60,32	± 43,208	66,67		
	Okuma –yazma biliyor	1	0,00	±	0,00	3,963	0,138
	İlkokul+	8	25,00	± 24,248	14,29		
Stomaya Bağlı Problemler	Okur-yazar değil	7	59,86	± 11,939	52,38		
	Okuma –yazma biliyor	59	77,32	± 14,458	85,71	11,647	0,003**
	İlkokul+	32	72,02	± 15,851	71,43		
Kilo Kaybı	Okur-yazar değil	10	53,33	± 23,307	66,67		
	Okuma –yazma biliyor	60	52,78	± 23,201	66,67	8,108	0,017*
	İlkokul+	40	38,33	± 25,654	33,33		

^bKruskal Wallis Test, **= p<0,01, *= p<0,05

Eğitim durumuna göre EORTC QLQ-CR38 ölçeği puanları incelendiğinde, Vücut İmajı faktörü p<0,01, Seksten Zevk Alma faktörü p<0,05 düzeyinde okuma yazma bilenler ile ilkokul ve üzeri eğitime sahip hastalar arasında anlamlı fark bulundu. İlkokul ve üzeri eğitime sahip hastaların, Vücut İmajı ve Seksten Zevk Alma faktör puanlarının daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.4.11.).

Okuma yazma bilenler ile ilkokul ve üzeri eğitime sahip hastalar arasında, İdrar Problemleri faktörü $p<0,05$, Kemoterapi Yan Etkileri faktörü $p<0,01$ düzeyinde anlamlı fark saptandı. Yapılan ileri analizde Mann Whitney U testinde İlkokul ve üzeri eğitime sahip hastaların, İdrar Problemleri ve Kemoterapi Yan Etkileri faktör puanları okuma yazma bilenlere göre anlamlı farkla daha düşüktü(Tablo 4.4.11.).

Gastrointestinal Semptomlar faktörü açısından, okuyazar olmayanlar ile okuma yazma bilen hastalar arasında, okuyazar olmayanlar ile ilkokul ve üzeri eğitime sahip hastalar arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Okuyazar olmayan hastaların Gİ Semptomlarfaktörü puanları daha yüksekti (Tablo 4.4.11.).

Stomaya Bağlı Problemler faktörüne göre de okuyazar olmayanlar ile okuma yazma bilen hastalar arasında anlamlı fark ($p<0,01$) olup okuyazar olmayan hastaların puanlarının daha düşük olduğu belirlendi. Ayrıca ilkokul ve üzeri eğitime sahip hastaların Kilo Kaybı faktörü puanlarının okuma yazma bilenlere göre anlamlı farkla daha düşük olduğu görüldü ($p<0,05$). Diğer faktörler ise eğitim durumuna göre farklılık göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 4.4.11.).

Tablo 4.4.12. Beck Depresyon Puanının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	n	Ort.	± S.S.	Medyan	Chi-Square ^b	p
Beck Depresyon Puanı	Okur-yazar değil	10	18,00	± 5,637	18,00	7,801	0,020*
	Okuma –yazma biliyor	60	12,23	± 7,382	11,00		
	İlkokul+	40	12,15	± 10,187	9,00		

^bKruskal Wallis , **= $p<0,01$, *= $p<0,05$

Tablo 4.4.12. incelendiğinde; Beck Depresyon ölçeğine hastaların verdiği yanıtların eğitim durumuna göre ortalama, standart sapma, medyan ve Kruskal Wallis test sonuçları gösterildi. İlkokul ve üzeri eğitime sahip hastaların Beck depresyon puanları, okuryazar olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde daha düşük bulundu ($p<0,05$).

Yerleşim Yerine Göre Karşılaştırmalar

Yerleşim yerine göre EORTC QLQ-C30 ölçeği puanları incelendiğinde, Fiziksel Fonksiyon ($p<0,05$), Rol Performansı ($p<0,01$), Yorgunluk ($p<0,05$), Diyare ($p<0,05$) puanları istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Şehirde yaşayanların, ilçe/köyde yaşayanlara göre Fiziksel Fonksiyon ve Rol Performansı faktör puanlarının anlamlı olarak daha yüksek, Yorgunluk ve Diyare faktör puanlarının daha düşük olduğu ve yaşam kalitelerinin bu alanlarda daha iyi olduğu saptandı (Tablo 4.4.13.).

Tablo 4.4.14'te yerleşim yerine göre EORTC QLQ-CR38 ölçeği puanları gözden geçirildiğinde; şehirde yaşayan hastaların Seksüel Fonksiyon ($p<0,01$) ve Seksten Zevk Alma ($p<0,05$) faktör puanları köyde yaşayanlara göre daha yüksek olup aralarındaki fark anlamlı düzeydedir. Seksüel Problemler (Erkek) faktörü yerleşim yerine göre farklılık göstermektedir ($p<0,05$), ancak farkın hangi gruptan kaynaklandığı hesaplanamamıştır. Şehirde yaşayan hastaların Kemoterapi Yan Etkileri faktörü puanları kasabada yaşayanlara göre daha düşük olup aralarındaki fark anlamlıdır ($p<0,05$). Diğer faktörler yerleşim yerine göre farklılık göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 4.4.14.).

Tablo 4.4.13. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Faktörlerinin Yerleşim Yerine Göre Karşılaştırılması

		Yerleşim Yeri	N	Ort.	±	S.S.	Medyan	Chi-Square ^b	p
EORTC QLQ C30	Fiziksel Fonksiyon	Köy	59	45,42	±	17,353	40,00	6,414	0,040*
		Kasaba	16	35,42	±	16,460	36,67		
		Şehir	35	58,67	±	28,089	40,00		
	Rol Performansı	Köy	59	48,31	±	21,818	50,00	10,378	0,006**
		Kasaba	16	42,71	±	20,156	33,33		
		Şehir	35	64,76	±	26,125	66,67		
	Emosyonel Fonksiyon	Köy	59	58,62	±	27,244	66,67	1,036	0,596
		Kasaba	16	56,77	±	23,218	58,33		

	Şehir	35	65,00	± 25,788	66,67		
	Köy	59	56,50	± 28,704	66,67		
Bilişsel Fonksiyon	Kasaba	16	44,79	± 18,972	50,00	3,371	0,185
	Şehir	35	60,95	± 29,963	50,00		
	Köy	59	54,80	± 25,718	66,67		
Sosyal Fonksiyon	Kasaba	16	57,29	± 16,066	66,67	0,231	0,891
	Şehir	35	60,95	± 31,556	50,00		
	Köy	59	62,71	± 21,017	66,67		
Yorgunluk	Kasaba	16	65,28	± 13,380	66,67	6,950	0,031*
	Şehir	35	49,84	± 24,159	55,56		
	Köy	59	53,95	± 28,591	50,00		
Bulantı ve Kusma	Kasaba	16	54,17	± 26,176	66,67	5,399	0,067
	Şehir	35	40,48	± 25,973	50,00		
	Köy	59	61,02	± 22,661	66,67		
Ağrı	Kasaba	16	56,25	± 17,078	66,67	0,567	0,753
	Şehir	35	60,95	± 22,119	66,67		
	Köy	59	45,20	± 29,532	33,33		
Solunum Güçlüğü	Kasaba	16	37,50	± 29,502	33,33	2,797	0,247
	Şehir	35	35,24	± 29,085	33,33		
	Köy	59	50,85	± 30,548	66,67		
Uyuma Güçlüğü	Kasaba	16	62,50	± 20,638	66,67	5,550	0,062
	Şehir	35	41,90	± 26,000	33,33		
	Köy	59	54,80	± 25,343	66,67		
İştah Kaybı	Kasaba	16	62,50	± 16,667	66,67	5,441	0,066
	Şehir	35	45,71	± 25,675	33,33		
	Köy	59	27,12	± 31,242	33,33		
Kabızlık	Kasaba	16	27,08	± 13,437	33,33	1,302	0,522
	Şehir	35	20,95	± 19,944	33,33		
	Köy	59	48,02	± 43,005	33,33		
Diyare	Kasaba	16	81,25	± 32,131	100,00	8,653	0,013*
	Şehir	35	43,81	± 46,982	33,33		
	Köy	59	45,20	± 27,517	33,33		
Finansal Zorluklar	Kasaba	16	45,83	± 20,638	33,33	0,463	0,793
	Şehir	35	40,95	± 35,319	33,33		
	Köy	59	44,63	± 17,491	41,67		
Genel Sağlık	Kasaba	16	43,75	± 5,693	41,67	3,246	0,197
	Şehir	35	54,05	± 23,602	41,67		

^bKruskal Wallis Test, **= p<0,01, *= p<0,05

Tablo 4.4.14. EORTC QLQ-CR38 Ölçeği Faktörlerinin Yerleşim Yerine Göre Karşılaştırılması

	Yerleşim Yeri	n	Ort.	±	S.S.	Medyan	Chi-Square ^b	p
EORTC	Vücut İmajı	Köy	59	66,29	± 21,038	66,67	0,226	0,893
		Kasaba	16	67,36	± 18,799	66,67		
		Şehir	35	65,40	± 22,989	55,56		
	Gelecek Beklentisi	Köy	59	59,32	± 24,027	66,67	0,662	0,718
		Kasaba	16	64,58	± 14,751	66,67		

	Şehir	35	59,05	±	29,245	66,67		
Seksüel Fonksiyon	Köy	59	1,98	±	7,634	0,00		
	Kasaba	16	5,21	±	16,908	0,00	12,437	0,002**
	Şehir	35	10,95	±	15,626	0,00		
Sekten Zevk Alma	Köy	57	1,75	±	7,509	0,00		
	Kasaba	16	4,17	±	16,667	0,00	6,116	0,047*
	Şehir	32	7,29	±	14,000	0,00		
İdrar Problemleri	Köy	59	35,22	±	18,472	44,44		
	Kasaba	16	42,36	±	12,319	44,44	2,163	0,339
	Şehir	35	32,70	±	23,016	44,44		
Kemoterapi Yan Etkileri	Köy	59	36,53	±	26,184	33,33		
	Kasaba	16	49,31	±	21,070	55,56	6,304	0,043*
	Şehir	35	30,79	±	26,960	22,22		
Gİ Semptomlar	Köy	59	47,23	±	17,211	46,67		
	Kasaba	16	47,08	±	7,876	46,67	5,655	0,059
	Şehir	35	38,86	±	18,470	40,00		
Seksüel Problemler (Erkek)	Köy	7	4,76	±	12,599	0,00		
	Kasaba	4	0,00	±	0,000	0,00	7,563	0,023*
	Şehir	8	20,83	±	14,773	25,00		
Defekasyon Problemleri	Köy	9	33,33	±	32,733	19,05		
	Kasaba	1	71,43	±	0,000	71,43	3,866	0,145
	Şehir	2	4,76	±	6,734	4,76		
Stomaya Bağlı Problemler	Köy	50	71,05	±	15,358	71,43		
	Kasaba	15	79,05	±	12,444	80,95	4,267	0,118
	Şehir	33	77,20	±	15,872	80,95		
Kilo Kaybı	Köy	59	51,98	±	21,683	66,67		
	Kasaba	16	47,92	±	17,078	33,33	3,325	0,190
	Şehir	35	40,00	±	31,102	33,33		

^bKruskal Wallis Test, **= p<0,01, *= p<0,05 ,

Tablo 4.4.15. Beck Depresyon Puanının Yerleşim Yerine Göre Karşılaştırılması

	Yerleşim Yeri	N	Ort.	±	S.S.	Medyan	Chi-Square ^b	p
Beck Depresyon Puanı	Köy	59	15,29	±	8,327	11,00		
	Kasaba	16	10,06	±	3,941	10,50	14,590	0,001**
	Şehir	35	9,63	±	9,013	8,00		

^bKruskal Wallis, **= p<0,01, *= p<0,05

Araştırmaya katılan hastaların Beck Depresyon ölçeğine verdikleri yanıtlar ve yerleşim yerine göre istatistiksel analizler Tablo 4.4.15.'te gösterilmiştir. Şehirde yaşayan hastaların Beck Depresyon ölçek puanları köyde yaşayanlara göre daha düşüktü ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (p<0,01).

Gelir Durumuna Göre Karşılaştırmalar

Tablo 4.4.16. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Faktörlerinin Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması

Gelir Durumu		n	Ort.	±	S.S.	Medyan	U ^a	p
Fiziksel Fonksiyon	Gelir giderden az	38	56,49	±	26,292	60,00	959,0	0,009**
	Gelir gidere eşit	72	43,80	±	19,016	40,00		
Rol Performansı	Gelir giderden az	38	56,14	±	26,964	66,67	1198,0	0,261
	Gelir gidere eşit	72	50,93	±	22,878	50,00		
Emosyonel Fonksiyon	Gelir giderden az	38	57,02	±	32,101	66,67	1300,0	0,666
	Gelir gidere eşit	72	62,15	±	22,550	66,67		
Bilişsel Fonksiyon	Gelir giderden az	38	58,77	±	33,048	66,67	1241,0	0,417
	Gelir gidere eşit	72	54,86	±	25,398	50,00		
Sosyal Fonksiyon	Gelir giderden az	38	53,07	±	33,525	66,67	1258,0	0,467
	Gelir gidere eşit	72	59,26	±	22,006	66,67		
Yorgunluk	Gelir giderden az	38	57,31	±	26,411	66,67	1295,0	0,640
	Gelir gidere eşit	72	59,88	±	19,340	66,67		
Bulantı ve Kusma	Gelir giderden az	38	39,04	±	32,018	33,33	922,0	0,004**
	Gelir gidere eşit	72	55,32	±	23,871	66,67		
Ağrı	Gelir giderden az	38	59,21	±	27,590	66,67	1334,5	0,827
	Gelir gidere eşit	72	60,88	±	17,946	66,67		
Solunum Güçlüğü	Gelir giderden az	38	48,25	±	32,602	33,33	1104,0	0,079
	Gelir gidere eşit	72	37,04	±	27,153	33,33		
Uyuma Güçlüğü	Gelir giderden az	38	51,75	±	33,511	66,67	1282,0	0,565
	Gelir gidere eşit	72	48,61	±	25,599	66,67		
İştah Kaybı	Gelir giderden az	38	45,61	±	33,262	33,33	1089,0	0,053
	Gelir gidere eşit	72	56,94	±	18,074	66,67		
Kabızlık	Gelir giderden az	38	28,07	±	38,380	0,00	1253,0	0,426
	Gelir gidere eşit	72	23,61	±	16,251	33,33		
Diyare	Gelir giderden az	38	20,18	±	32,456	0,00	553,5	0,000**
	Gelir gidere eşit	72	68,06	±	40,897	100,00		
Finansal Zorluklar	Gelir giderden az	38	42,98	±	35,436	33,33	1291,5	0,605
	Gelir gidere eşit	72	44,44	±	25,637	33,33		
Genel Sağlık	Gelir giderden az	38	48,90	±	25,125	50,00	1303,5	0,677
	Gelir gidere eşit	72	46,76	±	14,970	41,67		

^a = Mann-Whitney U , **= p<0,01, *= p<0,05

Gelir durumuna göre EORTC QLQ- C30 yaşam kalitesi ölçeği puanları incelendiğinde, geliri giderlerinden az olan hastaların Fiziksel Fonksiyon faktörü puanları daha yüksek (p<0,01); Bulantı-Kusma ve Diyare faktör puanları ise daha düşük bulundu. Diğer faktörler gelir durumuna göre farklılık göstermedi (p<0,01) (Tablo 4.4.16.).

Tablo 4.4.17. EORTC QLQ-CR38 Ölçeği Faktörlerinin Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Gelir Durumu	n	Ort.	±	S.S.	Medyan	U ^a	p
Vücut İmajı	Gelir giderden az	38	69,01	±	22,691	66,67	1169,0	0,205
	Gelir gidere eşit	72	64,66	±	20,371	55,56		
Gelecek Beklentisi	Gelir giderden az	38	53,51	±	29,551	50,00	1065,5	0,035*
	Gelir gidere eşit	72	63,43	±	21,052	66,67		
Seksüel Fonksiyon	Gelir giderden az	38	4,82	±	11,565	0,00	1353,5	0,887
	Gelir gidere eşit	72	5,56	±	13,415	0,00		
Sekten Zevk Alma	Gelir giderden az	37	5,41	±	12,456	0,00	1149,5	0,170
	Gelir gidere eşit	68	2,94	±	11,131	0,00		
İdrar Problemleri	Gelir giderden az	38	25,73	±	23,691	22,22	812,0	0,000**
	Gelir gidere eşit	72	40,59	±	14,464	44,44		
Kemoterapi Yan Etkileri	Gelir giderden az	38	28,36	±	26,933	22,22	961,5	0,010*
	Gelir gidere eşit	72	40,90	±	24,938	44,44		
Gİ Semptomlar	Gelir giderden az	38	47,02	±	23,350	53,33	1172,5	0,214
	Gelir gidere eşit	72	43,24	±	12,358	46,67		
Seksüel Problemler (Erkek)	Gelir giderden az	6	22,22	±	13,608	25,00	14,5	0,012*
	Gelir gidere eşit	13	5,13	±	12,518	0,00		
Defekasyon Problemleri	Gelir giderden az	7	37,41	±	35,468	19,05	13,0	0,461
	Gelir gidere eşit	5	23,81	±	29,928	14,29		
Stomaya Bağlı Problemler	Gelir giderden az	31	68,20	±	18,540	66,67	684,5	0,006**
	Gelir gidere eşit	67	77,19	±	12,856	80,95		
Kilo Kaybı	Gelir giderden az	38	50,00	±	26,565	66,67	1215,0	0,292
	Gelir gidere eşit	72	46,30	±	24,099	33,33		

^a = Mann-Whitney U , **= p<0,01, *= p<0,05 ,

Tablo 4.4.17. incelendiğinde; Gelir durumuna göre EORTC QLQ-CR38 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarına göre, Gelecek Beklentisi (p<0,05), İdrar problemleri (p<0,01), Kemoterapi Yan Etkileri (p<0,01) ve Stomaya Bağlı Problemler (p<0,01) faktörlerinde anlamlı fark olduğu görüldü. Bu alt boyutların puanları geliri giderlerinden az olan hastalarda daha düşüktü. Seksüel Problemler (Erkek) faktörü puanı ise geliri giderlerinden az olan hastalarda anlamlı düzeyde daha yüksekti (p<0,05).

Tablo 4.4.18. Beck Depresyon Puanınının Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması

Gelir Durumu	n	Ort.	±	S.S.	Medyan	U ^a	p
--------------	---	------	---	------	--------	----------------	---

Beck Depresyon Puanı	Gelir giderden az	38	18,42 ± 10,663	20,00	709,5	0,000**
	Gelir gidere eşit	72	9,72 ± 4,985	9,00		

^a = Mann-Whitney U , **= p<0,01, *= p<0,05 ,

Beck Depresyon ölçeği puanı gelir durumuna göre farklılık göstermekte olup (p<0,01) geliri giderlerinden az olan hastaların Beck Depresyon ölçeği puanları daha yüksek bulundu (Tablo 4.4.18.).

Kronik Rahatsızlık Durumuna Göre Karşılaştırmalar

Kronik hastalık varlığına göre EORT QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği puanları incelendiğinde, Fiziksel Fonksiyon (p<0,01), Rol Performansı (p<0,05), Emosyonel Fonksiyon (p<0,05), Bilişsel Fonksiyon (p<0,01), Yorgunluk (p<0,01), Bulantı Kusma (p<0,01), Uyumada Güçlük (p<0,05), İştah Kaybı (p<0,05), Diyare (p<0,01), Finansal Zorluk (p<0,01) ve Genel Sağlık (p<0,01) alt boyut ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Diğer faktörler kronik rahatsızlık durumuna göre farklılık göstermemektedir (p>0,05). Kronik hastalığı olanların fonksiyonel durumunu gösteren boyutlarda puanlarının daha az olduğu, semptom puanlarının da daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.4.19.).

Tablo 4.4.20.'de kronik hastalık varlığına göre EORT QLQ-CR38 yaşam kalitesi ölçeği puanları incelendiğinde; kronik rahatsızlığı olan hastaların Vücut İmajı ve Sekten Zevk Alma faktör puanları daha düşük bulundu (p<0,01).

İdrar Problemleri (p<0,01), Kemoterapi Yan Etkileri (p<0,01) ve Gİ Semptom (p<0,05) faktörleri kronik rahatsızlık durumuna göre farklılık göstermekte olup kronik rahatsızlığı olan hastalarda yaşam kalitesi ölçeğinin bu alt boyutlarının puanlarının daha yüksek olduğu saptandı. Diğer faktörler kronik rahatsızlık durumuna göre farklılık göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 4.4.20.).

Tablo 4.4.19. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Faktörlerinin Kronik Rahatsızlık Durumuna Göre Karşılaştırılması

		Kronik Rahatsızlık	N	Ort.	±	S.S.	Medyan	U ^a	p
EORTC QLQ C30	Fiziksel Fonksiyon	Yok	30	62,22	±	28,085	60,00	680,0	0,000**
		Var	80	42,92	±	17,521	40,00		
	Rol Performansı	Yok	30	62,22	±	32,440	66,67	914,0	0,043*
		Var	80	49,17	±	19,649	50,00		
	Emosyonel Fonksiyon	Yok	30	67,78	±	27,485	66,67	893,0	0,038*
		Var	80	57,60	±	25,339	62,50		
	Bilişsel Fonksiyon	Yok	30	70,00	±	28,500	66,67	749,5	0,002**
		Var	80	51,04	±	26,431	50,00		
	Sosyal Fonksiyon	Yok	30	65,00	±	32,856	66,67	954,0	0,083
		Var	80	54,17	±	23,345	66,67		
	Yorgunluk	Yok	30	47,04	±	26,693	44,44	735,5	0,001**
		Var	80	63,47	±	18,132	66,67		
	Bulantı ve Kusma	Yok	30	31,67	±	26,749	16,67	597,5	0,000**
		Var	80	56,46	±	25,366	66,67		
	Ağrı	Yok	30	55,00	±	29,082	50,00	1005,0	0,176
		Var	80	62,29	±	17,936	66,67		
	Solunum Güçlüğü	Yok	30	36,67	±	34,296	33,33	1058,5	0,315
		Var	80	42,50	±	27,546	33,33		
	Uyuma Güçlüğü	Yok	30	38,89	±	31,663	33,33	912,0	0,039*
		Var	80	53,75	±	26,249	66,67		
İştah Kaybı	Yok	30	44,44	±	26,743	33,33	919,0	0,037*	
	Var	80	56,25	±	23,477	66,67			
Kabızlık	Yok	30	18,89	±	25,795	0,00	952,0	0,067	
	Var	80	27,50	±	25,861	33,33			
Diyare	Yok	30	31,11	±	38,090	0,00	765,0	0,002**	
	Var	80	59,17	±	44,366	83,33			
Finansal Zorluklar	Yok	30	30,00	±	31,984	33,33	742,5	0,001**	
	Var	80	49,17	±	26,505	33,33			
Genel Sağlık	Yok	30	57,22	±	25,684	58,33	772,5	0,003**	
	Var	80	43,85	±	14,388	41,67			

^a = Mann-Whitney U , **= p<0,01, *= p<0,05

Tablo 4.4.20. EORTC QLQ-CR38 Ölçeği Faktörlerinin Kronik Rahatsızlık Durumuna Göre Karşılaştırılması

		Kronik Rahatsızlık	N	Ort.	±	S.S.	Medyan	U ^a	P
EORTC QLQ	Vücut İmajı	Yok	30	75,56	±	22,299	77,78	779,5	0,004**
		Var	80	62,64	±	19,785	55,56		
	Gelecek Beklentisi	Yok	30	62,22	±	32,440	66,67	1093,0	0,425
		Var	80	59,17	±	21,198	66,67		
	Seksüel Fonksiyon	Yok	30	7,22	±	13,620	0,00	1086,5	0,236
		Var	80	7,22	±	13,620	0,00		

	Var	80	4,58	±	12,431	0,00		
Sekten Zevk Alma	Yok	27	8,64	±	14,886	0,00	837,5	0,003**
	Var	78	2,14	±	9,818	0,00		
İdrar Problemleri	Yok	30	22,22	±	21,640	22,22	608,0	0,000**
	Var	80	40,42	±	16,033	44,44		
Kemoterapi Yan Etkileri	Yok	30	20,74	±	21,389	11,11	613,0	0,000**
	Var	80	42,50	±	25,483	44,44		
Gİ Semptomlar	Yok	30	39,33	±	19,206	40,00	873,0	0,027*
	Var	80	46,50	±	15,732	46,67		
Seksüel Problemler (Erkek)	Yok	5	6,67	±	9,129	0,00	31,5	0,705
	Var	14	11,90	±	16,575	0,00		
Defekasyon Problemleri	Yok	5	25,71	±	42,271	9,52	11,0	0,287
	Var	7	36,05	±	26,493	33,33		
Stomaya Bağlı Problemler	Yok	25	72,38	±	17,550	71,43	786,5	0,300
	Var	73	75,02	±	14,629	80,95		
Kilo Kaybı	Yok	30	40,00	±	29,556	50,00	1003,5	0,148
	Var	80	50,42	±	22,498	66,67		

^a = Mann-Whitney U , **= p<0,01, *= p<0,05 ,

Tablo 4.4.21. Beck Depresyon Puanının Kronik Rahatsızlık Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Kronik Rahatsızlık	n	Ort.	±	S.S.	Medyan	U ^a	p
Beck Depresyon Puanı	Yok	30	11,20	±	10,263	9,00	955,0	0,098
	Var	80	13,30	±	7,716	11,00		

^a = Mann-Whitney U , **= p<0,01, *= p<0,05 ,

Tablo 4.4.21'e göre, Beck Depresyon ölçeği puanı kronik rahatsızlık durumuna göre farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Ailede Kanser Olması Durumuna Göre Karşılaştırmalar

Ailede kanser bulunma durumuna göre EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği puanları incelendiğinde; ölçeğin hiçbir faktörü ailede kanser bulunma durumuna göre farklılık göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 4.4.22.).

Tablo 4.4.22. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Faktörlerinin Ailede Kanser Olması Durumuna Göre Karşılaştırılması

		Ailede		N	Ort.	±	S.S.	Medyan	U ^a	p
Kanser										
EORTC QLQ C30	Fiziksel Fonksiyon	Evet	23	55,36	±	26,548	53,33	795,5	0,126	
		Hayır	87	46,28	±	21,091	40,00			
	Rol Performansı	Evet	23	58,70	±	26,049	66,67	816,0	0,153	
		Hayır	87	51,15	±	23,815	50,00			
	Emosyonel Fonksiyon	Evet	23	65,58	±	24,400	66,67	888,5	0,406	
		Hayır	87	59,00	±	26,633	66,67			
	Bilişsel Fonksiyon	Evet	23	60,87	±	29,987	66,67	860,0	0,294	
		Hayır	87	54,98	±	27,739	50,00			
	Sosyal Fonksiyon	Evet	23	62,32	±	26,694	66,67	837,5	0,208	
		Hayır	87	55,75	±	26,515	66,67			
	Yorgunluk	Evet	23	51,21	±	29,916	66,67	871,0	0,332	
		Hayır	87	61,05	±	19,010	66,67			
	Bulantı ve Kusma	Evet	23	45,65	±	26,694	33,33	866,0	0,312	
		Hayır	87	50,77	±	28,292	66,67			
	Ağrı	Evet	23	59,42	±	23,477	50,00	967,5	0,802	
		Hayır	87	60,54	±	21,282	66,67			
	Solunum Güçlüğü	Evet	23	36,23	±	31,644	33,33	903,0	0,448	
		Hayır	87	42,15	±	28,961	33,33			
	Uyuma Güçlüğü	Evet	23	44,93	±	34,243	33,33	899,0	0,427	
		Hayır	87	50,96	±	26,821	66,67			
İştah Kaybı	Evet	23	52,17	±	28,116	66,67	996,0	0,971		
	Hayır	87	53,26	±	24,091	66,67				
Kabızlık	Evet	23	20,29	±	26,091	0,00	853,0	0,233		
	Hayır	87	26,44	±	25,988	33,33				
Diyare	Evet	23	37,68	±	42,999	33,33	787,0	0,096		
	Hayır	87	55,17	±	44,265	66,67				
Finansal Zorluklar	Evet	23	40,58	±	26,508	33,33	945,0	0,661		
	Hayır	87	44,83	±	29,999	33,33				
Genel Sağlık	Evet	23	52,17	±	23,330	41,67	874,0	0,340		
	Hayır	87	46,26	±	17,644	41,67				

^a = Mann-Whitney U , **= p<0,01, *= p<0,05

Tablo 4.4.23. EORTC QLQ-CR38 Ölçeği Faktörlerinin Ailede Kanser Durumuna Göre Karşılaştırılması

		Ailede Kanser		N	Ort.	±	S.S.	Medyan	U ^a	p
EORTC	Vücut İmajı	Evet	23	73,91	±	18,835	66,67	700,0	0,025*	
		Hayır	87	64,11	±	21,413	55,56			
	Gelecek Beklentisi	Evet	23	68,12	±	21,269	66,67	790,5	0,086	
		Hayır	87	57,85	±	25,140	66,67			
	Seksüel Fonksiyon	Evet	23	7,97	±	14,097	0,00	880,0	0,168	
		Hayır	87	10,00	±	14,097	0,00			

	Hayır	87	4,60	± 12,371	0,00		
Sekten Zevk Alma	Evet	23	8,70	± 14,966	0,00	757,5	0,007**
	Hayır	82	2,44	± 10,184	0,00		
İdrar Problemleri	Evet	23	30,92	± 21,177	33,33	843,0	0,236
	Hayır	87	36,65	± 18,877	44,44		
Kemoterapi Yan Etkileri	Evet	23	29,47	± 24,529	22,22	811,0	0,160
	Hayır	87	38,44	± 26,457	33,33		
Gİ Semptomlar	Evet	23	44,06	± 19,461	40,00	973,5	0,841
	Hayır	87	44,67	± 16,365	46,67		
Seksüel Problemler (Erkek)	Evet	3	11,11	± 19,245	0,00	24,0	1,000
	Hayır	16	10,42	± 14,751	0,00		
Defekasyon Problemleri	Evet	6	44,44	± 35,592	40,48	9,5	0,170
	Hayır	6	19,05	± 26,082	9,52		
Stomaya Bağlı Problemler	Evet	17	65,83	± 17,756	66,67	453,0	0,026*
	Hayır	81	76,13	± 14,315	80,95		
Kilo Kaybı	Evet	23	39,13	± 29,563	33,33	824,0	0,155
	Hayır	87	49,81	± 23,224	66,67		

^a = Mann-Whitney U , **= p<0,01, *= p<0,05 ,

Araştırma kapsamına alınan hastaların ailesinde kanser bulunma durumuna göre EORT QLQ-CR38 yaşam kalitesi ölçeği puanları incelendiğinde; ailesinde kanser hastası olanların Vücut İmajı (p<0,05) ve Sekten Zevk Alma (p<0,01) faktör puanlarının daha yüksek, Stomaya Bağlı Problemler (p<0,05) faktör puanının ise daha düşük olduğu saptandı. Bunun yanında diğer faktörlerin ailede kanser durumuna göre farklılık göstermediği görüldü (p>0,05) (Tablo 4.4.23.).

Tablo 4.4.24. Beck Depresyon Puanının Ailede Kanser Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Ailede Kanser	N	Ort.	±	S.S.	Medyan	U ^a	p
Beck Depresyon Puanı	Evet	23	13,30	± 8,418	11,00		868,0	0,327
	Hayır	87	12,57	± 8,549	10,00			

^a = Mann-Whitney U , **= p<0,01, *= p<0,05

Tablo 4.4.24. incelendiğinde; Beck Depresyon ölçeği puanı ile ailede kanser olması durumu anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Radyoterapi Alma Durumuna Göre Karşılaştırmalar

Tablo 4.4.25. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Faktörlerinin Radyoterapi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Radyoterapi Alma Durumu		N	Ort.	±	S.S.	Medyan	U ^a	p
Fiziksel Fonksiyon	Evet	5	48,00	±	20,221	33,33	252,0	0,878
	Hayır	105	48,19	±	22,707	40,00		
Rol Performansı	Evet	5	46,67	±	29,814	33,33	197,0	0,322
	Hayır	105	53,02	±	24,216	50,00		
Emosyonel Fonksiyon	Evet	5	51,67	±	29,107	33,33	183,5	0,253
	Hayır	105	60,79	±	26,147	66,67		
Bilişsel Fonksiyon	Evet	5	56,67	±	32,489	33,33	248,0	0,833
	Hayır	105	56,19	±	28,142	50,00		
Sosyal Fonksiyon	Evet	5	46,67	±	18,257	33,33	187,0	0,255
	Hayır	105	57,62	±	26,857	66,67		
Yorgunluk	Evet	5	62,22	±	24,343	66,67	229,0	0,624
	Hayır	105	58,84	±	21,949	66,67		
Bulantı ve Kusma	Evet	5	63,33	±	29,814	66,67	184,0	0,249
	Hayır	105	49,05	±	27,815	50,00		
Ağrı	Evet	5	66,67	±	23,570	66,67	218,0	0,509
	Hayır	105	60,00	±	21,632	66,67		
Solunum Güçlüğü	Evet	5	40,00	±	36,515	66,67	257,0	0,933
	Hayır	105	40,95	±	29,329	33,33		
Uyuma Güçlüğü	Evet	5	46,67	±	29,814	66,67	255,0	0,909
	Hayır	105	49,84	±	28,541	66,67		
İştah Kaybı	Evet	5	60,00	±	14,907	66,67	219,0	0,491
	Hayır	105	52,70	±	25,226	66,67		
Kabızlık	Evet	5	53,33	±	29,814	66,67	111,0	0,017*
	Hayır	105	23,81	±	25,198	33,33		
Diyare	Evet	5	33,33	±	0,000	33,33	222,5	0,542
	Hayır	105	52,38	±	45,257	66,67		
Finansal Zorluklar	Evet	5	53,33	±	29,814	66,67	193,0	0,283
	Hayır	105	43,49	±	29,280	33,33		
Genel Sağlık	Evet	5	35,00	±	29,107	16,67	151,5	0,102
	Hayır	105	48,10	±	18,391	41,67		

^a = Mann-Whitney U , **= p<0,01, *= p<0,05

Radyoterapi alma durumuna göre EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği puanları incelendiğinde, radyoterapi alanlarda sadece Kabızlık faktörü puanının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu (p<0,05), diğer faktörlerin ise radyoterapi alma durumuna göre farklılık göstermediği görüldü (p>0,05) (Tablo 4.4.25.).

Araştırma kapsamına alınan hastaların radyoterapi alma durumuna göre EORTC QLQ -CR38 yaşam kalitesi ölçeği puanlarına göre ise, ölçeğin hiçbir faktörünün radyoterapi alma durumuna göre farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.4.26.).

Tablo 4.4.26. EORTC QLQ-CR38 Ölçeği Faktörlerinin Radyoterapi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Radyoterapi Alma Durumu		N	Ort.	±	S.S.	Medyan	U ^a	p
Vücut İmajı	Evet	5	60,00	±	36,515	33,33	204,5	0,399
	Hayır	105	66,46	±	20,440	66,67		
Gelecek Beklentisi	Evet	5	53,33	±	29,814	33,33	210,0	0,403
	Hayır	105	60,32	±	24,502	66,67		
Seksüel Fonksiyon	Evet	5	0,00	±	0,000	0,00	217,5	0,315
	Hayır	105	5,56	±	13,006	0,00		
Sekten Zevk Alma	Evet	5	0,00	±	0,000	0,00	222,5	0,436
	Hayır	100	4,00	±	11,873	0,00		
İdrar Problemleri	Evet	5	24,44	±	4,969	22,22	145,0	0,085
	Hayır	105	35,98	±	19,704	44,44		
Kemoterapi Yan Etkileri	Evet	5	44,44	±	31,427	66,67	213,5	0,478
	Hayır	105	36,19	±	26,059	33,33		
Gİ Semptomlar	Evet	5	48,00	±	11,926	53,33	213,5	0,477
	Hayır	105	44,38	±	17,192	46,67		
Seksüel Problemler (Erkek)	Evet	0	-	-	-	-	-	-
	Hayır	19	10,53	±	14,918	0,00		
Defekasyon Problemleri	Evet	2	23,81	±	13,469	23,81	9,0	0,828
	Hayır	10	33,33	±	35,493	14,29		
Stomaya Bağlı Problemler	Evet	3	85,71	±	0,000	85,71	72,0	0,143
	Hayır	95	73,98	±	15,482	76,19		
Kilo Kaybı	Evet	5	53,33	±	29,814	66,67	212,5	0,431
	Hayır	105	47,30	±	24,799	66,67		

^a = Mann-Whitney U , **= $p<0,01$, *= $p<0,05$

Tablo 4.4.27. Beck Depresyon Puanının Radyoterapi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Radyoterapi Durumu	Alma	N	Ort.	±	S.S.	Medyan	U ^a	p
Beck Depresyon Puanı	Evet	5	21,00	±	11,314	29,00	139,5	0,076
	Hayır	105	12,33	±	8,194	10,00		

^a = Mann-Whitney U , **= $p<0,01$, *= $p<0,05$

Tablo 4.4.27.'ya göre Beck Depresyon ölçeği puanının radyoterapi alma durumuna göre farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Kemoterapi Alma Durumuna Göre Karşılaştırmalar

Araştırmaya katılan hastaların EORTC QLQ-C30 ölçeğine verdikleri yanıtların kemoterapi alma durumuna göre ortalama, standart sapma, medyan ve Mann Whitney U test sonuçları Tablo 4.4.28'de gösterildi. Fiziksel Fonksiyon ($p<0,01$), Rol Performansı ($p<0,01$), Emosyonel Fonksiyon ($p<0,05$), Bilişsel Fonksiyon ($p<0,01$), Sosyal Fonksiyon ($p<0,05$) ve Genel Sağlık ($p<0,01$) faktörlerinin alt ölçek ortalaması kemoterapi alma durumuna göre farklılık göstermekte olup kemoterapi alan hastaların fonksiyonel durumu hakkında bilgi veren bu alt boyut ölçek puanlarının daha düşük olduğu saptandı (Tablo 4.4.28.). Yorgunluk ($p<0,01$), Bulantı ve Kusma ($p<0,01$), Uyuma Güçlüğü ($p<0,05$), İştah Kaybı ($p<0,01$), Diyare ($p<0,01$) gibi semptomlar ile Finansal Zorluklar ($p<0,01$) faktörleri kemoterapi alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir. Kemoterapi alan hastalarda semptom puanlarının daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.4.28.).

Tablo 4.4.28. EORTC QLQ-C30 Ölçeği Faktörlerinin Kemoterapi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması

		Kemoterapi Alma Durumu	N	Ort.	±	S.S.	Medyan	U ^a	p
EORTC QLQ	Fiziksel Fonksiyon	Evet	60	38,22	±	14,568	36,67	770,0	0,000**
		Hayır	50	60,13	±	24,596	60,00		
	Rol Performansı	Evet	60	43,61	±	16,551	33,33	842,5	0,000**
		Hayır	50	63,67	±	27,703	66,67		
	Emosyonel Fonksiyon	Evet	60	56,25	±	23,701	58,33	1150,0	0,034*
		Hayır	50	65,33	±	28,390	66,67		

Bilişsel Fonksiyon	Evet	60	50,28	± 22,443	50,00	1064,0	0,008**
	Hayır	50	63,33	± 32,646	66,67		
Sosyal Fonksiyon	Evet	60	53,33	± 21,871	66,67	1180,0	0,043*
	Hayır	50	61,67	± 30,907	66,67		
Yorgunluk	Evet	60	65,19	± 14,818	66,67	1031,5	0,004**
	Hayır	50	51,56	± 26,538	55,56		
Bulantı ve Kusma	Evet	60	60,56	± 21,252	66,67	775,5	0,000**
	Hayır	50	36,67	± 29,547	33,33		
Ağrı	Evet	60	64,17	± 18,621	66,67	1192,5	0,056
	Hayır	50	55,67	± 24,190	50,00		
Solunum Güçlüğü	Evet	60	42,22	± 27,355	33,33	1381,0	0,450
	Hayır	50	39,33	± 32,078	33,33		
Uyuma Güçlüğü	Evet	60	55,00	± 22,819	66,67	1185,0	0,044*
	Hayır	50	43,33	± 33,163	33,33		
İştah Kaybı	Evet	60	60,00	± 20,169	66,67	983,0	0,001**
	Hayır	50	44,67	± 27,446	33,33		
Kabızlık	Evet	60	26,11	± 21,341	33,33	1305,0	0,198
	Hayır	50	24,00	± 30,890	0,00		
Diyare	Evet	60	70,56	± 37,377	100,00	725,5	0,000**
	Hayır	50	28,67	± 41,519	0,00		
Finansal Zorluklar	Evet	60	50,00	± 23,370	33,33	1078,5	0,006**
	Hayır	50	36,67	± 33,840	33,33		
Genel Sağlık	Evet	60	40,69	± 14,070	41,67	886,0	0,000**
	Hayır	50	55,67	± 20,990	50,00		

^a = Mann-Whitney U , **= p<0,01, *= p<0,05

Tablo 4.4.29. EORTC QLQ-CR38 Ölçeği Faktörlerinin Kemoterapi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması

		Kemoterapi Alma Durumu	N	Ort.	± S.S.	Medyan	U ^a	p
EORTC QLQ-CR38	Vücut İmajı	Evet	60	61,11	± 18,468	55,56	1057,5	0,007**
		Hayır	50	72,22	± 22,810	77,78		
	Gelecek Beklentisi	Evet	60	60,00	± 19,212	66,67	1486,0	0,926
		Hayır	50	60,00	± 30,117	66,67		
	Seksüel Fonksiyon	Evet	60	3,61	± 11,921	0,00	1295,0	0,055
		Hayır	50	7,33	± 13,536	0,00		

Sekten Zevk Alma	Evet	58	1,72	± 9,718	0,00	1153,5	0,011*
	Hayır	47	6,38	± 13,258	0,00		
İdrar Problemleri	Evet	60	40,93	± 14,392	44,44	1008,0	0,003**
	Hayır	50	28,89	± 22,560	22,22		
Kemoterapi Yan Etkileri	Evet	60	45,00	± 23,452	44,44	850,0	0,000**
	Hayır	50	26,44	± 25,975	22,22		
Gİ Semptomlar	Evet	60	46,22	± 13,825	46,67	1317,0	0,267
	Hayır	50	42,53	± 20,063	40,00		
Seksüel Problemler (Erkek)	Evet	13	7,69	± 14,618	0,00	25,0	0,151
	Hayır	6	16,67	± 14,907	16,67		
Defekasyon Problemleri	Evet	4	22,62	± 21,778	21,43	12,5	0,549
	Hayır	8	36,31	± 37,317	16,67		
Stomaya Bağlı Problemler	Evet	56	77,38	± 11,314	78,57	908,5	0,053
	Hayır	42	70,29	± 18,926	73,81		
Kilo Kaybı	Evet	60	51,67	± 21,633	66,67	1297,0	0,181
	Hayır	50	42,67	± 27,799	66,67		

^a = Mann-Whitney U , **= p<0,01, *= p<0,05

Tablo 4.4.29.'de veriler incelendiğinde; hastaların EORTC QLQ-CR38 ölçeğine verdikleri yanıtların kemoterapi alma durumuna göre ortalama, standart sapma, medyan ve Mann Whitney U test sonuçları gösterildi. Kemoterapi alan hastaların Vücut İmajı (p<0,01), Sekten Zevk Alma (p<0,05) faktörü puanları anlamlı düzeyde daha düşük, İdrar Problemleri (p<0,01) ve Kemoterapi Yan Etkileri (p<0,01) faktör (p<0,01) puanları ise daha yüksekti.

Tablo 4.4.30. Beck Depresyon Puanının Kemoterapi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Kemoterapi Alma Durumu		n	Ort.	±	S.S.	Medyan	U ^a	p
Beck Depresyon Puanı	Evet	60	12,68	± 7,854	10,00	1471,0	0,861	
	Hayır	50	12,78	± 9,274	11,00			

^a = Mann-Whitney U , **= p<0,01, *= p<0,05

Araştırmaya katılan hastaların Beck Depresyon ölçeğine verdikleri yanıtların kemoterapi alma durumuna göre ortalama, standart sapma, medyan ve Mann Whitney

U test sonuçları Tablo 4.4.30.'da gösterildi. Beck Depresyon ölçeği puanı kemoterapi alma durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.4.31. EORTC QLQ-C38 ile Beck Depresyon Ölçeği' ne Göre Karşılaştırılması

		Beck Depresyon Puanı	
EORTC QLQ CR38	Vücut İmajı	r	-,202*
		n	110
	Gelecek Beklentisi	r	-,393**
		n	110
	Seksüel fonksiyon	r	-,280**
		n	110
	Seksten zevk alma	r	-,330**
		n	105
	İdrar problemleri	r	0,117
		n	110
	Kemoterapi yan etkileri	r	,192*
		n	110
	Gİ semptomlar	r	,591**
		n	110
	Seksüel problemler(Erkek)	r	-0,269
		n	19
Defekasyon problemleri	r	0,135	
	n	12	
Stomaya bağlı problemler	r	0,098	
	n	98	
Kilo Kaybı	r	0,400**	
	n	110	

r = Spearman korelasyon , ** $p<0,01$, * $p<0,05$

Tablo 4.4.32. EORTC QLQ-C30 ile Beck Depresyon Ölçeği' ne Göre Karşılaştırılması

		Beck Depresyon Puanı	
EORTC QLQ C30	Fiziksel Fonksiyon	r	-,260**
		n	110
	Rol Performansı	r	-,353**
		n	110
	Emosyonel Fonksiyon	r	-,448**
		n	110
Bilişsel Fonksiyon	r	-,420**	
	n	110	
Sosyal Fonksiyon	r	-,496**	
	n	110	
Yorgunluk	r	,435**	
	n	110	

Bulantı ve Kusma	r	,262**
	n	110
Ağrı	r	0,423**
	n	110
Solunum Güçlüğü	r	,489**
	n	110
Uyuma Güçlüğü	r	,292**
	n	110
İştah Kaybı	r	0,331**
	n	110
Kabızlık	r	0,042
	n	110
Diyare	r	-0,040
	n	110
Finansal Zorluklar	r	,446**
	n	110
Genel Sağlık	r	-,485**
	n	110

r= Spearman korelasyon, **p<0,01, *p<0,05

Yaşam kalitesi puanları ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında yapılan korelasyon analizine göre; yaşam kalitesi alt boyutlarında genel sağlık durumu, emosyonel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve beden imajı puanları ile beck depresyon ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde ilişki olduğu görüldü (p<0,01) (Tablo 4.4.31., Tablo 4.4.32.). Hastalarda yaşam kalitesi puanları düştükçe, depresyon düzeyi artmaktadır.

5. TARTIŞMA

Kolorektal kanser tanısı almış olan hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışıldı.

5.1. HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Çalışmada araştırma kapsamına alınan 110 hastanın yaş ortalaması $61,9 \pm 10,92$ olup %61,8'i erkek, çoğu evli (%87,3), okuryazar (%54,5) ve emekli veya ev hanımıdır (%46,4; %38,2). %65,5'i geliri giderine eşit olan hastaların ortalama 4 çocuğa sahiptir,

%72,7'si eşi ve çocuklarıyla yaşamaktadır. 17 hastanın 12,8±7,07 yıldır sigara kullandığı, hiçbirinin alkol tüketmediği saptandı (Tablo 4.1.1.).

Kolorektal kanser her yaşta görülse de 50 yaş ve üzeri görülme sıklığı artmaktadır (Liu and Crawford 2004, Karaveli, Özbayır ve Karacabay 2014). Literatürde erkek hastalarda kolon kanserinin daha sık görüldüğü ve yapılan birkaç çalışmada da prognozun erkeklerde daha agresif olduğu belirtilmiştir (Kuşakçioğlu 2003, Gönen 2004, Asaad, Jubelirer and Welch 2005, Yıldız 2012, Santos, Garcia, Pacheco, Vieira and Santos 2014) ve çalışma bulguları literatürle paralellik göstermektedir. Örneğin; erkek hastaların oranlarını Güven (2010) %60, Akduran (2015) %58,1, Li ve ark. (2014) %63,57 olarak bulmuşlardır.

Gürel'in (2007) yaptığı çalışmada hastaların %59,3'ünün eşi ve çocuklarıyla, %3'ünün yalnız, %19,3'ünün ise diğer aile bireyleriyle yaşadığını belirtilmiştir (Gürel 2007). Kolorektal kanserde sigara ve alkol kullanımı hem insidans hem de mortalite artışı ile ilişkili bulunmaktadır (Cho ve ark 2004). Güven'in (2010) çalışmasında; ailede kolorektal kanser varlığı ile alkol-sigara kullanımı arasında anlamlı düzeyde fark bulunduğu bildirilmektedir (Güven 2010). Pekçok meta-analitik çalışmayı inceleyen literatüre göre, sigara içenlerde adenomatöz polip gelişme riski içmeyenlere oranla yüksek saptanmıştır (Grahm and Varma 2008).

5.2. HASTANIN KANSER ÖYKÜSÜ, HASTALIĞI VE TEDAVİLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Kolon kanserli hastaların %27,3'ünde herhangi bir kronik rahatsızlık olmadığı, mevcut kronik rahatsızlıkların sırasıyla KOAH, koroner arter hastalığı, diyabet ve hipertansiyon olduğu ve %6,4 ile %42,7 arasında değiştiği tespit edildi (Tablo 4.1.1.). Hastaların %20,9'unun ailesinde (%69,6'sı 1.derece; %43,5'i kolon kanseri, %26,1'i pankreas kanseri, %17,4'ü meme kanseri, %8,7'si akciğer kanseri ve %4,3'ü mide kanseri) kanserli birey olduğu belirlendi (Tablo 4.2.2.).Ailede kolorektal kanser öyküsü olduğunu bilmenin, risk altındaki bireylerin belirlenmesinde, kanser erken tarama testlerine yönlendirilmesinde etkili olduğu bir gerçektir. Birinci derece

yakınlarında kolorektal kanser öyküsü olan bireylerde kolorektal kanser gelişme riskinin 2-4 kat arttığı bilinmektedir (Colorectal Cancer Facts & Figures 2014-2016). Bu çalışmadan elde edilen bulguları destekleyen çalışmalara örnek verecek olursak; Tarı (2011) çalışmasında; hastaların %15,9'unda aile üyelerinin birinde kalın bağırsak hastalığı olduğunu, %84,1'inde hastalık öyküsü olmadığını belirtmiştir (Tarı 2011). Güven'in (2010) bireylerin kolorektal kanser tanısı almadan önceki beslenme alışkanlıklarını incelendiği çalışmasında, 105 hastanın 23'ünün (%21,9) ailesinde kolorektal kanser olduğu bildirilmiştir (Güven 2010). Yapılan bir başka çalışmada da olguların %9'unda ailede polip öyküsüne rastlanmıştır (Yoshida, Kono and Moore 2007).

Kolorektal kanser tanısı aldıktan sonra 0-13 ay arasında süre geçmiş olan hastaların oranı %49,1 olup %14,5'inde metastaz geliştiği (%43,3'ü karaciğerde) belirlendi (Tablo 4.2.2.). Kolorektal kanser tanılama ve tedavisi hastayı fiziksel ve psikolojik olarak olumsuz etkilediği, ameliyattan sonra halsizlik, yorgunluk hissettikleri ancak ameliyattan sonra geçen süre arttıkça yaşam kalitesi puanlarının da arttığı belirtilmektedir (Engel ve ark 2003). Yıldız'ın (2012) yapmış olduğu çalışmada, hastalık süresi 6 aydan fazla olmayanlar ile halen tedavileri devam edenlerin yaşam kalitesi puanlarının daha az olduğu bildirilmektedir (Yıldız 2012) ve bulgular bu çalışmanın verileri ile paralellik göstermektedir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların %95,5'ine cerrahi tedavi (%32,4'üne abdomino-perineal rezeksiyon) uygulandığı, %54,5'inin ortalama 3,4 kür kemoterapi aldığı, %4,5'inin ortalama 5,4 seans radyoterapi aldığı saptandı. Çoğu hastaya (%90,9) stoma açıldığı ve bunların da %81'inin kalıcı stoma olduğu belirlendi (Tablo 4.2.2). Akduran (2015)' in çalışmasında, hastaların %47' sine stoma açıldığı, %83,8'ine cerrahi tedavi uygulandığı gözlenmiştir (Akduran 2015).

5.3. EORTC QLQ-C30 ÖLÇEĞİ, EORTC QLQ-CR38 ÖLÇEĞİ VE BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİNİN PUAN ORTALAMALARININ HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİYLE İSTATİSTİKSEL KARŞILAŞTIRILMALARINA İLİŞKİN BULGULAR

Hastaların yaş durumlarına göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Fiziksel Fonksiyon, Rol Performansı, Bilişsel Fonksiyon, Sosyal Fonksiyon ve Genel Sağlık faktörleri arasında negatif doğrusal anlamlı bir ilişki saptandı ve yaş arttıkça bu fonksiyonlarda azalma olduğu gözlemlendi. Yaş arttıkça yorgunluk, bulantı ve kusma, solunum güçlüğü, uyuma güçlüğü ve finansal zorluklar alt ölçek puanlarının da arttığı belirlendi (Tablo 4.4.1.). Yine çalışmada EORTC QLQ -CR38 yaşam kalitesi ölçeğinin Vücut İmajı, Seksüel Fonksiyon ve Seksten Zevk Alma faktörleri ile yaş arasında negatif yönde ilişki saptandı ve yaş arttıkça bu faktörlerin puanlarının düştüğü gözlemlendi (Tablo 4.4.2.). Beck Depresyon ölçeği puanları ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 4.4.3.). Yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin bozulması, fizyolojik kapasitenin azalması, immün sistemin giderek bozulması ve gelecek beklentisinin azalması ile açıklanabilmektedir.

Güngörmüş ve Erdem Bulut'un (2014) çalışmasında, 121 hastanın %37,2'sinin 19-49 yaş, %62,8'inin 50-80 yaş aralığında olduğu ve yaş arttıkça yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (Güngörmüş ve Erdem Bulut 2014). Gürel'in (2007) çalışmasında da; yaşam kalitesinin genel iyilik alt boyutu puanlarının yaş arttıkça azaldığı, ekonomik güçlük alt boyutunda yaş arttıkça yaşam kalitesinin arttığı tespit edilmiştir (Gürel 2007). Ekonomik alanda yaşam kalitesinin yaşla birlikte artmasını birkaç faktöre bağlamaktadır. Bunlar; ileri yaştaki bireylerin hayatta belli amaca ulaşmış olması, sosyal güvencesinin, sabit bir gelirin veya emeklilik durumunun olması gibi faktörlerin kişinin ekonomik sorunlarla baş etme kapasitesini artırmasıyla açıklanmaktadır (Heydarnejad and Dehkordi 2011, Gürel 2007). Bu bağlamda, çalışma bulgularının ele alınan bu çalışma verileriyle desteklendiği görülmektedir.

Kemoterapi alan kanserli hastalarla yapılan birkaç çalışmada; yaşın yaşam kalitesi üzerine etkili olmadığı bildirilmiş olup (Heydarnejad and Dehkordi 2011, Çalışkan ve ark. 2015) bu çalışma bulgularıyla benzerlik göstermemektedir.

EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğine göre çocuk sayısı (ortalama çocuk sayısı ise 4 idi) ile Fiziksel Fonksiyon, Rol Performansı, Bilişsel Fonksiyon ve Sosyal Fonksiyon faktörleri arasında negatif doğrusal anlamlı bir ilişki bulundu ve çocuk sayısı arttıkça bu faktörlerin puanlarının düştüğü görüldü. Çocuk sayısı ile Bulantı ve Kusma, Ağrı, Solunum Güçlüğü, İştah Kaybı ve Finansal Zorluklar faktörleri arasında pozitif doğrusal anlamlı bir ilişki vardı ve çocuk sayısı arttıkça bu faktörlerin puanlarının da arttığı saptandı (Tablo 4.4.1.). Çocuk sayısı ile Beck Depresyon Puanı arasında herhangi bir anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo 4.4.3.). Bu çalışma bulgularını destekleyen bir çalışma Gürel (2007) tarafından yapılmıştır. Gürel'in çalışmasında, 1-3 çocuğu olan hastalarda, fonksiyonel güçlüklerden rol performans ve sosyal fonksiyon alanlarında yaşam kalitesinin 4 ve daha fazla çocuğu olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Gürel 2007). Dörtten fazla çocuğu olanların hastalık nedeni ile çocuklarına karşı sorumluluklarını yerine getirmede zorlandıkları için rol kaybı yaşadıkları düşünülmektedir. Beşer ve Öz (2003)'ün lenfomalı hastalarda yaptığı çalışmada çocuk sahibi olanların mental sıkıntılarının kemoterapi sonrası daha fazla olduğu gözlenmiş (Beşer ve Öz 2003). Güngörmüş ve Erdem (2014)'ün çalışmalarında da çocuk sayısının artmasıyla yaşam kalitesi puanlarının azaldığı belirlenmiş olup (Güngörmüş ve Erdem 2014) bu çalışmaya benzer sonuç elde edilmiştir.

Hastaların yaşam kalitesi parametreleri ve Beck depresyon puanları ile cinsiyet durumları karşılaştırıldığında, kadın ya da erkek olmanın yaşam kalitesi ve depresyon açısından fark yaratmadığı görüldü ($p>0,05$) (Tablo 4.4.4., Tablo 4.4.5., Tablo 4.4.6.). Bu sonuçlarla paralellik gösteren Gürel'in (2007) çalışmasında, fonksiyonel güçlükler alanında; fiziksel fonksiyonlar, rol performansı ve emosyonel durum, semptomlardan; yorgunluk, bulantı, kusma, ağrı, solunum güçlüğü ve iştah kaybı alanlarında yaşam kalitesinin erkeklerde daha yüksek olduğu fakat farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir (Gürel 2007). Güngörmüş ve Erdem (2014) ise, kadınların mental sağlık puanının erkeklere göre anlamlı derecede yüksek bulduklarını, bunun da kadınların erkeklere göre daha çok sosyal destek almasından kaynaklanabileceğini ifade etmişlerdir (Güngörmüş ve Erdem 2014, Peng et al 2011).

EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarına göre, evli hastalarda bulantı ve kusma alt ölçek puanı boşanmış/dul hastalara göre anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,01$; Tablo 4.4.7.). EORTC QLQ-CR38 Yaşam Kalitesi parametrelerine göre, yine evli hastalarda idrar problemleri ve stomaya bağlı problemler puanlarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,01$) (Tablo 4.4.8.). Bunun yanı sıra evli bireylerin dul/ boşanmış bireylere göre depresyon puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu belirlendi ($p<0,01$; Tablo 4.4.9.). Gelin ve Ulus (2015) çalışmalarında, hastanın evli ya da bekar, geniş ya da çekirdek ailenin üyesi olmasının yaşam kalitesini anlamlı ölçüde etkilediğini belirtmişlerdir (Gelin ve Ulus 2015). Kansere yakalanan hastaların çoğunluğunun, genç bekârlar değil, bunun yerine evli veya dul orta/ileri yaşlı bireyler olması, kanserin sıklıkla ileri yaş hastalığı olmasıyla açıklanabilir (Hamashima 2002, Gelin ve Ulus 2015). Evliliğin yaşam kalitesini arttırması ise, bireyin fizyolojik, sosyal, psikolojik ve ekonomik birçok yönden destek görmesiyle ve bu desteklere rahat ulaşabilmesiyle ilişkilendirilmektedir. Çalışmada, evli bireylerde idrar ve stomaya bağlı problemler alanında yaşam kalitesinin düşük olması; yapılan cerrahi işlemlere bağlı olarak erkek hastalarda erektil disfonksiyon gelişmesi, stoma uygulamasının (gaz, koku, sızıntı, ses gibi problemler nedeniyle) bireylerde korku/endişe yaratması gibi daha birçok nedene bağlanabilmektedir (Husson, Vissers, Denollet and Mols 2015).

Hastaların EORTC QLQ CR38 Ölçeğine göre; stomaya bağlı problemler faktörü en yüksek puana, seksten zevk alma faktörü ortalaması ise en düşük puana sahipti (Tablo 4.3.2.). Dolayısıyla, stoma varlığının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği çalışmalarda vurgulanmaktadır (Tarı 2011, Thaysen et al 2012). Yıldız'ın çalışmasında (2012), seksüel fonksiyon ve beden imajı puanları açısından stoması olan ve olmayan hastalar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanamamıştır (Yıldız 2012). 154 hasta ile yapılan başka bir çalışmada QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği puanlarına göre stoması olan ve olmayan hastaların arasında anlamlı farklılık olmadığı belirtilmiştir (Peng et al 2011). Cornish ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada, stoması olan hastaların bilişsel ve sosyal fonksiyon puanları, stoması olmayan gruba göre daha yüksek, cinsellik ve fiziksel fonksiyon puanlarının ise daha düşük olduğu rapor edilmiştir (Cornish et al 2007).

Çalışma kapsamına alınan kolon kanserli hastaların EORTC QLQ-C30 ölçeğine göre okuryazar olmayan hastaların ilkokul ve üzeri eğitime sahip olan hastalardan rol performansı ve bilişsel fonksiyon faktörü puanı daha düşük bulundu ($p<0,05$; Tablo 4.4.10). EORTC QLQ-CR38 yaşam kalitesi ölçeğine göre ise; vücut imajı ($p<0,01$) ve seksten zevk alma ($p<0,05$) alt boyutlarında, ilkokul ve üzeri eğitime sahip hastaların okuma yazması olmayan hastalardan daha az sorun yaşadığı saptandı (Tablo 4.4.11.). Ayrıca, eğitim düzeyi arttıkça depresif öge yükünün azaldığı da hesaplandı ($p<0,05$; Tablo 4.4.12.). Kanserli hastalarda eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puanlarını da arttığı bulgusunu destekleyen bulguyu da Güngörmüş ve Erdem (2014) çalışmalarında ele almışlardır. Güngörmüş ve Erdem (2014), üniversite mezunu bireylerin tüm yaşam kalitesi alt boyut puanlarını yüksek bulduklarını ancak eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark olmadığını belirtmişlerdir (Güngörmüş ve Erdem 2014). Çalışma bulguları ile örtüşen birkaç çalışma örneğinde, yine eğitim seviyesi yüksek olan kanser hastalarının, yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal fonksiyon alt boyutlarından aldıkları puanın anlamlı düzeyde yüksek olduğu vurgulanmaktadır (Gürel 2007, Çalışkan ark 2015). Çalışma bulgularının aksine, Yıldırım (2006) çalışmasında, hastaların eğitim seviyelerinin yaşadıkları semptomları etkilemeyen faktör olduğunu öne sürmektedir (Yıldırım 2006). Yine bulgularla örtüşmeyen diğer bir çalışmada da, sosyal işlev alt boyut puanı dışında, ölçeğin diğer alt boyutlarında öğrenim yılı arttıkça yaşam kalitesinde azalma olduğu belirtilmektedir (Çağatay 2011). Bu azalmanın nedenlerini de; bireyin hastalığı algılamasının, geliştirdiği farklı savunma mekanizmalarının, hastalığın ve tedavisinin bilincinde olma durumlarının eğitim düzeyi ile farklılaştığı, bunun da eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin azalmasına yol açtığı savunulmuştur (Çağatay 2011).

Şehirde yaşayan hastalarda Fiziksel Fonksiyon ve Rol performansı puanlarının daha yüksek, Yorgunluk faktörü puanlarının daha düşük olduğu görüldü ($p<0,05$; Tablo 4.4.13.). Ayrıca şehirde yaşayan hastalarda Seksüel Fonksiyon ve Seksten Zevk Alma puanları köy/kasabada yaşayanlara göre daha yüksekti ($p<0,05$; Tablo 4.4.14.) ve Beck depresyon puanları da daha düşüktü ($p<0,01$; Tablo 4.4.15). Bu çalışma bulgularını destekleyen iki çalışma örneği verecek olursak; Gürel'in (2007) çalışmasında;

hastaların genel iyilik hali ortalaması, fiziksel fonksiyonlar, rol performansı ve sosyal durumunun şehirde yaşayanlarda, ilçe/köyde yaşayanlara oranla daha yüksek bulunduğu görülmüştür (Gürel 2007). Güngörmüş ve Erdem (2014) da şehirde yaşayan hastalarda yaşam kalitesinin yüksek olduğunu bildirilmiştir (Güngörmüş ve Erdem 2014). Sonuç olarak, şehirde yaşayan bireylerin eğitim olanaklarından daha fazla yararlandığı, yaşam standartlarının daha iyi ve sağlık kuruluşlarına ulaşımın daha rahat olduğu gibi faktörler göz önüne alındığında, şehirde yaşayanların yaşam kalitelerinin biraz daha yüksek olması olağan gözükmemektedir.

Yaşam kalitesi ile gelir düzeyi arasındaki ilişkiye göre; geliri giderinden az olan hastalarda Fiziksel Fonksiyon faktörü puanının daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,01$) (Tablo 4.4.16.). Yine geliri giderinden az olanlarda depresyon puanları daha yüksek ($p<0,01$; Tablo 4.4.18.); Gelecek Beklentisi, İdrar Problemleri, Stomaya Bağlı Problemler ve Kemoterapi Yan Etkileri puanları anlamlı düzeyde düşük, Seksüel Problemler (Erkekler) puanı ise anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$; Tablo 4.4.17). Bu bulgulara benzer şekilde yapılan çalışmalarda ekonomisi iyi olan bireylerin yaşam kalitesinin yüksek olduğu bildirilmektedir (Gürel 2007, Çağatay 2011). Gelir düzeyinin yüksek olması, hastaların beslenme, barınma, özel tedavi olanaklarından yararlanma, dinlenme, hastalığı ile baş etme gibi hastalığın bireyde ve ailesinde oluşturacağı yükü azaltacağı, bunun da yaşam kalitesi puanlarının yüksek olmasına etki ettiği düşünülmektedir.

Mevcut kronik hastalığı olanlarda, EORTC QLQ-C30 Ölçeği Fonksiyonel Güçlükler Alanında, Fiziksel Fonksiyonlar, Rol Performansı ve Sosyal Durumunun kronik hastalığı olmayanlara oranla daha düşük olduğu saptandı ($p<0,01$; $p<0,05$; Tablo 4.4.19.). Semptom boyutunda ise yorgunluk, diyare, iştah kaybı, bulantı, kusma ve uyuma gücüğü alanlarında yaşam kalitesi puanları kronik hastalığı olanlarda anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p<0,05$; Tablo 4.4.19.). EORTC QLQ-CR38 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin; Vücut İmajı ve Seksten Zevk Alma düzeylerinin kronik hastalığı olan bireylerde daha düşük olduğu, semptomlardan ise; İdrar Problemleri, Kemoterapi Yan Etkileri, Gİ semptomlar açısından kronik hastalığı olan bireylerin daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları görüldü ($p<0,01$; Tablo 4.4.20.). Kronik hastalık olup

olmaması depresyon puanları açısından bir fark oluşturmadı ($p>0,05$; Tablo 4.4.21.). Kanser bireyde yarattığı psikolojik ve fizyolojik yıkımın yanı sıra ek hastalıkların olması, daha fazla ağrı yaşanmasına, daha uzun tedavi sürecine, ilaç kullanımının artmasına, bağımsızlığın geç kazanılmasına yol açarak yaşam kalitesini azaltmaktadır (Forones and Tanaka 1999, Ferrari et al 2007, Hamashima 2002).

Çalışmada ailede kanserli birey olması durumunun, depresyon puanları ($p>0,05$; Tablo 4.4.24.), yaşam kalitesinin fonksiyonel ve semptom boyutlarının hiçbir faktörü ile anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$; Tablo 4.4.22.), fakat EORTC QLQ- CR38 Yaşam Kalitesi Ölçeğine göre; ailede kanser hastası bulunan bireylerin Vücut İmajı, Seksten Zevk Alma alanlarında, ailede kanser hastası bulunmayanlara göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu, Stomaya Bağlı Problemler faktörü puanlarının ise daha düşük olduğu belirlendi ($p<0,05$; Tablo 4.4.23.). Literatürde bulguyu destekleyen sonuçlarla karşılaşılmadı. Yaşam kalitesinin yüksek olmasının nedeni; ailede kanserli bireyin olması teşhis konulan bireyde hastalık sürecine daha kolay uyum sağlamasını, süreci bildiği için kolayca savunma mekanizması oluşturabilmesi olarak ifade edilebilir.

Araştırma kapsamına alınan ve radyoterapi uygulanan hastaların kabızlık semptomu puanının radyoterapi uygulanmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu daha fazla kabızlık sorunu yaşadıkları belirlendi ($p<0,05$; Tablo 4.4.25.). EORTC QLQ- CR38 Yaşam Kalitesi ve Beck Depresyon Ölçeğine göre radyoterapi uygulanma durumunun anlamlı bir fark yaratmadığı saptandı ($p>0,05$; Tablo 4.4.26.; Tablo 4.4.27.). Marijien ve arkadaşları (2005) yaptıkları çalışmada, kısa süreli uygulanan ameliyat öncesi radyoterapinin, cinsel işlev bozukluğu, bağırsak fonksiyonlarında geç iyileşme, ameliyat sonrası günlük yaşam aktivitelerinde bozulma gibi yaşam kalitesini olumsuz etkileyen sonuçlarının olduğunu belirtmişlerdir(Marijien ark 2005).

Kemoterapi alan hastalarda yaşam kalitesinin Fiziksel Fonksiyon, Rol Performansı, Bilişsel Fonksiyon, Sosyal Fonksiyon ve Genel Sağlık faktörleri boyut puanları arasında anlamlı ilişki saptandı ($p<0,01$; $p<0,05$; Tablo 4.4.27.). Kemoterapi alan bireylerde Yorgunluk, Bulantı ve Kusma, Solunum Güçlüğü, Diyare, İştah Kaybı,

Finansal Güçlük ve Uyuma Güçlüğü alt ölçek puanlarının kemoterapi almayan bireylere göre daha yüksek olduğu, yaşam kalitelerinin ise düşük olduğu görüldü ($p<0,01$; Tablo 4.4.27). EORTC QLQ-CR38 Yaşam Kalitesi Ölçeğine göre kemoterapi alan hastaların, Vücut İmajı ve Seksten Zevk Alma faktör puanlarının düşük, İdrar problemleri ve Kemoterapi Yan Etkileri faktör puanlarının yüksek olduğu, dolayısıyla kemoterapi alan hastaların daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları belirlendi ($p<0,01$; Tablo 4.4.28.). Ayrıca depresyon puanlarının kemoterapi alıp almama durumuyla herhangi bir ilişkisi saptanmadı ($p>0,05$; 4.4.30.). Kemoterapinin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini araştıran çalışmalarda; kemoterapi alma süresi/sayısı ile yaşam kalitesi arasında ters orantılı bir ilişki olduğu, yani kemoterapi alma süresi ve sıklığı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü belirtilmektedir (Engel et al 2003, Gürel 2007, Dolu 2010, Uwer 2011.). İleri rektum kanser yönetiminin ameliyat öncesi ve sonrası kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi olduğu bilinmektedir. Bu tedavilerin yan etkileri ise, hastalıkla ilgili duyulan endişeyi ve ölüm korkusunu arttırmakta, tedavi sürecine dair umutsuzluğa neden olarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (İstek 2008, Öztürk 2011, Bayır 2013). Dolayısıyla literatür bulgularıyla çalışma sonuçlarının uyumlu olduğu görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Araştırma Kolorektal Kanserli Hastaların Yaşam Kalitelerini Değerlendirmek amacıyla yapılmış ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

1. Araştırmaya katılan hastaların %38,2'sinin kadın, %61,8'inin erkek,
2. Hastaların yaş ortalaması $61,9 \pm 10,92$,
3. Kolon kanserli hastaların %54,5'i okur-yazar, %34,5'i ilkokul mezunu,
4. Hastaların %9,1'inin 1-2, %33,6'sının 4, %31,8'inin 3, %13,6'sının 5, %11,8'inin 6-7 çocuğu olduğu,
5. Araştırmaya katılan hastaların %53,6'sının köyde, %14,5'inin kasabada, %31,8'inin şehirde yaşadığı,
6. %34,5'inin gelirinin giderinden az, %65,5'inin gelirinin giderinden fazla olduğu,
7. Hastaların %8,2'sinin yalnız, %72,7'sinin eşi ve çocuklarıyla, %17,39'unun çocuklarıyla yaşadığı,

8. %15,5'i sigara kullandığı, hiçbirinin alkol tüketmediği,
9. Hastaların %93,6'sının evinde bakımına yardımcı olacak birisinin ve %99,1'inin genel sağlık sigortası olduğu,
10. %42,7'sinde hipertansiyon, %16,4'ünde diyabet, %6,4'ünde koroner arter hastalığı ve %6,4'ünde KOAH gibi mevcut kronik hastalıkları olduğu,
11. %20,9'unun ailesinde (1.derece ve 2.derece akrabalarda) kanser görüldüğü,
12. Hastaların kanser tanısını; %13,6'sı 0-6 ay önce, %35,5'i 7-13 ay önce, %34,5'i 14-20 ay önce, %16,4'ü 21 aydan daha uzun zaman önce aldığı,
13. %95,5'ine cerrahi tedavi uygulandığı,
14. Hastaların %4,5'inin radyoterapi, %54,5'inin kemoterapi aldığı,
15. Hastaların %90,9'una stoma açıldığı,
16. Araştırmaya katılan hastaların %46,4'ünün emekli, %38,2'sinin ev hanımı, %9,1'inin işçi , %5,5'inin serbest meslek çalışanı olduğu,
17. Hastaların yaşı ve çocuk sayısı arttıkça yaşam kalitesinin fonksiyonel boyutunda puanların azaldığı, semptom boyutunda puanların arttığı yani yaşam kalitesinin düştüğü,
18. Yaş ve çocuk sayısı ile Beck Depresyon Puanı arasında herhangi anlamlı bir ilişki bulunmadığı,
19. Cinsiyete göre EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-CR38 Yaşam Kalitesi Ölçek puanları ve Beck Depresyon puanları arasında anlamlı ilişki olmadığı,
20. Evli bireylerde bulantı kusma sıklığının, idrar problemleri ve stomaya bağlı problemlerinin anlamlı derecede fazla olduğu, Beck Depresyon puanlarının da daha düşük olduğu,
21. İlkokul ve üzeri eğitime sahip hastaların; bilişsel fonksiyon ve rol performansı puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu, idrar problemleri ve kemoterapi yan etkileri faktör puanlarının okuma yazma bilenlere göre daha düşük olduğu,
22. İlkokul ve üzeri eğitime sahip hastaların vücut imajı, seksten zevk alma, stomaya bağlı problemler, Gİ semptomları faktör puanlarının daha yüksek, idrar problemleri ve kemoterapi yan etkileri faktörü ve depresyon puanlarının ise daha düşük olduğu,
23. Şehirde yaşayanların, ilçe/köyde yaşayanlara oranla yaşam kalitesinin arttığı,

24. Şehirde yaşayan hastaların seksüel fonksiyon, seksten zevk alma faktörü puanlarının daha yüksek, kemoterapi yan etkileri faktörü ve depresyon puanlarının daha düşük saptandığı,
25. Geliri giderlerinden az olan hastaların fiziksel fonksiyon faktörü puanları daha yüksek, bulantı ve kusma, diyare faktörü puanlarının ise daha düşük olduğu,
26. EORT QLQ CR-38 yaşam kalitesi ölçeği ile gelecek beklentisi faktörü, idrar problemleri, kemoterapi yan etkileri, stomaya bağlı problemler faktörlerinin alt ölçeklerinin puanlarının daha düşük olduğu, depresyon puanlarının ise daha yüksek olduğu,
27. Kronik hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği, fonksiyonel durumunu gösteren boyutlarda puanlarının daha düşük olduğu, semptom puanlarının da daha yüksek olduğu,
28. Olguların ailede kanser bulunma öyküsü ile EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ve Beck Depresyon Ölçeği skorları arasında anlamlı ilişki bulunmadığı, ancak vücut imajı ve seksten zevk alma puanlarının daha yüksek, stomaya bağlı problemler faktör puanının daha düşük olduğu,
29. Radyoterapi uygulananlarda kabızlık faktörü puanları daha yüksek saptandığı,
30. Kemoterapi alan hastalarda yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği, fonksiyonel durumunu gösteren boyutlarda puanlarının daha az olduğu, semptom puanlarının da daha yüksek olduğu, Beck Depresyon ölçeği puanına göre farklılık görülmediği belirlendi.

6.2. ÖNERİLER

- ✓ Hastanın ve ailesiyle güvene dayalı iyi bir işbirliği sağlanmalı ve tüm süreç boyunca gerekli olan bireysel biyopsikososyal destek verilmeli,
- ✓ Kolorektal kanser riski bulunan aile yakınları tarama testleri konusunda bilgilendirilmeli ve yönlendirilmeli,
- ✓ Kolorektal kanser tarama programları yaygınlaştırarak kolorektal kanserin erken teşhisine katkı sağlanmalı,
- ✓ Kemoterapi ve radyoterapinin yan etkilerinin yaşam kalitesini azaltmasını önlemek için bireysel etkili baş etme yöntemleri öğretilmeli,

- ✓ Hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, sorunlara çözüm üretilmesi ve kaliteli yaşamın sürdürülmesi konusunda sağlık çalışanlarının eğitime yönelik hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,
- ✓ Kolorektal cerrahi sonrası stoma açılan hastalara, stoma bakımı, adaptasyonu, cinsellik gibi konularda eğitim sürekli danışmanlık hizmeti verilmesi, belirli aralarla eğitim programları düzenlenmesi,
- ✓ İlçe/köyde yaşayan bireylerin sağlık kuruluşlarına en kısa zamanda ulaşmalarını sağlayan araç gereçler temin edilmesi,
- ✓ Onkoloji hizmetlerinin multidisipliner bir ekip yaklaşımı içerisinde yürütülmesi,
- ✓ Metodolojisi iyi kurgulanmış, daha büyük örnekleme sahip, çok merkezli araştırmaların yapılması ve verilerin birleştirilerek ulusal veri tabanı oluşturulması,
- ✓ Özellikle yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen ve ihmal edilen bir alan olan cinsellik, cinsel işlev bozuklukları olup olmadığı araştırılmalı, danışmanlık hizmeti verilmeli ve gerektiğinde bu konuda tedavi ve bakımı sağlanmasının önemli olduğu düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberti A, Flechtner H, Fleishman SB, de Haes JC, et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*, 3;85(5):365-76.

Addis G. (2003). The Effect of Home Visits After Discharge on Patients Who Have Had an İleostomy or a Colostomy. *World Council of Enterostomal Therapists Journal*, 23(1), 26-33.

Akçay D, Gözüm S. (2012). Kemoterapi Alan Meme Kanserli Hastalarda Kemoterapinin Yan Etkilerine İlişkin Verilen Eğitim ve Evde İzlemin Yaşam Kalitesine Etkilerinin Değerlendirilmesi. *The Journal of Breast Health*; 8(4); 191-192.

Akduman D. (2007). Larenks Kanserlerinin Cerrahi Sonuçları; Evrelendirmelerinin Preoperatif, İnteroperatif ve Postoperatif Karşılaştırılması; Sağkalım ve Tedavi Sonrası Hayat Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bakanlığı

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi I. Kulak Burun Boğaz Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Ö Gürsan).

Akduran F. (2015). Kolorektal Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. İstanbul Bilim üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Z Durna).

Akın T. (2009). Rektum ve Rektosigmoid Kanserlerin Tedavisinde Laparoskopik Cerrahinin Perioperatif ve Erken Dönem Onkolojik Sonuçları ile Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi I.Genel Cerrahi Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. M Öncel).

Akkoca NA, Yanık S, Özdemir ZT, Cihan FG, Sayar S, Cincin TG, Çam A, Özer C. (2014). TNM and Modified Dukes Staging Along With The Demographic Characteristics of Patients with colorectal carcinoma. *Int J Clin Exp Med*, 7(9): 2828–2835.

Akman G, Aygin D. (2015). Kolorektal Kanser Tanılı Kadınlarda Cinsel Sağlık Nasıl Etkileniyor? . *Androloji Bülteni*, 61.

Akyolcu N. (2004). Kolorektal Kanserlerde Hemşirelik Bakımı. Ulusal Cerrahi Kongre Kitabı, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 75-91.

American Cancer Society. <http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/index> (Erişim Tarihi: 31.07.2016)

American Cancer Society.

<http://www.cancer.org/cancer/colonandrectumcancer/detailedguide/colorectal-cancer-risk-factors> (Erişim Tarihi: 01.01.2016).

American Cancer Society. (2014). *Cancer Facts & Figures 2014*, Atlanta.

American Cancer Society. Colorectal Cancer Facts & Figures 2014-2016

American Society of PeriAnesthesia Nurses PONV/PDNP Strategic Work Team. (2006). ASPAN'S evidence-based clinical practice guideline for the prevention and/or management of PONV/PDNP. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 21(4):231.

Arkar H, Şafak C. (2004). Klinik Bir Örnekte Beck Depresyon Envanterinin Boyutlarının Araştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 19(53):117-123.

Arslan M, Özdemir L. (2015). Kemoterapiye Bağlı Gelişen Bulantı - Kusmanın Yönetiminde Kullanılan Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri. *Türk Onkoloji Dergisi*; 30(2): 82- 89.

Asaad SM, Jubelirer SJ, Welch CA. (2005). Prognostic indicators for stage II (Dukes' stage B) adenocarcinoma of the colon. *WV Med J*, 101(5):210-3.

Aslan S. (2004). Gastrointestinal Sistemin Polipleri. İçinde: Klinik Gastroenteroloji, Memik F. (Ed), Nobel Tıp Kitabevi, s. 516-517.

Astler VB, Coller FA. (1954). The prognostic significance of direct extension of carcinoma of the colon and rectum. *Ann Surg*,139(6):846-52.

Atay S. (1997). Kemoterapi sonrası Nötropenik Ateş ya da Nötropenik Sepsis Gelişen Çocuklarda Evde Bakımlarının İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Ateş AS. (2011). Kemoterapiye Bağlı Alopesi Algısı ve Yaşam Kalitesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. N Olgun).

- Ateş S, Olgun N. (2014). Kemoterapiye Bağlı Alopesi ve Yaşam Kalitesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 67-80.
- Ateş S, Olgun N. (2015). Hemşirelerin Kemoterapiye Bağlı Ortaya Çıkan Alopesiye İlişkin Algı ve Tutumları. *JAREN*, 1(1): 15-20.
- Ay FA. (2007). Mesleki Temel Kavramlar. Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. Medikal Yayıncılık, İstanbul, s.36-37.
- Ayaz S. (2007). Stomalı Bireylerde Hemşirenin Rolü. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 27; 86-90.
- Babadağ K, Kaya H, Kaya N, Aktaş A. (2004). Öğrencilerin NANDA Hemşirelik Tanılarında Yaptıkları Terminolojik Hatalar. *Hemşirelik Forumu*, 7(4):33-37.
- Barry B, Lowitz C, Dennis AC. (2000). Medical Oncology & Principles Of Cancer Biology. Lippincott Williams & Wilkins.
- Bayır B. (2013). Radyoterapiye Başlayan Kanser Hastalarının Verilen Beslenme Eğitiminin Malnütrisyonu Önlemeye ve Azaltmaya Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Malatya, (Danışman: Doç. Dr. R Aylaz).
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. (1961). An Inventory For Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4:561-71.
- Bengi G, Yalçın M, Akpınar H. (2014). Kronik Konstipasyona Güncel Yaklaşım. *Güncel Gastroentoloji*, 18(1):72-88.
- Beser N, Öz F. (2003). Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7 (1).

Bezjak A, Tu D, Seymour L, Clark G, Trajkovic A, Zukin M, Ayoub J, Lago S, de Albuquerque Ribeiro R, Gerogianni A, Cyjon A, Noble J, Laberge F, Chan RT, Fenton D, von Pawel J, Reck M, Shepherd FA. (2006). Symptom Improvement in Lung Cancer Patients Treated with Erlotinib: Quality Of Life Analysis Of The National Cancer Institute Of Canada Clinical Trials Group Study BR21. *J Clin Oncol*, 24: 3831-3837.

Bond JH. (2000). Polyp Guideline; Diagnosis, Treatment and Sur-veillance For Patients With Colorectal Polyps. Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. *Am J Gastroentero*,95:3053-3063.

Bostanoğlu K. (2014). Radyoterapi alan Baş- Boyun Kanserli Hastaların Yaşadıkları Semptomların Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Ankara, (Danışman:Yrd. Doç. Dr. S Kutlutürkan).

Bresailer RS.(2003). Malignant and Premalignant Lesions of the Kolon. "In " : *Current Diagnosis and Treatment in Gastroenterolgy*, Eds: Friedman SL, McQuaid KR, Grendell JH, McGraw Hill, New York, 407-435.

Brunicardi CF, Anderson KD, Timaty RB, Dunn DL, Hunter GJ, Matthews BJ, Pollock RE (2016). Kolon, Rektum ve Anüs. (Çev. E Çetinkaya, İ Sözen, DN Hatipoğlu). Schwartz Cerrahinin İlkeleri, *Güneş Tıp Kitapevi*, s.1177.

Burch JA, Soares-Weiser K, St John DJ, Duffy S, Smith S, Kleijnen J, Westwood M. (2007). Diagnostic Accuracy of Faecal Occult Blood Tests Used in Screening for Colorectal Cancer: A Systematic Review. *Journal of Medical Screening*, 14(3):132-137.

Buyruk AB. (2010). Cerrahi Tedavi Sonrası Adjuvan Kemoterapi Alan ve Almayan Evre Evre II Kolon Kanserli Hastaların Klinik ve Patolojik Özelliklerinin ve Sağkalımlarının Karşılaştırılması. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi İç

Hastalıkları Anabilim dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara (Danışmanı: Doç. Dr. Ö Altundağ).

Büyükdoğan M. (2009). Kolorektal Kanserde Genetik ve Etiyolojik Faktörler. *Selçuk Tıp Derg*, 25(3): 171-180.

Büyükünal E. (2010). Kolon Kanserinde Adjuvan/ Neoadjuvan ve Metastazda Medikal Tedavi. *Kolon ve Rektum Cerrahi Deneği, Kolon ve Rektal Hastlıklar Online Dergi*, 23;365-369.

Camilleri BJ, Steele RJ. (2001). Prospective Analysis of Quality of Life and Survival Following Mesorectal Excision for Rectal Cancer. *Br J Surgery*, 88(12):1617-22.

Camilleri BJ, Steele RJ. (2002). Prospective Analysis of Quality of Life After Reversal of a Defunctioning Loop İleostomy. *Colorectal Dis*, 4(3):167-171.

Can G, Enç N, Akkaya S. (2008). Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi Konsensus' 07. P-Pharma Publication Planning, Mavi İletişim Danışmanlık AŞ Medikal Yayıncılık, İstanbul.

Carpenito-Moyet LJ. (2005) .Hemşirelik Tanıları El Kitabı. (Çev. F Erdemir). Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 130-132.

Carr AJ.(1996). Margaret Holroyd Prize Essay. A patient -centred approach to evaluation and treatment in rheumatoid arthritis: the development of a clinical tool to measure patient-perceived handicap. *Br J Rheumatol*, 35(10):921-32.

Cella D, Nowinski CJ.(2002).Measuring quality of life in chronic illness: the function anal assesment of chronic illness therapy measurement system. *Archives of Phsical Medicine and Rehabilitation*, 83;2:10-17.

Centers for Disease Control and Prevention. Early Release of Selected Estimates Based on Data From the 2012 National Health Interview Survey: National Center for Health Statistics, 2013.

<https://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus13.pdf> (Erişim Tarihi: 01.02.2016).

Chan AT, Giovannucci EL. (2010). Primary Prevention of Colorectal Cancer. *Gastroenterology*, 138(6):2029-2043.e10.

Chen X, Zheng Y, Zheng W, Gu K, Chen Z, Lu W, Shu XO. (2009). The Effect of Regular Exercise on Quality of Life Among Breast Cancer Survivors. *AM J Epidemiol*, 170(7), 854- 862.

Cohen MA, Shank B, Friedman MA. (1989). Colorectal Cancer, In : Cancer. Edited by DeVita VT. (Eds), New York, Lippincott, Third edition, p.895-952.

Cho E, Smith-Warner SA, Ritz J, van den Brandt PA, Colditz GA, Folsom AR, Freudenheim JL, Giovannucci E, Goldbohm RA, Graham S, Holmberg L, Kim DH, Malila N, Miller AB, Pietinen P, Rohan TE, Sellers TA, Speizer FE, Willett WC, Wolk A, Hunter DJ. (2004). Alcohol intake and colorectal cancer: a pooled analysis of 8 cohort studies. *Ann Intern Med*, 140(8):603-13.

Centers for disease Control and Prevention. Colorectal Cancer Basic Information (CDC). www.cdc.gov/cancer/colorectal/pdf/Basic_FS_Eng_color.pdf. (Erişim Tarihi:01.06.2014).

Comocho F, Anderson RT, Bell RA, Goff DC, Duvon-Winfield V, Doss DD, Balkrishnan R. (2002). Investigating Correlates Of Health Related Quality Of Life In A Low-Income Sample of Patients E,With Diabetes. *Qual Life Res*, 11; 783-796.

Cook RN, Lee MI, Zhang MS, Moorthy VM, Buring EJ. (2013). Alternate-Day Low-Dose Aspirin and Cancer Risk: Long-term Observational Follow-up of a Randomized Trial. *Ann Intern Med*. 159(2): 77–85.

Copeland G, Lake A, Firth R, Wohler B, Wu CX, Stroup A, Russell C, Zakaria D, Miladinovic Z, Schymura JM, Hofferkamp J, Kohler B. (2013). Cancer in North America: 2006-2010. Volume one: Combined Cancer Incidence for the United States, Canada and NORTH America, Springfield; II: North American Association of Central Cancer Registries, Inc.

Cornish JA, Tilney HS, Heriot AG, Lavery IC, Fazio VW, Tekkis PP.(2007). A Meta-analysis of Quality of Life for Abdominoperineal Excision of Rectum Versus Anterior Resection for Rectal Cancer. *Ann Surg Oncol*, 14(7):2056-68.

Çağatay DM. (2011). Ayaktan kemoterapi alan hastalar ve yakınlarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S Öztora).

Çakmak A, Aylaz G, Kuzu MA. (2010). Permanent Stoma Not Only Affects Patients' Quality of Life but also That of Their Spouses. *World J Surg*; 4:2872– 2876.

Çalışkan T, Duran S, Karadaş A, Ergün S, Tekir Ö. (2015). Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *KÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(1); 27-36.

Çelik SA. (2014). Radyoterapi Sonucu Gelişen Yan Etkiler ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 933-947.

Çınar A, Gençoğlu EA, Korkmaz M. (2013). Kolorektal Kanser Yeniden Evrelemesi Ve PET/ BT. *Ulusal Cer Derg (Derleme)*, 29: 76-80.

Çınar S. (2011). Sindirim Sistemi Değerlendirilmesi. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Arslan EF, Karadakovan A.(Eds), *Nobel Tıp Kitabevi*, s.677-678.

- da Silva GM, Hull T, Roberts PL, Ruiz DE, Wexner SD, Weiss EG, Nogueras JJ, Daniel N, Bast J, Hammel J, Sands D. (2008). The Effect of Colorectal Surgery in Female Sexual Function, Body Image, Self-esteem and General Health: A Prospective Study. *Ann Surg*, 248(2): 266-72. doi: 10.1097/SLA.0b013e3181820cf4.
- Desai DC, Neale KF, Talbot IC, Hodgson SV, Phillips RK. . (1995). Juvenile polyposis. *Br J Surg*, 82: 14-7.
- Dinçol K. (2000). Kemoterapide Temel Prensipler. "İçinde: Klinik Onkoloji", (Eds, Topuz E, Aydın A, Karadeniz AN). *İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları*, 34-47.
- Dirim A, Özkardeş H, Hasırcı E. (2016). Mesane Kanserinde Senkron ve Metakron Sekonder Tümörler. *Üroonkoloji Bülteni*, 2147-2270.
- Dirksen SR, Lewis SM, Heitkemper MM (Eds), (2007). *Clinical Companion to Medical Surgical Nursing*. Ankara: Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık tic. Ltd. Şti.
- Dolu Ş. (2010). Kemoterapi Tedavisi Alan Hastalarda Progresif Gevşeme Egzersizleri ve Yönlendirilmiş İmgeleme Uygulamasının Kemoterapi Semptomları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Atatürk üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Sağlığı Hemşireliği Anabilim dalı, Yüksek lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S Ergüney).
- Duffy MJ. (2001). Carcinoembryonic Antigen As A Marker for Colorectal Cancer: Is It Clinically Useful? . *Clin Chem*, 47(4):624-30.
- Dukes CE. (1932). The Classification of Cancer of The Rectum. *Journal of Pathological Bacteriology*, 35:323–32. DOI: 10.1002/path.1700350303.

- Edge S, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A. (Eds), (2010). American Joint Committee on Cancer (AJCC), Cancer Staging Manual, 7th ed, Springer, New York.
- Elmunzer BJ, Hayward RA, Schoenfeld PS, Saini SD, Deshpande A, Waljee KA. (2012). Effect of Flexible Sigmoidoscopy-based Screening on Incidence and Mortality of Colorectal Cancer: a Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS Med*; 9 (12): e1001352.
- Engel J, Kerr J, Schlesinger- Raab A, Eckel R, Sauer H, Hölzel D. (2003). Quality of Life in Rectal Cancer Patients: A four- year Prospective Study. *Annals of Surgery*, 238(2), 203-213.
- Erdil F, Özhan EN. (1997). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 2. Baskı, Ankara, 72 Tasarım Ofset, 434-446.
- Ergün A. ve ark. (2011). Sağlık Bakımındaki Gelişmeler ve Bakım Uygulamaları. "İçinde" : Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Karadakovan A, Aslan EF(eds), Nobel Tıp Kitabevi 2. Baskı. İstanbul, 15-17.
- Ertuğrul L. (2007). Fizyoloji, *Nobel Tıp Kitabevi İstanbul*, s.45-52.
- Eski S. (1999). Miyokart Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Fadıkoğlu Ç. (2003). Kronik Hastalıklar, II Ege Dahili Tıp Günleri, Kronik Hastalıklarda Bakım II, Atatürk Kültür Merkezi, Meta Bakım Matbaacılık, İzmir, s. 2- 21.
- Ferlay J, Soerjomataram B, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. (GLOBACON 2012). Estimated Cancer Incidence,

Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. <http://globocan.iarc.fr/> (Erişim Tarihi: 29.05.2016).

Ferrari P, Jenab M, Norat T, Moskal A, Slimani N, Olsen A, Tjønneland A, Overvad K, Jensen KM, Boutron-Ruault M, Françoise Clavel-Chapelon F, Morois S, Rohrmann S, Linseisen J, Boeing H, Bergmann M, Kontopoulou D, Trichopoulou A, Kassapa C, Masala G, Krogh V, Vineis P, Panico S, Tumino R, van Gils CH, Peeters P, Bueno-de-Mesquita HB, Ocké MC, Skeie G, Lund E, Agudo A, Ardanaz E, Lopez CD, Sanchez J, Quirós JR, Amiano P, Berglund G, Manjer J, Palmqvist R, Guelpen BV, Allen N, Key T, Bingham S, Mazuir M, Boffetta P, Kaaks R, Riboli E. (2007). Lifetime and baseline alcohol intake and risk of colon and rectal cancers in the European prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC). *Int J Cancer*, 1;121(9):2065-72.

Ferrel BR, Dow KH, Leigh S, Ly J, Gulasekaram P. (1995). Quality of Life in Long-term Cancer Survivors. *Oncol Nurs Forum*, 22(6), 915- 922.

Flossmann E, Rothwell PM. (2007). Effect of aspirin on long-term risk of colorectal cancer: consistent evidence from randomised and observational studies. *Lancet*. , 369: 1603-1613.

Forones NM, Tanaka M. (1999). CEA and CA 19-9 As Prognostic Indexes In Colorectal Cancer. *Hepatogastroenterology*, 46(26); 905-8.

Fries J, Singh G. (1996). The Hierarchy Of Patient Outcomes. Quality Of Life And Pharmacoeconomics. In: *Clinical Trials, Second Edition*, Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 33.

Garrity MM, Burgart LJ, Mahoney MR, Windschitl HE, Salim M, Wiesenfeld M, Krook JE, Michalak JC, Goldberg RM, O'Connell MJ, Furth AF, Sargent DJ, Murphy LM, Hill E, Riehle DL, Meyers CH, Witzig TE. (2004).

Prognostic value of proliferation, Apoptosis, defective DNA mismatch repair, and p53 overexpression In patients with resected Dukes' B2 or colon cancer: A north central Cancer treatment group study. *J Clin Oncol*, 1;22(9):1572-82.

Gelin D, Ulus B. (2015). Hastanede Kemoterapi Alan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, ;6(1)31-5.

Giovanucci E, Ascherio A, Rimm EB, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC.(1995). Physical activity, obesity, and risk for colon cancer and adenoma in men. *Ann Intern Med.* 1;122(5):327-34.

Giovanucci E. (2002). Epidemiologic studies of folate and colorectal neoplasia: a review. *J Nutr*, 132(8) :2350-5.

Gönen Ö. (1999). Kolon ve İnce Barsak Tümörleri. *Temel İç Hastalıkları*,1:1023- 33.

Gönen Ö. (2004). Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi, *Kolorektal Özel Sayısı. Türkiye Klinikleri Journal of Surgery*, 9:57-65.

Göral V. (2003). Kolorektal Polipler ve Polipozis Sendromları. *Güncel Gastroloji* Mart 7/1.

Guyton AC, Hall JE. (1996). Textbook of Medical Physiology. Tıbbi Fizyoloji. 9th ed, (Çev, Çavuşoğlu H), *Nobel Tıp Kitabevi*, İstanbul.

Gültekin M, Boztaş G. (2014). Türkiye Kanser İstatistikleri. *T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu*,19-41.

Güngörmüş Z, Erdem BÖ .(2014). Kanserli Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Oral Mukozit. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1):24-30.

Gürel KD (2007). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi erişkin Onkoloji, Hematoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesinin Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Adana, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. G Öztunç).

Güven E. (2010). Kolorektal Kanser Öncesi Beslenme Alışkanlığının İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek lisans Tezi, İstanbul, (Danışman : Prof. Dr. G Aksoy).

Güzelant A, Göksel T, Özkok S. (2004). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-30: an examination into the cultural validity and reliability of Turkish version of the EORTC QLQ-30, *European Journal of Cancer Care*, 13: 135-144.

Grahn SW, Varma MG. (2008). Factors that increase risk of colon polyps. *Clin Colon Rectal Surg*,21(4):247-55.

Hamashima C. (2002). Long-term quality of life of postoperative rectal cancer patients. *J Gastroenterol Hepatol*, 17: 571-576.

Heiss G, Wallace R, Anderson GL, Aaron Aragaki A, Beresford SAA, Brzyski R, Gass M, LaCroix A, Manson JE, Prentice RL, Rossouw J, Marcia L, Stefanick ML. (2008). Health risks and benefits 3 years after stopping randomized treatment with estrogen and progestin. *JAMA*, 299(9):1036-1045.

Hendren SK, O'Connor BI, Liu M, Asano T, Cohen Z, Swallow CJ, Macrae HM, Gryfe R, McLeod RS.(2005). Prevalence of Male and Female Sexual Dysfunction is High Following Surgery for Rectal Cancer. *Ann Surgery*, 242(2):212-23.

Heydarnejad MS, Dehkordi H, Dehkordi S. (2011). Factors Affecting Quality Of Life in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *African Health Sciences*, 11(2): 266-70.

Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6:118-122.

Hogan M, Dentlinger NC, Ramdin V. (2015). Medical Surgical Nursing. Dahili ve Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Çelik S, Yeşilbalkan ÖÜ. (Çev Eds). Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, s. 250-276.

<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>.

World Health Organization.(2012). İnternational Agency for Research on Cancer Globacon Cancer fact Shett, 2012.

Hyattsville MD. (2011). National Center for Health Statistics, Division of Health Interview Statistics. National Health Interview Survey Public Use Data File 2010. Centers for Disease Control and Prevention.

Husson O, Vissers JAP, Denollet J and Mols F. (2015). The role of personality in the course of health-related quality of life and disease-specific health status among colorectal cancer survivors: A prospective population-based study from the PROFILES registry. *Acta Oncologica*. 54, 5.

İstek E. (2008). Kolorektal Kanserli Hastalarda Yorgunluk Düzeyi ve Yorgunluğu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Onkoloji Hemşireliği, İzmir (Danışman: Yard. Doç. Dr. A Elçigil).

Iacopetta B. (2002). Are There Two Sides to Colorectal Cancer? *Int J Cancer*; 10;101(5):403-8.

ICN - International Council of Nurses.

<http://www.icn.ch/publications/free-publications/> Erişim Tarihi: 08.02.2015,

İçli F, Akbulut H. (2005). Onkolojiye Giriş. İçinde : İç Hastalıkları, İliçin G, Biberöğlü K, Süleymanlar G ve ark. (Eds).*Güneş Kitapevi*, 2007-2014.

Jarvis C. (2016). Physical Examination and Health Assessment. 7th Edition, St. Louis, Elsevier, p.185-192, 537-575.

Jemal A, Brey F, Center M, Ferlay J, Ward E, Forman D. (2011). Global Cancer Statistics. *CA Cancer Journal Clin*, 61(2): 69- 90.

Jemal A, Siegel R, Word E, Murgg T, Smigal C, Thun MJ. (2007). Cancer Statistic, *CA Cancer J Clin*, 57; 43-66.

Jenks JM, Marin KH, Tomoselli N. (1997).The Influence of ostomy Surgery on Body İmage in Patients with Cancer. *Appl Nurs Res*, 10(4): 174-80.

Kaplow R, Hardin SR. (2007). Critical Care Nursing: Synergy For Optimal Outcomes. İn : Joyce King Gastrointestinal Anatomy, Physiology and Assessment, Chapter 31:411-419.

Kaptan G, Dedeli Ö.(2012). Temel İç Hastalıkları Hemşireliği Kavramlar ve Kuramlar. İstanbul Kitabevi.

Karabulut N. (2013). Kolorektal Cerrahide Kanıta Dayalı Yeni Yaklaşımlar: Hızlı İzlem Protokolleri. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 5(1): 41-48.

Karagözoğlu Ş. (2002). Kemoterapi Tedavi Alan Hastalarda Oral Cryotherapy Uygulamasının Kemoterapiye Bağlı Stomatitis Gelişimine Etkileri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. MF Ulusoy).

Karaveli S, Özbayır T, Karacabay K. (2014). Kolorektal Kanser Ameliyatı Geçiren Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Deneyimlerin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*,17:2.

Kearney J, Giovannucci E, Rimm EB, Ascherio A, Stampfer MJ, Colditz GA, Wing A, Kampman E, Willett WC. (1996). Calcium, vitamin D and dairy foods and the occurrence of colon cancer in men. *Am J Epidemiology*, 143(9): 907-17.

Keku TO, Lund PK, Galanko J, Simmon JG, Woosley JT, Sandler RS. (2005). Insulin reistance, apoptosis and colorectal adenoma risk. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 14(99): 2076- 81.

Kocakuşak A, Yaşar AM, Güler N, Görmüş C, Serbülent A, Özer E, Benek S, Parlak S. (2011). Kolorektal Kanserli 45 ve 45 Yaş Altı Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi. *Haseki Tıp Dergisi*, 49: 110-113.

Kohlmann W, Gruber JB. (2004). Lynch Syndrome. In : Gene Reviews (Internet) Papan RA, Bird TD, Dalan CR, Stephens K, Adam MP. (Eds),Seattle(WA): University of Washington, Seattle, 1998- 2004.

Kumar V, Cotran RS, Robbins S. (Eds), (1992). Basic Pathology. 5th W.B. Saunders Company.

Kumar V, Robbins S, Cotran R. (2000). Temel Patoloji. (Çev. Çevikbaş U). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s505-s514.

- Kuşakçioğlu Ö. (2003). Kolorektal Kanser Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, s1-27.
- Larsson M, Hedelin B, Johansson I, Athlin E. (2005). Eating problems and weight loss for patients with head and neck cancer: a chart review from diagnosis until one year after treatment. *Cancer Nursing*, 28(6),425-35.
- Larsson SC, Orsini N, Wolk A. (2005). Diabetes Mellitus and Risk of Colorectal Cancer: a Meta-Analysis. *J Natl Cancer Inst.*, 97: 1679-1687.
- Levin B, Lieberman DA, McFarland B, Smith RA, Brooks D, Andrews KS, Dash C, Giardiello FM, Glick S, Levin TR, Pickhardt PJ, Rex DK, Thorson A, Winawer SJ. (2008). Screening and Surveillance for the Early Detection of Colorectal Cancer and Adenomatous Polyps, 2008: a Joint Guideline From the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *CA Cancer J Clin*, 134(5):1570-95.
- Li X, Song X, Chen Z, Li M, Lu L, Xu Y, Zhan W, He Y, Xu K. (2014). Quality of life in rectal cancer patients after radical surgery: a survey of Chinese patients. *World J Surg Oncol*, 22(12)-161.
- Liang PS, Chen TY, Giovannucci E. (2009). Cigarette smoking and colorectal cancer incidence and mortality: systematic review and meta-analysis. *Int J Cancer*, 15;124(10):2406-15.
- Liu C, Crawford JM. (2004). The Gastrointestinal Tract-Small and Large Intestines. In : Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease, Kumar V, Abbas AK, Fausto N. (Eds). *7th edition, Elsevier Saunders, Philadelphia*, s. 797-875.

Limburg JP. (2005) Kolorektal Neoplaziler. In : Mayo Klinik Gastroenteroloji ve Hepatoloji Gözden Geçirme, Hauser CS. (Ed),(Çev: Akyüz F.), İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, s.209-213.

Loewenstein MS, Zamcheck N. (1978). Carcinoembryonic antigen (CEA) levels in benign gastrointestinal disease states. *Cancer*, 42(3 Suppl):1412-8.

Lynch HT, Lynch JF, Lynch PM, Attard T. (2008). Hereditary Colorectal Cancer Syndromes: Molecular Genetic Counseling, Diagnosis and Management, *Farm Cancer*, 7(1):27-39.

Macrae FA, Young GP. (1999). Neoplastic and Nonneoplastic Polyps of the Colon and Rectum. In : Textbook of Gastroenterology (1965), Yamada T, Alpers DH, Owyong C et al. (Eds), Third Edition, Lippincot Williams and Wilkins Publish, Baltimore.

Marijnen CA, Velde CJ, Putter H, Brink M, Maas CP, Martijn H, Rutten HJ, Wiggers T, Kranenbarg EK, Leer JW, Stiggelbout AM.(2005). Impact of Short-term Preoperative Radiotherapy on Health-related Quality of Life and Sexual Functioning in Primary Rectal Cancer: Report of a Multicenter Randomized Trial. *J Clin Oncol*, 23(9):1847-58.

Merlo LM, Pepper JW, Reid BJ . (2006). Cancer As An Evolutionary And Ecological Process. *Nat Rev Cancer*, 6(12):924-35.

Mollaoğlu M. (2007). Kronik Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik. 2.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, 5-7 Nisan, Ege Üniversitesi AKM, İzmir.

Mutlu S. (2006). Kalıcı Abdominal Stomalı Hastalarda Beden İmajı Değişiminin Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. D Şelimen).

Müslümanoğlu M, Serter A. (2011). Kolon Kanseri. İçinde : Cerrahi Gastroenteroloji. Erbil Y, Değerli Ü. (Eds), Nobel Kitabevi 8. Baskı, 165-167.

National Cancer Institute at the National Institute of Health (NIH).

www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Therapy/radiation. (Erişim Tarihi: 10.08..2016).

National Cancer Institute at the National Institute of Health. (2010). Radiation therapy for cancer, Fact Sheet. www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Therapy/radiation. (Erişim Tarihi: 20.06.2016).

National Institutes of Health (NIH) (1999). Consensus Conference Adjuvant therapy for patients with colon and rectal cancer. *JAMA* 264(11):1444-50,

Nowicki L, Williams L, Bradford J. (2015). Gastrointestinal, Hepatobiliary, and Pancreatic Systems Function, Assessment, and Therapeutic Measures. In: *Understanding Medical Surgical Nursing (Fifth edition)* ,LS Williams, PD Hopper, (Eds.). Chapter 32, Philadelphia: F.A. Davis Company, p. 687-709.

O'Connell J, Bennett MW, O' Sullivan GC, Roche D, Kelly J, Collins JK, Shanahan F. (1998). Fas Ligand Expression İn Primary Colon Adenocarcinomas: Evidence That The Fas Counterattack İs Prevalent Mechanism of İmmune Evasion in Human Colon Cancer. *J Pathol*, 186(3):240-6.

O'Connell JB, Maggard MA, Ko CY. (2004). Colon Cancer Survival Rates with the New American Joint Committee on Cancer sixth edition staging. *J Natl Cancer Inst*,96(19):1420-5.

Oğuz M, Leventoğlu S. (2008). Kolorektal Cerrahide Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesi, (<http://docplayer.biz.tr/4461671-Kolorektal-cerrahide-yasam-kalitesinin-degerlendirilmesi.html>).

- Olivier M, Petitjean A, Marcel V, Petre A, Mounawar M, Plymoth A, Fromental CC, Hainaut P. (2008). Recent Advances in p53 Research: An Interdisciplinary Perspective. *Cancer Gene Therapy*, 16(1):1-12. DOI: 10.1038/cgt.2008.69.
- Olgun N. (2012). Fiziksel Muayene. İçinde : Sağlıkın Değerlendirilmesi, Arslan EF (Ed), Acıbadem Yayını, s21.
- Onaitis M, Ludwig K, Perez-Tamayo A, Gottfried M, Russell L, Shaddock P, Pappas T, Seigler HF, Tyler DS. (2006). The Kraske procedure: A critical analysis of a surgical approach for mid-rectal lesions. *J Surg Oncol*, 1;94(3):194-202.
- Onat H, Mandel NM. (2002). Kanser Hastasına Yaklaşım. *Nobel Tıp Kitapevleri*, İstanbul, s.345-354.
- Ouwens MM, Hermens RR, Hulscher MM., Merckx MA, Grol RP, Wollersheim HC, Marres HA. (2009). Impact of an integrated care program for patients with head and neck cancer on the quality of care. *Head & Neck*, 31(7), 902-10.
- Ouyang DL, Chen JJ, Getzenberg RH, Schoen RE. (2005). Noninvasive Testing for Colorectal Cancer: A Review. *American Journal of Gastroenterology*, 100(6): 1393-1403.
- Öz F. (2001). Hastalık Yaşantısında Belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1): 61-68.
- Özgül N, Ertan Ö, Düzgüner S, Turan T, Kög İ, Baran N, Balta İ, Köse FM. (2012). Paklitaksel/Platin Kombinasyonu ve Alopesi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 9(2), 94- 98.
- Öztürk E. (2011). Radyoterapi Alan Baş ve Boyun Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesinin Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.(Danışman: Yard. Doç. Dr. Z Tülek).

- Öztürk Ş. (2015). Kemoterapi Alan Kanserli Çocuklarda Oral Mukozit Gelişimi ve Beslenme Durumu İlişkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. H Gökmen Özel).
- Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. (2005). Global Cancer Statistics, 2002. *CA Cancer J Clin*,55(2):74-108.
- Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. (1999). Global Cancer Statistics *CA. Cancer J Clin*, 49(1):33-64, 1.
- Peng J, Shi D, Goodman KA, Goldstein D, Xiao C, Guan Z, Cai S.(2011). Early Results of Quality of Life for Curatively Treated Rectal Cancers in Chinese Patients With EORTC QLQ-CR29. *Radiation Oncology* , 12;6:93.
- Pickhardt PJ. (2006). Incidence of Colonic Perforation of CT Colonography; Review of Existing Data and Implications for Screening of Asymptomatic Adults. *Radyology*, 239(2):313-316.
- Power M, Kujken W, Orley J. (1998). The World Health Organization Quality Of Life Assesment (WHOQL); Development and General Psychometric Properties. *Soc Sci Med*,46:1569-1585.
- Ransohoff DF. (2009). How Much Does Colonoscopy Reduce Colon Cancer Mortality? *Annals of Internal Medicine*, 150(1):50-52.
- Rex DK, Imperiale TF, Latinovich DR. (2002). Impact of Bowel Preparation on Efficiency and Cost of Colonoscopy. *Am J Gastroenterol*, 97(7):1696-700.
- Rex DK, Johnson DA, Anderson JC, Schoenfeld PS, Burke CA, Inadomi JM. (2009). American College of Gastroenterology: American College of Gastroenterology Guidelines for Colorectal Cancer Screening. *Am J Gastroenterol*, 104(3):739-50.

Robert E, Schoen MD, Pinsky PF, Weissfeld JL, Yokoch LAi, Church T, Laiyemo AO, Bresalier R, Andriole GL, Buys SS, Crawford ED, Fouad MN, Isaacs C, Johnson CC, Reding DJ, O'Brien B, Carrick DM, Wright P, Riley TL, Purdue MP, Izmirlian G, Kramer SB, Miller AB, Gohagan JK, Prorok PC, Berg CD. (2012). Colorectal-cancer incidence and mortality with screening flexible sigmoidoscopy. *New Engl J Med*, 366: 2345-2357.

Rocklin MS, Senagore AJ, Talbott TM. (1991). Role of Carcinoembryonic Antigen and Liver Function Tests In The Detection of Recurrent Colorectal Carcinoma. *Dis Colon Rectum*, 34(9):794-7.

Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, Jackson RD, Beresford S, Howard BV, Johnson K, Kotchen JM, Ockene J. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*, 17;288(3):321-33.

Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Türkiye 2010 Kanser İstatistikleri(Erişim Tarihi: 10.10.2016).

Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı: Kanser İstatistikleri; <http://www.turkkanser.org.tr/sayfa/istatistikler>.(Erişim Tarihi:01.06.2016).

Samad AK, Taylor RS, Marshall T, Chapman MA. (2005). A meta-analysis of the Association of Physical Activity with Reduced Risk of Colorectal Cancer. *Colorectal Dis*, 7: 204-213.

Sandhu MS, Dunger DB, Giovannucci EL. (2000). Insulin, İnsulin-like growth Factor-1(IGF-1), IGF-Binding Proteins, Their Biologic İnteractions, and Colorectal Cancer. *J Nati Cancer Inst*, 94:972-80.

- Santos LJ, Garcia JB, Pacheco JS, Vieira EB, Santos AM . (2014). Quality of Life, Pain, Anxiety and Depression in Patients Surgically Treated with Cancer of Rectum. *Arq Bras Cir Dig.* 2014 Apr-Jun;27(2):96-100.
- Sauer R, Becker H, Hohenberger W, Rödel C, Wittekind C, Fietkau R, Martus P, Tschmelitsch J, Hager E, Hess CF, Karstens JH, Liersch T, Schmidberger H, Raab R. (2004). Preoperative versus Postoperative Chemoradiotherapy for Rectal Cancer. *N Eng J Med* 351, (17):1731-1740.
- Secretan B, Straif K, Baan R, Grosse Y, El Ghissassi F, Bouvard V, BenbrahimTallaa L, Guha N, Freeman C, Galichet L, Coglianò V. (2009). A review of human carcinogens – Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. *Lancet Oncol.* 10(11):1033-4.
- Siagel R, Naishadham D, Cenol A. (2013). Cancer Statistic, 2013. *CA Cancer J Clin*,63(1):11-30.
- Sinan ÜY, Sansoy V. (2014). Klinik uygulama kılavuzlarının kalite değerlendirmesi. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Surg-Special Topics*, 6(1):5.
- Smith GD, Watson R. (2005). Gastrointestinal Nursing, Blackwell Publishing Company, Oxford, 11-134.
- Sökmen CF.(2008). Tıbbi Onkoloji Polikliniğinde Takip ve Tedavi Edilen Kolorektal Kanserli Hastaların Klinik Bilgilerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Zonguldak (Danışman: Doç. Dr. H Engin).
- Sökmen S, Terzi C. (2011). Kolon Hastalıkları.İçinde : Cerrahi Gastroenteroloji. Ed: Değerli Ü, Erbil Y, *Nobel Tıp Kitabevi*, İstanbul, s.133-135.

Sprangers MA, Taal BG, Aaronson NK, te Velde A. (1995). Quality of life in colorectal cancer. Stoma vs. nonstoma patients. *Dis Colon Rectum*, 38(4):361-9.

Sprangers MA, te Velde A, Aaronson NK. (1999). The Construction and Testing of the EORTC Colorectal Cancer-specific Quality of Life Questionnaire Module (QLQ-CR38). European Organization for Research and Treatment of Cancer Study Group on Quality of Life. *Eur J Cancer*, 35(2):238-47.

Steele GD, Mayer RJ.(1991). Adenocarcinoma of the colon and rectum. In: Surgery of the Alimentary Tract, Zuidema GD. (ed). WB Saunders Company, 4 Chapter,11:118-132.

Stevens CK. (1997). Effects of Preinterview Beliefs on Applicant-Reactions to Campus Interviews. *The Academy of Management Journal*, 40(4); 947–966.

Stewart BW, Kleinues P. (2003). World Cancer Report. Lyon: *IARC*, s.198-202.

Süzen LB. (2008). İnsan Anatomisi ve Fizyolojisine Giriş. *Biröl AŞ*, İstanbul.

Tarakçıoğlu GH. (2012). Hemşirelerin Nötropenik Hastada Enfeksiyon Kontrolüne İlişkin Bilgi ve Uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Öğr. Gör. F Korkmaz).

Tarı Ö.(2011). Abdominal Stomalı Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, İstanbul,(Danışman: Yrd. Doç. Dr. İkbâl Çavdar).

Tatar G. (1997). Kolon Tümör Markerleri ve GGK Taramaları. *Güncel Gastroentoloji*, 1(1):56-59.

Terzi C, Canda AE. (2010). Aşağı anterior rezeksiyon. *Türk Kolon ve Rektum*

Cerrahisi Derneği, İstanbul, 27;467-478.

Terzi C. (2010). İleri Rektum Kanserlerinde Tedavi. *Kolon ve Rektum Cerrahi Derneği, Kolon ve Rektal Hastlıklar Online Dergi, 479.*

Testa MA, Simons DC. (1996). Assesment of Quality-of-life Outcomes. *N Engl J Med, 334: 835-840.*

Thaysen VH, Jess P, Laurberg S, Groenvold M. (2012). Validation of the Danish version of the disease specific instrument EORTC QLQ-CR38 to assess Health-related quality of life in patients with colorectal cancer. *Health and Quality of Life Outcomes, 10:150.*

Thun JM, Jacobs JE, Patrono C. (2012).The Role of Aspirin in Cancer Prevention. *Nature Reviews Clinical Oncology, 259-267.* | doi:10.1038/nrclinonc.2011.199

Topuz E, Aydın A, Karadeniz AN. İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları, s34-47.

Tözün N, Ersoy Ö. (2014). Karın ve Sindirim Sisteminin Değerlendirilmesi. İçinde :Sağlığın Değerlendirilmesi. Arslan EF (Ed). Acıbadem Üniversitesi Yayını, s222- 223.

Tuncer MA. (2009). Kanserin Ülkemiz ve Dünya'daki Önemi, Hastalık Yüğü ve Kanser Kontrol Politikaları, Türkiye' de Kanser Kontrolü, Ankara, 5-7.

Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurum Derneği. (Erişim Tarihi: 03.07.2016). <http://www.turkkanser.org.tr/sayfa/istatistikler>.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumları Kanser Daire Başkanlığı.

(<http://www.kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri.html>Erişim Tarihi:10.06.2016).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumları Kanser Daire Başkanlığı. (<http://thsk.saglik.gov.tr> Erişim Tarihi: 01.02.2015).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumları Kanser Daire Başkanlığı
http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf (Erişim Tarihi: 10.03.2016).

Türkiye Sağlık Bakanlığı.
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15486/dunya-ve-turkiyede-kanser.html>
Erişim Tarihi: 05.04.2016).

Türkoğlu A, Çetinkaya Z, Girgin M, Ayten R, Kanat HB, Binnetoğlu K, Aksu A. (2014). Kolorektal Kanserlerde Prognostik Faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 41(4):724-731.

Tüzer H. (2007). Abdominal Stomalı Hastaların Stoma Bakımına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. N. Özhan Elbaş).

Tüzer T. (2007). İç ve Cerrahi Hastalıkların Bakımında Klinik Rehber. İçinde: Akbayrak N, Hatipoğlu S, Şenel N, (Eds). Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic.Ltd Şti, Ankara.

Ulukaya E. (2001). Akciğer Kanserleri Tanı ve Tedavide Temel İlkeler ve Uygulamalar. (Ed, Engin K, Özyardımcı N.), *Avrupa Tıp Kitapçılık LTD. ŞTİ.*

Uwer L, Rotonda C, Guillemin F, Miny J, Christine Kaminsky M, Mercier M, Tournier-Rangeard L, Leonard I, Montcuquet P, Rauch P, Conroy T. (2011). Responsiveness of EORTC QLQ-C30, QLQ-CR38 and FACT-C quality of

life questionnaires in patients with colorectal cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9:70

Velioğlu P, Babadağ K. (1992). Hemşirelik Tarihi ve Deontoloji. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Etam A.ř. ve Ofset Yayıncılık, Eskişehir, 562.

Ware JE, Sherbourne CD.(1992). The MOS 36-item Short-form Health Survey (SF-36). I Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30(6):473-83.

Wargo BW, Burton AW. (2005). Cancer Pain. İn: Pain Medicine and Management Just the Facts, Wallace MS, Staats PS, (Eds). International Edition, McGraw Hill Company, 183-189.

WHO Technical Report Series 916. Diet, Nutrition and prevention of Chronic Diseases, Genova, 2003.

Widmaier EP, Raff H, Strang KT. (2014). Vander's Human Physiology: The Mechanisms of Body Function. Vander İnsan Fizyolojisi Vücut Fonksiyon Mekanizmaları. (Çev: Özgünen T.). Ankara, Güneş Tıp Kitapevleri, s. 534-565.

Wilson APM, van Dalen A, Sibley PEC, Kasper LA, Durham AP, El Shami AS. (1999). Multicenter Tumour Marker Reference Range Study. *Anticancer Res*, 19: 2749 -2752.

Winawer SJ, Sherlock P. (2007). Best Practice and Research Clinical Gastroenterology. *Colorectal cancer Screening*; 21, 6: 1031.

Winawer SJ, Zouber AG, Gardes H. (1996). Risk of colorectal cancer in the families of patients with adenomatous polyps, National Polyp Study Workgroup. *N Engl J Med*, 336:82.

World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, World Cancer Report, 2008. <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008>.

World Health Organization,
(<http://www.who.int/features/factfiles/cancer/facts/en/index1.html> Erişim tarihi: 01.06.2016).

Xiaomein M, Herbert Yu. (2006). Global Burden of Cancer. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 79(3-4), 85-94.

Yar G. (2007). 45 Yaş ve Altı Kolorektal Kanserlerin Retrospektif Değerlendirilmesi. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğt. ve Arş. Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. M Mihmanlı).

Yavaş G, Yavaş Ç. (2012).Günümüzde Rektum Kanserinde Radyoterapinin Yeri. *Selçuk Tıp Derg*, 28(2)139-143.

Yoshida D, Kono S, Moore MA. (2007). Colorectal polypectomy and risk of colorectal cancer by subsite: the fukuoka colorectal cancer study. *Jpn J Clin*, 37(8):597-602.

Yıldırım KY. (2006). Kanser Ağrısı Deneyimleyen Hastalarda Ağrı Eğitim Programının Ağrı Yönetimi Plazma Beta-Endorfin Düzeyleri ve Yaşam kalitesine Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Ç Fadıloğlu).

Yıldırım M. (2012). İnsan Anatomisi. 7.Baskı. *Nobel Tıp Kitabevi*, İstanbul, s.173-175.

Yıldız I. (2012). Stoması olan ve olmayan kolorektal kanser hastalarında yaşam kalitesi, başa çıkma tarzı ve psikososyal uyum. İstanbul Üniversitesi , Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Preventif Onkoloji Anabilim Dalı , Psikososyal Onkoloji

ve Eğitim Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. G Bahadır).

Yoğun Y. (2014). Adenomatöz Kolon Polipleri ve İnsülin Rezistansı. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları, Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Trabzon, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A M Coşar).

Zorluoğlu A. (2004). Kolon Rektum Tümörleri. "İçinde" : Klinik Gastroenteroloji (Ed, Memik F), *Nobel Tıp Kitabevi*, s. 507-508.



EKLER

Ek 1. Düzce Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI DÜZCE UNIVERSITY CLINICAL RESEARCHES ETHICS COMMITTEE APPROVAL			
BASYURU BİLGİLERİ (APPLICATION INFORMATION)	ARAŞTIRMANIN ADI (TITLE OF THE PROJECT)	KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI (PRINCIPAL INVESTIGATOR)	Doç.Dr. Dilek AYGIN	
	DİĞER ARAŞTIRMACILAR (OTHER INVESTIGATORS)	Yüksek Lisans Öğr. Görüşü AKMAN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ (RESEARCH CENTER)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	
KARAR (DECISION)	Karar no (Decision No): 2014/35	Tarih (Date): 17/06/2014	
	<p>Sorumlu araştırmacının adı Doç.Dr.Dilek AYGIN'nin sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası ve ilgili belgelerin incelenmesi sonucunda araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığına mensucan oy birliği ile karar verilmiştir.</p> <p>After reviewing the research file and related documents designed to be performed under the responsibility of Sorumlu araştırmacının adı yapılacak Doç.Dr.Dilek AYGIN'nin , this project was approved by ethics committee (with unanimity).</p>		
Üyeler (Members)	Uzmanlık alanı (Profession)	Kurumu (Institution)	İmza (Signature)
Prof. Dr. Ahmet ATAÖÇLÜ <i>Başkan (Director)</i>	Psikiyatri	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Hüseyin YÜCE <i>Bşk. Yrd. (Ass. Director)</i>	Tıbbi Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Prof. Dr. İlhan MAVOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Prof. Dr. Handan ANKARALI	Biyoistatistik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Prof. Dr. Erol AYAĞ	Mikrobiyoloji	AİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Mehmet YAŞAR <i>Bilgilerden sorumlu üye</i>	Genel Cerrahi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Seyit ANKARALI	Fizyoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Yrd. Doç. Dr. Mete ÇAĞLAR	Kadın Doğum	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Uzm. Dr. Nuran PARLAR	Farmakoloji	Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi	
MUSTAFA SALİH ERDİL	Elektronik Mühendisi Biyomedikal Teknikeri	Düzce Üniversitesi Araş. ve Uyg. Hastanesi	
Şenife SÜLER	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	
Sultan Ahmet DURDU	Sivil Üye	Hyundai Ozenler Bayi	

**Ek 2. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Düzce İli
Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği' nden Alınan Kurum İzni**

T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Düzce İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği


Sayı : 41417335/2937
Konu : Anket İzni

29 Nisan 2014

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : 15/04/2014 tarih ve 4432 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı 1240Y01055 numaralı öğrencisi Gülşah AKMAN'ın Birliğimiz Düzce Atatürk Devlet Hastanesinde "Kolorektal Kanseri Hastalarda Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi" konulu anket çalışması yapması Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.


Op. Dr. Lütfi ÇIRAKOĞLU
Genel Sekreter

29/04/2014 Tıbbi Sekreter : M. KARABACAK 
29/04/2014 Uzman : F.AKBURAK 

TKHK Düzce İli Genel Sekreterliği
Düzce Atatürk Devlet Hastanesi / Muncurdu Hizmet Binası DÜZCE
Telefon : (380)529 13 00 Faks : (380)349 70 60 İrtibat: M.KARABACAK

Ek 3. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

FORM NO

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Gönüllü;

Bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, kolon ve rektum cerrahisi uygulanan hastalarla yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Size ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Anket formlarını eksiksiz doldurmanız önemlidir. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Danışman: **Doç. Dr. Dilek AYGİN**

Yüksek Lisans Öğrencisi **Gülşah AKMAN**

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı

İmzası..... Tarih.....

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı Soyadı /.....

İmzası Tarih.....

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı.....

İmzası..... Tarih.....

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı Soyadı.....

İmzası.....

Ek 4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1.Yaşınız?.....

2.Cinsiyetiniz? () Kadın

() Erkek

3.Medeni Durumunuz? ()Bekar

()Evli

()Dul/Boşanmış

4.Eğitim durumunuz? ()Okur-yazar değil

()Okuma –yazma biliyor

() İlkokul

()Lise

()Yükseköğretim

5.Mesleğiniz? () Ev hanımı

()Memur

() İşçi

()Emekli

() Serbest meslek

()Diğer

6. Yerleşim Yeriniz: ()Köy

()Kasaba

()Şehir

7.Gelir durumunuz: ()Gelir giderden az

()Gelir gidere eşit

()Gelir giderden fazla

8.Çocuk sayınız:.....

9.Kiminle yaşıyorsunuz: ()Yalnız

()Anne/Baba ile

()Eşi ve çocuklarımla

()Çocuklarımla

10. Tedavi masraflarınızı nasıl karşılıyorsunuz: ()Kendim

()Genel sağlık sigortası

11.Sigara kullanıyor musunuz? ()Evet

()Hayır

Yanıtınız evetse; sigara kullandığınız süre?

.....Günde.....tane kullanıyorum.

12.Alkol kullanıyor musunuz? ()Evet

()Hayır

Yanıtınız evetse; alkol kullandığınız süre?

Günde/Haftada/Ayda.....kadeh alırım.

14.Tanı aldığınız kronik bir hastalığınız var mı?

() Yok

()Hipertansiyon

()Diabetes Mellitüs (Şeker has.)

()KOAH(Akciğer Hast.)

()Koroner Arter Hastalığı(Kalp-Damar Hastalığı)

()Diğer

15. Ailenizde (birinci ve ikinci derece akrabalarda) kanser hastalığı olan birisi var mı?

()Evet ise yakınlık dereceniz.....

aldığı tanı.....

()Hayır

16.Hastalığınızla ilgili tanı ne kadar süre önce konuldu?

- 0-6ay
 7-13 ay
 14-20 ay
 21 ay ve üzeri

17.Hastalığınızın hangi evrede tanı aldığınızı biliyor musunuz?

- I II
 III IV
 Bilinmeyen

18. Hastalığınızla ilgili herhangi bir tedavi uygulandı mı?

- Evet Hayır

19. Cerrahi tedavi (ameliyat) yapıldı mı?

- Evet Hayır

Ameliyat zamanı:

Ameliyat türü:

- Sigmoid Rezeksiyon
 Low Anterior Rezeksiyon
 Abdomino-perineal rezeksiyon
 Sağ hemikolektomi
 Sol hemikolektomi
 Total kolektomi
 Laparoskopik işlem

20. Radyoterapi aldınız mı?

- Evet ise kaç seans aldınız?.....
 Hayır

21.Kemoterapi aldınız mı?

()Evet ise kaç kür aldınız?.....

()Hayır

22.Cerrahi tedavi uygulanmışsa stoma açıldı mı?

() Evet

()Hayır

23.Stoma çeşidiniz nedir?

()Geçici Stoma

()Kalıcı Stoma

24.Metastaz var mı?

()Evet ise metastaz bölgesi nedir.....

()Hayır

25.Malingnansinin yerleşimi hangi bölgededir?

()Çıkan kolon

()İnen kolon

()Transvers kolon


()Sigmoid kolon

()Rektosigmoid kolon

()Rektum

TEŞEKKÜRLERARKA SAYFAYA GEÇİNİZ

Ek 5. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ C-30 Version 3.0; European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of life Questionnaire)


EORTC QLQ-C30 (version 3.0)

Siz ve sağlığınız hakkında bazı şeylerle ilgileniyoruz. Lütfen soruların tamamını size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların "doğru" veya "yanlış" yanıtları yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır.

Lütfen ad ve soyadınızın baş harflerini yazınız: _____
Doğum gününüz (Gün, Ay, Yıl): _____
Bugünkü tarih (Gün, Ay, Yıl): 31 _____

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1. Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	1	2	3	4
2. <u>Uzun</u> bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	1	2	3	4
3. Evin dışında <u>kısa</u> bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4. Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
Geçtiğimiz hafta zarfında:				
	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
6. İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7. Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8. Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9. Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10. Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
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. Kusmanız mu?	1	2	3	4

Lütfen arka sayfaya geçiniz

Ek 5. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ C-30 Version3.0; European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of life Questionnaire) (Devamı)

TÜRKÇE

Geçtiğimiz hafta zarfında:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
16. Kabuz oldunuz mu?	1	2	3	4
17. İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18. Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19. Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21. Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22. Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24. Bunalmışa girdiniz mi?	1	2	3	4
25. Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>aile</u> yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>sosyal</u> aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28. Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız

29. Geçen haftaki sağlığınıza genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?


1	2	3	4	5	6	7
Çok kötü						Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1	2	3	4	5	6	7
Çok kötü						Mükemmel

© Copyright 1995 EORTC Study Group on Quality of Life. Bütün hakları saklıdır. Versiyon 3.0

Ek 6. EORTC QLQ-CR38 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC; European Organization for Research and Treatment of Cancer, QLQ-CR38; Colorectal Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire)



EORTC QLQ-CR38

Hastalar bazen aşağıdaki semptomların ya da problemlerin olduğunu bildirdiler. Lütfen geçtiğiniz hafta içinde bu semptom ya da problemleri ne ölçüde yaşadığınızı belirtiniz. Size uygun en iyi cevabı numarasını daire içine alarak cevaplayınız.

Geçtiğimiz hafta zarfında;	HİC	BİRAZ	OLDUKÇA	ÇOK
31. Gün boyunca sık idrar çıktınız mı?	1	2	3	4
32. Gece boyunca sık idrara çıktınız mı?	1	2	3	4
33. İdrar yaparken ağrı ya da yanma hissi oldu mu?	1	2	3	4
34. Karnınızda şişme hissi oldu mu?	1	2	3	4
35. Karın ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
36. Kalçalarınızda ağrı oldu mu?	1	2	3	4
37. Gaz nedeniyle rahatsız oldunuz mu?	1	2	3	4
38. Geğirme gırtlak oldu mu?	1	2	3	4
39. Kilo verdiniz mi?	1	2	3	4
40. Ağızınızda kusama oldu mu?	1	2	3	4
41. Hastalığınız veya tedaviniz sonrasında; şişkinlik , inceleme veya cansızlama oldu mu?	1	2	3	4
42. Yiyecek veya içeceklerin tadı size alıştıktan sonra değişiklik geldi mi?	1	2	3	4
43. Hastalığınız veya tedaviniz nedeniyle; güçsüzlük fiziksel açıdan daha az çabuk hissettiniz mi?	1	2	3	4
44. Hastalığınız veya tedaviniz sonrasında; güçsüzlük daha az kadını/erleki hissettiniz mi?	1	2	3	4
45. Vücudunuzdan memnuniyetsizlik duyduanız mı?	1	2	3	4
46. Gelecekteki sağlığınıza ilişkin endişe duyduanız mı?	1	2	3	4
Geçen dört hafta zarfında:	HİC	BİRAZ	OLDUKÇA	ÇOK
47. Seks ile ne ölçüde ilgilendiniz?	1	2	3	4
48. Cinsel olarak ne derece başarılıydunuz? (birleşme olarak ya da birleşme dışında)?	1	2	3	4
49. Bu soruyu sadece cinsel açıdan başarısız cevaplayınız: başarısız için ne ölçüde başarılıydunuz?	1	2	3	4

Ek 7. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceğim gibi geliyorum.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgırım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyorum ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek istedim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiyeye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uyku her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiyeye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilğim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalendirilmesi gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyorum.

Toplam BECK-D skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

Ek 8. EORTC QLQ – CR38 Ölçeğinin Kullanımı İçin İzin Talebi

The screenshot shows a Gmail interface. At the top, there is a Google search bar and a Gmail logo. Below the search bar, there are navigation icons for back, forward, and other actions. The main content area displays an email from Dagmara Kulis (dagmara.kulis@eortc.be) dated 27.01.2015. The email body contains the following text:

İngilizce > Türkçe İletiyi çevir İngilizce için kapat x

Please find attached the CR38 scoring instructions.

Best regards,
Dagmara

Dagmara Kulis
Translation Team Leader, EORTC

Tel: [+32 2 774 1680](tel:+3227741680)
Avenue E. Mounier 83/11 • 1200 Brussels • Belgium
dagmara.kulis@eortc.be - www.eortc.be

From: gülşah akman [mailto:glsah.akman@gmail.com]
Sent: Tuesday, 27 January 2015 12:09 PM
To: Dagmara Kulis
Subject: Re: [redacted]

At the bottom of the email, there is a link to the EORTC disclaimer: <http://www.eortc.org/email-disclaimer>.

The right sidebar shows the 'Mail Delivery Subsystem' with a button to 'Çevrelere ekleyin' and a link to 'Ayrıntıları göster'.

ÖZGEÇMİŞ

I-Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı	Gülşah AKMAN
Doğum Yeri ve Tarihi	BOLU/ 17.03.1988
Uyruğu	T.C.
Medeni Durumu	BEKAR
İletişim Adresi Ve Telefonu	DÜZCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ/ 0555 811 69 89
Yabancı Dili	İNGİLİZCE

II-Eğitimi (Tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Yükseklisans	Cerrahi Hemşireliği ABD	Sakarya Üniversitesi	2013-
Lisans	Hemşirelik	Pamukkale Üniversitesi(Okul birinciliği)	2010

III- Ünvanları (Tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Hemşire	Genel Cerrahi Servis	Düzce Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2012-
Hemşire	Eğitim ve Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği	Özel Erdem Hastaneleri	2011

IV- Mesleki Deneyimi

Hemşire	Genel Cerrahi Servis	Düzce Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2012-
Hemşire	Eğitim ve Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği	Özel Erdem Hastaneleri	2011

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Hemşirelikte Araştırma ve Gerleştirme Derneği. Asil Üyelik 2014-

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Akman G, Aygin D. Kolorektal Kanser Tanılı Hastalarda Cinsel Sağlık Nasıl Etkileniyor?.,*Androloji Bülteni*2015; 17 (61):145 – 151 (**Derleme**).

Aygin D, **Akman G**. Jinekolojik kanser teşhisi kadınların cinselliğini nasıl etkiliyor?.,*Androloji Bülteni*2013; 55.284-285(**Güncel Makale Özeti**).

Aygin D, **Akman G**, Yılmaz D, Kılıç S. Complementary and alternative medicine The Effect Of Muscle Relaxation Exercise And Music Therapy Applied Before Drain Removal Operation On Pain And Psychometric Variable. *9th Congress of the European Pain Federation EFIC. Vienna, Austria, 2-5 September 2015 (Poster Bildiri)*.

Akman G, Turbalı S, Marul F,Aygin D, Sert H. Sağlık Çalışanlarının ve Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddete Yönelik Yaklaşımları, *II. Uluslararası Katılımlı Kadın & Sağlık Kongresi*, 13-16 Mayıs,2013, Sakarya(**Poster Bildiri**).

Aygin D, **Akman G**. Bariatrik Cerrahide Sleeve Gastrektominin Yeri, Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Çağın Hastalığı Obezite Sempozyumu, 23 Aralık 2013, 89-90, 2013, Sakarya (**Poster Bildiri**).

Aygin D, **Akman G**. Obezite meme kanseri insidansını etkiler mi?, Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Çağın Hastalığı Obezite Sempozyumu, Sakarya, 23 Aralık:112, 2013 (**Poster Bildiri**).

VII- Bilimsel Etkinlikler

7. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, Antalya, 16- 20 Mart 2011.

18. Ulusal Cerrahi Kongresi, İzmir, 23- 27 Mayıs 2012.

Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Çağın Hastalığı Obezite Sempozyumu, 23 Aralık 2013.

II. Uluslararası Katılımlı Kadın & Sağlık Kongresi, Sakarya, 13-16 Mayıs 2013.

VIII- Diğer Bilgiler